



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

“Somos médicos, no dioses”
Una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
DOCTORA EN FILOSOFÍA DE LA CIENCIA

PRESENTA:
Marcia Villanueva Lozano

TUTORA
Dra. Ángeles Eraña Lagos
Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
Dra. Ana Rosa Pérez Ransanz; Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM
Dr. Roberto Castro Pérez; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM
Dra. Marya Schechtman; Departamento de Filosofía, Universidad de Illinois en Chicago

Ciudad Universitaria, Cd. Mx.

Mayo, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Sin duda el objetivo principal en estos días no es descubrir lo que somos, sino rechazar lo que somos.

Michel Foucault

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN: Hola, mi nombre es Marcia y soy médica	3

PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y PREMISAS

I. El mundo de los médicos: el espacio social donde ocurre la deshumanización de la medicina	24
<i>La carrera de medicina</i>	24
<i>La especialización médica</i>	32
<i>La organización de los servicios de salud</i>	37
Los horarios.....	40
Los servicios hospitalarios	40
Las jerarquías médicas	41
El guión de actividades	43
II. Deshumanización de la medicina: ¿qué es eso?	45
<i>Deshumanización en la teoría: lo que proponen los psicólogos sociales y su aplicación en la medicina</i>	47
La deshumanización funcional	51
<i>Deshumanización en la práctica: lo que refieren los estudiantes y médicos entrevistados</i>	54
Casos de deshumanización mecanicista	55
Casos de deshumanización animalista	65
Casos de deshumanización que rebasan las teorías psicológicas	66
La deshumanización de los médicos	68
<i>La deshumanización desde la filosofía: reflexiones sobre la deshumanización y la identidad personal</i>	76

III. Identidad personal y otras premisas filosóficas para la deshumanización	89
<i>La metafísica de la identidad personal (o sobre qué somos fundamentalmente)</i>	90
<i>Identidad narrativa (o sobre cómo cobra sentido nuestra identidad)</i>	94
<i>Las tres dimensiones de la identidad personal</i>	106
Dimensión biológica	107
Dimensión psicológica.....	109
Dimensión social	114
<i>Lo dado y lo elegido</i>	123

SEGUNDA PARTE: PROPUESTAS TEÓRICAS Y ARGUMENTOS

IV. La formación médica como un proceso de transformación personal.....	126
<i>El problema de la persistencia y la transformación personal</i>	127
<i>Galenización: la transformación de los estudiantes de medicina</i>	134
Galenización como “mejoría”	138
Galenización como “malignización”	150
<i>Tres criterios para la transformación personal</i>	158
El criterio narrativo-emocional.....	159
El criterio interaccional	168
El criterio metafísico	188
Todo suma	209
<i>Elegir transformarse en médico</i>	210
V. Una teoría filosófica para la deshumanización de la medicina	214
<i>Narrativas grupales no humanas</i>	217
La galenidad como una narrativa grupal suprahumana	220
La identidad de los pacientes como una narrativa subhumana	229
<i>Prácticas deshumanizantes</i>	249
La expresión de médicos y pacientes	254
El reconocimiento de médicos y pacientes	256
La respuesta de médicos y pacientes	257

La psique de médicos y pacientes	259
<i>Identities dañadas por la deshumanización</i>	262
La identidad dañada del deshumanizado.....	265
La identidad dañada del deshumanizador	278
<i>Prácticas de metadeshumanización</i>	311
CONCLUSIONES: Una sinopsis con propuestas e inquietudes	332
REFERENCIAS.....	349

AGRADECIMIENTOS

Es imposible mencionar aquí a todas las personas que han participado directa e indirectamente en el camino que condujo a la elaboración de esta tesis, pues éste es el resultado de muchas vivencias y conversaciones revisitadas a lo largo de casi veinte años. Trazaré entonces, como punto de partida arbitrario, el momento en el empecé a darle forma académica a mis experiencias autobiográficas para plantear la pregunta de investigación de este trabajo.

Agradezco a Ángeles Eraña por haber acogido este proyecto filosófico y de autoexploración con entusiasmo, y por haberme dado toda la libertad y confianza para elaborar esta tesis con las herramientas y fuentes que yo elegí. Siempre obtuve de ella apoyo incondicional y una buena orientación. Asimismo, quiero reconocer a Ana Rosa Pérez Ransanz, quien nunca quitó el dedo del renglón sobre la relevancia que tienen las emociones en la conformación de la identidad personal y en los procesos de deshumanización. Sin duda, su empuje en esta línea enriqueció mucho mis reflexiones.

Con Roberto Castro estaré siempre en deuda por haberme contagiado su pasión por el trabajo etnográfico y su visión netamente sociológica sobre cada uno de los aspectos de nuestra existencia. A través de las profundas conversaciones que sostuve con él en los últimos cinco años, estos elementos quedaron grabados de manera imborrable en la concepción que tengo de mí misma y del mundo que habito. Además, le agradezco la amistad, la colaboración académica y la lucha que, estoy segura, seguiremos compartiendo.

A Marya Schechtman quiero agradecerle la hospitalidad con la que me recibió durante la estancia que realicé en el Departamento de Filosofía de la Universidad de Illinois en Chicago (UIC). Ella no sólo me abrió las puertas de su casa y me ofreció su amistad, sino que supo guiarme a lecturas que resultaron indispensables para esta tesis y, con muchas horas de dedicación, me enseñó a pensar mis argumentos con destreza filosófica.

También debo reconocimiento a Carlos Viesca por leer mi trabajo, y a los profesores del Posgrado en Filosofía de la Ciencia y otros posgrados de la UNAM, cuyas enseñanzas aportaron mucho a esta tesis, especialmente a Alfonso Muñoz Corcuera, con quien aprendí los planteamientos filosóficos clásicos de la identidad personal; a Ana Buquet y Marta Ferreyra, quienes me pusieron “los lentes de género”; y a Rosaura Martínez, quien me ayudó a entender los complejos mecanismos psíquicos del poder.

Nada de lo antes agradecido hubiera rendido frutos sin la confianza y la honestidad que me regalaron cada uno de los estudiantes y médicos entrevistados en las largas e íntimas conversaciones que sostuvimos. A ellos les debo un profundo agradecimiento no sólo por participar en esta investigación, sino sobre todo por acompañarme en este camino de autocomprensión creado a partir de nuestras diferencias y coincidencias que se tejieron juntas creando una experiencia colectiva.

A mi mamá, Mercedes Lozano, debo especial reconocimiento por haber dedicado muchísimas horas de arduo trabajo al transcribir casi todas las entrevistas que realicé. También agradezco a Elvia Gómez, Daniel Barragán y Bernardo Moreno, quienes también me ayudaron con algunas transcripciones. A Marita Rodríguez y Clara Bellamy les agradezco la amistad y el acompañamiento; ambas han sido pilares fundamentales para mi salud emocional durante los últimos años.

Y a Rodrigo Alfaro, mi compañero de vida y el amor de mis amores, quien con su infinita creatividad me ha enseñado a multiplicar el abanico de opciones posibles y a aplazar las fronteras de lo inviable, le agradezco saber darme mis espacios, respetar mis tiempos y proyectos, y ayudarme tanto espiritual como materialmente para cumplir mis metas.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca que me brindó de agosto de 2014 a julio de 2018 para realizar mis estudios de doctorado.

INTRODUCCIÓN:

Hola, mi nombre es Marcia y soy médica

Ingresé a la Facultad de Medicina de la UNAM hace casi veinte años, en 2001 para ser exacta. Desde el primer año de la carrera tuve dudas sobre si quería desertar o continuar mi formación profesional como médica, pues no acababa de sentirme cautivada por la medicina. Las expectativas que yo tenía sobre cómo iba a ser transformarme en médica estaban resultando muy contrastantes con las experiencias que estaba viviendo. Al mismo tiempo, me imaginaba en un futuro ejerciendo la medicina y esas fantasías sí me entusiasmaban. Sentía mucha confusión y no pude emanciparme de ella, el tiempo siguió corriendo y poco a poco fui cayendo en un estado de infelicidad abrumador.

Recuerdo muy claramente un día de noviembre de 2004. El cielo tenía un tono azul profundo, el sol estaba resplandeciente, y la luz de sus rayos cegadores se colaba entre las ramas de los árboles que ofrecían una sombra muy agradable sobre las mesas de uno de los jardines de la Facultad de Medicina. Ahí estaba yo, a los 21 años, sentada bajo la sombra de esos árboles, intentando estudiar para el examen del día siguiente. Tenía un libro abierto sobre la mesa y un cuaderno al lado para tomar notas, pero la hoja estaba en blanco. La imagen mental que tengo de esta escena es en tercera persona, porque de cierta manera yo no estaba presente en ese momento. Era como si me estuviera observando a mí misma desde una posición distante. El encanto de esta experiencia disociativa se rompió cuando un pájaro dejó caer sus desechos fecales sobre mi libro abierto. Al volver en mí con esta abrupta llamada, saqué de mi mochila un pedazo de papel y limpié el desperfecto, cerré el libro, tomé mi pluma de tinta azul y escribí en la hoja en blanco de mi cuaderno el siguiente poema:

Mirando mi vida

Estoy viendo como pasas
cabizbaja y solitaria
sólo andas y pasas

Te estoy viendo
y no veo nada

Te estás convirtiendo en la persona
que no quería ser
en mareas de agua negra
en brisa hedionda sin un porqué

Me estoy viendo
y no veo nada

Enfrente de mis ojos transcurre
transcurre en tercera persona
en pendientes y a capela
en abstractas sombras polimorfos
como aquellas que convocan la nada

Me cambio o me olvido
Me dirijo o me detengo
Me condeno a la muerte eterna
o mantengo mi condena de vida

Qué hago con ésta, mi vida
la perdono o la exilio
la sacudo de mis penas mustias
y me dirijo, me tengo y me vivo

¡Ay vida!
Y ahora, ¿qué hago contigo?

Esa fue la primera experiencia consciente que tuve durante la carrera de medicina de que estaba pasando por un proceso de transformación personal que no quería concluir. Otra vez pensé en abandonar la carrera, pero no tenía idea de qué otra profesión querría elegir. A esas alturas mi identidad ya estaba muy desequilibrada: sólo sabía que no quería ser la persona en la que me estaba convirtiendo, pero no tenía certeza alguna de quién era en ese momento ni en quién sí me quería convertir. Me tomó tres años de terapia descifrar la primera parte de ese enigma, y a partir de ahí fue mucho más fácil solucionar la segunda parte. Durante ese tiempo terminé la carrera de medicina y en el transcurso de esos años viví muchas experiencias que fueron poco gratas.

Recuerdo también con mucha claridad un día de marzo de 2006. No sé si el cielo estaba despejado o nublado, pues estaba cubriendo una guardia en el hospital donde hice el Internado Médico, el último año académico de la carrera de medicina. Era mi primera guardia en ginecología y me asignaron al área donde se monitorea a las mujeres en trabajo de parto. Nunca antes había atendido una paciente mientras daba a luz. Acaso había leído alguna vez sobre las fases del parto y quizás también había visto a algún médico atender uno, pero no había recibido instrucción práctica sobre cómo hacerlo. Era de noche y no teníamos pacientes cerca del momento del nacimiento. El médico responsable del servicio se había ido a beber con los técnicos de rayos X, y nos había dejado solas a mi compañera y a mí. Todo estaba muy tranquilo hasta que empezamos a oír un alboroto que venía del área de urgencias: había llegado una señora a punto de parir. Las enfermeras corrían de un lado para el otro; mientras una le ponía un suero a la paciente, la otra preparaba todo el material necesario para el parto. La señora gritaba de dolor y a través de los altavoces del hospital se oía que llamaban al médico encargado para que se presentara de urgencia en el área de partos. El médico no vino y una de las enfermeras nos volteó a ver a mi compañera y a mí, y mientras nos extendía la bata quirúrgica preguntó: “¿quién va a recibir al bebé?”. Mi compañera y yo nos volteamos a ver con sorpresa y miedo. Ella se adelantó y me dijo: “recíbelo tú, yo te voy guiando con el libro”. No había acabado de decir eso cuando la enfermera empezó a ponerme la bata quirúrgica y

a darme los guantes de látex para que yo atendiera a la pobre mujer, quien entre contracción y contracción nos miraba horrorizada. La enfermera me dijo: “apúrese, doctora, que el bebé ya está coronando”. Volteé a ver el pubis descubierto de la señora y advertí que la cabeza del bebé estaba a punto de salir. Rápidamente me senté en el banquito frente a la señora y en un abrir y cerrar de ojos salió la cabeza, y enseguida, el resto del cuerpo del recién nacido, a quien apenas pude cazar. La enfermera me golpeó en la mano con las pinzas para que yo las tomara y comprimiera el cordón umbilical, y luego hizo lo mismo con las tijeras para que procediera a cortarlo. Recuerdo que me temblaban las manos cuando el pediatra, quien estuvo parado a mi lado todo ese tiempo sin asistirme ni decirme nada, me gritó: “¡Dámelo! ¿¡Qué estás esperando!?”. En cuanto le pasé al bebé, intenté pararme del banquito en el que estaba sentada, pero la enfermera me tomó del hombro y me empujó contra el banco: “todavía falta la placenta”, me dijo. Ésta salió sin dificultades y antes de volver a intentar pararme, pregunté al aire: “¿y ahora?”. La enfermera me golpeó nuevamente la mano para pasarme una pinza con el hilo de sutura para que reparara los desgarros vaginales que tenía la paciente. Volteé a ver a mi compañera y le pregunté: “¿qué dice el libro? ¿cómo la suturo?”. Mi compañera se encogió de hombros y empezó a pasar las páginas del libro, buscando alguna información que pudiera auxiliarnos. En ese instante, finalmente, apareció el médico que se había ido con los técnicos de rayos X. Se paró a mi lado y mientras me asfixiaba con su aliento alcohólico me dijo arrastrando la lengua: “¿cómo va todo por aquí?”. Le dije que no sabía hacer esa sutura y le pedí que por favor me enseñara a hacerla. El médico le pidió a la enfermera un par de guantes de látex, me arrebató las pinzas y empezó a suturar a la señora sin delicadeza y con prisas, sin cuidar que los bordes de las heridas quedaran bien unidos. En cuanto terminó, me paré y me quité la bata quirúrgica. Hasta ese momento descubrí que estaba empapada: el líquido amniótico y la sangre habían traspasado la tela de la bata y mis pantalones blancos estaban completamente manchados. Salí corriendo de ahí. Me fui a una terraza que había en el cuarto piso del hospital, donde prendí un cigarro y lloré sola. Ese día decidí que definitivamente no iba a ejercer la medicina, que terminaría la carrera porque

sólo me faltaban nueve meses de internado, pero que después de eso no volvería a hacer ninguna guardia más.

En esos nueve meses de internado restantes la pasé francamente mal. En junio tuve un accidente automovilístico y estuve hospitalizada por cuatro días. Cuando volví a presentarme al hospital donde hice el internado, no aceptaron los informes médicos del hospital privado donde me había atendido y se negaron a hacerme válida la incapacidad. Bajo la amenaza de que si no cumplía con mis obligaciones iba a tener que recurrir los seis meses de internado que ya había acreditado hasta ese momento, me obligaron a hacer guardias en el servicio de urgencias aun cuando yo traía un collarín rígido y una faja lumbar que me cubría desde la boca del estómago hasta la cadera.

En julio me fui dos semanas de vacaciones y cuando tuve que regresar al hospital para completar los cinco meses que aún me faltaban del internado, decidí que no quería volver. El día que debía reincorporarme a las guardias fui a hablar con la tutora que coordinaba a los internos en el hospital para presentarle mi renuncia. Siempre estaré agradecida con ella, porque lejos de intentar disuadirme o de aceptarme la renuncia sin más, me ayudó a terminar la carrera. Cuando le expuse cómo me sentía y los motivos por los que había tomado la firme decisión de no querer ser médica, me respondió: “Marcia, te felicito. Yo daría lo que fuera por volver a tener tu edad y tomar la decisión que estás tomando tú ahora. Pero piensa que sólo te faltan cinco meses, y que después de eso ya vas a tener un título universitario. No vale la pena que tires a la basura el esfuerzo de todos estos años. Termina la carrera, y después dedícate a lo que quieras. Yo te voy a ayudar para que acabes el internado, pero prométeme que después vas a buscar algo que sí te haga feliz”.

Entre guardias, llanto y maltrato, fui pasando por cada uno de los servicios del hospital, acumulando historias que cada vez me hacían sentir más agraviada, no sólo por las interacciones que yo tenía con los demás integrantes del equipo de salud, sino también por las interacciones desgarradoramente impersonales que teníamos todos nosotros con los pacientes y sus familiares. Finalmente terminé el

internado en diciembre de 2006, en enero de 2007 presenté mi examen profesional y de febrero de ese año a enero de 2008 hice el servicio social para poder obtener mi título y la cédula profesional de médica general.

En contraste con todos los años anteriores de la carrera de medicina, el año de servicio social fue maravilloso. Elegí realizar mi servicio en un pequeño poblado rural y medio selvático en Tabasco, al cual los lugareños llaman Cacaos, aunque su nombre oficial es Francisco J. Santamaría. Durante doce meses fui la doctora de los habitantes de ese poblado y de otros dos pequeños pueblos aledaños. Vivía en un cuarto de la clínica y daba consultas de lunes a sábado con un horario laboral decente y sin nadie que estuviera maltratándome. Tenía tiempo libre para ir a andar en bicicleta cerca de la selva donde se oía el canto de los monos al atardecer, para leer todas las novelas que no pude abrir siquiera durante la carrera y para escribir un libro sobre lo que viví ese año en el sureste mexicano. Establecí vínculos emocionales muy intensos con muchos de mis pacientes y aún hoy mantengo contacto con algunos de ellos. Bajo esas condiciones descubrí que la medicina sí me gusta: el contacto con la gente, las técnicas de exploración física, el ejercicio analítico para llegar a un diagnóstico y la aplicación de tratamientos que calman las dolencias de los pacientes—todo eso es fascinante. Pero también comprendí que sólo podía disfrutar de una medicina con estas características estando aislada de otros médicos, y que si algún día quería regresar a la ciudad, para ejercer la medicina tendría que adentrarme nuevamente en el espacio social donde trabajan los médicos, ese ambiente tóxico que casi termina conmigo. Así que de regreso de Cacaos cumplí con la promesa que le hice a mi tutora del internado: colgué la bata, nunca más ejercí la medicina y encontré una profesión que me hace muy feliz.

Al paso de los años, se ha ido diluyendo el sabor amargo que me dejaron todas las malas experiencias que viví durante mi formación como médica, pero la indignación sigue en llamas. En cambio, para muchos de mis compañeros de la carrera su indignación también se diluyó; en algún momento se convencieron de que las técnicas autoritarias con las que nos educaron fueron necesarias para que ellos se convirtieran en buenos médicos y aprendieron también a justificar el trato

que ellos mismos y sus colegas les dan a los pacientes, ya sea éste paternalista y condescendiente o cruel e intransigente. Cuando platico con algunos de ellos y los oigo quejarse de sus pacientes o alardear sobre sus hazañas en el hospital o sobre cómo castigaron a alguno de sus estudiantes por haber cometido un error nimio, yo me quedo perpleja. Cuando encuentro en Facebook publicaciones de médicos en las que se burlan de los pacientes, en las que ególatramente se comparan a sí mismos con superhéroes o en las que hacen chistes por los abusos y maltratos que sufren los estudiantes de medicina, las llamas de mi indignación se avivan. Y me preguntó: ¿cómo es posible que un joven que entra a la carrera de medicina lleno de ilusiones y buenas intenciones termine su proceso de formación profesional transformado en un médico que deshumaniza a los pacientes y maltrata a sus estudiantes?

Esa es la pregunta principal de esta investigación, y ante ella me *sitúo* como una desertora de la medicina. Lejos de que esto comprometa la objetividad de los hallazgos y planteamientos que presentaré a lo largo de esta tesis, considero que, como dice Donna Haraway (1995), “solamente la perspectiva parcial promete una visión objetiva” (p.326). La perspectiva de los puntos de vista situados no asume que existe un único punto de vista válido desde el cual se descubren las verdades incontestables, pero tampoco acepta el relativismo radical que pretende una igualdad entre todos los puntos de vista y anula la búsqueda crítica de conocimiento. Por lo contrario, al *situarnos* frente a una investigación reconocemos desde dónde estamos construyendo apasionadamente el conocimiento, a quién estamos contestando, qué objetos son los que queremos deconstruir y qué sistemas son los que queremos transformar. Pero no basta con una parcialidad asumida y autocrítica, la propuesta de las perspectivas parciales implica también buscar conocimientos novedosos, que no sabemos de antemano, que prometen algo extraordinario, es decir, que sirvan “para construir mundos menos organizados en torno a ejes de dominación” (Haraway, 1995:329).

Mi objetivo es poder dar respuesta a la pregunta de esta investigación desde una perspectiva situada y novedosa. Desde mediados del siglo pasado, médicos, psicólogos y sociólogos han dejado correr litros de tinta para dar cuenta

de los problemas que enfrento en esta investigación: la deshumanización de la medicina (aludida con muchos nombres diferentes) y el maltrato de los médicos en formación. Algunas veces estos temas se han abordado de manera independiente, como si no existiera relación alguna entre ellos, y en otros casos se han pensado de manera conjunta dejando entrever que son parte de un problema estructural más grande. Todos estos planteamientos, sin embargo, coinciden en que se han enfocado desde el punto de vista de sus disciplinas. Un sentido por el que mi investigación es novedosa recae en que el enfoque que hago sobre estos problemas no está dado por una disciplina, sino por mi propia *situación*.

Yo viví mi formación como médica y la deshumanización de los pacientes como un problema de identidad: sabía que me estaba transformando en una persona que no quería ser, y para escapar de ese problema tuve que averiguar quién era y en quién sí me gustaría transformarme. Desde este enfoque situado, la deshumanización de la medicina y el maltrato a los estudiantes aparecen ante mis ojos como problemas de la identidad del estudiante maltratado y del médico deshumanizador en el que se transforma. Así que cuando me pregunto “¿cómo es posible que un joven que entra a la carrera de medicina lleno de ilusiones y buenas intenciones termine su proceso de formación profesional *transformado* en un médico que deshumaniza a los pacientes y maltrata a sus estudiantes?”, la respuesta que estoy buscando no es sobre los sistemas de salud o las percepciones psicológicas de los médicos o las estructuras sociales jerarquizadas en las que trabajan, sino que busco una respuesta filosófica sobre la identidad de ese joven que se transforma. Lo que quiero saber es qué hace que ese joven sea quien es, y cómo es que puede transformarse en alguien más, y cómo es que puede sentir que su vida no le pertenece, que transcurre en tercera persona. Lo que quiero saber es cómo, al final, esa transformación posibilita la deshumanización de los pacientes y perpetúa la educación médica basada en el maltrato. Por supuesto que en esa respuesta habrá que hablar de los sistemas de salud, de las percepciones de los médicos y las estructuras sociales jerarquizadas, pero sólo de manera tangencial, no como el objeto de estudio, porque lo importante desde mi enfoque situado es la cuestión filosófica de una persona que

se transforma y cómo esa transformación posibilita la deshumanización de otras personas.

A esta pregunta filosófica corresponde una respuesta filosófica, pero que no dependa de los experimentos mentales que tanto deleitan a los filósofos analíticos, ni de introspecciones desconectadas de la realidad como las que cautivan a los fenomenólogos, sino que se trate de una respuesta filosófica enraizada en las prácticas, en lo que de hecho sucede durante la formación de los estudiantes de medicina y en los encuentros clínicos entre médicos y pacientes. Una respuesta de este tipo amerita una metodología de investigación que combine técnicas de investigación en campo con la filosofía. En varios contextos se ha utilizado el término de etnografía filosófica para nombrar a los trabajos etnográficos que están orientados a responder preguntas filosóficas (p. ej. Downes, 1987; Feinberg, 2006; Lather, 2008; Martins, 2012).

La etnografía surgió en el siglo XIX en un contexto colonialista. Desde ahí se planteó como un método de investigación antropológico con el que el investigador buscaba descifrar, por medio de la inmersión interpretativa en un mundo extraño, los significados culturales que compartían sus habitantes. El método consistía en observar desde dentro las interacciones sociales que se daban en ese mundo extraño para hacer una descripción densa de las mismas, es decir, una descripción que fuera más allá de lo transparente, de lo obvio y de lo superficial, facilitando así su interpretación hasta comprender al nativo de ese mundo (De la Garza y Leyva, 2012). El objetivo era saber lo que uno debe conocer o creer a fin de actuar de manera aceptable para los miembros de su cultura. En ese contexto, Geertz dijo que la investigación etnográfica

no depende de la habilidad que tenga su autor para recoger hechos primitivos en remotos lugares y llevarlos a su país, como si fueran una máscara o una escultura exótica, sino que *depende del grado en que ese autor sea capaz de clarificar lo que ocurre en tales lugares, de reducir el enigma—¿qué clase de hombres son esos?—al que naturalmente dan nacimiento hechos no familiares*

que surgen en escenarios desconocidos (Geertz, 1989:29; énfasis mío).

La cuestión que plantea Geertz en esta cita como pregunta fundamental de la etnografía es, a *grosso modo*, la misma que me planteo yo respecto a los médicos y sus formas de actuar. Pero a diferencia de los etnógrafos que son ajenos al mundo extraño que estudian, yo fui nativa del campo médico, por lo que ya tengo mucha familiaridad con ese espacio social y comprendo por vivencia propia cómo es la experiencia de transformarse en médico, aunque a la vez encuentro desconcertantes muchas de las formas en las que los médicos actúan, especialmente frente a los estudiantes y los pacientes. De este modo, mis propias experiencias respecto a ser yo misma durante la carrera de medicina forman parte del objeto de estudio de esta tesis, de tal forma que la metodología empleada no se refiere a las técnicas de una etnografía convencional, sino a las de una autoetnografía.

Hacia finales del siglo pasado, la autoetnografía emergió como una forma de hacer etnografía siendo un nativo. En este tipo de investigación se combina la autobiografía con la etnografía para analizar sistemáticamente las experiencias personales enmarcadas por la cultura en la que uno está inmerso (Ellis, Adams y Bochner, 2012). Esta propuesta va más allá del ejercicio de *situarse* frente a la investigación que se realiza, pues según explica Anderson (2006), en una autoetnografía el investigador es un nativo de la cultura que se estudia y, como tal, es visible en las publicaciones que dicha investigación produce, a la vez que sus aportaciones no son sólo evocativas, sino que son en forma estricta desarrollos teóricos sobre sus propias experiencias. Este autor además señala que

la autoetnografía es única como método de investigación porque probablemente está garantizada por la búsqueda de autoentendimiento [...] un autoconocimiento que viene de entender que nuestras vidas personales, identidades y sentimientos están profundamente conectados y en gran parte constituidos—y a su

vez ayudan a constituir—los contextos socioculturales en los que vivimos (Anderson, 2006:390).

La autoetnografía se nutre de reflexiones conscientes sobre el yo como individuo y como miembro de un grupo social específico, lo que supone un movimiento interpretativo constante que va desde lo individual hacia lo colectivo, así como un análisis crítico de los comportamientos y actitudes observados (Fialkova y Yelenevskaya, 2016). Se trata una práctica verdaderamente interdisciplinaria que respeta y valora una gama de posibilidades epistemológicas y metodológicas, lo que incluye poder disciplinar las experiencias propias a través de entrevistas a profundidad con otros nativos de la cultura bajo estudio (Blanco, 2012).

En mi caso, me parecía imprescindible comparar mis propias experiencias y apreciaciones con las de otros estudiantes de medicina y médicos que sí ejercen su profesión, pues muchas veces me he enfrentado al descrédito por prejuicios como “es que, Marcia, tú siempre has tenido problemas con la autoridad”; o “bueno, así fue para ti, pero eso no quiere decir que otras personas vivan la formación médica del mismo modo”; o “tú te equivocaste de carrera, pero quizás los que sí tienen vocación están contentos”; u objeciones simplistas como “seguramente las experiencias son mucho más satisfactorias cuando los médicos ejercen, y tú desertaste antes de probar eso” o “yo conozco un médico que sí es muy humano con sus pacientes”.

Enseguida descarté la posibilidad de realizar técnicas de observación participante¹ en algún hospital específico o con estudiantes de una sola escuela de medicina, pues no quería ceñir el contexto de mi investigación a un espacio

¹ La observación participante es una forma de recoger información en el trabajo de campo de estudios de investigación cualitativa como la etnografía. Implica ir al escenario social elegido para el estudio y registrar sistemáticamente por escrito los eventos, comportamientos y artefactos que en él se observan. La observación participante faculta a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en su escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades. (Kawulich, 2005)

social geográfica o institucionalmente delimitado. Por lo contrario, deseaba reunir el testimonio de estudiantes y médicos de todo el país, que hubieran ido a escuelas de medicina públicas y privadas, que ejercieran la medicina general, una especialidad prestigiosa o una poco reconocida, que estudiaran y/o trabajaran en instituciones de salud del gobierno o en medios particulares, es decir, quería una muestra de médicos y estudiantes mexicanos lo más diversa posible. Empecé el trabajo de campo con la idea de realizar entrevistas semi-estructuradas a estudiantes de medicina y médicos de todas estas procedencias.

A los primeros estudiantes que entrevisté los contacté a través de la Facultad de Medicina de la UNAM, pues en ese momento colaboraba con una unidad de investigación ubicada en esa dependencia, por lo que fue fácil tener acceso a sus alumnos. Fuera de ese espacio, sin embargo, casi no tenía contacto personal con otros profesionales de la salud. La red de médicos a la que tenía acceso estaba en el espacio virtual, por lo que decidí hacer una publicación en un grupo de médicos mexicanos en Facebook utilizando mi perfil personal solicitando la participación de miembros de ese grupo para un estudio sobre la deshumanización de la medicina. La muestra de participantes se construyó a partir de los primeros contactos que hice con alumnos de la Facultad de Medicina de la UNAM y con estudiantes y médicos que respondieron a mi publicación en Facebook, así como por bola de nieve², buscando la mayor diversidad posible hasta alcanzar el punto de saturación³.

En total, realicé entrevistas semi-estructuradas a 26 estudiantes de medicina, médicos generales y médicos especialistas de México (8, 9 y 9 participantes, respectivamente). La muestra comprende un rango de edades de 23 a 49 años, con informantes que estudian en o egresaron de 12 escuelas de medicina diferentes distribuidas por todo el país (algunas públicas y otras

² El muestreo por bola de nieve—también conocido como muestreo de avalancha, nominado o en cadena—consiste en pedir a los informantes que recomienden a posibles participantes (Blanco y Castro, 2007).

³ La saturación es el fenómeno por el cual después de un cierto número de entrevistas, el investigador tiene la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne al objeto de estudio de la entrevista (Bertaux, 1999).

privadas) y que han estudiado y/o trabajado tanto en instituciones médicas del gobierno como de manera particular. Los participantes de esta investigación actualmente residen en 11 estados de la República Mexicana (BJ, CDMX, Chih., Dur., Edo. Méx., Jal., NL, SLP, Ver., Yuc. y Zac.), pero durante las entrevistas muchos de ellos refirieron haber hecho prácticas profesionales en otros estados diferentes a donde estudiaron y donde actualmente viven. Por distribución de género, la muestra incluyó a 16 médicas y 10 médicos. Las entrevistas se realizaron en persona (para los participantes de la Ciudad de México) o vía teleconferencia (para los de otros estados) y tuvieron una duración de entre 1 y 3.25 horas. Todas las entrevistas fueron individuales, salvo dos excepciones en las que los estudiantes citados se presentaron con un compañero de la carrera⁴, por lo que entrevisté a ambos de manera conjunta, atendiendo sus respuestas individuales, así como la interacción que había entre ellos al responder a mis interrogantes. Todas las entrevistas se grabaron con la autorización de los participantes, y suman 46 horas de grabación continuas, las cuales fueron transcritas en su totalidad para su codificación y análisis⁵ con apoyo del Software Atlas-ti. Para reportar los resultados de las entrevistas utilizo pseudónimos, respetando por completo el anonimato de los participantes.

Conforme las entrevistas fueron nutriendo mi diario de campo⁶ con hallazgos interesantes, empecé a notar que algunas publicaciones de Facebook de médicos que seguía desde mi perfil personal abonaban información de lo más

⁴ Las entrevistas en pareja fueron las de Fabiola y Ramón, y la de Braulio y Severino.

⁵ Los métodos de investigación etnográficos dependen del registro escrito de los hallazgos recopilados en campo, que incluyen un diario de campo (ver siguiente nota al pie) y la transcripción de las entrevistas realizadas. Para analizar esa información se utiliza un sistema de codificación a través del cual se identifican y registran uno o más pasajes de texto que ejemplifican la misma idea teórica o descriptiva. Esto facilita el análisis posterior sobre todos los pasajes que comparten el mismo código, así como la comparación entre pasajes codificados que refieren a ideas similares, contrastantes o complementarias. Mientras se realiza ese análisis, el investigador va desarrollando un diario analítico que junto con el diario de campo sirve para construir el desarrollo teórico de la investigación. (Gibbs, 2012; Flick, 2012)

⁶ La investigación etnográfica contempla llevar un diario de campo en el que se registran las descripciones densas de las observaciones y las entrevistas que va haciendo el investigador, así como los cuestionamientos y análisis preliminares que surgen de esas descripciones. El desarrollo teórico de la investigación se va construyendo a partir de lo que se registra en ese diario de campo. (Hammersley y Atkinson, 1994)

relevante para responder a mi pregunta de investigación, por lo que decidí ampliar la metodología con una etnografía virtual, esto es, una etnografía cuyo trabajo de campo se realiza en el ciberespacio. Esto supuso un enriquecimiento sustancial para mis hallazgos, pues en la red encontré un espacio en el que confluyen estudiantes y médicos que en la vida *offline* están desvinculados.

Cuando se hicieron las primeras etnografías virtuales, internet era un espacio aislado de nuestras vidas cotidianas, ya que accedíamos a la red sólo a través de las computadoras de escritorio y en horarios reservados exclusivamente para ese propósito (Hine, 2004). Ahora, en cambio, nuestra vida cotidiana está embebida en la red, pues tenemos acceso a internet en todo momento a través de los dispositivos móviles—computadoras portátiles, tabletas electrónicas y, principalmente, el teléfono celular. Actualmente podemos conectarnos desde múltiples ubicaciones y mientras nos desplazamos de un lugar a otro, y hemos adoptado las redes sociales como tecnologías que nos permiten mantenernos conectados con nuestras redes de contactos sociales, de tal forma que nuestras vidas se desenvuelven a través de un tejido de conexiones *online* y *offline* inseparables (Hine, 2016). Internet ya no sólo es un medio de comunicación, sino también un artefacto de uso cotidiano que ha permitido el encuentro de personas que forman grupos y comunidades más o menos estables y que han creado nuevas formas de sociabilidad (Pérez et al, 2003). Estos grupos funcionan de manera vinculante pues refuerzan la frecuencia de contacto entre personas geográficamente dispersas y favorecen conversaciones regulares entre sus miembros, reafirmando la identidad del grupo (Ballesteros, 2016).

Antes de que existieran las redes sociales y la internet fuera accesible desde múltiples ubicaciones, los estudios etnográficos sobre los médicos quedaban restringidos a los espacios materiales en los que se llevaban a cabo esas investigaciones. Ahora, con las técnicas de investigación de una etnografía virtual es posible trascender esas fronteras físicas y encontrar hallazgos más universales, pues con las publicaciones que comparten estudiantes y médicos en las redes sociales podemos apreciar las experiencias compartidas por una comunidad mucho más grande que la de los sujetos observados y entrevistados

con metodologías etnográficas tradicionales. Al utilizar redes sociales como Facebook, usuarios ubicados en diferentes ciudades transitan entre redes virtuales y redes fuera de internet. Esto quiere decir que el usuario no se aísla de su realidad social—como solía pensarse con los primeros trabajos de etnografía virtual—sino que mantiene los vínculos con las personas, instituciones y espacios que habita fuera de la red (Gutiérrez, 2016). Mientras los estudiantes y médicos suelen estar aislados⁷ en los hospitales donde estudian y trabajan, en las redes sociales se conectan para construir un espacio de socialización en el que comparten sus experiencias, afectos, coincidencias y discrepancias del mundo fuera de línea, trasladándolos al mundo virtual de Facebook. De esta forma, en el ciberespacio emergen prácticas de interacción entre ellos a través de las cuales hacen sentido de su identidad y de la transformación personal que viven durante su formación profesional. Es en este sentido que Hine (2016) afirma que la internet provee entendimiento de cómo se siente vivir un tipo de vida particular. Al mismo tiempo, las publicaciones que allí se comparten sirven también para modelar las actitudes y opiniones de los usuarios (Ballesteros, 2016), es decir, el ciberespacio no sólo refleja la vida que tienen sus usuarios fuera de internet, sino también estructura desde lo virtual sus experiencias *offline*.

Los resultados virtuales que presento a lo largo de esta tesis surgieron del seguimiento que hice de publicaciones de médicos en Facebook utilizando mi perfil personal por un periodo de 3.5 años (desde enero de 2015 hasta julio de 2018). Accedí a las primeras publicaciones de médicos a partir de mis contactos personales en esa red social, y a partir de ahí mis observaciones virtuales se ampliaron al aplicar la función de “seguir” para los perfiles públicos de las publicaciones que mis contactos compartían y al unirme a un par grupos conformados exclusivamente por médicos mexicanos (fue en uno de ellos que publiqué la convocatoria para participar en las entrevistas de este trabajo). Para el final del trabajo de campo en línea estaba siguiendo las publicaciones de 2 grupos

⁷ En el Capítulo IV hablaré con detalle sobre el aislamiento en el que se encuentran los médicos en formación como una condición que posibilita su transformación personal.

de médicos mexicanos (#yosoy17 “somos médicos no dioses”; Los médicos no somos delincuentes-movimiento médico 22 de junio!) y de 9 perfiles públicos relacionados con la medicina (Dr. Negrete; Yo amo ser médico; Pero Quería ser Dr.; Memes Hospitalarios; Médico, poeta y loco; Casi Médico; El Rincón del Médico; Futuro Médico; y Doctores Latinos). Además, las publicaciones compartidas en este ciberespacio me condujeron a otros medios virtuales, como Twitter, páginas web relacionadas con la medicina y noticias y periódicos electrónicos. Una fuente de información que resultó muy importante para el análisis que presento en esta tesis fueron los memes compartidos en estos espacios virtuales.

Los memes son composiciones verbo-visuales de naturaleza digital que se transmiten por la red y rápidamente adquieren popularidad, siendo susceptibles de evolucionar a medida que viajan virtualmente, se comentan y se recontextualizan. Aunque los memes tienen una amplia gama de usos sociales—como puede ser compartir información, transmitir mensajes positivos o protestar ante situaciones de injusticia (Pérez Salazar, 2017)—, la mayoría de ellos constituyen dispositivos cómicos que pretenden provocar la risa o, al menos, una sonrisa. Al igual que el chiste, los memes se caracterizan por ser breves y buscan “relativizar y poner distancia, desde el humor, a las tensiones, malestares y conflictos de la vida cotidiana” (Ballesteros, 2016:25). A pesar de que muchos de los memes que ilustran este trabajo me producen indignación—y presumo que sucederá lo mismo con algunos de mis lectores—, no debemos perder de vista que su propósito no es indignar, sino divertir. Como otros dispositivos cómicos, los memes están anclados en un contexto sociocultural concreto y nos revelan el imaginario compartido en ese contexto, cómo sus actores sociales se ven a sí mismos y a otros, de qué se ríen y cuándo ellos mismos son el objeto de risa. En este sentido, los memes son productos culturales que permiten entender el mundo social que les ha dado origen (Pérez Salazar, 2017).

Además de ser productos culturales, los memes son una práctica social pues cualquier persona puede crear un meme y ponerlo en circulación (Ballesteros, 2016). Existen múltiples aplicaciones gratuitas y disponibles en línea

que permiten crear memes en cuestión de segundos haciendo uso de un banco de imágenes predeterminado a las que se le inserta un texto. De esta forma, los usuarios de la red adquieren un carácter de “prosumidores” de memes, pues ellos mismos los producen y consumen. Cuando un usuario crea o reenvía un meme, tiene en mente el contexto de recepción, es decir, reconoce lo que es gracioso en su contexto social, de tal suerte que su acción es una forma de identificación y vinculación con las demás personas que conforman el grupo virtual en el que él participa. Esta perspectiva concuerda con mis resultados empíricos, pues uno de los estudiantes que entrevisté me comentó que él y sus compañeros hacían memes basados en las experiencias que vivieron durante su formación profesional.

Durante la etnografía virtual compilé un total 190 memes con chistes o mensajes relativos a la condición de ser médico o estudiante de medicina. Basé mi análisis de estos dispositivos cómicos en la premisa de que éstos constituyen vehículos humorísticos de las tensiones, conflictos y malestares por los que atraviesan en su vida *offline* los estudiantes y médicos que los crean y comparten. Como veremos a lo largo de este trabajo, muchos de ellos se refieren a las experiencias de vida de los estudiantes que se transforman en deshumanizadores de pacientes. Además de los memes, guardé en formato de imágenes (capturas de pantalla) 126 publicaciones de Facebook relacionadas también con mi pregunta de investigación. Todas estas imágenes (memes y publicaciones) fueron codificadas para su análisis con apoyo del software Atlas-ti. Los resultados recabados se presentan de manera anónima, para lo cual eliminé el nombre de usuario de Facebook de las publicaciones.

En suma, el trabajo de investigación consistió en hacer una serie de movimientos reflexivos multidireccionales pasando por todas mis fuentes de información. Mis notas de campo iban y venían de las publicaciones de Facebook a las experiencias que otros médicos y estudiantes compartieron conmigo, y de

ahí a una vasta cantidad de recuerdos personales que tenía olvidados. Triangulé⁸ toda esta información entre sí, y con resultados empíricos de otras investigaciones, y con teorías psicológicas, sociológicas y filosóficas sobre la identidad personal, la deshumanización y las prácticas sociales que se dan en el encuentro clínico entre médicos y pacientes. Estos recorridos itinerantes me permitieron volver a ajustarme a los zapatos de médica que llevo años intentándome quitar. Con esta reinmersión en el mundo social de la medicina, logré empatizar con los médicos, comprenderlos a profundidad y compadecerlos honestamente. Y todavía más allá de estos procesos sanadores, este viaje analítico me permitió responder con rigor teórico a mi pregunta de investigación, proponer soluciones a problemas filosóficos de la identidad personal y desarrollar una teoría filosófica para la deshumanización de la medicina.

En la primera parte de esta tesis presento los antecedentes y premisas necesarios para posteriormente, en la segunda parte, desarrollar mis propuestas teóricas y argumentos. Con el objetivo de dibujar un mapa que sirva de guía para la lectura de esta tesis, en el Capítulo I presento una descripción breve del mundo que habitan los médicos, que es el escenario social donde ocurre la transformación personal de los estudiantes y la deshumanización de la medicina.

En el Capítulo II analizo el concepto de deshumanización, tomando como referencia las teorías que han desarrollado los psicólogos sociales sobre este tema, y también los testimonios de los estudiantes y médicos entrevistados. Concluyo que la noción de deshumanización que proponen los psicólogos y adoptan los médicos debe ser revisada porque suscribe una perspectiva neolockeana de la identidad personal que se enfoca sólo en nuestra dimensión psicológica y soslaya nuestras dimensiones biológica y social, y por lo mismo, es incapaz de explicar todos los fenómenos que se asocian comúnmente con la deshumanización de la medicina.

⁸ En la metodología etnográfica, la palabra triangulación se utiliza para denominar la combinación de métodos, grupos de estudio, entornos locales y temporales, y perspectivas teóricas diferentes al ocuparse de un fenómeno (Flick, 2012)

En el último capítulo de la primera parte de la tesis, el Capítulo III, presento una caracterización alternativa de la identidad personal en la que se reconocen todos nuestros componentes biológicos, psicológicos y sociales, tomando como base las perspectivas sicionarrativas de la identidad personal de las filósofas Marya Schechtman y Hilde Lindemann, así como las aportaciones de Peter Goldie sobre el pensamiento narrativo y el rol constitutivo que tienen las emociones en nuestra identidad. La aproximación teórica a la identidad personal que presento en este capítulo sirve de fundamento para mi análisis de la transformación personal y para mi teoría filosófica de la deshumanización de la medicina.

En la segunda parte de esta tesis desarrollo mis propuestas teóricas más fuertes. Encuadrando la transformación personal en el marco de lo que los filósofos de la identidad personal llaman el problema de la persistencia, en el Capítulo IV doy cuenta de cómo es que los estudiantes de medicina se transforman en deshumanizadores de pacientes. Con apoyo en el material recopilado con el trabajo de campo, argumento que el maltrato del que son objeto los estudiantes de medicina busca transformar su identidad para que incorporen la identidad social de los médicos, a la cual denomino galenidad. Con base en un análisis meticuloso de las experiencias de estos estudiantes y el contexto social en el que están embebidos, propongo tres criterios para distinguir una transformación personal de otros cambios comunes que ocurren durante la vida de las personas, dando con ello una solución novedosa al problema de la persistencia de la identidad personal.

Y finalmente, en el Capítulo V, presento mi teoría filosófica de la deshumanización. Esta teoría se basa en un análisis relacional que busca comprender las condiciones de posibilidad de las interacciones de los médicos entre sí (los deshumanizadores) y con los pacientes (los deshumanizados). Los resultados del análisis de las interacciones entre todos estos actores sociales permiten plantear que la deshumanización es un tipo de práctica social en la cual no sólo resultan agraviados los pacientes, sino también los médicos. En el reclamo público que han hecho recientemente los médicos mexicanos con el lema “somos médicos, no dioses”, se vislumbra que en las prácticas deshumanizantes a los

médicos se les confiere una identidad suprahumana (la galenidad) que presupone que tienen capacidades que van más allá de los límites humanos. Los resultados de esta investigación además apuntan que, en contraparte, a los pacientes se les confiere una identidad subhumana con la que se les niegan capacidades humanas fundamentales. Con varios casos obtenidos a través del trabajo de campo ilustro las prácticas deshumanizantes que se dan entre médicos y pacientes basadas en estas identidades no humanas, y los daños que sufren ambos por esas interacciones. Asimismo, con apoyo en el material empírico recopilado, ofrezco evidencia y argumentos para defender que otras formas de interacción competitivas entre médicos, a las que llamo prácticas de metadeshumanización, redoblan la deshumanización de los pacientes.

A lo largo de estos cinco capítulos doy respuesta a las cuestiones filosóficas de qué hace que una persona sea quien es, y cómo es posible que esa persona se transforme y cómo esa transformación posibilita la deshumanización de otras personas. Mientras que la aproximación metodológica a la pregunta de investigación de esta tesis es mayoritariamente etnográfica, el desarrollo teórico que surgió de ella es más bien filosófico, por lo que presento este trabajo como una etnografía filosófica sobre la deshumanización de la medicina.

PRIMERA PARTE:
ANTECEDENTES Y PREMISAS

I. El mundo de los médicos: el espacio social donde ocurre la deshumanización de la medicina

Para hablar de deshumanización de la medicina es preciso adentrarnos a ese mundo que habitan los médicos y que los pacientes visitan sólo de manera ocasional. Se trata de un mundo singular en el cual las cosas que conocemos en la vida común adquieren denominaciones extrañas; un mundo en el que los ritmos de trabajo, descanso y comida rompen con la organización ordinaria de vida; un mundo con un sinfín de reglas, rituales, jerarquías y costumbres con el que resulta laborioso familiarizarse.

El objetivo de este capítulo es bosquejar una descripción general de ese mundo, dibujar un mapa que sirva de guía durante la lectura de los demás capítulos de la tesis. En estas páginas conoceremos el perfil de los alumnos de ingreso a la carrera de medicina, las etapas por las que transitan los estudiantes en su formación profesional y en qué consiste la especialización médica. Nos familiarizaremos con algunos términos raros que designan las jerarquías bajo las que opera este mundo y aprenderemos cómo está organizada la atención médica en las clínicas y en los hospitales. Todo esto con el propósito de dar contexto e introducir la terminología que aparece en los fragmentos de entrevista que ilustran la investigación.

La carrera de medicina

La carrera de medicina se diferencia de otras licenciaturas en varios sentidos. En primer lugar, se trata de una carrera muy competitiva. Históricamente la licenciatura de Médico Cirujano ha sido una de las más demandadas y en ella se concentran muchos alumnos que terminaron el bachillerato con buen desempeño. Tomemos como ejemplo el perfil de ingreso a la carrera de medicina de la UNAM,

institución educativa que concentra la matrícula más grande de alumnos en esta carrera en México. Para el ciclo escolar 2016-2017 hubo 24,597 aspirantes a esta carrera registrados al concurso de selección de la Universidad, de los cuales sólo 342 (1.88%) fueron seleccionados, mientras que con el pase reglamentado sólo se aceptaron alumnos con promedio mínimo entre 8.68 y 9 (dependiendo de la sede de la UNAM)⁹. A partir del ingreso a la carrera de medicina, la competencia sólo acrecienta: en algunas escuelas se compite por pertenecer a grupos de excelencia académica¹⁰ y por elegir, con base en sus calificaciones, las sedes hospitalarias donde realizarán sus prácticas clínicas. Los alumnos compiten fervientemente entre sí porque el currículum que desarrollan a nivel pregrado tendrá gran influencia en las posibilidades que tengan para hacer una especialidad médica más adelante.

Esta carrera también se diferencia de otras licenciaturas porque la formación profesional de los médicos se comparte entre las instituciones educativas y las instituciones de salud. Esta estructura en la institucionalización de la educación médica surgió a principios del siglo XX. Un momento definitorio en ese proceso fue la publicación del Informe Flexner en 1910, una evaluación realizada a las escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá que tuvo por objetivo estandarizar la formación profesional de los médicos. Dicho informe

⁹ Existen dos formas de ingreso a las carreras de la UNAM. Por una parte, los aspirantes provenientes de preparatorias y bachilleratos de la propia UNAM pueden acceder mediante el llamado “pase reglamentado”, que consiste básicamente en lograr un cierto promedio mínimo al final de este ciclo formativo. La gran mayoría de los estudiantes que ingresa a la universidad lo hace por esta vía. Por otra parte, los estudiantes provenientes de preparatorias y bachilleratos de otras instituciones (diferentes a la UNAM), pueden acceder a la UNAM si aprueban un examen de selección. Las tres sedes de la UNAM que ofrecen la carrera de médico cirujano tienen, en conjunto, la matrícula de alumnos de medicina más grande del país. Para el ciclo escolar 2016-2017, la Facultad de Medicina de Ciudad Universitaria tuvo 14,069 aspirantes y 236 seleccionados con un puntaje mínimo de 113 aciertos de 120 reactivos; la FES Iztacala tuvo 6,411 aspirantes y 153 seleccionados con un puntaje mínimo de 112 y la FES Zaragoza tuvo 4,117 aspirantes y 74 seleccionados con un puntaje mínimo de 108 (Portal de Estadísticas Universitarias, 2018). Para ese mismo ciclo escolar, el pase reglamentado de alumnos de bachillerato de la UNAM a estas tres sedes que ofrecen la carrera de medicina exigió no haber recursado ningún año de preparatoria y tener un promedio mínimo de 9.0 para la Facultad de Medicina, de 8.68 para la FES Iztacala y 8.92 para la FES Zaragoza (UNAM, 2017).

¹⁰ Por ejemplo, en la Facultad de Medicina de la UNAM existe el Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA), otrora denominado NUCE (Núcleos Universitarios de Calidad Educativa); en la Universidad Autónoma de Nuevo León existe un grupo equivalente denominado Gestimed.

asentó que la instrucción de los estudiantes de medicina debía basarse, primero, en las ciencias biomédicas y, segundo, en la práctica clínica dentro de los hospitales. La influencia de esta publicación fue enorme pues condujo a la reestructuración de los planes de estudio de la carrera de medicina inicialmente en estos dos países anglosajones y después en el resto del mundo.

Actualmente, los planes de estudio de las escuelas de medicina siguen muy apegados al paradigma flexneriano (Borrell, 2005). En ellos existe una clara división entre un periodo o ciclo inicial de disciplinas científicas en las instituciones educativas, seguido por otro dedicado a los estudios y el afianzamiento de habilidades clínicas en las instituciones de salud. En México, la carrera de medicina tiene una duración de entre 6 y 7 años, dependiendo de la institución educativa. Los primeros dos años corresponden a los *ciclos básicos*, que están enfocados en el estudio de las bases científicas de la práctica médica (anatomía, fisiología, bioquímica, histología, microbiología, embriología, farmacología, etc.). Los ciclos básicos tienen sede en las universidades, donde además de recibir cátedra, los alumnos realizan prácticas de laboratorio. En esta etapa, los horarios de clases son similares a los de otras licenciaturas; existen dos turnos, uno matutino y otro vespertino. A pesar de que durante esta etapa los alumnos aún no tienen contacto con los pacientes, desde el primer día de clases deben vestir con uniforme: ropa blanca, zapatos blancos y bata. El uso de este uniforme será obligatorio durante toda la carrera de medicina y durante los estudios de especialidad que se cursan después de la licenciatura.

A los ciclos básicos le siguen de 2 a 3 años de *ciclos clínicos*, a partir de los cuales, bajo el contexto de un convenio entre las instituciones educativas y las instituciones de salud, los alumnos dejan de asistir a la universidad para empezar la instrucción clínica en los hospitales. A partir de ese momento los estudiantes de medicina están adscritos a un hospital, donde reciben clases en aulas ubicadas dentro del mismo hospital y empiezan a integrarse a las actividades de atención médica de la institución, teniendo contacto con los pacientes por primera vez. En esta etapa, los alumnos acuden al hospital de lunes a viernes, durante el turno matutino.

Durante estos años de la carrera, el plan de estudios contempla *rotaciones* por los distintos servicios de los hospitales para que los alumnos adquieran los conocimientos correspondientes a esas especialidades médicas (p. ej. medicina interna, otorrinolaringología, cirugía, urgencias médicas, ortopedia, cardiología, gastroenterología, dermatología, oftalmología, ginecología, pediatría, etc.). Con esta distribución, la educación médica gira alrededor del rol del médico en el tratamiento de la enfermedad, poniendo especial énfasis en la dimensión biológica de ésta última y basando la atención del individuo en conocimientos “departamentalizados” (Borrell, 2005). Las asignaturas como salud pública, bioética o historia de la medicina ocupan un rol secundario en la educación médica, y desde comienzos de la carrera, los alumnos priorizan el aprendizaje de las asignaturas con enfoque científico y clínico, como podemos apreciar con el siguiente meme obtenido de Facebook:

Imagen 1. Sacrificio Salud Pública

-Cuando tienes dos exámenes el mismo día y no tienes tiempo para estudiar ambas..



Fuente: Facebook

Después de los ciclos clínicos se realiza el *Internado Médico*, la última etapa formativa de la carrera de medicina que tiene un año de duración (365 días, con dos periodos vacacionales de diez días hábiles cada uno). A partir de este momento, el estudiante, ahora denominado médico interno de pregrado (MIP) o

simplemente *interno*, forma parte del equipo de trabajo de los hospitales y tiene responsabilidades a su cargo. En esta etapa, los alumnos realizan “prácticas clínicas regulares” en un horario de lunes a viernes durante el turno matutino del hospital y, adicionalmente, realizan “prácticas clínicas complementarias”, coloquialmente denominadas *guardias*, las cuales a veces se asignan en fin de semana.

Las guardias son jornadas de trabajo prolongadas que, entre semana, inician a la hora que concluye el turno matutino y terminan cuando inicia el turno matutino del siguiente día. Así, un alumno al que le toca hacer guardia llegará al hospital por la mañana para realizar las prácticas clínicas regulares en el horario matutino y permanecerá en el hospital para realizar la guardia durante los turnos vespertino y nocturno del mismo día, tras los cuales deberá integrarse a las prácticas clínicas regulares de la mañana siguiente. Esto quiere decir que, cuando tiene guardia entre semana, el interno cubre jornadas de 32 horas continuas. Las guardias de fin de semana (y de días festivos) tienen una duración de 24 horas y consisten en cubrir los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno) de un día.

Las guardias se realizan en equipo, o sea que varios internos conforman un grupo que va rotando por los diferentes servicios del hospital y se queda de guardia los mismos días. Durante el Internado, las guardias se realizan cada tercer día, lo que se conoce como “*guardias ABC*”. Esta denominación se debe a que, en la administración de los hospitales, desde el primer día del año se asigna una letra entre A y C a cada día del año (incluyendo fines de semana y días festivos), mientras que a los distintos grupos de internos se les asigna una letra, de tal suerte que los internos del grupo A realizarán guardias todos los días del año que tengan asignada la letra A, y así también para el grupo B y C, respectivamente.

Esta enredada descripción de los horarios de los internos está ilustrada en las Figuras 1 y 2. La Figura 1 muestra el calendario de un mes con la asignación de guardias ABC. La Figura 2 ilustra el calendario de actividades de los internos del grupo A durante ese mes. Hay que notar las largas jornadas que el estudiante pasa recluido en el hospital (sombreadas en color gris). El tiempo que pasa fuera

del hospital (sin sombrear) normalmente es utilizado para descansar (en *postguardia*, es decir el día posterior a haber hecho una guardia) y estudiar (en *preguardia*, o sea el día anterior por realizar una guardia).

Figura 1. Calendario de un mes con la asignación de guardias ABC

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	Prácticas clínicas regulares					Guardia C	Guardia A
Tarde	Guardia A	Guardia B	Guardia C	Guardia A	Guardia B		
Noche							
Mañana	Prácticas clínicas regulares					Guardia A	Guardia B
Tarde	Guardia B	Guardia C	Guardia A	Guardia B	Guardia C		
Noche							
Mañana	Prácticas clínicas regulares					Guardia B	Guardia C
Tarde	Guardia C	Guardia A	Guardia B	Guardia C	Guardia A		
Noche							
Mañana	Prácticas clínicas regulares					Guardia C	Guardia A
Tarde	Guardia A	Guardia B	Guardia C	Guardia A	Guardia B		
Noche							

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Calendario de actividades de un interno o residente en un mes

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	Prácticas clínicas regulares					Preguardia	Guardia
Tarde	Guardia	Postguardia	Preguardia	Guardia	Postguardia		
Noche							
Mañana	Prácticas clínicas regulares					Guardia	Postguardia
Tarde	Postguardia	Preguardia	Guardia	Postguardia	Preguardia		
Noche							
Mañana	Prácticas clínicas regulares					Postguardia	Preguardia
Tarde	Preguardia	Guardia	Postguardia	Preguardia	Guardia		
Noche							
Mañana	Prácticas clínicas regulares					Preguardia	Guardia
Tarde	Guardia	Postguardia	Preguardia	Guardia	Postguardia		
Noche							

Fuente: Elaboración propia

Este ritmo de estudio tiene como consecuencia el aislamiento del estudiante de su vida fuera de la institución. La Imagen 2 presenta un meme obtenido de Facebook en el que se hace referencia a la organización que toma la vida de los estudiantes por cumplir con estas prolongadas jornadas de estudio.

Imagen 2. De tu casa al hospital



Fuente: Facebook

Muchos hospitales que reciben internos carecen del personal de salud necesario para cubrir los requerimientos de atención médica de los pacientes, por lo que las actividades que realizan los internos suelen enfocarse, más que a cubrir los objetivos educativos del Internado Médico, a realizar trabajos rutinarios como tomar muestras de sangre, hacer curaciones de heridas, buscar materiales como paquetes de sangre para transfusiones, sellar y firmar solicitudes de estudios, redactar notas para los expedientes de los pacientes, etc. (López, Villanueva y Moreno, 2015). Los hospitales tienen la obligación de ofrecer a sus internos “apoyos básicos” a cambio del trabajo que los estudiantes realizan para la institución. Estos apoyos incluyen una beca de 1,870 pesos mensuales (Secretaría de Salud, 2016), el uniforme blanco, alimentos en el comedor del hospital, un área de descanso y aseo (coloquialmente llamada *mipera*, porque ahí descansan los MIPs o internos), y atención médica para ellos y sus familiares directos (Diario Oficial de la Federación, 2004).

Al concluir el Internado Médico, los estudiantes de medicina presentan el examen profesional de la licenciatura, que consiste en una evaluación teórico-

práctica que abarca todos los contenidos vistos a lo largo de la carrera. Una vez aprobado este examen, los aún estudiantes deberán realizar un año de *servicio social* a condición de obtener el título de médico cirujano. Aunque existen diferentes opciones para realizar el servicio social de medicina (p. ej. en investigación o en plazas administrativas en las universidades), la mayoría de los médicos son enviados a centros de salud rurales para brindar atención médica básica en la comunidad donde han sido asignados por promedio final de la carrera. Al concluir el servicio, finalmente, obtienen el título y la cédula profesional de médico cirujano, es decir ya son *médicos generales*.

A pesar de que es de común conocimiento que en la carrera de medicina hay altos índices de deserción, resulta difícil contar con una cifra exacta pues los programas académicos suelen aceptar repetidores. Por lo que reporta la Facultad de Medicina de la UNAM, se estima que la deserción a lo largo de la carrera de medicina oscila entre el 25 y el 28%, concentrándose principalmente durante los primeros dos años de la carrera (los ciclos básicos), en los que los índices de reprobación son más altos. A partir de los ciclos clínicos estos índices se reducen y la población escolar se mantiene estable. Al final, los porcentajes de titulación oscilan entre el 38 y el 80%, según datos de esta escuela para los años de 2001 a 2008 (Graue-Wiechers, 2015). En la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, una de las mejores escuelas de medicina del país¹¹, se reportan cifras similares: un 10% de deserción anual, principalmente en los primeros dos años de la carrera (Hernández-Mata et al, 2005).

La especialización médica

La mayoría de los estudiantes de medicina comienza su formación con la idea de realizar una especialidad médica, aunque muchos de ellos desconocen en qué

¹¹ La Universidad Autónoma de San Luis Potosí se considera una de las mejores escuelas de medicina del país porque muchos de sus egresados consiguen estudiar una especialidad médica, en comparación con los egresados de otras universidades (Castro y Villanueva, s/f).

consiste el proceso para especializarse o que el campo médico tiene otros espacios en los que pueden desarrollarse profesionalmente (Romo, s.f.). En un estudio sobre perspectivas profesionales en 443 estudiantes de medicina de 19 universidades de América Latina se encontró que el 82% de los estudiantes desea realizar labor clínica hospitalaria (Mayta-Tristán et al, 2008).

Esta tendencia a la especialización se mantiene después de haber egresado de la carrera. En México, la mayoría de los médicos generales buscará estudiar una especialidad médica, pues la medicina general está muy desprestigiada y, además, las ofertas laborales que existen para los médicos generales son limitadas, tanto por las plazas de trabajo disponibles como por la remuneración que reciben. A pesar de que en 2015 había 2 médicos generales por cada médico especialista en México (INSP, 2017), cada vez se contratan más médicos especialistas que médicos generales en nuestro país, siendo la proporción de 2:1, es decir, dos especialistas por cada médico general contratado (Graue-Wiechers, 2011). En 2015, el 48% de los médicos contratados por el sector público de salud eran especialistas (INSP, 2017). Por eso, en el campo médico, la educación de pregrado suele verse como “un propedéutico” para posteriormente estudiar una especialidad médica.

Los médicos generales que desean realizar una especialidad en México deben pasar por un proceso de selección muy riguroso que consiste en aprobar un examen teórico diseñado, aplicado y calificado por la Secretaría de Salud y cuyo objetivo es evaluar los conocimientos médicos de los aspirantes. Este examen se denomina Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) ya que los estudios de especialidad también se conocen con el nombre de *residencias médicas*.

El puntaje requerido para aprobar el ENARM varía entre especialidades. Las especialidades con mayor prestigio o que sirven de entrada a subespecialidades prestigiosas piden puntajes más altos en el examen, mientras que las que se encuentran en posiciones menos reconocidas solicitan puntajes

inferiores¹². Sin embargo, aprobar el examen para cualquier especialidad, sea prestigiosa o no, es muy difícil. La demanda de médicos generales que realizan el ENARM crece anualmente: entre 2001 y 2016 casi se duplicó, pasando de 18,725 médicos sustentantes en 2001 a 39,743 en 2016 (INSP, 2017). En 2016, a nivel nacional, sólo el 22% de los médicos que realizaron el ENARM fueron seleccionados, lo que se traduce en una brecha entre demanda y oferta de plazas de especialidad de 5:1 (INSP, 2017). Esto quiere decir que alrededor del 80% de los médicos generales no podrá realizar una residencia médica.

El ENARM es el vehículo para ingresar a una de las 27 especialidades de entrada directa, las cuales representan un primer nivel de especialización¹³. Algunas de estas especialidades de entrada directa funcionan como tronco común para muchas otras especialidades. Por ejemplo, Medicina Interna es una especialidad de entrada directa a partir de la cual los médicos pueden “derivarse” a otras especialidades como Cardiología, Neurología, Infectología, Dermatología, entre otras. Dicha derivación puede darse tras concluir 1 o 2 años de estudios en Medicina Interna, dependiendo de los requerimientos del plan de estudios. En estos casos, los médicos se derivan a las denominadas especialidades de entrada indirecta. En otros casos, algunos médicos terminan los 4 años de Medicina Interna y obtienen el título de médico internista, para posteriormente subespecializarse en otra rama como las mencionadas.

Salvo algunas excepciones¹⁴, los estudios de especialidad se cursan en los hospitales y son avalados por instituciones educativas (universidades) que tienen

¹² Para una discusión en clave sociológica sobre la jerarquía de prestigio entre especialidades, ver Castro y Villanueva (s/f).

¹³ Estas especialidades son: Anatomía Patológica; Anestesiología; Audiología, Otoneurología y Foniatría; Calidad de la Atención Clínica; Cirugía General; Epidemiología; Genética Médica; Geriátrica; Ginecología y Obstetricia; Imagenología Diagnóstica y Terapéutica; Medicina de la Actividad Física y Deportiva; Medicina de Rehabilitación; Medicina de Urgencias; Medicina del Trabajo y Ambiental; Medicina Familiar; Medicina Interna; Medicina Legal; Medicina Nuclear e Imagenología Molecular; Medicina Preventiva; Neumología; Oftalmología; Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello; Patología Clínica; Pediatría; Psiquiatría; Radio-oncología; y Traumatología y Ortopedia.

¹⁴ La mayoría de las especialidades son clínicas, es decir, están enfocadas al estudio de individuos enfermos y se cursan dentro de hospitales. Sin embargo, existen 5 especialidades que tienen un enfoque poblacional: Epidemiología, Medicina Preventiva, Medicina del Trabajo y Ambiental,

convenio con las instituciones de salud. Las residencias médicas tienen una duración mínima de 3 años y pueden extenderse, conforme el médico se va subespecializando, hasta por 7 años. Los horarios de estudio durante estos años varían dependiendo de cada especialidad y del año de especialidad que se está cursando. En la mayoría de los casos, sin embargo, son horarios iguales a los del Internado Médico: los estudiantes de especialidad, llamados *residentes*, realizan prácticas regulares entre semana durante el turno matutino del hospital y guardias que incluyen los fines de semana y los días festivos, durante los 365 días del año, con dos periodos vacacionales de 10 días hábiles cada uno. Durante los primeros años de la especialidad, las guardias son cada tercer día (ABC), mientras que en los últimos años de la residencia las guardias suelen irse espaciando hasta tener una a la semana más o menos.

Al igual que los internos, el trabajo que realizan los residentes en los hospitales está enfocado a cubrir los requerimientos de atención médica de los pacientes, más que a abordar los objetivos educativos del programa de especialidad. No obstante, el tipo de actividades que realizan los residentes son más sofisticadas: diagnostican, prescriben tratamientos, hacen procedimientos, dan consulta, etc. A cambio, también reciben apoyos que incluyen una beca de entre 8,000 y 15,000 pesos mensuales¹⁵, uniformes blancos, alimentos en el comedor del hospital, un área de descanso y aseo, y atención médica para ellos y sus familiares directos (Diario Oficial de la Federación, 2013).

A lo largo de la especialidad, los residentes son evaluados periódicamente con exámenes diseñados y aplicados por la universidad que avala sus estudios. Al concluir la residencia, deben presentar un proyecto de investigación o tesis para obtener el título y la cédula profesional de especialista, así como cumplir con algunos meses de servicio social, generalmente en áreas geográficas marginadas.

Medicina Legal y Calidad de la Atención Clínica. Estas especialidades tienen una organización muy distinta a la que aquí se describe, ya que los médicos especialistas de estas disciplinas no tienen contacto directo con pacientes. En este sentido, escapan de los intereses de esta investigación pues no participan de la deshumanización de la medicina.

¹⁵ Los montos de las becas varían dependiendo de la institución que las otorga (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, etc.) y del año de la residencia que se está cursando (el monto va aumentando conforme el residente avanza en su formación como especialista).

Adicionalmente, para ejercer, deben recibir la certificación que ofrecen los diferentes Consejos de Especialidades Médicas y renovarla cada determinado tiempo.

Acumulativamente, la formación profesional de los médicos puede durar hasta 14 años, de los cuales hasta 12 años ocurren en los hospitales. En redes sociales abundan las publicaciones que hacen referencia a la prolongada condición de estudiantes que tienen los médicos en comparación con otros profesionistas, así como a los largos periodos que pasan dentro de los hospitales (ver Imágenes 3 y 4).

Imagen 3. Ciclo de vida del médico



Fuente: Facebook

Imagen 4. Hogar dulce hogar



Fuente: Facebook

La organización de los servicios de salud

Se conoce como *Sistema Nacional de Salud* (SNS) al conjunto de instituciones que prestan servicios de salud en México, incluyendo los servicios públicos y privados. Los primeros se crearon a partir de mediados del siglo pasado. En 1943 se fundó la Secretaría de Salud (que originalmente se llamó Secretaría de Salubridad y Asistencia, por lo que hasta ahora se le abrevia como SSA) con el propósito de ofrecer saneamiento ambiental y atención médica, contando con recursos muy limitados financiados por el Estado. De manera paralela, se fundó el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) para dar atención médica a los empleados del sector privado, contando con muchos más recursos pues se financia a partir de aportaciones tripartitas (del trabajador, de los patrones y del Estado). Después se fundaron otras instituciones públicas de salud con una organización similar a la del IMSS, pero dirigidas a otras poblaciones específicas como los trabajadores del Estado (ISSSTE - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado), los petroleros (Servicios de Salud de PEMEX), los militares (ISSFAM – Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas), etc.

La creación de estas instituciones públicas estuvo enfocada a brindar atención médica a los trabajadores formales, dejando en manos de la SSA la atención de la población desempleada o que tiene trabajos informales. En años más recientes se creó el Seguro Popular, dependiente de la SSA, reestructurando la atención que recibe esta población que no tiene acceso a las otras instituciones públicas de salud¹⁶. Todas estas instituciones públicas trabajan de manera independiente, aunque actúan de manera coordinada, bajo la rectoría de la SSA,

¹⁶ Esta población ya recibía atención por parte de la SSA desde antes de la creación del Seguro Popular. La creación de éste obedeció a una nueva administración tributaria para financiar la atención médica de dicha población, condicionando la atención bajo un esquema de aseguramiento similar a la que aplican los seguros médicos privados. El Seguro Popular sólo garantiza la atención de algunas enfermedades, pero no hay compromiso por parte del Estado para atender las enfermedades que no están contempladas por esa cobertura. Mientras el IMSS y el ISSSTE cubren todas las enfermedades, el Seguro Popular sólo cubre el 11% de las enfermedades (López Cervantes coord., 2013).

para llevar a cabo ciertas acciones como, por ejemplo, las campañas de vacunación. Por su parte, las instituciones privadas de salud funcionan de manera bastante independiente a las instituciones públicas, aunque también están reguladas por la SSA.

Dentro de las instituciones de salud, los servicios médicos están organizados en tres niveles de atención (ver Cuadro 1). Idealmente, los pacientes deberían entrar en contacto con los servicios de salud a través del primer nivel, en el cual laboran principalmente médicos generales y médicos familiares capaces de prevenir, identificar y corregir los problemas de salud más comunes, brindando la atención desde *clínicas* o *centros de salud* donde se ofrecen consultas y servicios de programas preventivos como la planificación familiar. Cuando el problema de salud de un paciente no puede resolverse en el primer nivel de atención, el paciente se refiere al segundo nivel donde puede acceder a servicios de laboratorio, consulta con médicos especialistas u hospitalización. En el tercer nivel de atención se atienden enfermedades altamente especializadas; a él se accede por medio de referencias de los niveles de atención más básicos (López-Cervantes coord., 2013)

Durante la carrera, los estudiantes sólo tienen un par de rotaciones por clínicas de primer nivel, de tal forma que los médicos se familiarizan más con la atención primaria hasta que realizan el servicio social en centros de salud de la SSA, del IMSS o de las instituciones de salud estatales. El resto de la formación profesional de los médicos (en pregrado y en las especialidades) ocurre en hospitales de segundo y tercer nivel de atención, principalmente de instituciones públicas de salud. La organización de estos hospitales es a grandes rasgos igual, en el sentido de que comparten los mismos horarios, la distribución de servicios por especialidad, las jerarquías y el mismo guion de actividades.

Cuadro 1. Los niveles de atención médica

NIVEL	COBERTURA *** COMPLEJIDAD	ACTIVIDADES	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS FÍSICOS
I	Máxima *** Mínima	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción para la salud - Control de salud - Diagnóstico de las enfermedades - Tratamiento para enfermedades sencillas - Derivación oportuna de casos a niveles de mayor complejidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico general o con especialidad en medicina familiar. - Personal paramédico: enfermeros, odontólogos, nutriólogos, trabajadores sociales, psicólogos, etc. 	<p>Consulta en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centros de salud rurales y urbanos - Consultorios médicos - Dispensarios - Unidades de medicina familiar - Establecimientos educativos - Centros de trabajo - Etc.
II	Intermedia *** Intermedia	<p>Diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no pueden ser resueltas en el primer nivel de atención médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos especialistas, especialmente de las especialidades troncales (p. ej. pediatría, medicina interna, cirugía general y ginecología). - Personal paramédico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta en hospitales. - Hospital general o regional que cuente por lo menos con: <ul style="list-style-type: none"> o Quirófano o Laboratorio o Imagenología (p. ej. rayos X, ultrasonido, etc.) o Área de hospitalización o Urgencias 24hrs.
III	Mínima *** Máxima	<p>Diagnóstico y tratamiento de enfermedades que no pueden ser resueltas en el segundo nivel de atención médica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Médicos especialistas y subespecialistas. - Personal paramédico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta en hospitales. - Hospital o unidad médica de alta especialidad que cuente con servicios de la tecnología más avanzada (p. ej. resonador magnético, tomógrafo, etc.)
<p>Fuente: Modificado a partir de López-Cervantes coord. (2013:17)</p>				

Los horarios

En los hospitales de segundo y tercer nivel hay tres turnos de trabajo para los días hábiles: matutino, vespertino y nocturno. El personal de base contratado por el hospital (personal médico, de enfermería, de trabajo social, de intendencia, de administración, etc.) cambia en cada turno. Los horarios de fines de semana varían entre hospitales, pero existen dos modalidades: una en la que se replican los horarios matutino, vespertino y nocturno, pero con personal de base diferente (sólo para fines de semana), y otra en la que se realizan las denominadas jornadas acumuladas, en las que un médico cubre los turnos diurnos (matutino más vespertino) de sábado y domingo, y otro médico cubre los turnos nocturnos de ambos días. Los internos y residentes de guardia son los únicos miembros del personal de salud que permanecen en el hospital durante varios turnos seguidos.

Los servicios hospitalarios

Los hospitales están organizados en distintas áreas, con arreglos espaciales y laborales propios. Estas áreas se conocen como *servicios* y cada uno de ellos corresponde a una especialidad médica. Así pues, en los hospitales de segundo nivel encontramos el servicio de urgencias, el de medicina interna, el de pediatría, el de ginecobstetricia y el de cirugía. A cada uno de estos servicios le corresponde un espacio físico en el hospital, coloquialmente llamado *piso* porque en muchos hospitales cada piso del edificio corresponde a un servicio hospitalario. Un *piso* cuenta con un determinado número de habitaciones con camas para los pacientes hospitalizados, una sala de médicos y un área de enfermería, que por lo general es una isla a la fácilmente tienen acceso los médicos y los familiares de los pacientes. La Figura 3 ilustra un croquis esquemático de un *piso* o servicio hospitalario estándar. Además del *piso*, cada servicio tiene designados, en otra zona del hospital, consultorios para atender a los pacientes que no están hospitalizados. Adicionalmente, las especialidades quirúrgicas comparten el área

de los quirófanos. Durante los ciclos clínicos y el internado, los estudiantes de medicina rotan por estos servicios. En cambio, los residentes suelen estar fijos en el servicio de la especialidad en la que se están formando (aunque también pueden hacer rotaciones en servicios de subespecialidades o especialidades afines).

Figura 3. Croquis esquemático de un piso o área de un servicio hospitalario



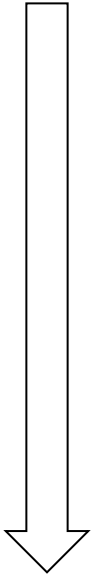
Fuente: Elaboración propia

Las jerarquías médicas

Como ya es sabido (Castro y Erviti, 2015; Castro y Villanueva, 2018), el campo médico en México tiene una estructura muy jerarquizada. Dentro del hospital, los médicos con mayor jerarquía son los especialistas con algún cargo de mando (director del hospital o jefe de servicio). A ellos le siguen, en orden descendente: los *médicos adscritos*, es decir los médicos subespecialistas y especialistas contratados por el hospital; los residentes—cuya jerarquía a su vez depende del año de especialidad que estén cursando, de tal forma que el residente de cuarto

año (R4) manda sobre los residentes de tercer, segundo y primer año (R3, R2 y R1, respectivamente)—; los médicos internos y, al final, los estudiantes de medicina de años anteriores al internado. Como puede verse en el Cuadro 2, estas jerarquías obedecen al nivel de estudios que tienen los médicos y estudiantes. En la práctica, estas jerarquías se traducen directamente en líneas de mando, de tal forma que cualquier médico en posición superior a un residente o estudiante tiene poder para mandar sobre él. Como veremos en el Capítulo IV, esta estructura jerárquica opera de manera sumamente autoritaria y abusiva.

Cuadro 2. Jerarquías médicas en el hospital

Jerarquía	Puesto	Descripción
	Director del hospital	Médico (sub)especialista
	Jefe de servicio	Médico (sub)especialista
	Médicos adscritos	Médicos (sub)especialistas contratados por el hospital
	R4	Residentes, según el año de especialidad que están cursando. Esta jerarquía puede ascender hasta el R7, considerando a los residentes de subespecialidad
	R3	
	R2	
	R1	
	Médicos generales	También son médicos adscritos, pero con menor jerarquía que los residentes, pues estos últimos tienen mayor formación profesional
	Médicos internos	Estudiantes de pregrado que están cursando el Internado Médico de la carrera de medicina
	Estudiantes	Estudiantes de pregrado que están cursando los ciclos clínicos de la carrera de medicina
Fuente: Elaboración propia		

El guion de actividades

Las labores de los diferentes servicios del hospital siguen un guión de actividades que se replica diariamente. Todos los servicios arrancan actividades con la *entrega de guardia*, un momento en el que se reúnen los médicos adscritos, residentes e internos en la sala de médicos para que aquéllos que hicieron guardia el día anterior comuniquen al resto del equipo sobre las novedades más relevantes de los pacientes hospitalizados, si hubo algún *ingreso* (paciente recién hospitalizado), algún *alta* (paciente que se dio de alta para regresar a su domicilio) o alguna defunción.

Después de la entrega de guardia, el equipo médico realiza el *pase de visita*, que consiste en ir cama por cama, revisando a cada uno de los pacientes. Esta es una de las actividades que más ha llamado la atención en el estudio de la educación médica en las ciencias sociales desde hace más de 50 años (p. ej. Becker, 2008). Tanto en la entrega de guardia como en el pase de visita, los médicos adscritos interrogan a los residentes y estudiantes, de quienes se espera que sepan todo acerca de los pacientes hospitalizados, de su evolución y de las enfermedades que padecen. Este interrogatorio se vuelve mucho más estricto y meticuloso en el pase de visita, sobre todo con “los ingresos”.

En el pase de visita, los médicos de menor jerarquía (internos y R1) le *presentan el paciente* a los médicos de mayor jerarquía (adscritos y R4). En este momento, los médicos de mayor jerarquía aprovechan para preguntar a los de menor jerarquía sobre datos concretos del paciente (p. ej. resultados de laboratorio) y posibles diagnósticos y tratamientos. Se espera que los internos y residentes hayan estudiado las enfermedades del paciente, y que sean capaces de responder a preguntas improvisadas sobre el tema y dar una opinión médica fundamentada sobre el estado de salud del paciente. Así, se inicia una discusión a los pies de la cama del paciente, muchas veces sin considerar que éste es incapaz de seguir la discusión que llevan frente a él en términos médicos.

A lo largo de esta discusión, se decide el curso de acción en la atención del paciente, de lo que surgen una serie de *pendientes* que los internos y residentes deberán resolver más tarde. Los pendientes incluyen, por ejemplo, toma de muestras de sangre para análisis de laboratorio, curaciones de heridas, buscar en el banco de sangre paquetes para transfundir, hacer la solicitud de opinión médica de otros servicios (lo que se denomina *interconsulta*), dar de alta a los pacientes que ya se pueden irse a su casa, etc.

Después de haber revisado a cada uno de los pacientes hospitalizados en el pase de visita, el equipo médico se separa para realizar diferentes actividades. Por lo general, los médicos adscritos dan informes a los familiares de los pacientes hospitalizados y después dejan el piso, para ir a dar consulta a pacientes externos, junto con algunos de los residentes de mayor jerarquía. En las especialidades quirúrgicas, los cirujanos que tienen programada alguna operación se van a quirófano, acompañados de algunos residentes e internos, quienes los apoyarán en la cirugía. Durante la operación, se reanudará el interrogatorio a los estudiantes.

La mayor parte de los internos y residentes, sin embargo, se quedarán en piso haciendo las *notas* en los expedientes de los pacientes (un breve resumen de la discusión que hubo acerca del paciente y el curso de acción decidido), pasando las *indicaciones* de administración de medicamentos al personal de enfermería y “sacando los pendientes” que les quedaron asignados durante el pase de visita. Todo este trabajo deberá de quedar listo antes de que acabe el turno matutino, pues en el turno vespertino llegarán los médicos adscritos de la tarde, con quienes los internos y residentes realizarán un nuevo pase de visita, reiniciando el ciclo de actividades.

En total, cada día se realizan tres pases de visita, uno por cada turno (matutino, vespertino y nocturno) con el que cambia el personal de base del hospital. Y cada mañana se reinicia este guion de actividades con la entrega de guardia.

II. Deshumanización de la medicina: ¿qué es eso?

El objeto de esta tesis es la deshumanización de la medicina. En particular, lo que interesa conocer es cómo la formación profesional de los médicos en México posibilita la reproducción sistemática de dicho fenómeno. En el presente capítulo me concentraré en analizar el concepto de deshumanización, el cual encontramos con frecuencia en todo tipo de discusiones y en él recaen un sinnúmero de preocupaciones que no necesariamente tienen un sentido compartido. Esto especialmente sucede en el ámbito de la medicina, donde la deshumanización funciona como un comodín para nombrar todo de tipo de problemas relacionados con la práctica médica.

Cuando hablamos de deshumanización se da por entendido que uno pierde “lo que lo hace humano” a consecuencia de malos tratos, abuso y violencia. Este entendimiento intuitivo, sin embargo, es poco claro pues deja a juicio abierto qué es eso que nos hace distintivamente humanos y si, en efecto, es algo que se puede perder. La psicología social es la única disciplina que se ha dado a la tarea de ofrecer una definición más explícita para la deshumanización, distinguiendo entre distintos tipos y grados del fenómeno y teorizando sobre quiénes deshumanizan y quiénes son deshumanizados, cómo y cuándo se deshumaniza, cuáles son sus consecuencias y cómo se puede superar la deshumanización. Es desde ese ámbito que se retoma este concepto para explicar una serie de problemas que se suscitan en la práctica médica y que confluyen en la idea de que el paciente recibe un trato “poco humano” por parte del médico.

En la primera sección del capítulo haré una breve presentación de lo que la literatura describe acerca de la deshumanización, en especial en el contexto de la medicina. Las fuentes consultadas para este propósito provienen tanto de la psicología social como de la medicina; incluyen un artículo en el que un médico y un psicólogo abordan las funciones y las causas de la deshumanización de la medicina (Haque y Waytz, 2012), dos revisiones profundas sobre las

contribuciones más notables de la psicología social acerca de la deshumanización en general (Haslam y Loughnan, 2014; Waytz y Schroeder, 2014) y otros artículos que incorporaron mayor sustento y diversidad a la investigación (Nizama-Valladolid, 2002; Letelier y Moore, 2003; Carvallo, 2005; Perales, Ortiz y Nolberto, 2008; Lammers y Stapel, 2011; Gwinn, Judd y Park, 2013).

En la segunda sección del capítulo presentaré resultados empíricos sobre la concepción que tienen los estudiantes y médicos mexicanos sobre la deshumanización. Veremos que la definición propuesta por los psicólogos sociales ha permeado en su manera de definir la deshumanización de la medicina. No obstante, en el uso que los médicos hacen de esta expresión se deja ver que el problema referido abarca mucho más de lo que las teorías psicológicas de la deshumanización pueden explicar.

En la tercera y última sección hago un análisis de la deshumanización desde la filosofía. En ella, argumento que las teorías psicológicas sobre la deshumanización suscriben una perspectiva neolockeana sobre qué es ser una persona y, por tanto, comparten problemas comunes a las teorías neolockeanas de la identidad personal. En especial, preocupa la adscripción de una perspectiva meramente psicológica sobre la identidad personal que soslaya sus dimensiones biológica y social, ya que la deshumanización no sólo trastoca la subjetividad de las personas, sino también su corporalidad y su identidad social. Este análisis sirve además para señalar que la noción de deshumanización de la medicina amerita ser revisada ya que se encuentra apoyada en una contradicción teórica entre el modelo biomédico de la medicina moderna y las teorías psicológicas de la deshumanización.

Concluyo el capítulo argumentando que, a pesar de la poca claridad del término deshumanización, vale la pena conservarlo pues, por un lado, pone el foco de discusión sobre la identidad personal y, por otro, resulta familiar para la comunidad académica, la comunidad médica y para el público en general, lo que mantiene abierto el diálogo y sienta las bases para un terreno de discusión común sobre los problemas que tradicionalmente han caído dentro de esta categoría.

Deshumanización en la teoría: lo que proponen los psicólogos sociales y su aplicación en la medicina

Las teorías psicológicas sobre la deshumanización surgieron a partir de que sucesos históricos como el Holocausto y otros genocidios y masacres masivas—por ejemplo, la de Ruanda o la Guerra de Vietnam—despertaran la necesidad de responder a la pregunta de cómo es posible que ciertas personas cometan actos violentos reprobables contra otros seres humanos. De acuerdo con estas teorías, la deshumanización es un fenómeno psicológico a través del cual se percibe a una persona o a un grupo de personas como carentes de ‘humanidad’ (*humanness*) (Haslam y Loughnan, 2014).

Las primeras teorías sobre la deshumanización describieron este fenómeno psicológico como algo que ocurre en situaciones extremas, caracterizadas por el conflicto y la violencia. A partir del siglo XXI, se dio una oleada de teorías nuevas que abordaron este problema haciendo hincapié en que la deshumanización es mucho más frecuente de lo que se pensaba, pues sobre todo se presenta en situaciones cotidianas en las que no siempre resultan visibles sus consecuencias (Haslam y Loughnan, 2014).

Esta “nueva mirada” permitió estudiar la deshumanización como un fenómeno que se expande en un continuo que se ubica entre dos extremos. En el borde más tenue se encuentra la deshumanización leve y cotidiana, en la que sólo se niegan algunos rasgos humanos a otras personas. Conforme se avanza en la severidad de la deshumanización, ésta se aproxima a situaciones extremas en donde la negación de humanidad se vuelve explícita y se consuma con la perpetración deliberada de actos de violencia. El rango entre unos casos y otros se ha definido en términos similares por distintos autores: *infrahumanización* vs. *deshumanización* (Lammers y Stapel, 2011), *deshumanización sutil e implícita* vs. *deshumanización severa y explícita* (Haslam y Loughnan, 2014) y

deshumanización por omisión vs. deshumanización por perpetración (Waytz y Schroeder, 2014).

Sorprendentemente, definir qué rasgos nos confieren humanidad no ha sido un tema controversial para las teorías psicológicas sobre la deshumanización. Más bien, los psicólogos sociales han dado por sentado una definición circular según la cual lo que nos hace distintivamente humanos es la capacidad de tener *estados mentales* típicos de los humanos, y entre ellos mencionan especialmente a aquellos que nos confieren *agencia* y los nos hacen sujetos de *experiencia*. En consecuencia, para estos teóricos, la deshumanización consiste en negar o no percibir que otras personas poseen estos tipos de estados mentales. Al ser considerada como un problema de percepción, algunas investigaciones sobre la deshumanización han indagado sobre los mecanismos cerebrales que dan lugar a este fenómeno psicológico¹⁷.

Con base en la definición de humanidad mencionada, Haslam (2006) y varios de sus seguidores (Haque y Waytz, 2012; Waytz y Schroeder, 2014; Haslam y Loughnan, 2014) distinguen entre dos tipos de deshumanización: la animalista y la mecanicista. Llamamos *deshumanización animalista* a aquella que se da por negación de los estados mentales que nos confieren agencia. Para estos autores, que suscriben una visión muy simple de la agencia, tales estados mentales incluyen el razonamiento y el pensamiento lógico, indispensables para el pensamiento elevado, el autocontrol y la comunicación. Este tipo de deshumanización resulta por demás evidente cuando se hacen comparaciones explícitas entre las personas y animales, plagas o criaturas salvajes. En casos menos evidentes, la víctima de la deshumanización animalista es considerada como un ser irracional, impulsivo y sin responsabilidad moral, lo que deviene en una forma de maltrato que recuerda lo que en gerontología se denomina *infantilización*: un patrón de comportamiento en el que una persona con autoridad

¹⁷ Algunos estudios han señalado que la deshumanización se relaciona con la desactivación de la corteza prefrontal—zona indispensable para valorar a otras personas en relación con estereotipos (Waytz y Schroeder, 2014; Haslam y Loughnan, 2014).

interactúa, responde o trata a un adulto como si fuera un niño (Marson y Powell, 2014). Esto incluye maltratos como, por ejemplo, tomar decisiones unilaterales sin considerar a la persona en cuestión, aplicar regaños, castigos u otras acciones disciplinarias agresivas, o hablarle a un adulto con ritmo lento, condescendiente y en volumen alto, con una entonación aguda y exagerada y utilizando un vocabulario infantil (Marson y Powell, 2014; Haslam y Loughnan, 2014; Waytz y Schroeder, 2014).

Por otro lado, los psicólogos sociales definen a la *deshumanización mecanicista* como aquella que se da por negación de los estados mentales que nos hacen ser sujetos de *experiencia*, capaces de sentir dolor o placer y de tener otro tipo de experiencias más complejas como las emociones secundarias (que son propias de los humanos y nos distinguen de otros animales-no-humanos), por ejemplo, la nostalgia y la humillación. La deshumanización mecanicista se caracteriza por la *cosificación* de las personas, esto es que se les ve y trata como objetos sin experiencia y sin dimensión afectiva. Al igual que con la noción de agencia, estos autores suscriben una noción muy simple de experiencia y parecen no hacer distinción entre negar la experiencia *tout court* y negar la dimensión afectiva de las experiencias humanas.

Una forma de cosificación es la comparación con objetos inanimados. Puesto que en la medicina moderna predomina una visión fundada en el modelo biomédico¹⁸, en el estudio y la práctica de la medicina abundan las comparaciones del cuerpo humano con una máquina compuesta por partes con funciones específicas. Por esta razón, el estudio de la deshumanización en medicina se ha concentrado principalmente en la del tipo mecanicista (ver “La deshumanización funcional”, más adelante) (Haque y Waytz, 2012).

¹⁸ De fundamentación científica, el modelo biomédico asume que la enfermedad puede explicarse a partir de la desviación de la norma de variables somáticas y biológicas, y no da cabida a explicaciones de orden psicológico ni social. Es, por tanto, un modelo reduccionista en el que las únicas herramientas heurísticas válidas para la explicación de las enfermedades son aquellas de naturaleza física (Engel, 1977).

Otra forma de cosificación referida en la literatura es la *instrumentalización*. En este caso, la persona es vista como un instrumento, una herramienta o cualquier otro tipo de objeto que sirva de medio para obtener un fin. Este enfoque se ha utilizado para señalar la deshumanización de las mujeres al ser percibidas como meros objetos sexuales, es decir como un medio para obtener placer sexual; este enfoque machista y utilitarista deviene en acciones como valorar a las mujeres por su utilidad sexual, el acoso, el abuso y otro tipo de ofensas sexuales (Waytz y Schroeder, 2014).

La mercantilización de la medicina es otro ejemplo de instrumentalización en la que el paciente es percibido con fines de lucro. Varios autores han señalado este fenómeno de manera insistente para explicar el origen de la deshumanización de la medicina (Waytz y Schroeder, 2014; Perales, Ortiz y Nolberto, 2008; Nizama-Valladolid, 2002). Enmarcados por este enfoque mercantil, los problemas de atención médica se discuten empleando un lenguaje de *marketing*, con vocablos como cliente, usuario, seguro, riesgo, gerencia, productividad, mercado, costo-beneficio, oferta-demanda, etc. Es por ello por lo que en diversos foros se emplean de manera intercambiable los términos de calidad de la atención y deshumanización de la medicina, lo que invisibiliza el hecho de que éste último es un problema mucho más amplio y complejo¹⁹.

A la mercantilización de la medicina, que ha dado prioridad a los valores económicos sobre otros, también se le atribuye la creciente desconfianza del paciente hacia los médicos y las instituciones de salud (Nizama-Valladolid, 2002), afectando también a los profesionales de la salud, quienes a su vez se han vuelto objeto de la deshumanización por parte de los pacientes que exigen resultados a modo de clientes o consumidores (Waytz y Schroeder, 2014). Adicionalmente, se dice que la mercantilización de la medicina ha favorecido la creación de sistemas de salud enmarañados e inequitativos (López-Cervantes, 2013), basados en el aseguramiento de la atención médica por parte de seguros públicos y privados que ofrecen malas condiciones laborales para los médicos (por ejemplo: mala

¹⁹ Ver Castro (2008) para un enfoque sociológico crítico sobre la noción de calidad de la atención.

remuneración económica) y servicios inadecuados para los pacientes (por ejemplo: con escasos recursos económicos y humanos para brindar una atención médica oportuna y adecuada), lo que genera mucho estrés y emociones negativas como desdén, enojo, disgusto, etc. (Nizama-Valladolid, 2002; Perales, Ortiz y Nolberto, 2008; Haslam y Loughnan, 2014). Todos estos factores abonan a las situaciones de conflicto y, por tanto, se consideran factores exacerbantes de la deshumanización (Waytz y Schroeder, 2014).

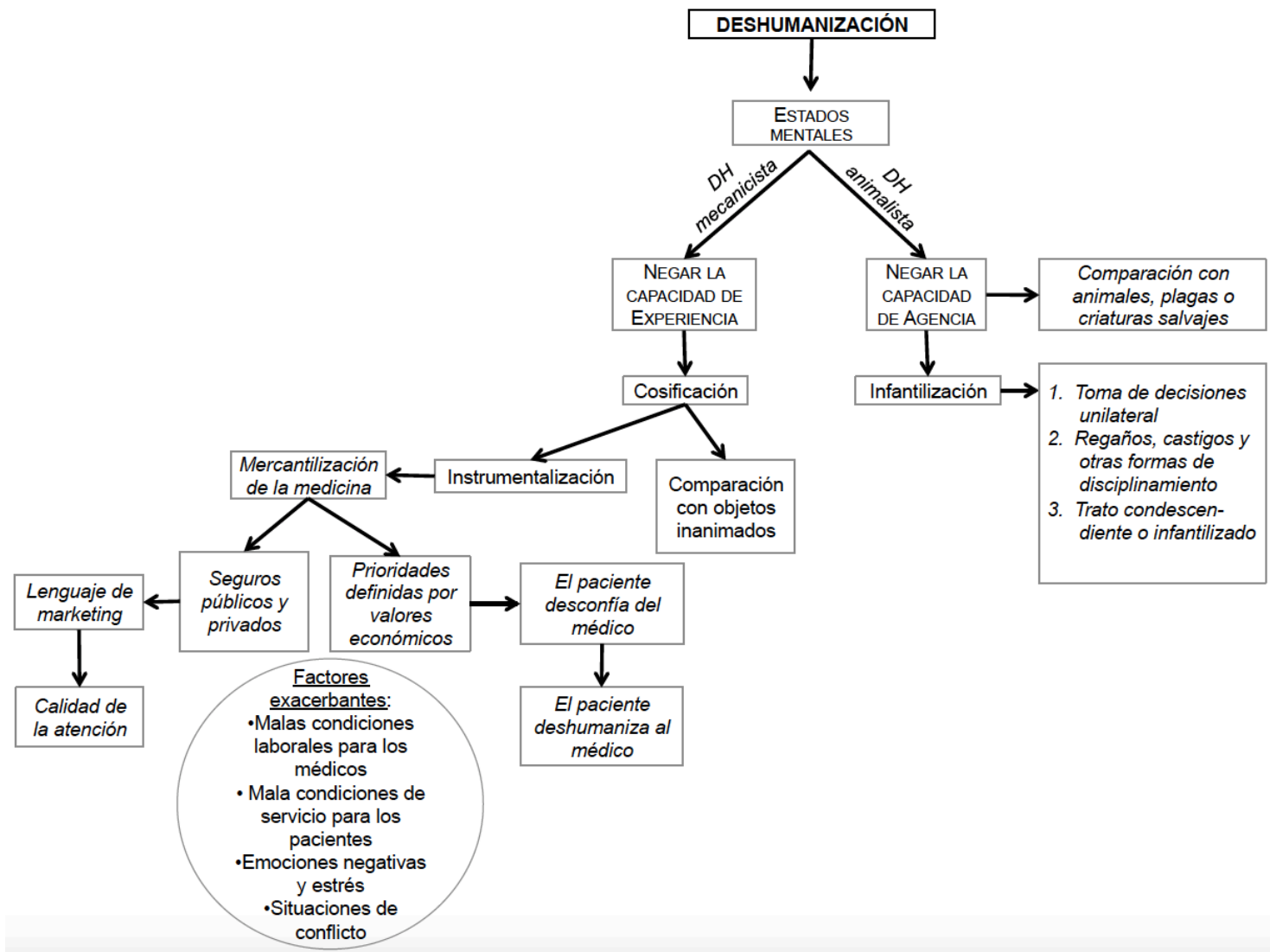
La Figura 4 presenta un mapa conceptual que sintetiza los diferentes tipos de deshumanización y sus distintas manifestaciones, especialmente en el ámbito de la medicina, de acuerdo con la visión psicológica sobre la deshumanización.

La deshumanización funcional

Bajo una concepción de la medicina regida por el modelo biomédico, que va de la mano con un fuerte aprecio por la alta tecnología y por estrategias pedagógicas como el aprendizaje basado en problemas y el fomento de la medicina basada en evidencias, algunos médicos y psicólogos sociales han considerado que la deshumanización es ineludible en la práctica médica pues ayuda a solucionar problemas propios del quehacer cotidiano de los profesionales de la salud. De acuerdo con Haque y Waytz (2012), la deshumanización media *de facto* la solución de dos tipos de problemas que enfrentan los médicos: problemas cognitivos y problemas prácticos.

Los problemas cognitivos se refieren a aquellos que necesitan cierto nivel de abstracción y “objetividad cognitiva”, como hacer diagnósticos. Para resolverlos, sostienen estos autores, es preciso recurrir a la cosificación de los pacientes que ayuda a entender el organismo humano como una máquina con partes y funciones específicas que puede estudiarse de manera fragmentada.

Figura 4. Teorías psicológicas sobre la deshumanización y su aplicación en la medicina



La deshumanización también media problemas prácticos que implican infligir daño (producir dolor) a otras personas, por ejemplo: aplicar una inyección, realizar la curación de una herida o hacer una cirugía. Se argumenta que para poder enfrentar este conflicto moral los médicos necesitan cierto grado de desvinculación moral respecto a los pacientes, lo que muchas veces se consigue a través de su cosificación (Haslam y Loughnan, 2014). Es en este contexto con enfoque a solución de problemas que se habla de deshumanización funcional.

Quienes abogan a favor de la deshumanización funcional también reconocen que ésta conlleva muchas consecuencias indeseables. Por ejemplo, la cosificación para la resolución de problemas cognitivos muchas veces conduce a que el paciente sea etiquetado por su enfermedad o por la parte del cuerpo donde ésta se localiza. No es extraño escuchar entre médicos expresiones como “hoy en la mañana atendí un apéndice” en lugar de decir “hoy en la mañana atendí a una señora que tuvo apendicitis”.

Por otro lado, reconocen también que la desvinculación moral implicada en la cosificación para la resolución de problemas prácticos suele acompañarse de menor autopreocupación moral, lo que ayuda a reducir o eliminar la angustia que los médicos pudieran sentir ante la necesidad de infligir daño en el paciente, pero también conlleva muchas consecuencias reprobables como: la disminución de sentimientos de responsabilidad moral sobre sus propios actos y la justificación de actos inmorales (Haque y Waytz, 2012; Waytz y Schroeder, 2014); la exclusión moral que frecuentemente conduce a la violación de los derechos de los pacientes (Haslam y Loughnan, 2014; Waytz y Schroeder, 2014; Nizama-Valladolid, 2002; Perales, Ortiz y Nolberto, 2008); la explotación, en el sentido de que muchas veces se utiliza a los pacientes de instituciones públicas como campo de entrenamiento o práctica para los estudiantes de medicina (Haslam y Loughnan, 2014); agresiones verbales y físicas, incluyendo negar la atención médica (Haslam

y Loughnan, 2014); actos de mala praxis, que abarca tanto la iatrogenia²⁰ como la negligencia médica; el encubrimiento de errores médicos (Nizama-Valladolid, 2002); médicos con personalidad narcisista y antipática (Haslam y Loughnan, 2014; Nizama-Valladolid, 2002; Waytz y Schroeder, 2014); conductas antisociales (Waytz y Schroeder, 2014) y la disminución de la empatía y la cordialidad interpersonal también entre colegas, con deterioro de las relaciones profesionales por celos, egoísmo, deslealtad, abuso, acoso y maltrato (Nizama-Valladolid, 2002). Por esta desvinculación moral y sus consecuencias, en las reflexiones en torno a la deshumanización de la medicina con frecuencia se habla de pérdida de valores en los médicos (Carvalho, 2005; Perales, Ortiz y Nolberto, 2008).

El salto que hacen los autores citados entre la utilidad de la deshumanización funcional y sus consecuencias indeseables carece de sustento. No parece que de estudiar la salud y la enfermedad con base en el modelo biomédico se sigan actos de mala praxis, la exclusión moral de ciertos pacientes, el encubrimiento de errores o las agresiones hacia pacientes o incluso entre colegas. Por el contrario, este salto apunta más bien a un vacío explicativo en las teorías psicológicas sobre deshumanización.

Deshumanización en la práctica: lo que refieren los estudiantes y médicos entrevistados

Al preguntar directamente sobre la deshumanización de la medicina, los estudiantes y médicos entrevistados dieron diversas opiniones y ejemplos. En su mayoría, se trató de críticas a las prácticas de profesores y colegas, o bien de señalamientos sobre cómo no debe darse la atención médica. Sin embargo, también hubo algunas contribuciones autocríticas en la que los participantes reconocieron que a veces han dado un trato deshumano a sus pacientes.

²⁰ Afectación del estado de salud del paciente causada por las acciones de los profesionales de la salud.

Primero presentaré los hallazgos empíricos que pueden interpretarse a la luz de las teorías psicológicas de la deshumanización, considerando los casos de deshumanización mecanicista (cosificación, instrumentalización, mercantilización y deshumanización funcional) y de deshumanización animalista (comparación con animales e infantilización). Posteriormente, presentaré una serie de datos que surgieron en el trabajo de campo y que escapan del marco de análisis propuesto por los psicólogos.

Casos de deshumanización mecanicista

El tipo de deshumanización más identificada entre los entrevistados es la de tipo mecanicista. En algunos casos, hacen comparaciones explícitas con objetos:

Al paciente lo ven como su objeto de trabajo, independientemente de si es humano o no, supongo que a eso se refiere a la deshumanización, ver a tu paciente como un ente al que tienes que trabajar, como un mecánico ve al coche. En ese sentido, yo creo que [la deshumanización] si está hiperdifundida, porque realmente al paciente se le trata en el pase de visita, que es lo más normal, se le ve como si te estuvieran describiendo técnicamente un coche, y entonces discuten “hay que cambiarle esto y esto y esto”, y si tuvieras un coche enfrente, sería igual que un pase de visita, en vez de camas, coches.

Rodolfo, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

En el ejemplo anterior llama la atención el tono crítico que emplea este estudiante, pero no es consciente de su propia participación en la cosificación cuando compara camas con coches. Referirse a los pacientes por número de cama es una práctica ampliamente difundida en los hospitales:

Muchas veces nos quedamos con la costumbre de “ah sí, la de la [cama] 234”—“¿Cuál?”—“La que le pusieron la prótesis”—“Ah, ok, 234”, como que se vuelve un número. Cuando es una paciente que de repente llega el familiar a buscarte, “¿Cómo está doña Juanita?”—“Eh, sí, doña Juanita”, ya te dan el apellido y tú, así como “¿En qué cama estuvo?”—“En la 234”—“Ah, sí, dígame, ¿qué se le ofrece?”.

Tatiana, cirujana general, 37 años, Mérida.

Otros entrevistados describen la deshumanización mecanicista de manera análoga a la definición que ofrecen los psicólogos sociales, es decir, como la negación de capacidad de experiencia:

Ya no tratarlos como humanos, sino como un paciente más, como si fuera un objeto [...] Como alguien a quien le vas a dar una noticia mala y ya no te pones en su lugar, ya no lo ves como un paciente, como un humano que siente, que le va a doler, sino que ya es como le voy a dar la noticia como si no fue una persona pues.

Marina, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

Sin embargo, en la mayoría de las referencias a la cosificación predominó la apreciación de que la deshumanización consiste en enfocarte sólo en la enfermedad o el órgano enfermo, de tal suerte que prevalece una perspectiva limitada sobre una visión holista de la persona. Por ejemplo, un estudiante dijo que “los pacientes en esta medicina deshumanizada no son un ser humano, una persona, todo lo que eso implica, son simplemente un hígado, una hernia, una diarrea, un lupus” (Braulio, estudiante, 26 años, CDMX). Otro estudiante recordó esta anécdota:

Llegaba el traumatólogo en la mañana y le decías “¿Sabe qué, doctor? Tenemos un paciente nuevo”—“A ver, dime de qué es”—“Pues es un

paciente así y así y asá, tiene una fractura de tal tipo, pero tiene también estas enfermedades, es un paciente senil, padece diabetes mellitus, hipertensión, tiene un componente afectivo-emocional, toma risperidona—“A mí no me interesa nada que no tenga que ver con el hueso, si tiene algunos otros problemas dile al internista que lo vea”—“Oiga doctor, pero es que el manejo de su medicamento, tenemos cierta duda, pues pudiera cambiárselo”—“Haz lo que quieras, a mí nada más me interesa lo del hueso, lo demás no es problema mío”.

Enrique, estudiante, 25 años, Zacatecas.

La anécdota anterior es rica en elementos que abordaré a lo largo de este trabajo (como, por mencionar sólo uno, el autoritarismo con el que el médico especialista se dirige al estudiante), pero por ahora basta señalar que en este caso la perspectiva limitada a un solo órgano no es un descuido, sino que es una acción deliberada de desinterés hacia el paciente. Aquí, la perspectiva limitada de la persona aparece no como un problema de percepción tipo mecanicista, como arguyen las teorías psicológicas de la deshumanización, sino como en ejercicio de poder. Ahondaré más sobre este punto al fin de este capítulo y especialmente en el Capítulo V.

El material empírico recopilado apunta a que la deshumanización de tipo mecanicista parece diferenciarse en las instituciones públicas y la medicina privada. Como ilustra la siguiente cita, mientras que en las primeras prevalece la cosificación, en la segunda prevalecen sobre todo los fines de lucro:

[La deshumanización] sucede más comúnmente por ejemplo en lo privado, en las cirugías de pronto, cuando los cirujanos que te implica una factura más alta, y en lo público en el hecho de que dices que hay que aplicar 200 dosis de vacunas, y dices ok viste entonces a 200 niños que vacunar, no es que se aplicaron 200 dosis, es la persona a la que se lo pusiste, a la persona a la que estás atendiendo.

Leticia, médica general, 38 años, Jalisco.

La mayoría de las posturas de los entrevistados sobre la mercantilización son críticas. Se reprocha tanto a los estudiantes que “entran a la escuela de medicina pensando que se van a hacer multimillonarios” (Armando, pediatra, 49 años, BC) como a los médicos “que le ven a los pacientes signo de pesos” (Nidia, médica general, 33 años, SLP). En especial, se reprueban los casos de abuso y mala praxis:

Yo he tenido experiencias de pacientes que me han pedido valorar y ver que son tratamientos de alto costo no indicado, y se queda uno con signo de interrogación en la frente, como diciendo pues por qué, y ves al paciente endeudado todavía, y no lo peor del caso es que el paciente ya falleció y la familia sigue endeudada.

Sonia, oncóloga, 33 años, Chihuahua.

Lo veo en muchos de mis colegas. Hay muchos que trabajan en el sector público y en el sector privado, y en eso a muchos de los pacientes se los quieren llevar a privado. Le dicen al paciente pues que es más rápido, le va a costar mucho dinero, pero se va a aliviar más rápido, y si se queda acá pues a lo mejor si se tiene que hacer un procedimiento, acá en el público se llega a morir antes de que se lo hagan.

Reina, médica general, 33 años, Jalisco.

Sin embargo, también hay médicos que legitiman la mercantilización de la medicina. No es raro que los estudiantes reciban consejo por parte de sus profesores para que elijan especialidades quirúrgicas porque la remuneración es mejor. En entrevista, al preguntar qué consejos le daría a un estudiante de medicina joven, una médica general de Jalisco contestó:

*[Le diría que] hay muchas ramas, te puedes dedicar a muchísimas cosas más, como investigación o genética, pero si te vas a dedicar a ver pacientes, tenle respeto al paciente, porque es tu trabajo y gracias a él comes, donde estés, institución [pública] o privado. Y el paciente es el que te da de comer, porque él es el que te paga la consulta, aunque sea en institución. Entonces tienes que tenerle respeto, el tiempo, la paciencia [...] Hay un libro que se llama **El arte de hacer clientela**, que es de un médico viejisísimo, como de 1970 y tantos creo, y habla de hacer clientela como médico y la importancia que tiene eso, la empatía, la humanización.*

Valentina, médica general, 35 años, Jalisco.

Este fragmento de entrevista sugiere que, para algunos médicos, la mercantilización de la medicina no implica necesariamente deshumanización. En la misma línea, vemos que otros médicos encuentran injustas las críticas que reciben por pedir una remuneración a su trabajo:

Es injusto que regateen la consulta y te tachen de inhumano y materializado por ponerle un precio a tu trabajo y no les importe gastar más en el salón de belleza.

Recuperado de Facebook

Para otros, su posición respecto a la medicina con fines de lucro no está clara.

Creo que una cosa, no sé si sea buena o mala, es que sí hay muchos médicos que orientan su práctica como un negocio, y la eficientizan de esa forma, y yo creo que en el afán de volver negocio su práctica, sí la pueden desvirtuar un poco de una vocación más humanista. Yo no sé si eso está bien o está mal, a lo mejor yo soy el que está mal porque a lo

mejor ellos están orientando su práctica así porque eso les permite crear un patrimonio que los deje jubilarse dignamente, o jubilarse de una forma temprana, y a lo mejor yo no lo estoy haciendo y eso me puede traer un perjuicio en el futuro.

José Luis, oftalmólogo, 46 años, Jalisco.

En las entrevistas también surgieron otras formas de deshumanización mecanicista tipo instrumentalización distintas a la mercantilización. Para los médicos que trabajan en instituciones públicas, sobre todo los de primer nivel de atención²¹, los pacientes se vuelven simples medios para obtener los resultados (o metas) que exige mensualmente la Secretaría de Salud, con base en los cuales se califica su desempeño:

El hecho de ver expedientes, el hecho de ver procedimientos, el hecho de tener, por ejemplo, que cuáles son tus metas, cuáles son tus logros, o sea ya no ves al paciente como paciente, es un número, un dato, una estadística, tengo que cumplir con mis metas.

Leticia, médica general, 38 años, Jalisco.

Para los estudiantes, en cambio, la instrumentalización ocurre cuando los pacientes se vuelven medios para su aprendizaje. Durante el trabajo de campo, se suscitó un caso en el que despidieron a dos alumnas que estaban estudiando la especialidad de patología porque publicaron en redes sociales una fotografía del primer miembro amputado que recibieron para realizar un análisis patológico—ver los tejidos al microscopio para hacer un diagnóstico preciso—, con la leyenda: “Mi primera pierna, papá. Perdone usted si estas imágenes le causan molestia”. La Imagen 5 corresponde a la fotografía subida a Twitter por las residentes, mientras

²¹ Ver el capítulo anterior para una descripción de los distintos niveles de atención médica.

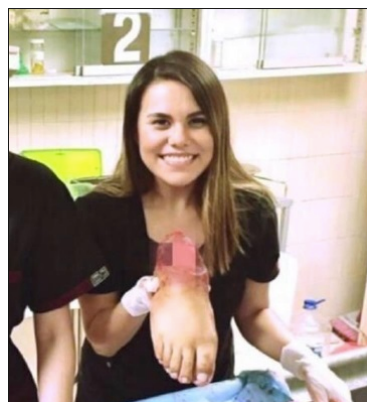
que la Imagen 6 muestra la misma fotografía modificada por la prensa y que tuvo mucho mayor difusión en redes sociales.

Imagen 5. Mi primera pierna



Fuente: Twitter

Imagen 6. Fotografía modificada por la prensa



Fuente: Facebook

Muchos médicos criticaron la decisión de que estas alumnas fueran expulsadas por este motivo, pues según el comentario de un médico en Facebook “no ofendieron a nadie”. Otro médico comentó con sarcasmo:

Un pie!!! Qué fuerte, no? Tal vez no sea de buen gusto, pero no hay ofensa a ningún paciente, solo un pie sin identidad y no creo que el pie se ofenda por salir en la foto.

Recuperado de Facebook

Este caso ilustra hasta qué grado puede llegar la cosificación de los pacientes y la exculpación de la misma por parte de algunos médicos, lo que indica, como se apuntó anteriormente, que la deshumanización no siempre es un descuido, sino que a veces es deliberada y está legitimada en el gremio. En algunos casos hasta es motivo de risa, burla e incluso presunción:

Yo [con] la deshumanización me refiero a los médicos que no quieren dar consulta gratis, que no quieren dar consultas baratas, que critican a

los pacientes porque les habló para preguntarles una duda, se burlan de ellos, de que me habló para esto, me está pidiendo consulta gratis, burlándose [...] hasta lo publican en Facebook en un grupo que se llama “amigos médicos”, hasta lo publican en ese grupo, como sintiéndose orgullosos de lo que le contestaron al paciente, una uróloga, y muchos médicos apoyándola “ah qué bueno, cómo se le ocurre”.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León.

Sin embargo, sorprende que las voces de legitimación y aprobación de la deshumanización no argumentan que la cosificación ayuda a resolver problemas, como abogan los defensores teóricos de la deshumanización funcional. Ninguno de los médicos entrevistados hizo alusión a que la deshumanización ayuda a hacer diagnósticos ni para poder infligir daño necesario. Tampoco se encontró alguna publicación en Facebook al respecto durante la etnografía virtual. Por el contrario, hubo médicos que argumentaron que la deshumanización hace que uno tome decisiones incorrectas en la práctica.

Una médica radióloga comentó que es común que se soliciten estudios radiológicos (placas de rayos X, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas) “al por mayor”, sin considerar que la exposición repetida a radiaciones aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar cáncer, lo que a ella le parece un ejemplo de cómo la deshumanización afecta la práctica médica. Recordó un caso en particular en que discutió con otro médico sobre la necesidad de realizar una tomografía en un niño:

Yo le dije “Mira, sólo te voy a responder algo, si este niño fuera tu hermano, tu hijo, tu papá, lo máspreciado, ¿qué harías? ¿lo mejor para el paciente, no?”. Digo, porque a veces hay que hablar como “¿qué es lo máspreciado para ti?” porque se deshumanizan, o sea pierden el concepto y nada más quiero la tomografía, y “sí, bueno, pero lo vas a radiar y no la necesita”, a la mejor la radiación tú no te vas a dar cuenta, porque hacen diez tomografías en un mes, una tomografía diaria, y

piensan que no pasa nada. Pero yo le digo al doctor: "Sí pasa algo, a nivel genético, tú no lo ves, pero ¿y si este niño se casa con tu hija?". Creo que suena muy agresivo cuando me peleo de esta forma, pero yo quiero que nada más imagine que es absurdo que pidan una cosa que no le va a ayudar al paciente y que lo estamos radiando. En todos los hospitales hay niños sobreradiados.

Rosa, radióloga intervencionista, 40 años, Ciudad de México.

A pesar de que no hubo manifestaciones de la deshumanización funcional como está descrita en la literatura, sí hubo algunos médicos y estudiantes que refirieron que deshumanizar al paciente confiere algunas ventajas, como protección emocional:

Pues cuando empecé la carrera, sí me la pasaba llorando todas las guardias por los que se murieron, por los bebés, hasta que dices no, no puede ser. Conforme va pasando el tiempo, te vas volviendo, la gente es lo que llama a lo mejor que te vuelves inhumano. Pero pues, hasta cierto punto es un mecanismo de defensa, pones tu barrera y hasta aquí. Ya no puedes meterte en niveles más, porque imagínate, no ves un paciente al día, yo, en promedio, veo quince pacientes de consulta diaria, a veces más, a veces menos, entonces imagínate estarte queriendo resolverle todo a los quince pacientes diarios.

Natalia, internista, 37 años, Ciudad de México.

Asimismo, hay médicos que comentan que la deshumanización previene el conflicto con los pacientes:

Yo creo que la deshumanización es mucho de que todos desconfiamos de todos. Yo no te tengo confianza a ti como paciente porque a lo mejor me demandas, y el paciente también desconfía del médico, "a lo mejor

me va a mandar a hacer estudios nada más por cobrarme o ni sabe qué tengo”. Entonces es mucho esta parte de que todos desconfiamos de todos, y ya no te involucras, ya no te comprometes [...] En mi caso, por ejemplo, yo tengo pacientes que vienen a su cita, y les falta un documento o un material que no trajeron para que les haga el estudio, y tienen que volver a reagendar su cita y volver a pagar, y eso ya no les gusta. Al inicio, cuando yo empecé a trabajar aquí haciendo estudios, les decía: “Bueno, les pidieron 5 estudios diferentes y cada uno lo cobran, pero usted no trajo su material, entonces le voy a hacer los estudios que sí puedo hacerle y así ya no tiene que volver a pagar los cinco”, entonces me topo con gente que me reclama, que me dice cosas: “es que a mí no me dijeron, es su culpa”. Y yo por hacerle un favor, por evitarle un gasto extra, pues quiero hacer las cosas así, pero se ponen peor, y digo, no mejor no, si no trae las cosas, pues que no pase a hablar conmigo ni que me diga nada, reagéndelo y que le vuelvan a cobrar. Para qué me arriesgo a que me haga pasar un mal rato, a que haga un problema de algo que yo no tengo la culpa.

Guadalupe, rehabilitóloga, 42 años, Ciudad de México.

Como se puede ver en la cita anterior, muchas veces la deshumanización se debe a las condiciones laborales en las que los médicos ejercen. Muchos médicos refieren que es difícil brindar una atención no deshumanizada con la saturación de pacientes y la carencia de recursos de las instituciones públicas:

A veces el paciente ya llega calentito [enojado] porque esperó cuatro meses la consulta, y tiene tres horas esperando para pasar, entonces se ponen las cosas un poquito difíciles, porque luego la cita no la puedes dar pronto o no hay los medicamentos, entonces eso vuelve un poco complicadas las cosas. Entonces sí, la forma de comunicarnos y de atender a las personas ha sido más o menos difícil.

José Luis, oftalmólogo, 46 años, Jalisco.

Casos de deshumanización animalista

En comparación con la deshumanización mecanicista, llama la atención lo desapercibida que pasa para los médicos la deshumanización animalista. Sólo una médica general criticó el trato que reciben algunos pacientes, haciendo una comparación explícita entre ellos y animales:

Pues a mí sí me tocaron muchos casos, por ejemplo, lo de la muerte materna en Chiapas. Me tocó durante el servicio social, que falleció una señora tzotzil, de los Altos de Chiapas, que llegó al hospital y durante su estancia no le hablaban, la desnudaron, la hicieron sentir súper mal, según el familiar. La señora al final falleció, le hicieron sus consentimientos [informados] ya inconsciente, me parece, pero fallece ella [...] Y como este caso miles, miles, de que esterilizan a las mujeres sin su consentimiento, o sea, ese trato como si fueran animales.

Diana, médica general, 26 años, Ciudad de México.

De igual forma, sólo un estudiante criticó el modo infantilizante de hablarle a los pacientes:

No sé por qué todos los residentes tienen una manera de hablarle a los pacientes, como un tonito, usar diminutivos, “a ver señora” [imitando el tono de voz], hablarle fuerte a todos los pacientes, como si todos fueran sordos, y hay un tonito que ahorita no sé reproducir, y yo veía cómo mis compañeros adoptaban ese tono, “a ver, présteme su bracito para que le tome la muestra, madrecita”.

Braulio, estudiante, 26 años, Ciudad de México.

La infantilización como forma de deshumanización y maltrato está tan normalizada que incluso algunos médicos la ven como una forma de darle buen trato a los pacientes. Rodolfo, un estudiante de la Ciudad de México, me contó esta anécdota de un día que uno de sus profesores iba a evaluar el trato que los alumnos les daban a los pacientes y puso él el ejemplo:

Fue el único día en que este médico estaba así, “A ver, ¿cómo me llamo? Apréndase mi nombre, soy Fulanito, a ver, repita, ¿cómo me llamo? ¿Y qué tiene usted, cómo se llama la enfermedad que tiene usted?”. Sólo en ese momento que iba a hacer revisión hizo que tratara a los pacientes como humanos, que es como debería de ser.

Rodolfo, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

Casos de deshumanización que rebasan las teorías psicológicas

Hasta ahora he presentado los resultados empíricos de mi investigación que *pueden* interpretarse a la luz de las teorías psicológicas de la deshumanización²². Sin embargo, el trabajo de campo también arrojó muchos datos que escapan del marco de análisis propuesto por los psicólogos.

Al hablar de deshumanización, los participantes relataron actos de mala praxis médica, algunos de los cuales ya han quedado ilustrados en las citas anteriores. Otros ejemplos incluyen casos de mala praxis por negligencia como un caso en el que, por no revisar a una paciente ni consultar su historia clínica, le operaron una supuesta hernia en el ombligo cuando debía repararse una hernia de la ingle (Renato, neurocirujano, 43 años, NL). Asimismo, el trabajo de campo

²² Esto no quiere decir que dichas teorías sean las más apropiadas para dar cuenta de estos hallazgos. Como veremos en el Capítulo V, la teoría filosófica sobre la deshumanización que yo propongo tiene mucho mayor poder heurístico para explicar estos datos recabados en el trabajo de campo.

arrojó casos en los que aparentemente los médicos actúan con dolo, como el caso de un paciente que falleció porque un médico “estuvo jugando con su presión arterial y su glucosa, se la bajaba y luego ya se la subía, para mantenerlo más días en el hospital y poderle cobrar más” (Valentina, médica general, 35 años, Jal.), o el caso de un estudiante que:

hacía procedimientos con los pacientes, como [colocar catéteres] subclavios y no les ponía sedación, [medicamentos para el dolor], nada, ponía sondas que no tenían indicación, tomaba [muestras de sangre] pero les daba el arponazo, tenía varios problemitas, porque no puedes hacer eso de decirle al familiar “tu paciente se va a morir en dos horas, ¿para qué lo trae?”

Natalia, internista, 37 años, Ciudad de México

También se describieron casos de encubrimiento de actos de mala praxis cometidos por otros médicos: “la familia quería que le confirmara que el coloproctólogo lo operó mal, y en ese momento tienes que actuar de la manera más impersonal posible para no generar un problema mayor” (Tatiana, cirujana general, 37 años, Yuc.). Asimismo, los entrevistados hablaron de violación de derechos de los pacientes, pasando desde negar la atención médica hasta la realización de esterilizaciones sin el consentimiento de las mujeres, como mostraba el testimonio de Diana unas páginas atrás. Además, se consideró deshumano inventar datos para disminuir la carga de trabajo:

Nosotros teníamos mucha demanda de consulta en la mañana y éramos dos médicos, nos decían que en la tarde no había consultas. Un día abro el cajón del escritorio, y la hoja diaria del médico de la tarde [donde se registran las consultas que se dan cada día] ya estaba llena, con el nombre del paciente y todo. Hazte de cuenta que llego hoy martes a las nueve de la mañana, y abro el cajón para buscar una hoja diaria en blanco, y me encuentro la hoja de hoy martes, del turno de la tarde, ya

llena [...] y sacaba el expediente y les hacía notas desde un día antes, con puro dato inventado.

Valentina, médica general, 35 años, Jalisco.

Como argumenté anteriormente, no se sostiene creer que este tipo de acciones sean meras consecuencias indeseables de una supuesta deshumanización funcional. Por lo contrario, estos casos ponen en evidencia que las teorías psicológicas sobre deshumanización no son capaces de explicar muchas otras dimensiones implicadas en la deshumanización de la medicina.

La deshumanización de los médicos

Las teorías psicológicas de la deshumanización tampoco pueden explicar muchos otros hallazgos empíricos que ya no tienen que ver con la deshumanización de los pacientes, sino que se refieren a la deshumanización de los médicos. Tradicionalmente, ésta ha pasado inadvertida en las discusiones sobre la deshumanización de la medicina, las cuales se han enfocado prioritariamente en el agravio de los pacientes. Uno de los propósitos de la presente investigación es analizar la deshumanización desde ambos lados de la moneda, poniendo especial énfasis en lo que los médicos sienten y piensan sobre este problema, con la intención de explorar otras dimensiones y aristas que pueden ayudar a comprender la complejidad de este fenómeno.

Entre los profesionistas entrevistados prevalece la idea de que la deshumanización es bilateral, pues consideran que ellos a veces también son deshumanizados.

No sé de qué lado estás manejando [la deshumanización], pero la he pasado por los dos lados, tanto como médico como paciente. En el trabajo que seguimos actualmente los médicos en los centros de salud, por parte de los pacientes, ya no parecemos médicos, [sino que]

parecemos farmacia, ya casi llegan a decirte "pues sabe qué, deme esto, deme esto y se acabó".

Reina, médica general, 33 años, Jalisco.

Resultó muy revelador que, en una entrevista, al pedir un ejemplo de deshumanización, un médico negó tener una práctica deshumana y en seguida expuso que los médicos ya tampoco pueden confiar en los pacientes:

Marcia: ¿Me podría dar un ejemplo de la deshumanización?

José Luis: Yo como le decía, yo sí trato de tener una práctica muy enfocada a la persona, no a la enfermedad, entonces, pues esa parte en lo posible yo trato de no generarla, no crear una práctica deshumanizada de mi parte. El hecho es que el paciente a veces sí se considera como si el ojito viniera solo, y se pone a leer en Google su enfermedad y: "oiga, yo necesito esto, yo quiero que me haga esto, o ¿por qué no me propone esto?" Le digo: "pues es que es más importante que yo te revise y que yo decida en qué estadio está tu enfermedad y todo lo que lo rodea para darte una recomendación argumentándote las razones por las cuales no te digo lo que estás queriendo escuchar." Entonces, yo creo que en ese sentido se ha perdido un poco, no sé si la confianza en el médico, o se cuestiona la recomendación por lo que se lee en otros lados.

Marcia: ¿Y eso usted cree que contribuya a la deshumanización en la relación médico-paciente?

José Luis: Pues un poco, porque el paciente ya viene predispuesto, ¿no? Otras cosas que me han llamado la atención: de repente llegan a consulta y se ponen a grabar la consulta, con una grabadora, celular o lo que sea. "—Oye, ¿por qué estás haciendo eso? —No, doctor, es para

entenderle bien a lo que explica. —A ver, apágalo y pregúntame todo lo que quieras, porque la manera en que entiendas es hablando conmigo, no escuchando lo que grabes de mí." Entonces, ahí ya no sabe uno cuáles son las verdaderas intenciones del paciente, y generan esa cierta desconfianza.

José Luis, oftalmólogo, 46 años, Jalisco

Este fragmento de entrevista revela que los médicos suelen sentirse agredidos cuando se cuestiona su autoridad, hecho que ya he analizado en otras publicaciones (Castro y Villanueva, 2018). Pero también revela que los médicos tienen la necesidad de señalar que en ocasiones ellos también se sienten deshumanizados. Por supuesto, el cuestionamiento a la autoridad no es equivalente a la violación de derechos ni sus consecuencias son comparables con las de la mala praxis médica, pero tampoco debe ignorarse el malestar que la deshumanización produce entre los profesionales de la salud.

Dentro de la deshumanización de los médicos destaca la deshumanización de la que son objeto los estudiantes de medicina a lo largo de su formación profesional. Cuando publiqué en un grupo de médicos en Facebook la invitación a participar en esta investigación sobre la deshumanización de la medicina, Nidia (médica general, 33 años, SLP) preguntó: “¿Deshumanización del personal de salud hacia los pacientes o de médicos a futuros médicos?” Al realizar la entrevista le pregunté por qué había hecho ese comentario en Facebook, a lo que me respondió:

Bueno, creo que todos pasamos por el Internado, y no es igual que en la escuela. A mí me tocó que un ginecólogo sí me tratara muy mal [...] me gritaba, hacía yo las notas y si no le gustaban pues me las rompía y vuélvela a hacer, ni siquiera me decía “Están mal por esto y por esto”, sino que simplemente las leía y las rompía enfrente de mí, y las tiraba y me decía “Pues las vas a volver a hacer”, y estas situaciones. Entonces por eso es que decía yo que muchas de las veces sí nos cargan la

mano, porque a mi me tocó hacer guardias AB, entonces, por ejemplo, entraba yo un fin de semana, cuando me tocaba trabajar, entraba yo el sábado en la mañana y salía hasta el lunes en la tarde. Entonces pues sí era un poquito pesado.

Nidia, médica general, 33 años, San Luis Potosí.

Muchos otros entrevistados coincidieron con que los estudiantes de medicina suelen recibir tratos inhumanos:

*Me acuerdo de una vez que me contaron los internos que si no terminaban sus pendientes no los iban a dejar irse [del hospital]. Pero para mí eso era muy, nunca había escuchado sobre los castigos, nunca había escuchado de eso. Y digo “¿por qué no te van a dejar ir si ya llevas 36 horas de guardia en el hospital? —No, pues es que no”, y yo así de “¿Por qué no?, si **es inhumano**, no es posible —Pues no, así son las cosas y así es en todos lados y pues así es esto, y cuando te toque ser interno ya lo vivirás tú”. Es así como me empecé a dar cuenta de esas situaciones [...] y te empiezas a hacer a la idea de lo que te va a tocar.*

Julián, cirujano general, 33 años, Mérida.

Entre las descripciones recogidas en trabajo de campo sobre la deshumanización de los estudiantes se encontraron algunas que se refieren a la instrumentalización y a la deshumanización animalista. En una publicación de Facebook se dijo que a los internos los tratan “como un mero instrumento de trabajo y no como a una persona: oye préstame a tu interno, oye tu interno no sirve”. En entrevista un estudiante recordó una anécdota muy similar:

Llega el jefe del hospital y le pregunta a la residente encargada, ahí enfrente de todos [los estudiantes], “a ver, ¿cuántos tienes?”, para

empezar, como ganado. “Pues tal y tal y tal, son éstos” [responde la residente contando a los internos y señalándolos] –“Pues éste, manda a éste”. Entonces me dice la residente: “te vas a ir a traslado [en la ambulancia con un paciente], ahí le cuidas que no le pase nada”.

Braulio, estudiante, 26 años, Ciudad de México.

Durante el trabajo de campo, un grupo anónimo de estudiantes grabó el discurso que les dio un médico reconocido durante el curso de preparación para presentar el examen de selección para estudiar una especialidad médica. Con el propósito de denunciar los tratos “inhumanos” (sic) que reciben, los estudiantes subieron a redes sociales el audio de este discurso en un video titulado “Esclavitud vigente en México. El secreto mejor guardado”. El discurso de este médico ilustra el maltrato del que son objeto los estudiantes de medicina. Tras una presentación en la que el doctor dice ser médico con especialidad en cirugía general, con subespecialidad en cirugía plástica y reconstructiva, con estudios en el extranjero sobre microcirugía y trasplante de mano, una maestría en administración de hospitales y un doctorado en salud, actualmente con cuatro trabajos en hospitales públicos de renombre en la Ciudad de México, se dirige a los estudiantes del curso de esta manera:

*Cuando logren entrar a su especialidad, lo más seguro es que los voy a ver, si no es cirugía, pues me irán a pedir quirófano, o a los que van a pediatría tendrán que venirme a pedir interconsulta para labio y paladar hendido, y si no me dirán que para una úlcera, para todo me los voy a encontrar. Sean internistas, sean urgenciólogos, sean lo que sean, cirujanos, anestesiólogos, ortopedistas, sean lo que sean, y médicos familiares, los voy a ver [...] A partir de este momento, doctores, esa es su vida. Ustedes van a ser residentes, doctores. Es estar en la milicia. **Ustedes van a ser mis marranos**, cuando yo los encuentre, mis marranos, que no van a poder ni verme a los ojos, ni hablarme, ni saludarme [...] “Ay no, voy a ir a [la Comisión Nacional de] Derechos*

*Humanos y te voy a acusar”. No nos hacen nada, ni se esfuerzan en hacer sus cartitas doctores, nos limpiamos con las cartas que ustedes llevan a Derechos Humanos [...] Y lo que sí yo les puedo decir es que, si ustedes logran entrar de suerte [a la especialidad], porque la suerte existe, yo no voy a dejar que terminen la especialidad. De mi cuenta corre [...] “Es que no me puedes correr”. Efectivamente, no te puedo decir “estás dado de baja”, pero te puedo poner 30 guardias de castigo. “Ya no existen las guardias de castigo”. Bueno, existe una cosa que se llama “por necesidades del servicio”, y le puedo decir a los otros dos residentes “¿Sabes qué? Fractúrate una pata, vete por una hoja que diga que tienes tendinitis, y se queda **este marrano** y aquí lo tenemos clavado un mes [seguido en el hospital] por necesidades del servicio” [...] Si existe la entrega por parte de ustedes, **si ustedes entran [a la especialidad] con la mentalidad de que son marranos** y que se la van a vivir ahí [en el hospital], va a ser lo mejor que pueden hacer. ¿Dormir? ¡Dormir madre!...*

Recuperado a partir de Facebook.

Como discutiré con detalle en el Capítulo IV, el maltrato que sufren los estudiantes de medicina durante su formación profesional es un tema reconocido en el ámbito académico desde mediados del siglo pasado. Una revisión reciente (Fnais et al, 2014), que incluyó el metaanálisis de 51 estudios, reveló que se trata de un fenómeno generalizado pues no se limita sólo a ciertos países o programas académicos. De acuerdo con esta publicación, se estima que 59.4% de los estudiantes de medicina y 63.4% de los residentes ha sufrido alguna forma de maltrato o discriminación durante su formación profesional. Entre las distintas formas de abuso reportadas por estos estudios se incluyen el maltrato verbal, la violencia física, la discriminación por raza, el acoso sexual y la discriminación por género.

El maltrato que reciben los estudiantes de medicina no es un fenómeno independiente a la deshumanización de los pacientes, sino que guardan una

relación estrecha, como argumentaré en el Capítulo V. En ocasiones, con el fin de castigar a los alumnos, se maltrata a los pacientes:

*En las guardias nocturnas, a mi me tocó en Pediatría, **me hicieron pasar visita a las tres de la mañana, sólo para castigarme. Pasas y despiertas al paciente a las tres de la mañana, porque te pregunta el residente: “¿Y qué tiene, y por qué tiene, y qué le hiciste y qué le oíste, y?”**, y todo el historial. A un niño, que se supone que está enfermo, que está en recuperación, que necesita descanso, y que el único ratito que puede descansar es en la noche, que no hay ruido en el hospital, porque en un hospital público hay un ruido de la fregada, todo el día, y aparte: “Ah, pues vamos a pasar visita aquí, a las tres de la mañana”, y chún, despierta a los chiquitos. Para mí, se me hace innecesario.*

Valentina, médica general, 25 años, Jalisco.

La deshumanización de estudiantes, médicos y pacientes no sólo se relacionan de manera incidental, como podría suponerse a partir de la cita anterior. Por el contrario, el objetivo principal de esta investigación es dar argumentos para sostener que la deshumanización de los estudiantes y de los médicos es una *condición de posibilidad* para la deshumanización de los pacientes. Cada uno de los capítulos de esta tesis sirven de fundamento para sostener esta aseveración. Por ahora basta señalar que los participantes entrevistados reconocen haber cambiado desde que ingresaron a la escuela de medicina, y que muchas veces este cambio ha propiciado su propia deshumanización y la de los pacientes:

Ahorita acabo de llegar a la casa de la consulta, no había comido, llego, empiezo a calentar para comer, porque sabía que después tenía la entrevista con usted, y llegan ahorita y me tocan, y me habla mi niño grande, me dice: “Te hablan, alguien se cortó y se machucó un dedo”. Antes yo aquí en mi casa tenía todo para atenderlos, para suturarlos,

para hacer curaciones. Llega ella y me dice: “es que se cortó, vengo a ver qué le puedes hacer”. En otro momento, yo hubiera corrido al Centro de Salud o a donde fuera, y lo hubiera atendido, y ahorita no. Ya, haga de cuenta, le dije: “Discúlpame, voy llegando del Centro de Salud, estoy comiendo y tengo un compromiso, no puedo”. Eso para mí es ya me deshumanicé, ya no siento tanto el dolor de las personas, como antes, ya no.

Marigeni, médica general, 39 años, Durango.

*Lo que pasa es que muchas veces el sistema te hace como diferente, como dicen, “la mula no era arisca, así la hicieron”, **los palos la hicieron**. Entonces yo creo que mucha parte de este desapego, de esta deshumanización de la medicina, es parte del sistema, que te carrerea, que te da diez minutos, cinco minutos con el paciente. Yo creo que es eso.*

Guadalupe, rehabilitóloga, 42 años, Ciudad de México.

Esto no sólo ocurre entre médicos profesionistas, sino que también es una percepción generalizada entre los estudiantes:

Es una gran batalla contra el sistema en el que estamos inmersos, como estudiantes, como internos, como residentes, como lo que llegues a ser, estás inmerso en un sistema que te va deshumanizando y dejas de pensar en el paciente.

Ramón, estudiante, 28 años, Ciudad de México.

Yo creo que no [me he convertido en una médica deshumanizada], pero sí soy más que cuando empecé [la carrera], pero no a ese grado. A lo mejor así, que en la última [etapa] del internado a lo mejor ya no hacía todas las cosas, o sea, si podía evadir alguna cosa, la evadía [...] Antes

me decían haz esto y lo hacía corriendo. Y al final decía no, esto no es importante ahorita, voy primero a comer.

Andrea, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

Yo creo que esperar un profesional de la medicina y también esperar un humano completamente, es un poco erróneo o es un poco ideal, porque precisamente no hay una formación como tal para continuar con tu humanidad y ser médico. Es arrojarte a una serie de condiciones de las que tienes que salir adelante y nada más. Y con eso en mente se me hace difícilísimo estar pensando en una medicina realmente humana.

Severino, estudiante, 25 años, Ciudad de México.

La deshumanización desde la filosofía: reflexiones sobre la deshumanización y la identidad personal

La tarea de definir la condición de humano (*humanness*) no es novedad en el pensamiento occidental. En la filosofía, este problema se ha planteado en términos de identidad personal y de personeidad (o la condición de ser persona, *personhood*)²³. Como podemos apreciar en las citas de los médicos y estudiantes, en el lenguaje ordinario las nociones humano y persona suelen utilizarse de manera indistinta. Sin embargo, en el ámbito de la filosofía no se da por supuesto que humano sea sinónimo de persona.

Las discusiones filosóficas en torno a la identidad personal tienen una fuerte herencia de John Locke (1982[1690]). Siguiendo la tradición dualista, este filósofo

²³ En español no contamos con un vocablo equivalente al término anglosajón *personhood*, que se refiere a la condición de ser persona. En inglés, *-hood* es un sufijo abstracto que tiene significado categorial y designa "el estado de ser N", de tal forma que *personhood* designa el estado de ser persona. En español, el sufijo más parecido es *-dad* (con sus variantes *-edad*, *-idad*, *-ilidad*), de tal suerte que *personhood* podría traducirse como personalidad o personeidad. Prefiero esta última opción para evitar confusiones por el significado ordinario de personalidad.

moderno distinguió entre hombre y persona, identificando al primero con el cuerpo humano y a la persona con un ser racional. Es importante hacer notar que la noción lockeana de hombre no se refiere al cuerpo humano como mera sustancia, sino que define al hombre como una entidad que tiene un cuerpo humano conformado por partes que están organizadas mecánicamente y que participan en una misma vida.

En contraste, para Locke una persona es

un ser pensante inteligente dotado de razón y de reflexión, y que puede considerarse a sí mismo como el mismo, como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares, lo que tan sólo hace en virtud de tener conciencia, que es algo inseparable del pensamiento y que, me parece, le es esencial (p. 318)

Para Locke, en el tener conciencia reside la identidad personal. Gracias a su conciencia, una persona se identifica a sí misma, se apropia de sus acciones presentes y pasadas y, por tanto, tiene responsabilidad moral y puede rendir cuentas sobre sus acciones. En otras palabras, la conciencia confiere agencia y designa a la persona como el objeto de responsabilidad moral. Por esta razón, Locke describe a la persona como un término forense²⁴.

Locke defiende la distinción entre humano y persona planteando algunos experimentos mentales. Por ejemplo, reflexiona acerca de un loro que es capaz de razonar y hablar. Locke argumenta que nadie llamaría hombre (humano) a este loro; lo llamaríamos un loro racional. De la misma manera, llamaríamos hombre a una criatura con cuerpo humano, pero sin capacidades racionales. Así, Locke concluye que no todos los animales racionales son necesariamente hombres, ni

²⁴ Persona es un término forense porque “imputa las acciones y su mérito; pertenece pues sólo a agentes inteligentes que sean capaces de una ley y de ser felices y desgraciados” (Locke, 1960/2004: 331). Schechtman (2014: 14-15) explica que, al ser un término forense, la persona es un blanco adecuado hacia el cual dirigir preguntas sobre responsabilidad moral y emitir juicios. Esto es, que la persona no sólo designa una entidad metafísica, sino también a la “persona moral” a la cual, por tanto, se le puede castigar o recompensar correctamente por sus acciones.

todos los hombres tienen necesariamente capacidades racionales, lo que quiere decir que no todos los humanos son personas.

Locke planteó otro experimento mental para distinguir entre humanos y personas. En este famoso experimento sobre un príncipe y un zapatero se plantea que la conciencia del príncipe entra al cuerpo del zapatero, cuya conciencia se pierde, y luego asume que el producto de esta transferencia de conciencia sería la misma persona que el príncipe, responsable sólo de las acciones realizadas por el príncipe. Con este experimento mental, Locke fundamenta que la distinción entre humano y persona reside en que tienen criterios de persistencia diferentes. “Todo lo que tenga la conciencia de acciones presentes y pasadas es la misma persona”, dice Locke (1982[1690]: 324). En cambio, los humanos persisten mientras continúa su vida.

El Cuadro 3 resume las características más importantes de la distinción entre humano y persona.

Cuadro 3. La distinción entre humano y persona
<ul style="list-style-type: none">• Nuestras capacidades de autoconciencia y racionalidad no están ligadas a nuestra condición de ser humanos, sino a la de ser personas.• El blanco de la responsabilidad moral no es el animal humano, sino la persona.• Las personas, pero no los animales humanos, persisten sólo en caso de que sus estados psicológicos estén relacionados de manera apropiada.• A lo largo de su vida, un animal humano puede coincidir con cero, una o más de una persona. Las personas pueden ocupar sustancias distintas a un animal humano (por ejemplo, el loro racional del experimento mental de Locke).
Fuente: Elaborado a partir de Blatti (2016:14)

En suma, para Locke la identidad personal depende de capacidades psicológicas que confieren agencia y responsabilidad moral. Bajo su influencia se

han desarrollado variantes teóricas que suscriben que algo es una persona en virtud de capacidades psicológicas como la racionalidad, la autoconciencia, la memoria, las disposiciones, las creencias, los deseos, etc. Todas estas teorías se consideran neolockeanas.

Al decir que la experiencia y la agencia son las características distintivas de la humanidad, las teorías psicológicas de la deshumanización suscriben una noción neolockeana de la personeadad. La experiencia—en tanto capacidad para sentir dolor y placer—es un prerrequisito para la condición lockeana de conciencia, mientras que la agencia se refiere a los señalamientos que hace Locke sobre la responsabilidad moral y la imputabilidad de las personas.

Las condiciones lockeanas y neolockeanas para definir qué es ser una persona son problemáticas puesto que no resuelven muchas preocupaciones prácticas relacionadas con la identidad personal. Al suscribir una perspectiva meramente psicológica, se desestima la corporalidad y las condiciones sociohistóricas que también participan en la ontología de las personas. Schechtman (2014) y Lindemann (2014) ofrecen teorías de la identidad personal que integran las capacidades biológicas, psicológicas y sociales de las personas para definir qué es ser una persona. En su libro más reciente, Schechtman define a las personas como “entidades que viven un tipo de vida característica, la vida de personas”, entendiendo por ésta “una interacción dinámica entre funciones y atributos biológicos, psicológicos y sociales” (Schechtman, 2014:7,8). Por su parte, Lindemann (2014) define la condición de persona como una práctica social que depende de elementos biológicos y psicológicos. Para esta autora, ser humano es una condición para ser persona, aunada a otras dos condiciones: 1) ser consciente y 2) tener reconocimiento social como persona (en el siguiente capítulo hablaré con más detalles sobre la propuesta de estas autoras).

En contraste, otras teorías contemporáneas de la identidad personal mantienen la distinción entre humano y persona, aunque lo hacen con planteamientos distintos a los de Locke. Por ejemplo, el animalismo suscribe que nuestra naturaleza fundamental es ser animales humanos. Olson (2003), uno de

los defensores más importantes del animalismo, argumenta que “persona” es sólo una fase de la mayoría (pero no todos) los humanos. De acuerdo con los animalistas, la personeidad es una etapa en la vida de los humanos que comienza cuando adquirimos las capacidades psicológicas descritas por Locke y otros filósofos neolockeanos y concluye cuando las perdemos. Así pues, los animales humanos nos convertimos en personas alrededor de los 2 años y dejamos de ser personas cuando morimos o cuando presentamos enfermedades mentales que comprometen tales capacidades psicológicas—p. ej., en un estado de coma vegetativo. Para el animalismo, por lo tanto, ser persona depende de las cosas que podemos *hacer* y no de lo que *somos* (Blatti, 2016).

Como ha señalado Schechtman (2014), aunque es atractivo, el animalismo no deja de ser una perspectiva limitada de lo que son las personas. El animalismo no reconoce que—además de nuestra naturaleza biológica—nuestras capacidades psicológicas y morales también constituyen nuestra identidad. Si éste no fuera el caso, la discusión acerca de nuestra identidad no tendría relación alguna con nuestras preocupaciones prácticas acerca de la imputabilidad moral o, lo que interesa más para esta investigación, sobre la deshumanización. Si lo que nos define como personas es ser animales humanos, entonces negar nuestra agencia y nuestra experiencia no serían actos deshumanos.

El animalismo podría resultar especialmente atractivo para los seguidores del modelo biomédico. Guía de la medicina moderna occidental, dicho modelo reduce todas las condiciones humanas a las funciones biológicas de nuestro organismo y sólo toma en cuenta nuestra subjetividad y la naturaleza social de nuestra existencia de manera incidental y superficial, considerando que éstos son meros “factores” que influyen en lo biológico²⁵. Cabría esperar que, en consecuencia, los seguidores del modelo biomédico suscribieran una noción

²⁵ Cuando la dimensión social y subjetiva de la salud-enfermedad se estudia como si fueran simples “factores”—como hace el paradigma dominante en la epidemiología y en la salud pública, aliado del modelo biomédico de la enfermedad—pierden su carácter socio-histórico y son simplificados a tal grado que acaban expresados como meros factores de riesgo, condiciones de vida o elecciones inadecuadas de estilos de vida. (Para una discusión más profunda al respecto, ver: Arellano, Escudero y Moreno, 2008).

animalista de la personeidad. No obstante, como vimos con la opinión que guardan los estudiantes y los médicos entrevistados sobre la deshumanización, en la práctica se alejan de una noción animalista y sostienen una perspectiva más abarcadora de lo que es ser una persona.

Si bien en la mayoría de las entrevistas predominó la apreciación de que la deshumanización de los pacientes es consistente con el modelo biomédico, pues suele cosificárseles en función de su enfermedad o el órgano enfermo, las descripciones que se hicieron acerca de la deshumanización de los médicos revelaron una noción de personeidad más compleja que considera elementos como la autoconciencia y la afectividad:

Braulio: yo creo que así como los pacientes en esta medicina deshumanizada no son un ser humano, persona, todo lo que eso implica, [sino que] son simplemente un hígado, una hernia [...] el médico tampoco es un ser humano [...]

Marcia: ¿O sea que el propio médico se ve a sí mismo como un hígado pegado a un corazón pegado a un brazo, pegado? ¿O en qué sentido es que el médico no es humano?

Braulio: Tal vez no, pero sí alguien que tiene que estar en contacto consigo mismo, saber bien qué es lo que quiere, saber identificar qué es lo que está sintiendo en cada momento, estar consciente de lo que le pasa. No solamente que está enfermando o algo, sino que qué es lo que siente y hacerle caso a eso que siente debería de ser algo del médico [...]. Yo creo que es dejar a un lado que el ser humano también tiene una mente, o no una mente, más bien también tiene sentimientos. O sea, en tu trabajo de todos los días tus sentimientos no caben, eso sí es cierto. O sea, un residente no puede tener sentimientos ni nada, punto. Y el paciente tampoco.

Braulio, estudiante, 26 años, Ciudad de México.

Independientemente de la noción de personhood a la que apelen los médicos en la práctica, en la teoría los médicos suscriben la definición de deshumanización propuesta por los psicólogos sociales, como podemos ver en la publicación de Haque y Waytz (2012), en la que colaboran un médico (Haque) y un psicólogo (Waytz). Llama la atención esta decisión teórica pues la definición psicológica de la deshumanización se fundamenta en una perspectiva neolockeana de la identidad personal que es incompatible con el modelo biomédico que subyace a la medicina moderna occidental. Este análisis revela que la deshumanización funcional que proponen Haque y Waytz (2012)—i.e. la deshumanización que es supuestamente ineludible en el ejercicio de la medicina pues ayuda a solucionar problemas—descansa sobre una contradicción teórica: mientras que la noción de deshumanización presupone una concepción neolockeana de la personhood, el planteamiento de que el ejercicio de la medicina consiste en solucionar problemas se fundamenta en el modelo biomédico, el cual presupone una noción animalista de la identidad. Esto quiere decir que no es posible defender la definición de deshumanización propuesta por los psicólogos sociales y al mismo tiempo suscribir el modelo biomédico de la medicina occidental sin caer en contradicción.

Considerando que el modelo biomédico sólo es compatible con una perspectiva animalista de la personhood, los seguidores de este modelo tienen tres opciones para enfrentar el dilema descrito: 1) pueden, por un lado, defender que la deshumanización sólo tiene implicaciones *metafóricas* en la identidad personal; 2) pueden defender que la humanidad que se niega en la deshumanización se refiere al humano descrito por Locke y no a la persona lockeana; o 3) pueden abandonar la noción de deshumanización y encontrar otra explicación para todos los problemas descritos bajo la etiqueta de deshumanización de la medicina²⁶.

²⁶ Existe una cuarta opción: desarrollar una teoría de deshumanización alternativa que se base en una noción de personhood distinta a la lockeana y a la animalista, y que no justifique la deshumanización de la medicina con base en los presupuestos del modelo biomédico (como lo

Si se opta por defender que la deshumanización sólo tiene implicaciones *metafóricas* en la identidad personal—es decir, que no daña *literalmente* la personeidad—se pierde un sentido fundamental de la deshumanización. Esta noción apela a la pérdida de lo que nos hace distintivamente personas, esto es, la esencia de la personeidad. Esto implica que la víctima de la deshumanización recibe un trato que *literalmente* daña lo que es, y no sólo algunas de sus capacidades—como los animalistas definen la fase de persona. La idea de que existen preguntas *metafóricas* y preguntas *literales* sobre la identidad personal surgió a partir de que algunos filósofos trataron de definir la esencia de lo que es ser persona (la pregunta *literal*), y consideraron que todas las preguntas dirigidas a las demás cualidades prescindibles (no esenciales) que se le atribuyen a las personas son meras preguntas *metafóricas* sobre la identidad personal. Así pues, si la deshumanización sólo tuviera implicaciones *metafóricas* en la identidad personal, no dañaría lo que somos *literalmente*, vaciando de sentido a la noción de deshumanización²⁷.

Si, por lo contrario, los seguidores del modelo biomédico optan por defender que la humanidad a la que apelan los teóricos de la deshumanización se refiere al hombre lockeano y no a la persona lockeana, de nueva cuenta la noción de deshumanización pierde sentido. El hombre lockeano se refiere al animal humano, es decir al organismo humano que está conformado por partes organizadas *mecánicamente* y que participan en la misma vida. Locke explícitamente compara la identidad de los animales con máquinas:

¿Qué es un reloj? Es llano que si no es sino una organización o construcción de partes dispuestas adecuadamente para un cierto

hace la deshumanización funcional). Presentaré una teoría de la deshumanización de este tipo en el Capítulo V.

²⁷ En una noción de personeidad no esencialista, como la que presentaré en el siguiente capítulo, las preguntas metafóricas de la identidad son en realidad preguntas circunscritas a un solo aspecto de la identidad. En este caso, es incorrecto considerar que éstas son preguntas metafóricas, más bien son preguntas “incompletas” o “parciales” acerca de la identidad literal (ver Schechtman, 2014:185).

fin [...] Si suponemos que esa máquina es un cuerpo continuo cuyas partes organizadas se reparan, aumentan o disminuyen por una constante adición o separación de partes no sensibles, en una vida común, tenemos algo muy semejante al cuerpo de un animal (Locke, 1982[1690]: 314)

Si la deshumanización amenaza no a la persona sino al humano, entonces no puede darse algo como la deshumanización mecanicista, caracterizada por tratar a los humanos como máquinas, pues, como vemos en la cita anterior, precisamente lo que define al humano según Locke es ser un tipo de máquina. En la deshumanización mecanicista, entonces, no se estaría negando nada distintivamente humano; más bien se estaría afirmando. De esta manera se pierde el sentido de la deshumanización mecanicista. Por su parte, la deshumanización animalista sería implanteable si la deshumanización se refiriera al humano, pues desde la perspectiva lockeana la agencia no es un rasgo humano sino de la persona, y desde la perspectiva animalista, la agencia es un rasgo sólo de una fase de los humanos, la personidad. Por ende, la noción de deshumanización perdería por completo el sentido si se defiende que la humanidad a la que apelan los teóricos de la deshumanización se refiere al hombre lockeano y no a la persona lockeana.

Tratar de defender cualquiera estas opciones para intentar solucionar la contradicción que existe entre el modelo biomédico de la medicina y la noción de deshumanización planteada por los psicólogos sociales conduce a la tercera y última opción: asumir que la noción de deshumanización no es viable y buscar mejores explicaciones para todos los fenómenos que se etiquetan bajo la expresión deshumanización de la medicina. Sin embargo, considero que renunciar a las teorías de la deshumanización no es una conclusión favorable.

Daré tres razones para defender la noción de deshumanización, especialmente cuando se utiliza para explicar los fenómenos que se agrupan bajo la expresión “deshumanización de la medicina”. En primer lugar, esta noción pone

en cuestionamiento el modelo biomédico de la medicina moderna pues advierte que la personalidad no puede reducirse sólo a nuestra dimensión biológica. Esta razón que aboga en contra del reduccionismo merece ser matizada, puesto que la deshumanización tampoco puede reducirse sólo a la dimensión psicológica de la personalidad, soslayando las dimensiones biológica y social de nuestra identidad. Como argumentaré en el siguiente capítulo, las tres dimensiones son fundamentales para la personalidad y, por tanto, también para la deshumanización. Tómese como ejemplo el Holocausto, caso paradigmático de la deshumanización en el que se negó la agencia y la capacidad de experiencia de los judíos (dimensión psicológica), pero también se experimentó y torturó sobre sus cuerpos (dimensión biológica) bajo un orden social sustancialmente transformado, el régimen nazi (dimensión social).

Una segunda razón para conservar la noción de deshumanización es que el análisis filosófico del término sugiere que este fenómeno está enraizado en la cuestión de la identidad personal, lo que ha pasado inadvertido en las discusiones sobre la deshumanización. Si bien Kelman—uno de los primeros psicólogos sociales que abordó este tema—dijo que la deshumanización implica negar la identidad de las personas, lo hizo con una noción de identidad personal muy simple: “conferir identidad a una persona es percibirla como un individuo independiente y distinguible de otros, capaz de tomar decisiones y con derecho a vivir su vida con base en sus propias metas y valores” (Kelman, 1973:48). Después de Kelman, otros psicólogos se han enfocado en la identidad grupal, mostrando que la familiaridad es un “factor protector” contra la deshumanización²⁸. Sin embargo, estas aportaciones no dejan de ser superficiales. Hasta ahora, no he encontrado una teoría de la deshumanización que profundice en las implicaciones que tiene este fenómeno para la identidad personal.

²⁸ Por ejemplo, las investigaciones de Leyens et al (2001; citado en Haslam y Loughnan, 2014) describen una variante sutil de la deshumanización basada en el etnocentrismo. De acuerdo con sus observaciones, los grupos étnicos suelen reservar la “esencia humana” para ellos mismos, de tal forma que tienen a percibir como “menos humanos” a las personas ajenas a su etnia. Parecería que para estos autores, la xenofobia es una forma de deshumanización sutil.

La tercera razón para conservar la noción de deshumanización es una razón práctica. Los actores sociales implicados en la deshumanización de la medicina están familiarizados con esta expresión y, al conservarla, se mantiene abierto el diálogo con ellos, lo que me parece sumamente importante. Existen aportaciones teóricas de lo más relevantes sobre algunos problemas que surgen en la práctica médica que ofrecen explicaciones muy sólidas desde sus disciplinas; sin embargo, no han conseguido permear en el gremio médico. Por ejemplo, la investigación que ha realizado Castro (2014) sobre la violencia obstétrica en nuestro país ha encontrado mucha resistencia entre los médicos, pues desafía la autoridad de la que históricamente ha gozado esta profesión²⁹. La distancia trazada por esta resistencia, empero, se ha profundizado porque, desde su formación académica, los argumentos sociológicos resultan ininteligibles para los profesionales de la salud. Al conservar la noción de deshumanización damos espacio para que surja un lenguaje común en el cual podamos hablar no *acerca de* los médicos, sino *con* ellos, sobre problemas que vulneran a los pacientes pero que también afectan a los médicos, pues como vimos algunas páginas atrás—y veremos en los capítulos por venir—, ellos también padecen la deshumanización de la medicina.

Al mismo tiempo, considero imprescindible integrar un enfoque de poder desde la filosofía y las ciencias sociales a las discusiones sobre deshumanización de la medicina. A pesar de que al hablar sobre la deshumanización algunos psicólogos sociales mencionan el poder—u otros constructos que lo presuponen, como el estatus o los procesos de autorización y deslegitimación—(Gwinn, Judd y Park, 2013; Lammers y Stampel, 2011; Haslam y Loughnan, 2014; Waytz y Schroeder, 2014), el abordaje que hacen considera al poder como si fuera un fenómeno independiente a la deshumanización que podría (o no) relacionarse ésta. Por ejemplo, Haque y Waytz (2012) comentan que “las asimetrías de poder

²⁹ Como hemos documentado Castro y yo (Castro y Villanueva, 2018), en fechas recientes los médicos mexicanos han protestado en contra de la violencia de la que son objeto, englobando dentro de la misma protesta la violencia que han sufrido como gremio por parte del crimen organizado y otras formas de hostilidad, como la que desde otros campos (jurídico, político, científico) cuestiona el quehacer médico convencional.

entre médicos y pacientes son evidentes, pero aún no existe alguna investigación que relacione directamente esta asimetría de poder a mayor deshumanización” (p.183). En respuesta a esta inquietud, algunos psicólogos sociales han planteado experimentos cuyo objetivo es encontrar una correlación estadísticamente significativa entre el poder y la deshumanización (Gwinn, Judd y Park, 2013; Lammers y Stapel, 2015). Estos abordajes reducen el poder a ciertos rasgos de carácter, como si éste fuera una variable incidental con efectos en la disposición a deshumanizar y no como algo inherente a la deshumanización.

En cambio, con un enfoque como el que se utiliza en las ciencias sociales para el análisis de ciertas prácticas médicas, el poder no se entiende como algo que existe por sí mismo (como una variable analizable de modo independiente), sino como una relación entre parejas, individuales o colectivas, de tal suerte que el poder sólo existe en cuanto se ejerce. Desde esta perspectiva foucaultiana, el poder se ejerce en todas las relaciones sociales como un modo de acción de algunos sobre algunos otros. De esta forma, el ejercicio de poder define las acciones posibles, es decir, opera sobre el campo de posibilidad del comportamiento de los sujetos actuantes. Esto se consigue en la medida en que el poder forma subjetividades pues

se ejerce sobre la vida cotidiana inmediata que clasifica a los individuos en categorías, los designa por su propia individualidad, los ata a su propia identidad, les impone una ley de verdad que deben reconocer y que los otros deben reconocer en ellos (Foucault, 1988: 7)

Para recuperar un enfoque de poder de este tipo en el estudio de la deshumanización habría que estudiar cómo se ejerce el poder entre médicos y pacientes, y cómo se construyen sus identidades en el ejercicio de dicho poder. Así pues, este enfoque amplía las implicaciones que tiene la deshumanización en las identidades de los actores sociales involucrados en este fenómeno: la

deshumanización no sólo tiene implicaciones en la identidad personal por la manera en que arremete contra la personeidad de las víctimas deshumanizadas, sino que también tiene implicaciones en la manera particular en la que se construye la identidad tanto de los deshumanizadores como de los deshumanizados, como veremos en el Capítulo V.

Con este análisis queda claro que las teorías psicológicas de la deshumanización son insuficientes para explicar este fenómeno con toda su complejidad. Si queremos conservar la noción de deshumanización, será preciso contar con una caracterización de la identidad personal que sea apropiada—esto es, que esté fundamentada en una noción de personeidad que integre las dimensiones biológica, psicológica y social de la identidad personal, y que sirva para dar cuenta de cómo la deshumanización, en tanto ejercicio de poder, construye identidades particulares.

III. Identidad personal y otras premisas filosóficas para la deshumanización

En el capítulo anterior presenté las teorías de deshumanización que se han planteado desde la psicología social. Argumenté que estas perspectivas son insuficientes para explicar la deshumanización en la medicina pues, como sugieren mis resultados empíricos, ésta incluye casos de negligencia y mala praxis que no se siguen de una supuesta deshumanización funcional. Además, argumenté que dichas teorías están fundamentadas en una noción neolockeana de personhood, que se enfoca sólo en la dimensión psicológica de la identidad personal, ignorando nuestra corporalidad (la dimensión biológica) y nuestra condición sociohistórica (la dimensión social). En consecuencia, el estudio de la deshumanización ha quedado reducido a explicaciones de corte psicológico que no prestan atención a las relaciones de poder que se establecen en la práctica entre pacientes y profesionales de la salud, y que sirven como caldo de cultivo para de deshumanización.

Este capítulo tiene por objetivo presentar una caracterización alternativa de la identidad personal en la que se reconozcan todos nuestros componentes biológicos, psicológicos y sociales. En las siguientes páginas, describiré la personhood en términos metafísicos utilizando el trabajo más reciente de Schechtman (2014), y explicaré que hacemos sentido de esta metafísica con narrativas que constituyen nuestras identidades personales, tomando como base el trabajo de Lindemann (2001, 2014) sobre la identidad narrativa y las aportaciones de Goldie (2012) sobre el pensamiento narrativo, resaltado así el rol constitutivo que tienen las emociones en nuestra identidad. Después, describiré con detalle en qué consisten las tres dimensiones de la identidad personal, repasando nuestra naturaleza biológica—que incluye capacidades y limitaciones humanas—, nuestra naturaleza psicológica—que explica cómo se desarrolla nuestro sentido subjetivo de uno mismo sincrónica y diacrónicamente—y nuestra

naturaleza social—que enfatiza la construcción de identidades por medio de la interacción social. En conjunto, esta exposición brinda un fundamento sólido para analizar el proceso de transformación que atraviesan los estudiantes de medicina durante su formación profesional (Capítulo IV) y, con base en ello, desarrollar una teoría filosófica de la deshumanización (Capítulo V).

La metafísica de la identidad personal (o sobre qué somos fundamentalmente)

Preocupada por tener una noción integradora de la personabilidad, en su libro más reciente Schechtman (2014) presenta una teoría metafísica de la identidad personal orientada a definir una entidad única y unificada que sea el objeto de todas las preguntas que se hacen acerca de la identidad personal, esto es, sin distinguir entre preguntas metafóricas y literales³⁰. Para esta filósofa no es satisfactorio tener diferentes nociones de persona que responden a diferentes preguntas sobre nuestra identidad, pues

las personas con las que interactuamos son individuos unificados, aunque muy complejos [...] Nuestro mundo no está poblado por personas-humanas y personas-agentes, personas-autoconscientes, personas-sujetos-de-experiencia y personas-carácter. En cambio, está poblado con personas individuales que son, en casos paradigmáticos, todas estas cosas. (Schechtman, 2014:3; mi traducción)

La visión integradora que propone Schechtman reúne las dimensiones biológica, psicológica y social de la identidad personal, ofreciendo una noción de

³⁰ Sobre esta distinción, ver la pp. 79-80.

personeidad adecuada para los propósitos de mi investigación³¹. En ella, una persona es la clase de entidad que vive un tipo de vida característica: una “vida-personal”. Por esta razón su teoría se denomina la Perspectiva de la Vida-Personal³² (PVP).

Schechtman toma de Olson (1997) la idea de poder identificar una entidad (una persona) a partir de una serie de eventos (una vida) y no a partir de una sustancia (un cuerpo o una conciencia), de tal suerte que una entidad pueda persistir en la medida en que se continúa la serie de eventos que la constituyen. Así como podemos identificar que una tormenta es la misma mientras persiste, sin tener que corroborar la persistencia de los objetos que la componen (las nubes, el viento, las gotas de agua), de igual manera podemos reidentificar a una persona en la medida en que su vida-personal persiste.

Schechtman elabora su propuesta a partir de una vida-personal paradigmática, esto es para seres humanos típicamente inculturados. La PVP subraya que una vida-personal no es simplemente la vida de un animal humano con algunas capacidades añadidas, como defenderían los animalistas. Por el contrario, una de las características más importantes de la vida-personal es que ésta es inherentemente social. Schechtman nos dice: “vivir una vida-personal implica ocupar un espacio en la infraestructura social o cultural que los seres como nosotros naturalmente desarrollamos” (2014:8; mi traducción). Infraestructura a partir de la cual, a su vez, las personas nos desarrollamos, pues, como veremos más adelante, la interacción social es necesaria para adquirir las capacidades psicológicas descritas por los neolockeanos, así como para constituir nuestras identidades sociales, igualmente relevantes.

Una vida-personal consiste en una sucesión de eventos caracterizados por una interacción dinámica entre funciones y atributos biológicos, psicológicos y

³¹ La PVP deja abierta la posibilidad de que existan personas no humanas (ver: Schechtman, 2014:131-137). En este sentido tomaré distancia de la teoría de Schechtman, y en cambio adscribiré la postura de Lindemann (2014), quien considera que ser humano es una condición de la personeidad.

³² Tomo de Muñoz Corcuera (comunicación personal) esta traducción para la Person Life View de Schechtman.

sociales. Schechtman explica que esta interacción toma la forma de un conglomerado homeostático, de tal suerte que todos los componentes biológicos, psicológicos y sociales contribuyen a la vida-personal y tienden a reforzarse entre sí, sin que ninguno de ellos sea por sí mismo necesario y suficiente para la vida-personal. Esto quiere decir que el funcionamiento integrado de los componentes biológicos, psicológicos y sociales es la naturaleza de la relación que constituye nuestra identidad personal.

El concepto de homeostasis es clave para entender la propuesta de Schechtman. Su origen se encuentra en la biología y sirve para hacer referencia al equilibrio en que deben oscilar las condiciones internas de los organismos vivos para no morir. Todos los organismos vivos, desde las bacterias unicelulares hasta las plantas y los animales, mantienen condiciones internas bastante estables. Cuentan, para ello, con sistemas de regulación que se encargan de compensar cualquier desequilibrio con el propósito de mantener la vida. Las focas, por ejemplo, logran mantener estable su temperatura aún en aguas heladas regulando el flujo sanguíneo de su cuerpo y aletas, conservando o liberando calor según se requiera.

Aplicado a la PVP, el concepto de homeostasis no hace referencia sólo a nuestras funciones y condiciones biológicas, sino que integra a ella también las condiciones psicológicas y sociales como elementos constituyentes de ese equilibrio que mantiene la vida-personal. Esto traza una diferencia radical con la perspectiva biomédica que (a veces) describe a las personas como seres bio-psico-sociales³³, sin que esta enunciación reconozca realmente el carácter socio-histórico de la personalidad, pues la enfermedad se sigue explicando a partir de la pérdida de homeostasis biológica, dejando de lado las condiciones psico-sociales o considerándolas como factores *externos* que influyen sobre las condiciones *internas*. En contraste, en la PVP, que no se refiere a la vida biológica de los seres humanos sino a la vida-personal de las personas, las funciones y componentes

³³ Tomemos, por ejemplo, la definición de salud que ofrece la OMS: “[es] el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014). Para una discusión acerca del concepto de salud ver: Bellamy y Villanueva (2015).

psicológicos y sociales son también factores *internos* o bien *constituyentes* de la personalidad.

Pensar sobre la vida-personal en estos términos nos permite, por un lado, definir la personalidad sin recurrir a condiciones necesarias y suficientes: esta vida comprende un conjunto de funciones integradas que se sostienen mutuamente, de tal forma que la vida-personal continúa mientras se sostienen suficientes funciones biológicas, psicológicas y sociales, pero cuando muchas de ellas fallan, la integridad total de la vida-personal no puede mantenerse y la persona desaparece. Por otro lado, también nos permite pensar acerca de la persistencia de las personas de manera gradual: la vida-personal persiste de manera más o menos robusta, pero conforme algunas funciones se pierden, la vida-personal se va volviendo más tenue hasta que cesa. Esto tendrá implicaciones importantes para mi estudio de la deshumanización pues

el modelo de conglomerado homeostático para la vida-personal nos alienta a considerar cómo diferentes tipos de continuidad se sostienen entre sí y trabajan de manera conjunta para mantener el funcionamiento integrado de la persona en tanto persona, y, por el otro lado, a pensar sobre diferentes maneras de discontinuidad que comprometen esa integridad (Schechtman, 2014:150; mi traducción).

A la luz de la propuesta de Schechtman, las implicaciones que tiene la deshumanización en la identidad personal remiten a preguntas que no sólo refieren a las condiciones psicológicas de este problema, sino también a sus condiciones psicológicas y sociales. ¿Bajo qué condiciones peligra el equilibrio homeostático de nuestra personalidad? ¿Cuáles son las funciones o componentes biológicos, psicológicos o sociales vulnerados por la deshumanización? ¿Con qué mecanismos de regulación (o resistencia) contamos para mantener o restablecer el equilibrio cuando somos deshumanizados? ¿Y cómo la deshumanización

amenaza la continuidad de una vida-personal? Pero antes de abordar esas cuestiones aún debemos aclarar mucho más acerca de la identidad personal.

Identidad narrativa (o sobre cómo cobra sentido nuestra identidad)

Concebir a las personas como un conglomerado homeostático tiene otra implicación importante: enfatiza la idea de que nuestra identidad es dinámica. Las personas cambiamos a lo largo del tiempo y a través de diferentes contextos sociales. Yo soy significativamente distinta de cuando terminé la preparatoria, y también soy distinta cuando estoy dando una ponencia en la universidad, en casa con mi familia o mientras ceno con una amiga. Como ha señalado Lindemann (2001, 2014), es precisamente por este dinamismo que nuestras identidades cobran sentido en términos narrativos. A diferencia de otras formas de pensamiento que dotan de sentido, las narrativas permiten integrar los diversos componentes (biológicos, psicológicos y sociales) de nuestra identidad dentro de un orden temporal y contextual (una trama) capaz dar cuenta de cómo cambiamos y, a la vez, cómo seguimos siendo los mismos.

Estas narrativas no necesitan ser públicas—aunque pueden serlo, por supuesto—; basta con que pensemos en ellas³⁴. Goldie (2012) introdujo el concepto de *pensamiento narrativo* para caracterizar las secuencias de pensamientos que, al organizarlos en una trama (*plot*), adquieren una estructura peculiar: una *estructura narrativa*. En contraste con las descripciones simples de eventos como las que encontramos en las crónicas y los anales, el pensamiento narrativo reúne dichas descripciones en una trama, organizando en un todo coherente la ‘materia cruda’ que conforma la sucesión de eventos—acciones,

³⁴ Evidentemente, las narrativas pensadas difieren en muchos aspectos de las narrativas públicas o articuladas. Como señaló Goldie (2012), a diferencia de estas últimas, las narrativas pensadas son más indeterminadas, no tienen un principio ni final claros, y están constituidas por pensamientos que no están completamente desarrollados.

objetos, individuos, contexto, pensamientos, sentimientos, estados de ánimo y emociones. El proceso de 'entramamiento' (*emplotment*) implica 'moldear', 'organizar' y 'colorear' esta materia cruda, otorgándole así una estructura narrativa. Por 'moldear', Goldie se refiere a seleccionar la materia cruda y otorgarle una riqueza descriptiva pertinente para la narrativa; por 'organizar', a configurarla en un orden narrativo, con un principio, un desenlace y un final; y por 'colorear', a otorgar un importe evaluativo y emocional a lo que se está narrando. Todo esto sucede simultáneamente,

no es que primero tengamos una narrativa completa y, después, una respuesta evaluativa y emocional a la narrativa; sino que la respuesta evaluativa y emocional infunde la narrativa, moldeándola y coloreándola (Goldie, 2012:12; mi traducción).

La estructura narrativa que resulta del emplotamiento se caracteriza por tener coherencia, sentido (*meaningfulness*) y un importe evaluativo y emocional. La coherencia está dada por cómo se conectan los diferentes eventos que componen la historia narrada. Las narrativas proveen de explicaciones en la medida en que ofrecen razones, causas y consecuencias de los eventos narrados, apelando a lo que es relevante evaluativa y emocionalmente para nosotros, y dando una secuencia inteligible y coherente a la historia. Por su parte, el sentido de las narrativas está dado tanto por la perspectiva interna de la historia (la de sus personajes) como por la perspectiva externa (la del narrador). Al exponer cómo los pensamientos, sentimientos y acciones de los personajes cobran sentido para ellos mismos en un contexto específico, la historia revela un significado interno. Adicional a éste, las narrativas tienen un sentido externo dado por el narrador, que se revela por la manera como comunica la historia, integrando a ella sus propios pensamientos y sentimientos. De igual forma, las narrativas obtienen su importe evaluativo y emocional también desde la perspectiva interna y la externa.

La diferencia que existe entre la perspectiva interna (de los personajes) y la perspectiva externa (del narrador) en una historia permite que aparezca lo que en literatura se denomina ironía dramática. Ésta surge cuando el narrador comunica a la audiencia algo que los personajes de la historia desconocen; por ejemplo, en el cuento de la Caperucita Roja, el narrador y la audiencia saben que quien yace en la cama de la abuela es el lobo disfrazado, pero Caperucita lo ignora. En las historias que conforman nuestra identidad también aparecen *vacíos irónicos* entre la perspectiva interna y la perspectiva externa. Tomemos como ejemplo un fragmento de una de las entrevistas que realicé para el trabajo de campo. Cuando le pregunté a Diana por qué estudió medicina, me respondió:

Una vez me invitó una amiga a ver partos, y fue cuando dije “ah, pues sí”. Éramos cuatro de mis mejores amigas que queríamos estudiar Medicina, entonces nos invitaron a ver partos, y la verdad es que sí me gustó mucho, o sea como que me enamoré. En ese entonces yo sí veía mi carrera como “no, todo el tiempo voy a estudiar, y me voy a desvelar”. Ni siquiera sabía bien a qué me metía.

Diana, médica general, 26 años, Ciudad de México.

En este pequeño fragmento de su historia, Diana no sólo narra lo que pasó, sino que también integra a la narrativa cómo recuerda lo que pasó y cómo se siente actualmente al respecto, abriendo así un vacío irónico. Podemos apreciar este vacío irónico al contrastar, por un lado, la perspectiva interna (de Diana a los 17 años, eligiendo carrera) cuando dice que sí le gustó mucho la experiencia de ir a ver partos, otorgando a ese recuerdo un importe evaluativo y emocional positivo—“me enamoré”—, y, por otro lado, la perspectiva externa (de la narradora, Diana de 26 años, médica general) cuando dice, con un importe evaluativo y emocional negativo, que no sabía a qué se metía, pues en la actualidad Diana ya no quiere ser médica y ha empezado a estudiar una segunda carrera. Este vacío irónico es triplemente irónico: epistémicamente—no sabía a lo que se metía—, evaluativamente—en ese momento creía que era una buena

decisión, pero ahora ya no piensa lo mismo—, y emocionalmente—contrastan las emociones positivas del pasado con las emociones negativas del presente.

La diferencia entre estas dos perspectivas, integradas en la estructura narrativa, es la base que nos permite experimentar y entender cómo cambiamos a lo largo del tiempo y en diferentes contextos sociales, y, a la vez, cómo seguimos siendo los mismos. Al tener pensamientos narrativos sobre la propia vida-personal, somos, al mismo tiempo, personaje y narrador de la historia, pero las perspectivas entre ambos son distintas, pues el narrador siempre está distanciado contextual y temporalmente (hacia el pasado si recordamos, hacia el futuro si imaginamos) del personaje. Cuando yo hago sentido de mi identidad—esto es, cuando tengo pensamientos narrativos acerca de mi vida-personal, por ejemplo de una anécdota pasada—, integro en la trama de mi pensamiento mis componentes biológicos, psicológicos y sociales, en una sucesión coherente de eventos dotados de sentido y de importe evaluativo y emocional tanto por lo que recuerdo que pensé, sentí e hice en el pasado, como por lo que ahora pienso y siento sobre esos eventos, comprendiendo de este modo cómo he cambiado y cómo, a la vez, soy la misma persona. Es por esto que hacemos sentido de nuestra identidad (de nuestra vida-personal homeostática) a través de narrativas, sean contadas o pensadas. Cuando damos cuenta de la identidad de otras personas también lo hacemos en términos narrativos; en estos casos, la perspectiva interna es la de la otra persona (y los demás personajes de su historia) y la perspectiva externa, la nuestra como narradores.

Concebir a las personas como un conglomerado homeostático tiene una implicación adicional en términos narrativos. Nuestros cambios en el tiempo y a través de contextos distintos generan un conglomerado dinámico de historias, más que una única historia. En contraste con las teorías de identidad narrativa que suscriben que nuestra identidad es *una* historia en desarrollo³⁵, Lindemann (2001) sostiene que la identidad personal está formada por un tejido de historias o

³⁵ Por ejemplo, la teoría que ofrece Schechtman (1996) en su primer libro, *The Constitution of Selves*.

fragmentos de historias—algunas constantes y otras cambiantes—que pueden tomar formas lineales (o no). Este *conglomerado narrativo* contiene historias que representan las diferentes facetas de las personas, incluyendo *narrativas grupales*—que se refieren a las identidades sociales—y *narrativas personales*—que revelan cómo una persona se diferencia de los demás individuos de los grupos sociales a los que pertenece.

Las narrativas grupales y personales se combinan para formar *historias retrospectivas* que constituyen mi entendimiento sobre quién he sido en relación con otras personas y, al mismo tiempo, estas historias retrospectivas allanan el campo de acción en el que construyo las *historias prospectivas* que guían mis acciones futuras y mi futura relación con otras personas (Lindemann, 2001). Nuevamente el trabajo de Goldie (2012) resulta pertinente para arrojar luz sobre cómo nuestras historias retrospectivas sientan las bases para nuestra acción futura, guiada por historias prospectivas.

Como vimos con el ejemplo anterior de Diana, en las historias retrospectivas los recuerdos no son sólo emocionalmente fieles al pasado, sino también al presente (Goldie, 2012:54). Cuando el importe emocional del presente es negativo, estas emociones suelen conducirnos a la formulación de pensamientos contrafácticos imaginarios³⁶, por ejemplo: “si hubiera elegido otra carrera, ahora no me sentiría frustrada”. Así, se abre un mundo de historias posibles, que al recorrerlas con el pensamiento narrativo despiertan una serie de respuestas emocionales que corresponden tanto a la perspectiva interna de lo que imaginamos—la frustración—como a la perspectiva externa—el arrepentimiento con el que se expresa este enunciado contrafáctico. Con este arrepentimiento aprendemos de nuestros errores pasados y cambiamos nuestra disposición a actuar de ciertas maneras en el futuro.

³⁶ De acuerdo con algunos estudios citados por Goldie (2012:87), cerca del 90% de nuestros pensamientos contrafácticos se generan de manera espontánea cuando se presentan emociones negativas respecto a un mal desenlace.

Empero, como explica Goldie, no siempre necesitamos cometer errores para aprender de nuestro pasado y planear acciones futuras. También podemos aprender y planear a futuro construyendo historias prospectivas imaginarias. Éstas están compuestas por diversos desenlaces posibles que nos generan distintas respuestas emocionales, con base en las cuales elegimos nuestros planes de acción: “si estudio psicología, podría seguir en contacto con pacientes, pero con otro acercamiento” o “si estudio arquitectura, podría desarrollar mis habilidades creativas y no tendría que ver más pacientes”. Es en este sentido que Goldie dice que la imaginación y la emoción son guías para la razón práctica.

El universo de historias prospectivas concebibles, sin embargo, no es infinito. Por lo contrario, está limitado por las condiciones sociohistóricas materiales objetivas de nuestra vida y por nuestra experiencia pasada (historias retrospectivas) a partir de la cual hemos desarrollado los rasgos de nuestra personalidad y nuestro carácter, nuestras disposiciones emocionales aprendidas, nuestras virtudes y habilidades. Es más, muchas veces ni siquiera tenemos que imaginar historias prospectivas para establecer un curso de acción, pues dadas estas limitaciones sólo hay un desenlace concebible por *default*. Esta es la idea que intentan recuperar tanto Schechtman (1996) como Lindemann (2001) al utilizar la *metáfora de la lente*, que puede plantearse así: el conglomerado narrativo es una lente que filtra nuestra experiencia y nuestros planes futuros. Esto es así, según Schechtman (1996), porque las narrativas sobre uno mismo *organizan* nuestra experiencia:

Digo que lo que subyace en la organización psicológica de las personas es una autonarrativa porque no se trata sólo de un conjunto estático de datos, sino de un grupo de *principios organizativos*. [Se trata de] una organización básica a través de la cual, consciente o inconscientemente, un individuo se entiende a sí mismo y a su mundo. Estos principios organizativos implícitos no son sólo una colección de características, sino una interpretación

en continuo desarrollo acerca de nuestra propia trayectoria en el mundo (p.116; mi traducción).

De acuerdo con la metáfora de la lente, nuestras historias retrospectivas sirven como una lente a través de la cual experimentamos el mundo; como un molde que estructura nuestras relaciones con los objetos, con las demás personas y con nosotros mismos; como un marco interpretativo que media todas nuestras experiencias. De esta manera, como apunta Lindemann (2001), las historias retrospectivas también estructuran el campo de acciones futuras para que la persona pueda seguir actuando de acuerdo con quien ella entiende que es, ya sea mediante el pensamiento narrativo de historias imaginarias prospectivas o bien, por *default*.

Todas estas historias retrospectivas y prospectivas se conjuntan para formar el *conglomerado narrativo* con el que hacemos sentido de nuestra identidad. Estas historias, que surgen del entendimiento subjetivo que tenemos de nosotros mismos, comparten la característica de estar narradas en primera persona. Pero, como ha enfatizado Lindemann (2001, 2014), existen buenas razones para sostener que nuestro conglomerado narrativo también está formado por historias que otros cuentan acerca de nosotros.

Veamos primero algunas *razones epistémicas* que ofrece Lindemann (2001) sobre por qué uno no puede ser el único narrador de las historias que conforman su conglomerado narrativo. El concepto que tenemos de nosotros mismos puede ser incorrecto en cuatro sentidos: 1) podemos estar equivocados—p. ej. puedo crearme generosa cuando en realidad soy egoísta—; 2) podemos ignorar partes significativas de nuestra identidad—p. ej. que soy adoptada—; 3) podemos autoengañarnos—p. ej. convencernos de que somos las víctimas en situaciones donde en realidad somos los victimarios; y 4) podemos mentir con alevosía sobre nuestra identidad—p. ej. puedo jurar frente a mi pareja falsa fidelidad.

Apoyada en varios argumentos, Lindemann además ofrece *razones conceptuales* sobre por qué y cómo algunas historias contadas por otras personas también nos constituyen. La idea central de sus argumentos es que la identidad personal es necesariamente social y, por tanto, no puede constituirse desde una perspectiva meramente individual. Más adelante desarrollaré a detalle esta idea, cuando aborde la dimensión social de la identidad personal. Por ahora sólo retomaré dos argumentos de esta filósofa. El primero es que si (a) la identidad personal es un sistema de significado³⁷ que representa los elementos que contribuyen de manera relevante a la vida de uno a través del tiempo, y (b) todos los sistemas de significado son prácticas sociales, entonces la identidad personal es social necesariamente. El segundo argumento descansa en el hecho de que

las identidades no son sólo cuestión de cómo nosotros experimentamos nuestras vidas, sino también de cómo nos ven los demás (Lindemann, 2001:81; mi traducción).

El trabajo empírico realizado desde la sociología brinda bases sólidas para sostener que la manera cómo nos ven y nos tratan los demás está moldeada socialmente. El trabajo que realizó Goffman (1959; 2001[1961]; 2006[1963]) a mediados del siglo pasado es particularmente ilustrativo al respecto³⁸. No sorprende, entonces, que Lindemann (2014) cite su obra para construir desde la

³⁷ Recordemos que para Goldie (2012) las narrativas, a diferencia de las crónicas y los anales, tiene un sentido interno (de los personajes) y un sentido externo (del narrador). Ambos constituyen un sistema de significado como al que se refiere aquí Lindemann.

³⁸ No obstante su gran riqueza sociológica, las teorías de Goffman no alcanzan a explicar algunos problemas filosóficos de la identidad personal. Por ejemplo, cuando en *Estigma* (2006[1963]) plantea diferentes tipos de identidad (la identidad social virtual, la identidad social real, la identidad personal y la identidad del yo) remite al problema que Schechtman (2014) quiere resolver ofreciendo una teoría metafísica de la identidad personal orientada a definir una entidad única y unificada que sea el objeto de todas las preguntas que se hacen acerca de la identidad personal. Adicionalmente, así como el modelo biomédico da prioridad ontológica a la dimensión biológica de la identidad personal, las teorías sociológicas de Goffman dan prioridad ontológica a la dimensión social. Lo que yo me propongo, siguiendo la teoría de la Perspectiva de la Vida-Personal de Schechtman (2014), es no dar prioridad ontológica a ninguna de nuestras dimensiones (biológica, psicológica o social), sino comprenderlas como funciones que se sostienen mutuamente (homeostáticamente).

filosofía una teoría de la identidad personal fundamentada en la interacción social³⁹.

De acuerdo con lo que Lindemann (2014) plantea, nuestro conglomerado narrativo, compuesto por narrativas grupales—socialmente compartidas, que representan nuestras identidades sociales—y narrativas personales—retrospectivas y prospectivas, en primera y tercer persona—, funciona como un mostrador para la interacción social en tanto que establece, por un lado, las expectativas que tienen las demás personas sobre nuestro comportamiento presente y futuro, y, por otro lado, establece también las actitudes y reacciones que tienen hacia nosotros, esto es, el trato que nos dan. Lindemann (2014) lo explica con la *metáfora del mostrador*:

Las identidades personales funcionan como un mostrador en nuestros intercambios sociales en tanto brindan entendimiento sobre qué se espera que haga la persona que tiene esa identidad. Si, por ejemplo, la respuesta a la pregunta de “¿quién eres?” es “el cantinero”, entonces espero que sepas cómo preparar un Martini; pero si la respuesta es “un musulmán practicante”, no espero eso. Aún más, las identidades también proveen entendimiento sobre cómo pueden ser tratadas las personas. Si eres mi hijo de tres años puedo recordarte que vayas al baño, pero si eres mi jefe más vale que no lo haga. Las identidades personales, por lo tanto, hacen inteligible no sólo cómo deben actuar las demás personas, sino también cómo se espera que nosotros nos comportemos con ellos. (p. 6-7; mi traducción)

³⁹ En esta tesis me propongo hacer un trabajo equivalente al de Lindemann: utilizar el conocimiento sociológico (teórico y metodológico) para construir una teoría filosófica de la deshumanización, que sirva principalmente (pero no exclusivamente) para explicar la deshumanización de la medicina.

En esta descripción confluyen tanto el carácter narrativo como el carácter performativo de nuestras identidades: el primero predispone al segundo, y el segundo retroalimenta al primero. En la medida en que una persona conozca las historias que constituyen mi conglomerado narrativo, estará predispuesta sobre el tipo de acciones y reacciones que yo podría tener y también sobre cómo debe tratarme. La relación con uno mismo funciona de manera equivalente: una persona se trata a sí misma dependiendo de quién cree que es y, con base en ese sentido de sí misma construido narrativamente, establece ciertas expectativas acerca de su comportamiento en el futuro. A su vez, el modo como actuamos, con base en nuestro conglomerado de historias, retroalimenta el entendimiento narrativo que tenemos de nosotros mismos y de los demás.

El ajuste entre mi identidad y mi agencia corre en ambas direcciones: si es cierto que puedo actuar con base en el conglomerado de historias que constituyen mi sentido de mí misma, es igualmente cierto que expreso quién soy por cómo actúo (Lindemann, 2014:7; mi traducción).

Es en este sentido que nuestras acciones son criterios importantes para la credibilidad de las historias que constituyen nuestra identidad. Las acciones de una persona pueden confirmar o bien impugnar las historias que cuenta ella de sí o que cuentan otros acerca de ella. Esto es fundamental para reparar las *identidades dañadas*—aquellas constituidas por historias que representan de manera injusta y/o inadecuada a la persona (Lindemann, 2001). En las últimas décadas el movimiento feminista LGBT+ ha actuado precisamente en esta dirección, reparando las identidades dañadas que por mucho tiempo se les han imputado.

Lo anterior conduce al último grupo de razones que ofrece Lindemann sobre por qué las historias contadas por otras personas también forman parte de nuestro conglomerado narrativo. Éstas son *razones prácticas* e incluyen las

siguientes: 1) quien soy depende en parte de quién me dejan ser las demás personas según las expectativas socialmente construidas que tienen sobre mí; 2) no podemos adjudicarnos una identidad que no tiene posibilidad de ser expresada, pues si nuestras acciones no confirman nuestra identidad, ésta se vuelve cuestionable; y 3) las circunstancias y las otras personas determinan el conjunto de identidades posibles que están abiertas para nosotros.

Finalmente, existe una última consideración sobre el conglomerado narrativo con el que hacemos sentido de nuestra identidad: éste puede entenderse como un iceberg en tanto que las historias que lo conforman tienen contenido implícito (no dicho), cuyo sentido puede revelarse mediante la interpretación y el análisis. Retomo esta *metáfora del iceberg* no de teóricos de la identidad narrativa, sino de la teoría literaria de Hemingway que lleva ese nombre: teoría del iceberg (Hemingway, 1932; Calderón-Le Joliff, 2006). Este escritor estadounidense celebraba un estilo literario minimalista cuyo objetivo era enfocarse sólo en los elementos más superficiales de la historia, sin discutir explícitamente los temas subyacentes. Hemingway creía que el significado más profundo de una historia no debía ser evidente en la superficie, sino que debía brillar implícitamente a través de lo dicho. En la metáfora del iceberg, la parte textual de la historia está representada por la punta del iceberg que emerge del agua, mientras que la parte realmente significativa—el subtexto implícito—está simbolizada por el cuerpo sumergido del iceberg.

Si bien no me interesa recuperar el carácter normativo de la teoría de Hemingway, considero que ésta es muy útil para señalar que las narrativas tienen un trasfondo, un subtexto, una dimensión implícita, cuyo significado no siempre es evidente, pero que puede revelarse a través de la interpretación y el análisis. Así pues, nuestro conglomerado narrativo contiene tanto lo que se narra explícitamente en nuestras historias (públicas o pensadas) como el subtexto de las mismas, a pesar de que no seamos conscientes de ese contenido implícito. En este sentido, los elementos prerreflexivos de la identidad personal son tan nuestros como los elementos de los que sí tenemos conciencia. Los primeros pertenecen al subtexto de nuestras historias y en ellos yacen muchos de los

significados más reveladores de nosotros mismos. ¿Cuántas veces no logramos hacer sentido de nuestras historias más inteligibles apelando a elementos inconscientes? El trabajo cotidiano de los psicoanalistas y los etnógrafos consiste precisamente en revelar significados ocultos en las historias de las personas. De hecho, la riqueza del trabajo de campo que alimenta esta tesis descansa sobre esta metáfora, pues el análisis de la información recopilada consiste precisamente en revelar el trasfondo de las narrativas que me compartieron los estudiantes y médicos entrevistados, así como de los memes y otros comentarios publicados en redes sociales.

El sociólogo Bertaux (2005) ha utilizado historias de vida⁴⁰ para analizar problemas sociales, lo que le ha permitido identificar que estas historias tienen tres tipos de realidades. En primer lugar, Bertaux señala que las historias de vida tienen una realidad empírica-histórica, que se refiere a la cadena de eventos vividos por la persona, es decir, su itinerario biográfico—esto es equivalente a la ‘materia cruda’ de las narrativas que describe Goldie (2012). En segundo lugar, las historias de vida tienen una realidad física y semántica que se refiere a los elementos narrativos que la persona integra a la historia por lo que ahora sabe y piensa retrospectivamente de su itinerario biográfico—es decir, el sentido y el importe evaluativo y emocional que infunde la historia desde la perspectiva externa según Goldie. Y, en tercer lugar, Bertaux identifica una realidad discursiva, que depende del contexto particular en que se está narrando la historia de vida, por ejemplo, en una entrevista, en un café con una amiga o en terapia. El contexto define la “versión” de la historia que se cuenta, es decir los datos y detalles seleccionados, la interpretación que se hace de ellos desde la perspectiva externa y las descripciones e interpretaciones del contexto en sí. Adicionalmente, con la metáfora del iceberg es posible agregar que las historias que componen nuestro conglomerado narrativo tienen una cuarta realidad: una realidad implícita (el

⁴⁰ Aquí las historias de vida se refieren a una técnica de investigación cualitativa cuyo objeto principal es el análisis que el investigador realiza a partir de la transcripción de los relatos que una persona hace sobre su vida. No debe confundirse con la vida-personal ni con el conglomerado narrativo. En todo caso, se trata de una historia (relatada públicamente en primera persona) del conglomerado narrativo, que está sujeta a análisis.

subtexto) que subyace a las otras tres realidades. Por otro lado, la metáfora del iceberg abona a la lista de razones que ofrece Lindemann sobre por qué uno no puede ser el único narrador de las historias que conforman su conglomerado narrativo: porque nuestras historias incluyen elementos de los que no tenemos conciencia.

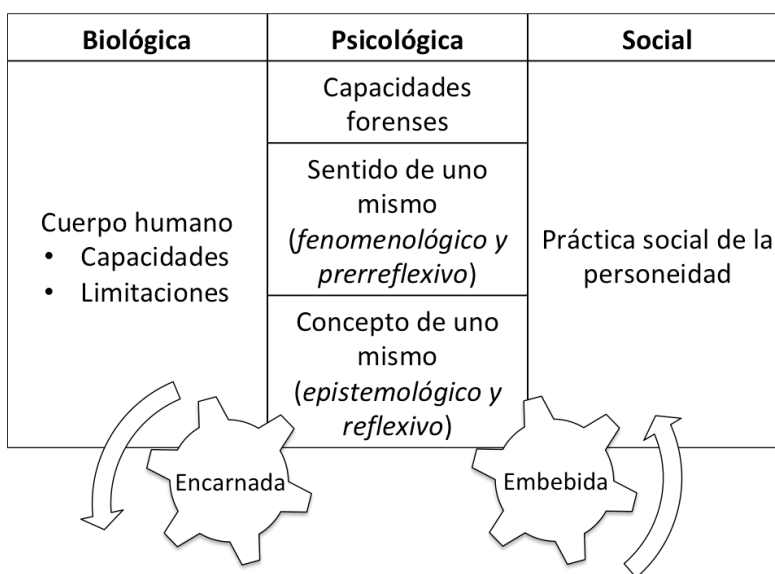
En síntesis, las personas somos ese tipo de entidades que viven vidas-personales, las cuales cobran sentido para nosotros en términos narrativos. Entendemos nuestra identidad personal a través de un conglomerado de historias: unas públicas, otras pensadas; unas grupales, otras personales; unas retrospectivas, otras prospectivas; unas narradas en primera persona y otras en tercera—todas ellas con una dimensión implícita (metáfora del iceberg). Estas historias reúnen nuestros componentes biológicos, psicológicos y sociales dentro de tramas dotadas de sentido y de importe evaluativo y emocional tanto por la perspectiva interna (de los personajes) como externa (del narrador), lo que nos permite comprender cómo cambiamos y, a la vez, cómo seguimos siendo los mismos. Asimismo, nos sirven de base para la acción (metáfora de la lente) y para la interacción (metáfora del mostrador).

Las tres dimensiones de la identidad personal

A lo largo del texto he repetido varias veces que la identidad personal tiene tres dimensiones: biológica, psicológica y social. En este apartado me detendré a describirlas, señalando cuáles son sus componentes y cómo contribuyen a la vida-personal. Como ya he dicho, la distinción entre ellas es meramente analítica pues sus componentes y funciones se sostienen mutuamente en un sentido homeostático—es decir, contribuyen de manera interdependiente para que la vida-personal continúe. Este soporte mutuo puede entenderse de esta manera: la psique (dimensión psicológica) está encarnada en un cuerpo humano (dimensión biológica), y a su vez este cuerpo pensante está embebido en un contexto

sociohistórico particular (dimensión social). Esta oración no supone prioridad ontológica alguna; lo mismo puede describirse en sentido inverso: el contexto sociohistórico se incorpora en nuestra psique, la cual está encarnada en un cuerpo humano. La Figura 5 muestra los componentes de las tres dimensiones de la identidad personal y cómo se articulan entre sí.

Figura 5. Las tres dimensiones de la identidad personal



Fuente: Elaboración propia

Dimensión biológica

La dimensión biológica de la identidad personal se refiere a nuestra corporalidad humana. Mientras que en la Perspectiva de la Vida-Personal, Schechtman (2014) deja abierta la posibilidad de que las personas tengan una sustancia no humana e incluso no biológica, yo concuerdo con Lindemann (2014) en que ser humano es un requisito de la personeidad. Sin duda existe la posibilidad de que otro tipo de cuerpos tengan características similares a nosotros, con prácticas sociales

comparables con las nuestras y capacidades psicológicas tipo autoconciencia y responsabilidad moral. Sin embargo, desde la noción de identidad personal que defiendo en este capítulo, esas entidades no serían personas. Al tener una constitución biológica humana, las personas tenemos particularidades que son típicamente nuestras, de las que otros cuerpos no humanos carecerían.

Nuestra constitución biológica establece que las personas, en tanto humanos, tengamos ciertas capacidades y limitaciones. Esto no quiere decir que *todos* los seres humanos necesitan tener las mismas capacidades y limitaciones para ser personas. Por ejemplo, hay seres humanos con parálisis cerebral cuyas capacidades distan mucho de las de otras personas; aún así son personas porque son humanos y participan de las prácticas sociales de personabilidad (ver más adelante).

Como miembros de la misma especie, todas las personas compartimos una serie común de necesidades que deben cubrirse para sobrevivir, porque—antes que nada—todos los humanos morimos. Todas las personas necesitamos comer; no hay ser humano que pueda existir en inanición. Todos necesitamos defecar; nadie sobrevive sin evacuar. Todos necesitamos dormir; ningún humano puede prescindir del sueño. Todos necesitamos también de la interacción social, pues ningún humano bebé puede sobrevivir sin cuidado adulto y, más aún, ningún humano puede desarrollar las dimensiones psicológica y social de la personabilidad sin ocupar un espacio en el tejido social. Igualmente, todos tenemos emociones, ya que no podemos ocupar un espacio en el tejido social sin experimentar al menos las emociones más elementales⁴¹. Sin ser ésta una lista exhaustiva de las necesidades humanas, sirve para asentar que nuestra condición humana lleva implícita una serie de necesidades.

De igual forma, como seres humanos, las personas compartimos un conjunto de capacidades, tales como la capacidad de caminar erguidos, de oponer el pulgar, de hablar, de tener pensamientos elevados y emociones complejas, y

⁴¹ Para conocer argumentos sobre la naturaleza social de nuestras emociones ver: Turner y Stets, 2006; Bericat, 2012; Scheff, 1988.

demás rasgos humanos que han sido minuciosamente descritos por los evolucionistas. Todas estas capacidades, sin embargo, tienen limitaciones: ningún humano puede caminar de manera erguida a 200 km/hr, por ejemplo.

Para los psicólogos teóricos de la deshumanización ha resultado obvio que negar las capacidades humanas de otras personas es deshumanizante. Pero las personas somos humanos no sólo por nuestras capacidades, sino también por nuestras limitaciones. Por lo tanto, tener expectativas más allá de lo humanamente posible también es deshumanizante. Mientras que negar las capacidades humanas de una persona implica considerarlo menos que humano, esperar de ella más allá de sus límites biológicos implica considerarlo más que humano. En ambos casos hay deshumanización, pues se niega la condición humana de las personas. Esto será fundamental para mis reflexiones en torno a la deshumanización de los médicos (ver Capítulo V).

Dimensión psicológica

Tradicionalmente, las teorías filosóficas sobre la identidad personal se han enfocado en nuestra dimensión psicológica, pero sin poner atención en el hecho de que los componentes psicológicos que son característicos de la personalidad se desarrollan a lo largo del tiempo y como resultado de la interacción social. Los filósofos de la identidad personal han tomado como objeto de su reflexión la identidad de una persona adulta que ya cuenta con ciertos atributos psicológicos. Por ejemplo, las teorías neolockeanas se enfocan en nuestras capacidades forenses, que se refieren a las capacidades psicológicas que nos confieren agencia y nos hacen imputables, mientras que las teorías narrativas se abocan hacia el concepto que tenemos de nosotros mismos y la comprensión de nuestra propia identidad—todas éstas son capacidades psicológicas que acaban de consolidarse en la edad adulta. Además, en general, las reflexiones filosóficas sobre la identidad personal descansan sobre presuposiciones fuertes acerca de la

fenomenología que tenemos de nuestra identidad, sin cuestionarse cómo desarrollamos en primer lugar nuestro sentido de uno mismo.

La noción de personabilidad de la Perspectiva de la Vida-Personal que he adoptado abre la posibilidad de explorar estas características del desarrollo de la identidad personal. Al comienzo de la vida, la psicología de las personas se caracteriza por tener capacidades cognitivas relativamente básicas, las cuales se desarrollan a lo largo del tiempo y gracias a la interacción social, hasta consolidar el amplio rango de capacidades cognitivas que caracterizan a las personas adultas—reflexividad, autoconsciencia, entendimiento narrativo de uno mismo, agencia y sentido de la responsabilidad moral (Schechtman, 2014).

La mayor parte de estas capacidades psicológicas dependen de una función psicológica más básica: la memoria autobiográfica (MAB). Las psicólogas Nelson y Fivush (2004) han planteado una teoría del desarrollo sociocultural de la MAB, según la cual este tipo de memoria emerge gradualmente en la etapa preescolar gracias al desarrollo de otras capacidades cognitivas más elementales como las habilidades básicas de memoria, el lenguaje, la narrativa, la comprensión de la temporalidad, la autorrepresentación, la teoría de la mente y participar de prácticas adultas basadas en la memoria. La teoría de estas psicólogas explica por qué los adultos suelen tener pocos recuerdos de su infancia: la adquisición del lenguaje, que ocurre en la etapa preescolar, es indispensable para organizar y evaluar los eventos vividos, mientras que la comprensión de la temporalidad, que permite comprender que la persona del presente es la misma que experimentó el evento del pasado, aparece entre los 4 y 5 años.

Por su parte, Prebble, Addis y Tippet (2013) exploraron desde una perspectiva meramente psicológica la relación que existe entre la MAB y nuestra identidad. Tras una exhaustiva revisión de trabajos clásicos y contemporáneos—incluyendo a filósofos modernos de la identidad como Locke y Hume y contemporáneos como Schechtman, Dennet y Strawson; a psicólogos clásicos como James y a teóricos actuales de la memoria como Tulving, Conaway y Nelson; a fundadores de la sociología como Mead y a neurocientíficos de hoy

como Damasio—estas psicólogas desarrollaron un modelo del sentido de uno mismo (ver Figura 6). En este modelo, el sentido de uno mismo se divide en el ‘sentido subjetivo de uno mismo’ (*sense of self*) y el ‘contenido sobre uno mismo’ (*content of self*), cada uno con diferentes propiedades dependiendo de si forman parte de experiencias presentes (unidad sincrónica) o experiencias a través del tiempo (unidad diacrónica). El sentido subjetivo de uno mismo o SSUM se refiere a la experiencia fenomenológica de ser yo, y el contenido sobre uno mismo o CUM, al conocimiento epistemológico que tengo sobre mí.

Figura 6. Modelo del sentido de uno mismo

	Sentido subjetivo de uno mismo	Contenido sobre uno mismo
Uno mismo en el presente (unidad sincrónica)	<i>Sentido de uno mismo</i> <ul style="list-style-type: none"> • Subjetivo • Experiencia prerreflexiva • Autoconsciencia 	<i>Concepto de uno mismo</i> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento conceptual • Autoestima • Autoimagen
Uno mismo a través del tiempo (unidad diacrónica)	<i>Continuidad fenomenológica</i> <ul style="list-style-type: none"> • Consciencia autooética <ul style="list-style-type: none"> ○ Recuerdos autooéticos ○ Imaginación autooética 	<i>Continuidad semántica</i> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de uno mismo extendido temporalmente • Cronología personal • Continuidad narrativa

Fuente: Modificado a partir de Prebble, Addis y Tippet (2013)

En las experiencias que tengo en el presente, el SSUM es prerreflexivo y dota de esa sensación subjetiva de “lo propio” (*mineness*) que caracteriza todas nuestras experiencias.

[La experiencia prerreflexiva de uno mismo] es un fenómeno inherentemente perceptual y corporal, lo que quiere decir que

nuestras interacciones corporales con el mundo nos otorgan información acerca de nuestra existencia física, permitiéndonos experimentarnos a nosotros mismos de manera separada de nuestro entorno. Asimismo, incluye un sentido de propiedad (i.e., mi cuerpo y mis pensamientos me pertenecen a mí) y de agencia (i.e., yo causo mis pensamientos y mis acciones). Lo que caracteriza a este modo de consciencia como una experiencia de uno mismo es que está impregnado de un “sabor” fenomenológico particular que confiere una experiencia de total propiedad inmediata y automática. (Prebble, Addis y Tippet, 2013:821; traducción y cursivas mías)

Hay que notar en la cita anterior cómo la dimensión psicológica de nuestra identidad está articulada con nuestra dimensión biológica, pues son “nuestras interacciones corporales con el mundo” las que proveen el SSUM. Éste a su vez nos provee, en el terreno psicológico, de autoconsciencia y de consciencia auto-noética. Esta última se refiere a la autoconsciencia extendida en el tiempo: hacia el pasado con recuerdos auto-noéticos (i.e. MAB) y hacia el futuro con imaginación auto-noética (i.e. historias imaginarias prospectivas de uno mismo). Dado que el SSUM viaja en la memoria y la imaginación, la consciencia auto-noética comúnmente se describe a como viajes mentales en el tiempo. Esta capacidad psicológica nos brinda la sensación de *continuidad fenomenológica*.

Por otro lado, el contenido sobre uno mismo (CUM) se refiere a la manera en que las personas conceptualizamos quienes somos, incluyendo todos los atributos, características, creencias, valores, estatus social, posiciones materiales y características físicas que nos atribuimos a nosotros mismos. Todo esto constituye el concepto de uno mismo, el cual incluye el conocimiento que tenemos sobre nosotros mismos, la autoestima y la autoimagen.

El concepto de uno mismo deriva de una instancia psicológica más elemental, la MAB. De acuerdo con este modelo, nuestros recuerdos

autobiográficos se procesan narrativamente y crean así la MAB semantizada compuesta por historias personales, eventos generales y detalles particulares. Esta MAB semantizada equivale a las narrativas en primera persona que constituyen nuestra identidad personal, descritas anteriormente. Al igual que muchos filósofos de la identidad narrativa, Prebble, Addis y Tippet (2013) no consideran que las narrativas en tercera persona también forman parte de nuestro concepto de uno mismo. Sin embargo, como argumenté anteriormente siguiendo a Lindemann (2014), existen buenas razones epistémicas, conceptuales y prácticas para defender que estas historias también conforman nuestra identidad personal. Esto sucede desde la infancia, pues en palabras de Lindemann (2014): un niño entiende quien es “en virtud de las historias que sus padres y otros familiares usan para constituir su identidad, y de manera tácita o explícita le enseñan al niño a aplicarse esas historias a sí mismo” (p. 78; mi traducción). Aún más, las narrativas grupales—i.e. las narrativas socialmente compartidas que se refieren a las identidades sociales—también construyen el concepto de uno mismo. Esto es fundamental para entender cómo están articuladas la dimensión psicológica y la dimensión social de la identidad personal.

Las narrativas sobre uno generan *continuidad semántica*, esto es un concepto de uno mismo extendido en el tiempo. Para Schechtman (1996), el flujo psicológico en términos narrativos nos permite experimentar nuestras vidas como un todo en desarrollo. Para Prebble, Addis y Tippet (2013), el concepto de uno mismo es la abstracción que hacemos de esas narrativas; éste emerge durante el final de la adolescencia y está constituido por creencias generalizadas y características abstractas sobre uno mismo.

Todos los componentes psicológicos contenidos en este modelo son necesarios para tener una unidad diacrónica de autoconciencia, que es la base que soporta las capacidades forenses de los adultos que nos hacen moralmente responsables y nos brindan continuidad psicológica—que son las principales preocupaciones de los filósofos de la identidad neolockeanos.

Es importante hacer notar que todas estas capacidades cognitivas que dan sostén a nuestra agencia tienen un componente afectivo que no se puede subestimar. Emociones morales como el orgullo, la culpa, la vergüenza y la humillación, por ejemplo, son fundamentales en la construcción del concepto de uno mismo (Scheff, 1988; Turner y Stets, 2007; Bericat, 2012). La racionalidad y las emociones no son polos opuestos, como se supuso en la Modernidad. En las corrientes contemporáneas sobre emociones, incluyendo teorías médicas, psicológicas y filosóficas, se reconoce cada vez más el rol que tienen las emociones para la racionalidad y, por tanto, para las capacidades cognitivas que confieren agencia. Los seres humanos, a diferencia de otras especies animales, tenemos emociones complejas que nos permiten relacionarnos de cierto modo con las demás personas, y de ello depende el desarrollo mismo de nuestra racionalidad y otras capacidades forenses. La afectividad está implícita, por lo tanto, en todos los procesos cognitivos aquí descritos y que conforman la dimensión psicológica de la identidad personal.

Dimensión social

A lo largo de la tesis he reiterado que la dimensión social de la identidad personal es una realidad innegable, que no puede reducirse a nuestras características psicológicas ni biológicas. La definición de personhood que defendí siguiendo a Schechtman (2014) asienta que la vida-personal es inherentemente social, pues vivirla implica ocupar un espacio en el tejido social. Asimismo, siguiendo a Lindemann (2014), introduje ya algunos componentes de la dimensión social de nuestra identidad, a saber: las narrativas grupales y las historias en tercera persona, en tanto constitutivas de nuestros conglomerados narrativos, y la metáfora de mostrador. Adicionalmente, señalé que algunos componentes de la dimensión psicológica de la identidad personal—la MAB y el concepto de uno mismo—emergen a partir de la interacción social (Nelson y Fivush, 2004; Prebble, Addis y Tippet, 2013). Pero esto no basta para explicar la dimensión social de la

identidad personal; aún hay que dar cuenta de cómo esos elementos sociales nos constituyen.

Las personas ocupamos un espacio en el tejido social, lo que quiere decir que participamos en toda la gama de prácticas-personales cotidianas que conforman nuestra vida-personal. Las prácticas-personales son aquellas que se dan exclusivamente entre personas. No sólo incluyen tratar a los demás como agentes morales (lo opuesto a la deshumanización animalista), sino también muchas otras prácticas elementales que sólo ocurren entre personas y que no están relacionadas con nuestras capacidades forenses. Por ejemplo, las personas tienen la práctica de ir vestidas, de tener un nombre propio y de ser referidos por el pronombre quién en lugar de qué. (Lindemann, 2001; Schechtman, 2014). Las personas que carecen de capacidades forenses—por ejemplo, una bebé con parálisis cerebral, como la hermanita de Lindemann—también participan en estas prácticas-personales porque otras personas las tratan de estas maneras que son exclusivas para las personas: las visten, las llaman por su nombre, etc.

Las prácticas-personales ocurren dentro de estructuras sociales⁴² que regulan las interacciones de la vida cotidiana. Este tipo de organización social “emerge sólo entre seres que típicamente desarrollan capacidades cognitivas y agenciales sofisticadas [como nosotros]” (Schechtman, 2014:130; mi traducción). Esto quiere decir que colectivamente nuestras capacidades forenses posibilitan la emergencia de estructuras sociales, del mismo modo que la interacción social posibilita que desarrollemos individualmente nuestras capacidades forenses. Como ya he dicho, no reconozco prioridad ontológica al orden social ni a las capacidades forenses. Por lo contrario, defendiendo una perspectiva evolucionista según la cual los elementos biológicos, psicológicos y sociales de nuestra condición humana se han combinado para sostenerse mutuamente, en un sentido homeostático, lo que permitió que las estructuras sociales y las capacidades forenses aparecieran de modo codependiente. Así, las capacidades forenses

⁴² Por estructuras sociales me refiero a un orden social relativamente fijo que se ha construido históricamente y que, como tal, puede modificarse con cambios en las prácticas sociales a lo largo del tiempo.

devinieron necesarias para la emergencia y el mantenimiento de la cultura y las estructuras sociales; y, paralelamente, formar parte de una cultura y de las estructuras sociales ha devenido indispensable para que los individuos desarrollen capacidades forenses. Por supuesto, también necesitamos de cuerpos humanos con cerebros sanos para que esta codependencia funcione: tenemos mentes encarnadas y cuerpos pensantes embebidos en entornos sociales.

Con la noción de habitus, Bourdieu (2007) explica cómo nuestra subjetividad está engarzada con las estructuras sociales de modo codependiente. El habitus es un sistema de esquemas de percepción y apreciación que funciona espontáneamente, es decir prerreflexivamente. Este sistema se adquiere por la *incorporación*⁴³ de las estructuras sociales y se reproduce en las prácticas sociales. El habitus estructura la subjetividad y las acciones de las personas, de tal suerte que, cuando es puesto en acción de manera espontánea, la persona reproduce las estructuras incorporadas, reforzando así las estructuras sociales. Dicho de otro modo: la persona socialmente estructurada estructura, con sus acciones prerreflexivas, las estructuras sociales. Bourdieu lo explica de este modo:

Los condicionamientos asociados a una clase particular de existencia producen habitus, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, *estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes*, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones para alcanzarlos (Bourdieu, 2007:86; las cursivas son mías).

⁴³ Bourdieu utiliza la palabra francesa *incorporer* para capturar el significado etimológico de este vocablo: traer al cuerpo (*faire entrer dans un corps*). De esta manera, destaca que el habitus está encarnado, es decir que los esquemas de percepción y apreciación que conforman el habitus se *incorporan* al cuerpo de la persona. Esto concuerda con mi descripción de la identidad personal como una psique encarnada y a su vez embebida en un entorno social.

Lo que Bourdieu señala en esta cita es que la subjetividad de las personas está estructurada por disposiciones prerreflexivas adquiridas con la interacción social, y que, al ponerlas en marcha, la persona reproduce las estructuras sociales en las que se originaron esas disposiciones, contribuyendo a su mantenimiento. El punto central de la propuesta bourdieuana suele enunciarse como “estructuras estructuradas estructurantes”. Para la noción de identidad personal que aquí estoy describiendo, el habitus debe entenderse como un elemento crucial del contenido implícito del conglomerado narrativo (explicado a través de la metáfora del iceberg).

Lo anterior implica que no sólo nuestras capacidades psicológicas están mediadas socialmente, sino también nuestro contenido psicológico. Ambos se adquieren simultáneamente con la interacción social; no puede haber capacidades psicológicas sin contenido y viceversa. Si nuestro contenido psicológico está socialmente mediado y, como tradicionalmente han considerado los filósofos, las personas están constituidas por su contenido psicológico, entonces las personas son esencialmente sociales y la personabilidad es en gran medida una condición social. Con base en este argumento, Lindemann (2014) desarrolló su propuesta sobre las prácticas sociales de personabilidad.

De acuerdo con esta filósofa, la formación y la conservación de la personabilidad depende de una práctica-personal fundamental⁴⁴ a la que denomina la práctica social de la personabilidad. Ésta está conformada por 4 elementos: 1) una procesión de estados mentales—i.e. una psique encarnada que contiene sensaciones, emociones, creencias, intenciones, actitudes, deseos, disposiciones, preferencias, etc.; 2) la expresión de estos estados mentales a través de nuestro cuerpo humano; 3) el reconocimiento de lo que se expresa; y 4) una respuesta basada en ese reconocimiento. En pocas palabras,

⁴⁴ La práctica social de la personabilidad es la práctica social fundamental porque, de acuerdo con Lindemann, todas las demás prácticas sociales descansan en ella.

la personeidad simplemente es la expresión corporal de los sentimientos, pensamientos, deseos e intenciones que constituyen una personalidad humana, reconocida por otros, quienes responden en ciertas maneras a lo que ven (Lindemann, 2014:15; mi traducción).

La Figura 7 caricaturiza en términos simples la práctica social de la personeidad con sus cuatro elementos: la subjetividad, la expresión, el reconocimiento y la respuesta.

Figura 7. Práctica social de la personeidad



Fuente: Elaboración propia

Lindemann funde su propuesta de la identidad narrativa (2001) con su perspectiva social de la personeidad (2014) al describir la práctica social de la personeidad como una actividad narrativa a través de la cual se constituyen identidades. Dicho de otro modo: la práctica social de la personeidad está guiada por los conglomerados narrativos de las personas que interactúan. Para ilustrar esto, repasemos los cuatro elementos de la práctica social de la personeidad suponiendo que el hombre de la Figura 7 se llama Pedro y la mujer, Laura.

Primero: Pedro tiene contenido psicológico sobre sí mismo, que toma la forma de narrativas en primera persona que representan quien él cree que es (*subjetividad*). Segundo: Pedro *expresa* con su cuerpo ese contenido psicológico, actuando con base en sus historias retrospectivas que, como vimos antes, allanan el campo de acciones futuras (metáfora de la lente). Tercero: Laura *reconoce* las expresiones de Pedro y se hace una idea de quién es él con base en historias que no sólo provienen de sus expresiones, sino también de las narrativas personales que conoce de él y de las narrativas grupales de los grupos sociales a los que Pedro pertenece (metáfora del mostrador). Cuarto: con base en esta actividad narrativa constitutiva de identidades, Laura *responde* a Pedro. En ese acto, Laura se *expresa* con base en su propia *subjetividad*, y Pedro a su vez la *reconoce* y *responde*, y así sucesivamente.

Para Lindemann, las identidades personales son performativas pues al expresarnos, representamos—en el sentido teatral—nuestras identidades. Esas expresiones siempre están editadas, puesto que representamos nuestras identidades en función de los aspectos que queremos destacar en ese contexto particular. Expresar nuestras identidades es un tipo de representación teatral que incluye actuaciones manipuladas—por ejemplo, el chantaje—y actuaciones naturalizadas—por ejemplo, el género (Butler, 1997).

Usando como base el trabajo sociológico de Goffman (1959), Lindemann explica que nuestras actuaciones siguen un guion que establece la trama y el rol que debemos representar. Por ejemplo, en el rol de paciente, la trama de una consulta médica nos indica que hay que llegar con anticipación al consultorio, esperar a que el médico nos reciba, pasar al consultorio cuando nos llaman, sentarnos en la silla destinada a los pacientes, explicar al médico por qué lo estamos consultando, contestar honestamente a sus preguntas, permitirle que explore nuestro cuerpo, recibir un diagnóstico y una receta médica para tratamiento o estudios, despedirnos, y si fuera necesario, agendar la próxima consulta médica con la asistente o la enfermera y pagar la cuenta si es una consulta privada. En el rol del médico, la trama indica recibir al paciente, preguntarle su motivo de consulta, interrogarlo para conocer toda la información

pertinente, tomar nota de los datos médicamente relevantes, realizar la exploración física según corresponda, ofrecer un diagnóstico y un curso de acción adecuado para atender su enfermedad, registrarlo en la nota médica, despedirse y esperar al siguiente paciente. En el Capítulo I presenté un guion de actividades similar para las actividades que se realizan en el hospital para el rol del personal de salud.

Al actuar conforme a los guiones socialmente preestablecidos, las personas, en términos de Goffman, “definen la situación” colectivamente. Lo hacen, en términos de Lindemann, al ‘sujetar’ (*holding*) a los otros en sus identidades y ser ‘sujetados’ por los otros en nuestra identidad. Para Lindemann, ‘sujetar’ a alguien en una identidad implica interactuar con esa persona con base en el conglomerado narrativo que constituye su identidad personal. En oposición, ‘soltar’ (*letting go*) se refiere a renunciar a historias que no representan de manera adecuada a una persona.

En la mayoría de las interacciones sociales, las identidades se sujetan principalmente a base de narrativas grupales. Si pensamos en todas las interacciones sociales que tenemos a lo largo del día, nos daremos cuenta que conocemos muy pocas historias particulares sobre las personas con las que interactuamos y que, por lo tanto, esas interacciones estuvieron basadas en sus identidades sociales, como el género, la ocupación y la clase social. Este es un hecho sociológicamente corroborado; las siguientes dos citas de Goffman (2006 [1963]) lo explican de manera muy clara:

El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con ‘otros’ previstos in necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial. Por consiguiente, es probable que al encontrarnos frente a un extraño las primeras apariencias nos permitan prever en qué categoría [social] se halla y cuáles son sus atributos, es decir, su identidad social (p.12).

Si bien los contactos interpersonales entre extraños están particularmente sujetos a respuestas estereotípicas, a medida que las personas se relacionan de forma más íntima ese acercamiento categórico va retrocediendo, y gradualmente la simpatía, la comprensión y la evaluación realista de las cualidades personales ocupa su lugar (p. 67).

Las categorías sociales a la que se refiere Goffman son representadas por las narrativas grupales descritas por Lindemann. Lo que importa en las narrativas grupales no es quien eres, sino quien aparentas ser. Estas narrativas prescriben una serie de reglas implícitas socialmente compartidas sobre quién pertenece a qué categoría social. Como dice Butler (2001): “las categorías de identidad nunca son meramente descriptivas, sino que siempre son normativas, y como tales, excluyentes” (p.33-34). Conforme aprendemos a hablar, no sólo aprendemos los nombres de esas categorías sociales, sino también las reglas sobre cómo aplicarlas a las personas. Asimismo, aprendemos a qué categorías sociales pertenecemos nosotros y aplicamos esas narrativas grupales a nosotros mismos. Estas normas, sin embargo, difícilmente son articulables por las personas que las aplican. Esto es así porque funcionan de modo prerreflexivo y están mediadas en gran medida por nuestras emociones. Como han argumentado varios filósofos pragmatistas, las emociones revelan patrones de relevancia en tanto sirven para focalizar la atención, constituyendo así una fuente de razones, a veces muy poderosa, para actuar de cierta manera u otra (Pérez-Ransanz, 2011).

Las narrativas grupales son normativas no sólo como taxonomías, sino, más importante aún, como estereotipos que funcionan como modelos ideales que deben imitarse para pertenecer a esas categorías sociales (Butler, 1997). Pensemos sólo en cómo las narrativas grupales de género regulan la subjetividad, la expresión, el reconocimiento y la respuesta de los hombres y las mujeres, dando como resultado identidades gobernadas por la heteronormatividad implícita en esas narrativas.

Al identificar a otros y a nosotros mismos mediante las narrativas grupales, participamos en lo que Lindemann llama la práctica de conferencia (*practice of conferral*). Las personas estamos socialmente autorizadas a asumir sólo algunas identidades. Esta autorización puede conferirse por nacimiento (p. ej. ser mexicana), por méritos (p. ej. ser cardiólogo), por reciprocidad con otras personas (p. ej. médico-paciente) y también por ejercicio del poder. Las personas en posiciones de poder tienen la autoridad de ‘sujetar’ no sólo su propia identidad, sino también de conferir identidades de menor estatus. Por lo contrario, las personas en posiciones menos privilegiadas muchas veces sólo tienen la oportunidad de ‘sujetar’ la identidad que se les ha impuesto. Aún más, las personas en posiciones de poder pueden negarse a ‘sujetar’ a otros en ciertas identidades, prohibiendo su expresión—a éstas Lindemann las denomina “identidades imposibles” (p. ej. ser judío durante el nazismo, o ser homosexual en ciertos espacios sociales contemporáneos).

El poder de sujetar y la vulnerabilidad de ser sujetado se traducen en prácticas sociales de personeidad que, según Lindemann, pueden constituir *identidades dañadas*—aquellas cuyo conglomerado narrativo contiene “narrativas grupales que representan a las personas de esos grupos sociales como moralmente inferiores” (Lindemann, 2014:109; mi traducción). En este escenario, las narrativas grupales opresivas imposibilitan que las personas se expresen adecuadamente y reciban respuestas apropiadas. Este tipo de prácticas sociales de personeidad están respaldadas por un conjunto de condiciones materiales y prácticas opresivas que superan los alcances esta investigación. Para el presente estudio de la deshumanización, lo que interesa es que las narrativas grupales opresivas sirven para justificar el maltrato de las personas que pertenecen a esas categorías sociales, contribuyendo así al mantenimiento del orden social opresivo.

Hasta aquí llega la propuesta de Lindemann sobre las prácticas sociales de personeidad, cuya riqueza radica en que amplía la discusión filosófica sobre la identidad personal hacia el terreno de lo social preservando a la vez el enfoque narrativo. Esto es de lo más relevante para los fines de mi investigación, pues las contribuciones de Lindemann arrojan luz sobre las implicaciones de la identidad

personal en la deshumanización. Además, abre camino para pensar cómo el orden social (que incluye las narrativas grupales socialmente compartidas, pero también las estructuras sociales, la cultura y los medios de producción) dicta los guiones que estandarizan nuestra vida cotidiana. En ellos se prescribe tanto quién puede ocupar qué rol—el opresor vs. el oprimido—como los roles que nadie puede ocupar—las identidades imposibles.

Como veremos en el Capítulo V, esta predisposición social que opone nuestras identidades en roles de poder vs. roles de sumisión ha sido materia de reflexión para muchos otros filósofos como Hegel (2015[1807]), Marx (2018[1844]), Foucault (2004) y Butler (2015), entre otros. Para Foucault (2004), por ejemplo, los aparatos jurídicos producen el campo de sujetos políticos posibles, de tal forma que las sociedades verticales, autoritarias y jerárquicas crean prácticas sociales de vigilancia y disciplinamiento que asignan a unos individuos roles poderosos y a otros, roles subalternos. Desde esta perspectiva, las identidades opresoras y las identidades oprimidas se construyen socialmente en oposición. Esta idea será central para mi teoría filosófica de la deshumanización.

Lo dado y lo elegido

La última premisa filosófica que es preciso aclarar en este capítulo es que nuestra identidad está conformada por elementos que escapan de nuestro control y otros que son elegidos. Esto quiere decir que los individuos pueden elegir algunos de los componentes que constituyen su identidad, pero muchos otros vienen dados. Las personas no tenemos control absoluto sobre quiénes somos; muchos componentes de nuestra identidad están definidos por nuestra constitución biológica y el contexto sociohistórico particular en el que nacimos. Al mismo tiempo, a lo largo de la vida las personas vamos tomando decisiones acerca de quién queremos ser; elegimos nuestra profesión, nuestros posicionamientos

políticos, nuestra pareja, nuestros amigos íntimos, etc. Esta tensión entre lo dado y lo elegido nos enfrenta a la polaridad filosófica entre el voluntarismo y el determinismo.

Al final de su libro, Lindemann (2014) aborda esta polaridad y afirma que la identidad personal está conformada por dos hebras entreteladas que, sin embargo, suelen estar en tensión y a veces, cuando una de ellas domina sobre la otra, se desequilibran. Una de estas hebras se refiere a ‘lo dado’ por nuestra naturaleza humana y social, e incluye la época en la que nacimos, la familia y el entorno en el que somos criados, las identidades en las que otros nos ‘sujetan’, la moralidad y el lenguaje. La otra hebra se refiere a ‘lo elegido’, es decir a

nuestro estatus como agentes que eligen libremente y actúan con base en esas elecciones, e incluye nuestra habilidad de razonamiento, nuestra libre voluntad, nuestra autonomía y nuestra capacidad reflexiva para avalar o repudiar las consideraciones que tienen que ver con lo que hacemos y lo que pensamos (Lindemann, 2014:211; mi traducción).

La polaridad entre voluntarismo y determinismo apunta hacia problemas como la alienación y la agencia libre o autonomía. Hablaré de esos problemas en el Capítulo V, cuando discuta cómo se dañan las identidades de las personas en la deshumanización.

SEGUNDA PARTE:
PROPUESTAS TEÓRICAS Y ARGUMENTOS

IV. La formación médica como un proceso de transformación personal

Para desarrollar una teoría de la deshumanización con base en la noción de identidad personal que presenté en el capítulo anterior es necesario analizar este fenómeno en términos relacionales. Esto implica comprender las bases de la interacción entre quienes perciben a otras personas como “menos que humanos” (llamémoslos deshumanizadores) y las personas percibidas como tales (los deshumanizados). La formación profesional de los médicos es un buen punto de inicio para este análisis relacional porque es en este proceso que los estudiantes de medicina aprenden a percibir a otras personas como inferiores a ellos. O dicho de otro modo: es en este proceso que los estudiantes de medicina se transforman en deshumanizadores.

Como vimos en el Capítulo II, tradicionalmente las discusiones sobre deshumanización de la medicina sólo han puesto atención en el maltrato y el abuso del que son objeto los pacientes. Sin embargo, entre los médicos existe el reclamo de que ellos también suelen ser deshumanizados, a veces por los pacientes, pero sobre todo por médicos de mayor jerarquía, especialmente durante su formación profesional. En este capítulo ofreceré evidencias y argumentos para sostener que el maltrato del que son objeto los estudiantes de medicina busca *transformar* su identidad para convertirlos en médicos.

Pensar en la transformación de la identidad nos conduce a uno de los problemas de la identidad personal sobre el que más han reflexionado los filósofos: el problema de la persistencia. En la primera sección del capítulo haré algunas aclaraciones sobre este problema filosófico y las dos preguntas a las que apela: la reidentificación y la caracterización (Schechtman, 1996). Eso me permitirá trazar algunas diferencias entre el planteamiento clásico del problema de la persistencia, el problema de la transformación y los cambios del desarrollo que ocurren de manera natural en las personas.

Con base en hallazgos recopilados durante el trabajo de campo, en la segunda sección del capítulo defenderé que transformarse en médico conlleva una serie de cambios en la identidad personal en el sentido de la pregunta de la caracterización. Como veremos, estos cambios implican adquirir una identidad social a la que denomino *galenidad*, con lo cual los médicos, por un lado, “mejoran” su identidad, pero que, por otro lado, también la “malignizan”.

En la tercera y última sección del capítulo propondré tres criterios para distinguir la transformación personal de otros cambios no transformativos que le ocurren a las personas dado el dinamismo natural de nuestra identidad. Estos tres criterios son: 1) el criterio narrativo-emocional, que se refiere a la “crisis de identidad” que atraviesa la persona para transformarse; 2) el criterio interaccional, que se refiere a las condiciones sociales que son necesarias para poder transformar la identidad de una persona; y 3) el criterio metafísico, que se refiere a los cambios homeostáticos que la transformación produce en el conglomerado que conforma su vida-personal. El material empírico sobre el proceso de transformación de los médicos servirá para ilustrar cada uno de estos criterios.

El problema de la persistencia y la transformación personal

Las reflexiones filosóficas en torno a la identidad personal han estado guiadas por preguntas que apuntan a diferentes problemas, aunque muchas de ellas están relacionadas entre sí (ver Cuadro 4). Mientras algunas de estas preguntas no son relevantes para la presente investigación (por ej. el problema de la evidencia), otras son centrales para mis intereses. En el capítulo anterior presenté respuestas a los problemas de la personeidad y de la metafísica de la identidad personal con la Perspectiva de la Vida-Personal de Schechtman, y al problema del sentido de uno mismo con las teorías narrativo-sociales de Lindemann. El contenido de este capítulo responde a una variante del problema de persistencia: el problema de la transformación personal.

Cuadro 4. Los problemas filosóficos de la identidad personal

Problema filosófico	Descripción
¿Quién soy?	Se refiere a lo que uno mismo reconoce como su identidad personal, es decir, qué nos hace ser nosotros mismos.
¿Qué es ser una persona?	Se refiere al problema de la personeidad, esto es qué hace que un ente como nosotros sea una persona.
¿Cuándo una persona sobrevive o muere?	Se refiere al problema de la identidad personal a lo largo del tiempo, es decir al problema de la persistencia o de la identidad diacrónica.
¿Cómo podemos identificar a una persona?	Se refiere al problema de la evidencia para probar que una persona es ella misma y no otra.
¿Cuántas personas pueden habitar un ser humano?	Este problema sólo puede plantearse si se sostiene la distinción humano/persona, en cuyo caso cabría preguntarse cuántas personas diferentes pueden ocupar el cuerpo de un animal humano a la vez y/o a lo largo del tiempo.
¿Qué soy fundamentalmente?	Se refiere al problema metafísico de nuestra existencia, que no en todas las teorías coincide con el problema de la personeidad (p. ej. para el animalismo somos fundamentalmente animales humanos y no personas)
¿Cómo puedo ser?	Se refiere a en qué medida puede cambiar una persona para que siga siendo ella misma y no se convierta en otra persona u otra cosa.
¿Qué importa de la identidad personal?	Se refiere a las implicaciones prácticas que tiene nuestra identidad y nuestra persistencia a lo largo del tiempo.
Fuente: Elaborado a partir de Olson (2010)	

El problema de la persistencia es uno de los problemas de la identidad personal que más han acaparado la reflexión de los filósofos. Como señaló Schechtman (1996) en su primer libro, en este problema están implicadas dos preguntas diferentes: la reidentificación y la caracterización. La primera se refiere a la pregunta metafísica de cómo una persona persiste a través del tiempo. Desde que Locke planteó el experimento mental del príncipe y el zapatero (ver Capítulo II), este problema ha estado al centro de las reflexiones filosóficas sobre la identidad personal. En el último siglo, esta discusión se ha volcado a buscar condiciones necesarias y suficientes para establecer en qué casos sobrevive (o no) una persona. Siguiendo la tradición lockeana, muchos filósofos contemporáneos han intentado responder estas cuestiones utilizando un gran número de experimentos mentales de lo más creativos que incluyen la transferencia de conciencia, fisiones, duplicaciones, teletransportaciones, trasplantes cerebrales, etc.⁴⁵ Con ello, estos filósofos buscan conexiones incuestionables entre una persona en un tiempo T1 y la misma persona en el tiempo T2. Este enfoque, por lo tanto, prioriza la indagación de elementos que resistan a los cambios que todos tenemos a lo largo del tiempo y a través de distintos contextos sociales. Este es el planteamiento clásico del problema de la persistencia.

En contraste, la Perspectiva de la Vida-Personal (PVP) de Schechtman (2014), que he adoptado como teoría metafísica para este trabajo, renuncia a la reidentificación de las personas a través de condiciones necesarias y suficientes, y más bien plantea que una persona se reidentifica por la continuidad de su vida-personal, que depende del funcionamiento integrado (homeostático) de los componentes de dicha vida (ver Capítulo III, pp. 87-91). De este modo, la PVP nos permite suscribir una identidad personal dinámica que da espacio para plantear el problema de la persistencia en otros términos: haciendo referencia a la transformación de la identidad personal en el sentido de la pregunta de la caracterización, la cual puede definirse como qué acciones, experiencias,

⁴⁵ Ver Wilkes (1993) para una discusión sobre el uso de experimentos mentales en la filosofía de la identidad personal y Dennett (1978) para una sátira de estos experimentos mentales.

creencias, valores, rasgos de carácter y otros elementos constituyen la identidad de una persona (Schechtman, 1996).

Como ha planteado Schechtman (1996), algunos de los experimentos mentales planteados por los filósofos para responder a la reidentificación son más compatibles con la pregunta de la caracterización. Tal es el caso del ejemplo del ruso del siglo XIX planteado por Parfit (1984; citado por Schechtman, 1996):

Un joven noble ruso que tiene gran simpatía por los campesinos sabe que un día heredará las tierras. Aunque planea entregar sus tierras a los campesinos, teme ser corrompido por la riqueza. Por esta razón, redacta un documento legal con el que cede las tierras a los campesinos, documento que sólo puede ser revocado por su esposa [...] A ella le dice que no revoque la concesión de las tierras, no importa cuánto él le ruegue, pues explica “yo considero que mis ideales me son esenciales. Si pierdo estos ideales, quiero que pienses que yo dejé de existir. Quiero que mires a tu esposo de entonces, no como a mí, el hombre que te pide esta promesa, sino sólo como su yo posterior corrupto”. La pregunta aquí es sobre cómo la esposa honra mejor los deseos del hombre con el que se casó en caso de que se produzcan cambios. (Schechtman, 2014:29; mi traducción).

Con este caso, Parfit buscaba responder al planteamiento clásico del problema de la persistencia y definir las condiciones necesarias y suficientes para la sobrevivencia de la identidad del joven noble ruso—i.e. buscaba responder a la pregunta sobre la reidentificación, negando la posibilidad de transformación. Cuando suscribimos una teoría de la identidad personal dinámica como la PVP, la cuestión relevante en el caso del joven noble ruso estriba en cómo cobra sentido su identidad dados los cambios que podría experimentar con el tiempo—i.e.

buscamos respuesta para preguntas sobre la transformación de su caracterización.

Schechtman (1996) ofrece otro ejemplo que ilustra claramente el problema de la transformación:

Considere, por ejemplo, una mujer que ha sido durante mucho tiempo víctima de un cónyuge violento y abusivo. Tal experiencia puede conducir a cambios marcados en la personalidad. La mujer maltratada puede volverse tímida, temerosa e intensamente enfocada en la supervivencia y en evitar la ira del abusador. Puede romper relaciones que habían sido centrales en su vida; reprimir sus propios deseos, reacciones y características; y concentrarse en hacer y ser lo que su abusador requiere. Esta mujer podría tener problemas para identificarse con la adolescente vivaz que ve en una fotografía suya del bachillerato, a pesar de que sabe que ella es el ser humano retratado en la foto. Puede que le resulte imposible recordar cómo se sintió cuando la vida parecía llena de promesas, o que quería ser periodista, o en qué tipo de casa quería vivir; es posible que ya no pueda encontrar sus verdaderos deseos, sino sólo aquellos que su abusador desea que tenga. Se pueden encontrar efectos similares en otros tipos de existencia traumática: los adictos, los miembros de cultos que destruyen la personalidad, los prisioneros de guerra y los rehenes pueden sufrir de manera similar (Schechtman, 1996:87-88; mi traducción).

Estos dos ejemplos son similares en que se refieren a cambios en el sentido de la caracterización. Es muy importante notar que estos ejemplos no se refieren sólo a cambios del desarrollo que ocurren con el flujo natural de la vida personal, sino que, por el contrario, suponen la *transformación* de la caracterización de estas personas—de sus acciones, experiencias, creencias,

valores y su carácter—, es decir, suponen una *ruptura* o *discontinuidad* que implica una reconfiguración de la vida-personal en un sentido profundo. Más adelante ofreceré tres criterios para distinguir los *cambios del desarrollo* que ocurren naturalmente en nuestras vidas, y la *transformación de la identidad* que implica cambios que van más allá del dinamismo esperado en la vida-personal. Por ahora sólo haré una descripción general de estas diferencias con base en algunos argumentos desarrollados en el capítulo anterior, para esclarecer el concepto de transformación personal.

Como expliqué anteriormente⁴⁶, nuestras interacciones corporales con el mundo nos otorgan un sentido subjetivo de uno mismo (SSUM), prerreflexivo, con el cual nuestras experiencias adquieren un “sabor fenomenológico” de propiedad sobre nuestro cuerpo, nuestros estados mentales y nuestras acciones. Este SSUM posibilita la capacidad de autoconsciencia (identificarme a mí mismo como yo mismo) y acompaña nuestros “viajes imaginarios en el tiempo” a través de la memoria autobiográfica e historias prospectivas de uno mismo (consciencia auto-noética). Todos estos elementos psicológicos se conjuntan para darnos un sentido de *continuidad fenomenológica* que nos hace experimentar nuestro presente, nuestros recuerdos autobiográficos y nuestros planes a futuro como propios. Aunado a ello, nuestra memoria autobiográfica nos dota de información para construir el concepto que tenemos de nosotros mismos (quién creemos que somos). Visto a través del tiempo por las historias que componen nuestro conglomerado narrativo, este concepto de uno mismo nos da un sentido de *continuidad narrativa* o *semántica* (quién creemos que hemos sido y seremos a lo largo del tiempo). Dentro de este sentido de continuidad (fenomenológica y semántica), las personas hacemos sentido de los cambios que experimentamos a través del tiempo en virtud de las diferencias que aparecen entre la perspectiva que tenemos en el presente (perspectiva externa) y la perspectiva que tuvimos en el pasado (perspectiva interna) de las historias que componen nuestra identidad.

⁴⁶ Para una discusión más detallada sobre estos argumentos, ver pp. 106-111

En los casos de *transformación de la identidad* las personas experimentan una ruptura o discontinuidad ya sea en el sentido de uno mismo (discontinuidad fenomenológica), en las historias que componen su conglomerado narrativo (discontinuidad narrativa) o en el concepto que tienen de sí mismos (discontinuidad semántica). En el experimento mental de Parfit, por ejemplo, el joven ruso tiene una *experiencia de discontinuidad* con la historia prospectiva que hace de sí mismo, pues la diferencia de perspectiva entre él ahora (en el momento de redactar el documento legal para ceder las tierras) y él en el futuro posible (en que quiere revocar la concesión de las tierras) es tan significativa para él ahora, que supone una ruptura tanto en su continuidad semántica—no se identifica con el heredero corrompido por la riqueza en el que podría convertirse (i.e. “yo no soy esa persona”)—como en su sentido continuidad fenomenológica (i.e. “si pierdo estos ideales, habré dejado de existir”).

En el ejemplo planteado por Schechtman, la víctima de abuso tiene también una *experiencia de discontinuidad*, pero en este caso con una historia retrospectiva. Aquí, la diferencia de perspectiva entre ella ahora (como mujer violentada) y ella en el pasado (en la foto del bachillerato) es tan significativa que ella ahora no puede identificarse con la chica vivaz de la foto, con los sueños que ella tenía, con su carácter y con sus emociones de esperanza, pues lo que sabe de sí misma ahora es muy distinto a lo que sabía de ella entonces (ruptura semántica) de tal forma que no puede *sentirse* como la misma persona, aunque sabe que es ella la chica de la fotografía (ruptura fenomenológica).

Además de estas formas de discontinuidad, las transformaciones personales se acompañan también de rupturas en las interacciones personales. En la vida cotidiana todos hemos escuchado expresiones como “fulanito perdió su identidad” o “menganito ya no es la misma persona que antes” o “la persona que yo conocía dejó de existir” para hacer referencia a procesos de transformación personal de este tipo. Estas expresiones buscan comunicar que los cambios que ha experimentado una persona *rompen* con las expectativas que teníamos de ella. Cuando en el capítulo anterior describí la metáfora del mostrador y las prácticas sociales de la personabilidad propuestas por Lindemann (ver pp. 91-103), expliqué

que las demás personas responden a nosotros con base en un conjunto de expectativas establecidas por las historias que conocen de nosotros—narrativas grupales que representan nuestras identidades sociales y narrativas personales que nos distinguen del resto de los individuos que conforman nuestros grupos sociales. El hecho de que haya una ruptura en estas expectativas sugiere que hubo una transformación en la identidad que resulta desconcertante para las interacciones sociales.

Basta por ahora con esta descripción general de la transformación personal para poder explorar la transformación que experimentan los médicos durante su formación profesional. Más adelante, el análisis de estos resultados empíricos servirá para trazar los límites de la transformación personal—es decir, qué sí es y qué no es una transformación, considerando que todas las personas cambiamos a lo largo del tiempo y a través de distintos contextos sociales.

Galenización: la transformación de los estudiantes de medicina

Cuando estudié medicina viví en carne propia la transformación personal que conlleva formarse como médico. Para mí, esa transformación fue ambivalente: a veces me produjo experiencias gratificantes, pero muchas veces más me condujo a experiencias insatisfactorias y dolorosas. En varios episodios fui consciente de cómo me estaba convirtiendo en una persona que no quería ser; tuve, pues, varias experiencias de discontinuidad fenomenológica, narrativa y semántica. A pesar de que me resistía a transformarme completamente del modo en que era esperado por el entorno social en el que me encontraba, a veces me descubría a mí misma *representando*⁴⁷ una identidad con la que no me identificaba. Muchos de esos recuerdos se han perdido con el paso de los años, mientras otros han quedado almacenados en mi memoria autobiográfica y ahora están editados por mi

⁴⁷ En este caso y a lo largo del capítulo utilizo la palabra “representar” en el sentido teatral descrito en el capítulo anterior (pp. 111-120)

perspectiva presente sobre aquellos días—perspectiva que dista mucho de la que tuve en esos momentos, pues con la vida y el estudio sobre estos temas he resignificado profundamente mis recuerdos. Por suerte, desde pequeña he sido una coleccionista de historias propias y ajenas, y tengo decenas de libretas redactadas por mí que me permiten recuperar con fidelidad la perspectiva interna de mis historias retrospectivas.

El último año de la carrera de medicina, en el que hice el servicio social, fue uno de los años en que más libretas llené con mis historias de vida y reflexiones. Aquel año viví en Tabasco, en un pequeño poblado medio selvático que los lugareños llaman Cacaos, aunque su nombre oficial es Francisco J. Santamaría. Desde ahí, cada semana mandé a mis familiares y amigos una reseña con la que les contaba sobre mis experiencias como médica rural. Años más tarde, publiqué a través de la Facultad de Medicina de la UNAM un libro en el que recuperé los fragmentos más significativos de aquellas reseñas (Villanueva, 2011). Y ahora, que he vuelto a leerlas siete años después, en ellas he descubierto narrativas sobre la transformación personal que viví como médica; narrativas sobre experiencias que sirvieron de inspiración primaria para esta tesis y que son anteriores a mi formación como filósofa y etnógrafa. Aquí un ejemplo de la Reseña 15 de mi servicio social:

Ya entrada la noche sin luna, cuya ausencia magnifica el resplandor sideral del firmamento, llegó un adolescente tocando mi puerta. Guillermina, su madre analfabeta, empleada doméstica de un caserón en Villa, tenía un dolor abdominal que la retorció en la cama. Cuando llegué a su humilde vivienda, interrogué a Guillermina con paciencia porque ya la conozco y bien sé que siempre responde a algo diferente a lo que le pregunto. La formación “ética” y “respetuosa” que me inculcaron a punta de maltratos en los hospitales la traigo bien entrañada, tanto como un condicionamiento seguido de infinitos reforzamientos negativos. A veces mis palabras técnicas me distancian—más ahora que antes—de mis pacientes. Es esa mamonería

médica (sic) de hablar en clave, aun enfrente de los pacientes, como si sus enfermedades nos pertenecieran a nosotros—sabios de la medicina—y no a ellos—mórbidos espectadores de su destino—. Al ser médico se espera que uno deje de ser Juan o Luis para convertirse en el doctor García o Sánchez, y así todo lo conocido sufre una metamorfosis solemne: la caca se convierte en heces, las agruras en pirosis, el pecho en tórax, las flemas en esputo y la libertad en un deseo banal de seres inferiores. Si alguna vez me salió de un yo antiguo decir “me duele la garganta” frente a alguno de esos egos inútilmente inflados, siguió una reprimenda con el fin de avergonzarme en público. “¡No hable como si fuera verdulera! Usted es médico. No se dice dolor de garganta—incrementando el tono burlón, acompañado de risas y demás antifaces que cubren su complejo de inferioridad—, se dice odinofagia”. Por eso, incluso yo que luché contra todos esos protocolos inanes y acerté distancias entre el consultor y el consultante, le pregunté a Guillermina:

—¿Y ha podido arrojar gases?

—¿Pedos? —preguntó con cara de incompreensión.

—Sí. ¿Ha podido echarse peditos? —¡minimicé estúpidamente la palabra!, como si me incomodara...

—Sí. Pedos sí tengo. Es que aquí les llamamos así: pedos.

Y pensé con nostalgia: “yo también les llamaba pedos...”

Villanueva, 2011 (p. 74-75)

La cita anterior revela varios temas centrales para esta tesis: el maltrato a través del cual se forma a los estudiantes de medicina (“me inculcaron a punta de maltratos en los hospitales”); un sentido de superioridad de los médicos frente a sus pacientes (“nosotros—sabios de la medicina”) y los problemas que esto conlleva en la relación médico-paciente (“mis palabras técnicas me distancian de mis pacientes”). Cada uno de estos temas será objeto de análisis a lo largo de este capítulo y el siguiente. En este momento, interesa que la formación

profesional como médico implica una transformación personal: “se espera que uno deje de ser Juan o Luis para convertirse en el doctor García o Sánchez”.

Visto desde mi perspectiva actual, el proceso de transformación que yo viví puede describirse como el proceso a través del cual adquirí una nueva identidad social: la identidad médica o *galenidad*⁴⁸. En tanto identidad social, la galenidad está representada por narrativas grupales socialmente compartidas y adquirirla no sólo consiste en integrarla a nuestro conglomerado narrativo como una historia más que nos representa, sino que implica sobre todo tener prácticas sociales de personeidad basadas en ella, con sus cuatro elementos: la subjetividad (*pensar y sentir* como médico), la expresión (*comportarse* como médico), el reconocimiento y la respuesta (*ser visto y tratado* como médico). En el siguiente capítulo hablaré con detalle sobre las narrativas grupales de la galenidad y las prácticas de personeidad basadas en ella. Antes de eso, es importante conocer las narrativas sobre la *galenización*, esto es, el proceso de transformación personal que experimentan los estudiantes de medicina durante su formación profesional.

Uno de los objetivos principales del trabajo de campo fue saber si otros médicos y estudiantes habían vivido este proceso de galenización de manera similar a mí, o si, por lo contrario, para ellos había sido un proceso más bien enriquecedor y gratificante. Con el análisis de las entrevistas y del material que recopilé en redes sociales, encontré dos tipos de narrativas diferentes sobre cómo estudiar medicina transforma a los médicos en el sentido de la pregunta de la caracterización. Estas narrativas se diferencian porque contrasta su importe

⁴⁸ Originalmente pensé esta categoría en inglés, como *doctorhood*, que se refiere a la “condición de ser médico”, usando el mismo sufijo que se encuentra en *personhood* (“la condición de ser persona” o personeidad). La categoría de *doctorhood* se ha usado en literatura anglosajona para hacer referencia a la “condición de ser médico” (ver, por ejemplo: Asif y Saenz, 2017), pero hasta mi conocimiento, no se ha empleado con el enfoque que yo uso aquí, es decir, como una identidad social. Decidí traducir *doctorhood* como ‘galenidad’ para hacer alusión a la costumbre que tienen los médicos de autodenominarse “galenos”, en referencia a Galeno de Pérgamo, médico de la Antigua Roma que vivió en los siglos II y III d.C. Esta traducción ha resultado fructífera para describir las narrativas grupales sobre la galenidad (ver Capítulo V, pp.217-226).

evaluativo y emocional⁴⁹. Mientras que un grupo de narrativas describen la galenización como una “mejoría” de la identidad, el otro grupo de narrativas describe este proceso más bien como una “malignización” o una “deformación”. Algunos de los participantes entrevistados ofrecieron relatos en los que se entretejían estas dos formas distintas de apreciar la galenización; sin embargo, fue más común encontrar narrativas contrastantes entre distintos rangos de jerarquías médicas. En general, los médicos especialistas, quienes tienen mayor jerarquía dentro del campo médico, describieron su proceso de galenización con narrativas infundidas por valoraciones positivas y emociones gratificantes. En cambio, los médicos generales y los estudiantes de medicina, quienes ocupan posiciones subalternas, ofrecieron relatos más bien ambivalentes. Las narrativas de los desertores de la profesión médica, como yo, resaltaron más bien la “malignización” o deformación de uno mismo. En todo caso, como veremos, el tipo de chistes que aparecen en redes sociales sobre la galenización revelan el carácter contrastante entre estos dos grupos de narrativas.

Galenización como “mejoría”

Las Imágenes 7 y 8 ilustran el grupo de narrativas en las que la galenización se valora como una “mejoría” en la identidad. Se trata de un par de memes obtenidos de Facebook en los que contrasta la representación de las diferentes jerarquías médicas (estudiantes vs. médicos en la Imagen 7, y médicos generales que ingresan al primer año de residencia o R1 vs. médicos especialistas que acaban de terminar el cuarto año de residencia o R4, en la Imagen 8). En ambos casos existen presupuestos acerca de cómo transformarse en médico y ascender en la escala de jerarquías médicas conlleva la adquisición de una identidad “mejorada” respecto a la identidad que se tenía previamente.

⁴⁹ Recordemos que en el Capítulo III expliqué, con base en el trabajo de Goldie (2012), que una de las propiedades de la estructura narrativa es está dotada de un importe evaluativo y emocional, que se obtiene tanto por la perspectiva interna como por la perspectiva externa (pp. 91-103).

Imagen 7. De cenicienta a princesa



Fuente: Facebook

Imagen 8. De médico general a médico especialista



Fuente: Facebook

No debe escapar de nuestra atención que el importe evaluativo y emocional de este grupo de narrativas acerca de la galenización descansa sobre fuertes presuposiciones clasistas y racistas. El meme de la Imagen 8 revela sin lugar a dudas estas presuposiciones: en la imagen superior, que representa un estado de galenización incipiente, con poca jerarquía en el campo médico (médicos generales), se encuentran a un hombre y dos mujeres con vestimenta indígena, de espaldas, caminando en los corredores del metro de la Ciudad de México con huacales de plástico a cuestas, mientras que en la imagen inferior del meme, que representa el estado de galenización maduro, con una de las más altas jerarquías en el campo médico (médico especialista), aparecen cuatro hombres y una mujer de tez blanca, de frente, con vestimenta formal, bata blanca y estetoscopio colgando alrededor del cuello.

Durante el proceso de formación médica, los estudiantes de medicina son socializados en un ambiente en el que abundan las expresiones y chistes clasistas y racistas, así como actos discriminatorios, que tienen por objetivo transmitir que la galenidad es una identidad social reservada sólo para una élite. En el fragmento de la Reseña 15 de mi servicio social que cité arriba, esto está ejemplificado por el regaño que recibí por “hablar como verdulera”. Durante el trabajo de campo hallé muchas anécdotas similares, como la siguiente:

Nuestro docente de neurología era muy elitista, sus hijos estudiaban en el extranjero y tenía la capacidad de pagarle a sus hijos una universidad privada, entonces a cada rato nos platicaba de su hija la doctora que estaba en la universidad privada y bla, bla, bla. Entonces dices que padre, o sea, cualquiera quisiera estudiar en esa universidad, y me acuerdo perfectamente de que muchas veces decía: “ay, pero ustedes que acceden a la educación pública, ustedes a qué pueden aspirar si al final de cuentas están aquí en esta universidad, ustedes nunca, nunca van a aspirar a algo así, y nunca van a llegar lejos”. Incluso nos decía, e hicimos un meme, nos decía: “por eso ustedes nunca van a ser especialistas, porque ustedes no tienen materia para poder ser especialistas, no tienen conocimientos, ustedes no saben nada”. Y después te topabas con el de urología que te decía que “nunca vas a ser médico”, o que eras mariachi.

Enrique, estudiante, 25 años, Zacatecas.

Para algunos médicos el ascenso en el estatus social que supone la galenización infunde a las narrativas sobre su transformación un importe evaluativo y emocional positivo. Proveniente de una familia indígena de Oaxaca, Guadalupe estudió medicina en una universidad pública de la capital y, diez años después de haber egresado, tiempo durante el cual ejerció como médica general, hizo la especialidad en rehabilitación. Para ella, convertirse en médica ha sido motivo de orgullo:

[Ser médica] ha interferido muchísimo en mi forma de ser, en mi forma de comportarme. Yo era muy tímida, muy tímida, mi esposo no me cree, y el hecho de ser médico pues me ha dado seguridad, confianza como para desenvolverme en algunos lugares. Igual me pone como en una situación de autoridad, no sé si intelectual o moral, en mi familia. Nadie ha hecho una carrera universitaria, sólo yo. Y más aún le sumamos, ahora con mis hijos que van a la escuela, pues igual viven en la misma colonia, y pues siempre es esa parte de “mi mamá es doctora”, y entonces yo creo que a ellos también les da otro [modo de] desenvolverse, como en otro nivel que sus compañeros, donde sus mamás, primero, son chavitas, y luego, amas de casa. Entonces sí, por supuesto que ha influido, me ha dado cierta confianza, muchísimo más a partir de la especialidad.

Guadalupe, rehabilitóloga, 42 años, Ciudad de México.

Este relato ofrece un buen ejemplo de que el prestigio que otorga la galenidad en tanto identidad social se traduce en sentimientos de autovaloración positivos que “mejoran” el concepto de sí mismo que van formando los médicos (discontinuidad semántica), e influyen en sus actitudes y acciones, a través de las cuales expresan su identidad. Julián, un cirujano general de 33 años que se formó a nivel pregrado y de especialidad en Yucatán, también habló sobre cómo van engarzados el reconocimiento y la expresión de la galenidad:

Con el hecho de que seas médico, todo mundo te voltea a ver, o sea, como que sí te da ese poder y esa responsabilidad, de lo que digas, esa es la palabra [...] Cuando entro al hospital soy muy rígido, no me gusta hacer bromas, me gusta que las cosas se hagan bien, como ese switch que de alguna manera se te activa cuando estás en tu rol de médico, de “yo soy el médico” y la responsabilidad de que aparente ser médico, de que aparente ser cirujano, porque te dicen “usted está muy joven,

¿cómo va a ser cirujano?” Entonces, tienes que de alguna manera proyectar, no lo quiero llamar así, pero tienes que proyectar tu autoridad, proyectar tu conocimiento, tu papel dentro de ese hospital, proyectar a los internos ese papel de que tú eres el que sabe.

Julián, cirujano general, 33 años, Yucatán

Esta cita es muy ilustrativa sobre la performatividad que exige, en el sentido normativo, la galenidad. Aprender a representar la galenidad es uno de los componentes del *currículum oculto* de la educación médica⁵⁰. Éste se refiere a la dimensión cultural de la educación médica, a través de la cual los estudiantes aprenden las costumbres, los rituales, los entendimientos comunes y lo que se da por sentado en el espacio social de la medicina. Hafferty (1998), un sociólogo de la educación médica estadounidense, introdujo este término hace 20 años para diferenciar entre lo que se le enseña dirigidamente a los estudiantes de medicina y está previsto en el currículum formal elaborado por las escuelas de medicina (i.e. el plan de estudios), y lo que estudiantes aprenden a través de las interacciones sociales que se dan fuera de las aulas y que deriva de factores culturales y estructurales. De acuerdo con este sociólogo,

la formación médica no se trata solo de aprender a ser médico, sino también de aprender a “dejar de ser” una persona civil (*lay person*). La formación médica no se trata solo de la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades, sino de la adquisición de la identidad y el carácter de un médico. (Hafferty y Franks, 1994:865)

⁵⁰ Según Hafferty y Franks (1994) la mayor parte de los determinantes (sic) de la identidad médica operan no en el currículum formal, sino en el currículum oculto, más sutil y menos reconocido oficialmente. Así, la educación médica funciona como una comunidad moral en la que los estudiantes aprenden las normas que deben regular su comportamiento y sus emociones, en tanto médicos.

Castro y Erviti (2015) han documentado algunos elementos del currículum oculto de la educación médica en México, entre los cuales se encuentra el aprendizaje sobre la imagen personal que los estudiantes deben proyectar⁵¹. Uno, como médico, debe comportarse de manera seria, con autoridad y conocimiento, de tal manera que los médicos van transformándose de modo acorde a la galenidad. Natalia, médica internista del Distrito Federal, describe esta transformación de la siguiente manera:

Yo siento que me volví, para empezar, más dura con muchas cosas, sobre todo con eso de que ya no me impresiono tan fácilmente, con un enfermo crónico o las defunciones. [...] con eso ya no tengo problema, ya no me estreso. Además, me volví más obsesiva, porque pues bueno, tú eres investigadora, y a lo mejor si te equivocas lo borras y lo vuelves a hacer. Pero nosotros no, la clínica es otra cosa. Así que reviso todo muchas veces [...] Me volví, por lo mismo, más exigente, más exigente con la gente con la que trabajo, tengo fama de intolerante, eh, porque si tú me pides una interconsulta [y no sigues mis indicaciones], yo les digo: “¿Para qué me llamas, si no vas a hacer lo que te dije? Entonces, ¿sabes qué? No me hables”. Y se les complican [los pacientes], tengo poca tolerancia para eso [...] Los internos, si no saben, yo los corro, así de: “¿Sabes qué? No lo ves [al paciente], no lo toques, es más, no lo huelas, así, respírale lejos de aquí”. Y con los residentes lo mismo [...] Sí me volví más disciplinada, y a lo mejor una personalidad más rígida.

Natalia, médica internista, 37 años, Ciudad de México

En la descripción que hace Natalia sobre el concepto que tiene de sí misma sobresale que las características que dice haber adquirido o reforzado durante su galenización (ser exigente, intolerante, autoritaria, disciplinada y rígida) son diferentes expresiones de la primera que menciona: “ser dura”. La fortaleza es la

⁵¹ El currículum oculto descrito por Castro y Erviti (2015) también incluye los castigos y el disciplinamiento corporal, el orden de las jerarquías y un disciplinamiento de género.

propiedad normativa más importante de la galenidad: su cumplimiento es imprescindible para “ser médico”. Como ilustra la siguiente cita, dentro del campo médico resulta inconcebible ser médico y a la vez no ser fuerte:

[Los médicos] tenemos que ser fuertes ante la muerte, ante el sufrimiento ajeno, porque si nosotros somos débiles y nos preocupamos o nos ponemos tristes porque se murió un paciente, pues no habría médicos, los médicos estaríamos enterrados en los hospitales psiquiátricos, estaríamos con tratamiento antidepresivo, y no habría médicos, entonces debemos de ser fuertes y fríos, y a lo mejor hasta un poquito insensibles.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León.

La fortaleza en tanto propiedad normativa rectora de la galenidad se expresa de muchas maneras distintas. Una de ellas se refiere a lo que Castro y Erviti (2015) llaman el *carácter desvinculante* de los médicos, que se refiere a “la predisposición que se aprende con la práctica, que ciertamente les capacita para no involucrarse a nivel emocional con cada paciente” (p. 112). La cita anterior de Renato enfatiza este carácter desvinculante.

Castro y Erviti (2015) también han señalado que los médicos despliegan un carácter autoritario⁵² entre los miembros del equipo de salud y hacia los pacientes. Este *carácter autoritario* es otra de las principales manifestaciones de la fortaleza que exige la galenidad. Si un médico no despliega este tipo de comportamientos, entonces se vuelve objeto de burlas y descrédito por parte de los demás miembros de ese grupo social, incluso por médicos con jerarquía inferior, como podemos apreciar en el siguiente fragmento de una entrevista:

⁵² Enmarcado por la teoría de campos de Bourdieu, el trabajo de Castro y Erviti (2015) se refiere a un “habitus médico autoritario” especialmente en el caso de la atención de mujeres en trabajo de parto.

Fabiola: Me tocó que humillaron a este residente, se burlaban mucho de él, porque sí sabía, sí sabía porque te dabas cuenta cuando te trataba de enseñar, a veces se preocupaba por enseñarte, a los internos, a los estudiantes, pero los R's mayores lo humillaban y lo que hacía él, él era muy inseguro, agachaba la cabeza y a veces se quedaba sin decir nada, y le decían: "¿Así tratas a tus pacientes? Ya vas a llegar al R2 y ni siquiera sabes cómo se trata una hipertensión intracraneana", enfrente del paciente [...] Este residente como que no tenía mucha autoridad, nos pedía algún pendiente y como que algunos de mis compañeros no lo tomaban en cuenta, yo trataba de entenderlo, pero muchas veces por su forma de ser, tan inseguro o la forma de pedir los pendientes, muchas veces no se hacían esos pendientes.

Marcia: ¿Cómo pedía los pendientes?

Fabiola: Pues era como "oigan, me pueden...", era así como agachado, como sumiso, "¿me pueden ayudar a sacar una gasometría?" Y te lo repetía, porque nadie hacía el pendiente: "acuérdense de tomar la gasometría del paciente de la [cama] 4". Y no lo hacían, pero sí se notaba mucho cuando te lo pedía otro residente y él, sí se notaba mucho que el otro tenía mucha más presencia y él casi no. Entonces era como un bullying, se veía que estaba deprimido, era un bullying de parte de los estudiantes, de los internos, de los residentes mayores y pues también que lo desacrediten enfrente del paciente le quita mucha credibilidad.

Fabiola, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

La galenidad exige fortaleza ante cualquier situación, de tal forma que ser un "médico débil" o un "médico sumiso" resultan identidades imposibles—las que, como habíamos visto anteriormente, Lindemann describe como identidades cuya expresión está prohibida y representan roles que nadie puede ocupar. Por eso, desde el proceso de formación profesional se espera que los estudiantes de medicina desplieguen un *carácter resistente*, que es otra manifestación de la fortaleza que exige la galenidad. Este carácter resistente se pone a prueba a lo largo de la carrera de medicina y de la especialización. Quien aguanta esta

“formación dura” demuestra así que tiene un carácter propio de la galenidad. Y quien no lo resiste y deserta, demuestra que no tenía la fortaleza que requiere ser médico. Por eso, muchos médicos consideran que la “educación dura” es necesaria en medicina para sacar lo mejor de los estudiantes: “la fuerza es la que talla al diamante” (Marigeni, médica general, 39 años, Durango).

La galenización se considera una “mejoría” en la identidad porque este proceso de transformación personal supone un ascenso en el estatus social, eleva la autoestima y el concepto que los médicos tienen de sí mismos, y fortalece su carácter. Sin embargo, los costos de la galenización son proporcionales a los privilegios que ésta ofrece. Las Imágenes 9, 10 y 11 ilustran de distintas maneras el precio que hay que pagar para transformarse en médico. Se trata de tres memes que circulan en Facebook en los que se aprecian los estragos que viven los estudiantes durante la etapa de formación.

Imagen 9. Estudiante vs. Médico



Fuente: Facebook

Imagen 10. Ahí la llevo

-Y QUÉ TAL, ¿CÓMO TE ESTA YENDO EN
LA RESIDENCIA?
-PUES AHÍ LA LLEVO



Fuente: Facebook

Imagen 11. Al paso de los años



Fuente: Facebook

El mensaje que transmiten estos memes es que la galenidad se obtiene a costa de uno mismo. Medicina “es una carrera pesada que te exige mucho a dar de ti mismo” (Diana, médica general, 26 años, CDMX). Esta idea subyace a la fama que tiene la medicina de ser una carrera de mucho sacrificio y mucha resistencia, lo que sólo se tolera si uno desarrolla el *carácter resistente* mencionado.

Este carácter resistente requiere fortaleza física para aguantar muchas horas de estudio y para aguantar las guardias (ver Capítulo I, pp.25-27), pero también requiere de fortaleza emocional, no sólo en el sentido del carácter desvinculante, sino sobre todo en el sentido de aguantar el trato que reciben los estudiantes por parte de sus superiores.

Hay muchas cosas que resistir, unas más fáciles que otras, y a la vez es una escala muy subjetiva, porque, por ejemplo, una de las resistencias de la que más se habla es de las pocas horas de sueño, el mucho cansancio y la poca comida, ¿no? Y sí claro, me cansaba y ya me quería ir, pero esa resistencia si bien sí es necesaria, es como que “ay,

por favor, no pasa nada, no duermes y ya". Pero a lo mejor te estoy hablando desde un punto de vista muy personal [...] Físicamente en ese aspecto para mí no es difícil, pero a lo mejor para otros sí, ¿no? [También necesitas] resistencia emocional en muchos aspectos, por un lado esta parte de la sensibilidad de todas las cosas difíciles que ves, pero resistencia también creo personal porque son muy malos contigo, o sea más allá de lo malos que sean con los pacientes, son muy malos contigo, eres el gato del gato, del gato. El día que una residente me pidió que si por favor le podía traer una coca porque no podía salir y me lo dijo como honestamente pidiéndome el favor, yo dije "¡qué raro!", porque en general sólo te mandan, sólo te obligan, sólo te tratan mal. Aunque sean servicios educativos, la manera en que lo hacen, el tipo de preguntas, todo, como que te va haciendo como que "ay güey" (sic), como "espérame no me agredas, o sea, pregúntame o enséñame, pero bonito".

Mayra, médica general, 29 años, Jalisco.

Muchas veces, los estudiantes acaban sacrificando inclusive su salud a fin de demostrar el carácter resistente que demanda la galenidad:

Un compañero mío en urgencias, para aguantar la guardia, se iba por Pepsi Kick. Yo también me volví adicto a la Pepsi Kick, pero lo que pasaba con este compañero era que se [le subía la presión arterial] y llegó a tener varias urgencias hipertensivas ahí en el hospital. Le tomamos la presión y se sentía mal, se veía completamente obnubilado. Lo sentábamos y le tomábamos la presión y estudios y salía hasta las nubes la presión.

Ramón, estudiante, 28 años, Ciudad de México.

Una de las pruebas más contundentes para demostrar el carácter resistente que exige la galenidad es no quejarse. Por eso, para muchos médicos la galenización no implica sacrificio alguno, como sugiere el contenido de la Imagen 12 y el testimonio de varios de los médicos entrevistados.

Imagen 12. Vivo mis sueños



Fuente: Facebook

Yo, por ejemplo, me la pasé una Navidad en el hospital y un Año Nuevo en el hospital siendo estudiante. Pero si te gusta, tampoco es sacrificio pues, o sea, no tiene por qué ser sacrificio.

Valentina, médica general, 35 años, Jalisco.

Marcia: ¿Usted siente que la carrera de medicina fue una carrera de mucho sacrificio, como todo mundo dice?

José Luis: Pues es que, ese está como dicen, patear el pesebre ¿no? Yo estoy seguro de que los ingenieros que son asiduos a su carrera,

pues se sacrifican igual que nosotros. O sea, si nosotros tenemos la responsabilidad de un paciente que tenemos al frente, pues ellos tienen la responsabilidad de los cientos de personas que van a estar adentro del edificio que ellos van a hacer.

José Luis, oftalmólogo, 26 años, Jalisco.

En esta última cita podemos apreciar que el médico entrevistado no sólo no se queja sobre los sacrificios que implica la formación profesional en medicina, sino que además se resiste a hablar mal de su profesión (“[eso es como] patear el pesebre”). De este modo, demuestra su carácter resistente y también refrenda la autoridad de los médicos. En contraste con este testimonio, aparecen las narrativas que presentan la galenización como un proceso de deformación.

Galenización como “malignización”

El grupo de narrativas presentadas hasta ahora describen la galenización como una “mejoría” en la identidad tanto a nivel social como de autovaloración, por lo cual vale la pena pagar con mucho sacrificio y sin lamentarlo. Aparte, existe otro grupo de narrativas que describen la galenización más bien como una “malignización”. Éste es un término médico que se refiere a la evolución que tienen algunos tumores benignos hasta convertirse en cáncer. En la jerga médica, la “malignización” también sirve para nombrar un tipo de galenización que, por la analogía con el cáncer, tiene una connotación evaluativa y emocional a todas luces negativa. El contraste entre estos dos grupos de narrativas es muy claro cuando comparamos los memes de las Imágenes 7 y 8 (arriba) con los memes de las Imágenes 13 y 14:

Imagen 13. Malignización



Fuente: Facebook

Imagen 14. Convertirse en monstruo



Fuente: Facebook

Un estudiante entrevistado describió la “malignización” de esta manera:

Rodolfo: [Ese término] es muy frecuentemente usado, en el sentido de “Ay, ya se malignizó”, que a partir de cierta hora una persona ya se empieza a poner de malas, que ya empieza a trabajar menos, simplemente que ya no es como es en el día, un buen trabajador, agradable para estar con él [...] A mí me pasó con los residentes sobre todo, que en el día tienes un buen contacto, hay trabajo pero pues es un trabajo que se puede lograr hacer, lo que pasa es ya en las guardias, cuando tienes demasiado trabajo, por ejemplo el R3, que normalmente sería buena onda, le encarga todo el trabajo y se va a dormir, al R2, y éste al R1 y ya se van a dormir, y el R1 pues quiere hacer lo mismo, y en la mañana te llevas bien con él, ¿no? Pero un día que se siente que

sabe, ya te explota, como interno, y en ese momento es el maleficio, que mueras. Pero la situación lo orilló, y la inconsciencia de que está malignizando a hacer eso, y ya después, al día siguiente, dices “sí, se malignizó” [...]

Marcia: ¿Y esto de la malignización solamente se da a lo largo de la guardia, o sea, en la mañana eres bueno y en la noche te vas “malignizando”? ¿O crees que es un proceso también de la carrera, que conforme vas avanzando de primero a segundo, de tercero al Internado, R1, R2, R3, es un proceso como progresivo de malignización?

Rodolfo: Sí, sí lo creo. Mucha gente piensa, y cuando hablas con los residentes es muy común, que empiecen diciendo “No, pues yo quería hacer algo interesante de la Medicina, hacer lo que me gusta”, y poco a poco van pensando en dinero y trabajar menos [...] Cosas así, que **vas cambiando tu forma de vida de inicialmente piensas en el paciente, en lo que te parece interesante, y al final lo único que quieres es ya, hacer lo menos posible, y hacer dinero** [...] Es un proceso así, lo que quieres es simplemente irte y ganar dinero y ya hacer lo menos posible, porque en realidad, por alguna razón, **les deja de gustar lo que hacen**.

Rodolfo, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

Las narrativas de galenización negativa no siempre están enmarcadas con la analogía de la malignización, pero comparten con la descripción anterior muchas características, como podemos ver con este relato:

[A veces] yo sentía que estaba dando más de lo que iba a recibir, porque te empiezas a acercar al mundo de la clínica y ves a los residentes cómo sufren y se vuelven cascarrabias, ves a residentes que empiezan a cometer fallas a la moral o hacen acciones poco éticas y siempre dices: “¿Qué puedo hacer al respecto? Nunca voy a ser como ese residente”. El problema es que va pasando el tiempo y te vas dando cuenta de que con pequeños actos que a veces te van inculcando los residentes, ¿como qué?, voy a dar un ejemplo, en ocasiones algunos residentes

*inventaban para que les aceptaran a un paciente para hacerle un ultrasonido, si no tenían los laboratorios los inventaban y dices “bueno, no hay que ser más papistas que el papa, eso es una mentira piadosa”, pero a la larga ese tipo de errores, de mentiras pequeñas, creo que **te van deformando y te van convirtiendo en el monstruo residente que no querías ser**. Son pequeñas cosas que muchas veces por imitación, por justamente evadir trámites burocráticos y latosos, para evitar la papelería de ginecología o por querer dormir más, te vas dando cuenta que hay gente que las va haciendo y uno trata de luchar contra eso, pero finalmente somos seres humanos, tenemos necesidades básicas, y no puedes estar 36 horas trabajando seguido en las guardias con una sonrisa en la cara siempre, trata uno de hacerlo, pero no siempre, a veces el cansancio te va matando y se te va pegando el ambiente pesado en el que te desenvuelves.*

Fabiola, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

Llama la atención que, tanto en las últimas dos citas de entrevistas como en el fragmento de mi Reseña 15 (arriba), se menciona que esta transformación negativa ocurre aún en contra de la voluntad o la conciencia de los sujetos. Rodolfo justifica al residente diciendo que “la situación lo orilló y la inconsciencia de que está malignizado”; Fabiola describe como a pesar de que “uno trata de luchar contra eso”, “a la larga [...] te van deformando y te van convirtiendo en el monstruo residente que no querías ser”; y yo expliqué en mi reseña que me dirigí a Guillermina con términos inapropiados incluso cuando “luché contra todos esos protocolos inanes y acorté distancias entre el consultor y el consultante”. Esto apunta a una tensión entre la autodeterminación y la alienación, de la cual hablaré al final de este capítulo y con más detalle en el Capítulo V.

En contraste con las narrativas de “mejoría” que presenté anteriormente, estas últimas narrativas sobre la galenización están infundidas por un importe evaluativo y emocional negativo. En estos relatos, transformarse en médico significa adquirir un *carácter maligno*, que se identifica por ser iracundo (“se

empieza a poner de malas”, “se vuelven cascarrabias”), deshonesto (“al final lo que quieres es hacer dinero”, “si no tenían los laboratorios, los inventaban”), desmotivado (“quieres hacer lo menos posible”, “les deja de gustar lo que hacen”) e insensible, como podemos ver con la siguiente cita:

Yo recuerdo en algún momento que me convertí en el monstruo residente, fue en Interna, específicamente por tanto paciente, tanto trabajo que era. “Tienes que tener las [muestras de sangre] a las 5 de la mañana porque si no, me enojo y te castigo”, y dices “pero le tomé una [muestra] hace 2 horas, ¿de qué te va a servir? No cambia nada”, “No, quiero las de las 5”, “Bueno”. Y había un paciente moribundo y realmente llegué a pensar: “Espero que ya se muera para que no tenga ya más trabajo porque hoy estoy atoradísimo”. Y no, el paciente no falleció, pero llegar a ese lugar sí fue para mí, pues fue un momento en el que sí me tuve que parar y decir: “a ver, ¿qué te pasa?, tú no eras alguien así”. Yo creo que a veces tienes que ser infalible para que no te pase eso. Y ser infalible en medicina después de tanto tiempo de trabajo, después de tantas horas, es yo creo que cercano a imposible.

Ramón, 28 años, estudiante, Ciudad de México

Además de Ramón, varios entrevistados más reconocieron haberse malignizado en algún momento de su galenización. Para algunos de ellos, el importe evaluativo y emocional negativo que infunde sus narrativas proviene de haber perdido la empatía o el interés con los pacientes:

Yo creo que la medicina es el proceso de perder la empatía; y si no la pierdes y la conservas, la vas a pasar muy mal [...] Yo sí noté que empezaba a perder un poco la empatía, y sí me enojaba con el paciente que no hacía las cosas rápido.

Braulio, estudiante, 26 años, Ciudad de México.

Llegó un momento en que yo llegaba todos los días enojada [a la clínica], y de hecho sí llegué a ser muy, muy dura con algunos pacientes, así de que “si quiere, y si no, no lo haga”. Así de, “el que sigue”. Sí llegó un momento en el que me empecé a volver así. Y fue cuando agarré y dije: “¿Qué me está pasando? Ésta no soy yo”. O sea, no era la persona a la que incluso en el hospital las enfermeras adoraban, pues porque si yo no tenía pacientes, yo iba con ellas y les decía: “oigan, enséñenme a canalizar, ¿no?”

Jazmín, médica general, 43 años, Veracruz.

En esta última cita, la experiencia de discontinuidad de Jazmín es muy clara: a pesar de que está representando una forma de galenidad malignizada, no se identifica con ella, y por eso se cuestiona qué está pasando con ella pues “ésta no soy yo”. Cabe hacer notar que, con un importe evaluativo y emocional negativo, Jazmín utiliza en esta cita la misma expresión que utilizó Natalia en una cita presentada arriba (pág. 140) con relevancia positiva: “ser dura”. Esto apunta a que la fortaleza que exige la galenidad en sentido normativo es un arma de dos filos, pues el carácter desvinculante que se adquiere con la galenización y posibilita a los médicos para que no se relacionen emocionalmente con cada paciente, simultáneamente “los habilita para ir mucho más allá” (Castro y Erviti, 2015: 112). Así, despliegan un carácter maligno que se reconoce por ser iracundo e insensible (dejan de sentir interés y empatía por los pacientes⁵³). Mientras que, como vimos

⁵³ La poca empatía que despliegan los médicos en su práctica cotidiana ha sido un tema de investigación ampliamente visitado. En el ámbito médico, la empatía de los estudiantes y los profesionistas de la salud se mide con la Escala de Empatía Médica de Jefferson, la cual hasta 2012 había sido aplicada a nivel mundial (cuenta con traducción a 42 idiomas) en 850 investigaciones diferentes. Esta escala ha sido utilizada para ponderar: la empatía de los estudiantes de medicina y enfermería, y de los médicos; la percepción que tienen los pacientes sobre la empatía de sus médicos tratantes; la efectividad de intervenciones para aumentar la empatía de los doctores; la relación entre la empatía y la evolución clínica de los pacientes; entre otros (Center for Research in Medical Education and Health Care, 2012). En 2005 se realizó la traducción y validación para la aplicación de esta escala en México (Alcorta-Garza et al, 2005), la cual, según datos de Google Scholar (consultado el 20 de agosto de 2018) ha sido citada en 181 ocasiones.

anteriormente, mantener cierta distancia emocional con los pacientes suele valorarse como algo positivo, ir más allá de ciertos límites en la insensibilidad hacia los pacientes se valora de manera negativa, como sugieren estas últimas dos citas.

La fortaleza que exige la galenidad en sentido normativo tiene costos afectivos importantes para los médicos. El carácter desvinculante que desarrollan los estudiantes durante la galenización a veces no se restringe a tomar distancia emocional de los pacientes, sino que también impacta en las relaciones personales que establecen con otras personas y en la sensibilidad general con la que experimentan la vida.

Te vuelves más frío y más distante con la gente, haces menos relaciones de apego, es más difícil, por ejemplo, el enamoramiento. Te distancias de todo, eres una persona que no debe sentir demasiado, nada, todo lo haces, pero ya sin disfrutar. Lees, porque te gusta leer, pero ya no lo disfrutas igual; escuchas música porque te gusta, pero ya no lo haces igual. Ya no estableces relaciones de apego con la gente, porque ya no sientes lo mismo por la gente. Todo se vuelve mucho más frío.

Horacio, epidemiólogo, 29 años, Ciudad de México.

En algún punto hice un viaje con unos amigos que no son médicos y ellos se sorprendían de cosas, pero muchísimo, era así de “wow”, incluso de cosas naturales. Era así como de “¡wow, esto está increíble!”. Y yo me quedaba así de “¿por qué yo no siento esa emoción?” Y yo tenía ganas de vivirla y de sentirme como ellos estaban expresando, porque yo decía “sí, está muy padre”, pero sabía que no me sentía como con esa emoción que ellos sí sentían. No sé si eso también fue como parte del cambio [de convertirme en médica], pero yo creo que antes sí

era más, me asombraba más fácil o no sé qué pasó, pero yo creo también las cosas positivas ya no me, ya no las capto igual.

Marina, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

No obstante estos costos afectivos, como vimos anteriormente, la fortaleza que exige la galenidad suele generar orgullo y, por lo tanto, suele valorarse de manera positiva. En contraste, representar la fortaleza de la galenidad a través del carácter maligno genera “pena” y, por lo tanto, se valora negativamente. Cuando la galenidad se expresa de esta manera, se le designa con otro término de la jerga médica: “institucionalizarse”. Esta denominación apunta a la diferencia que existe en la atención que brindan los médicos en la medicina privada en comparación con la de la medicina pública de los institutos de seguridad social—de ahí el término.

Hay médicos que van un poco más de prisa [en la consulta], que se meten menos con el servicio a los pacientes, ahora sí como que a veces se estresan. Se institucionalizan, pues, y yo digo “qué pena, ¿no?”.

José Luis, oftalmólogo, 46 años, Jalisco.

En síntesis, la galenización es el proceso de transformación personal que viven los médicos durante su formación profesional a fin de adquirir la identidad social de la galenidad. Este proceso de transformación genera experiencias ambivalentes, de tal suerte que a veces se explica a través de narrativas con importe evaluativo y emocional positivo, en las que la galenización se describe como una mejoría de la identidad, pero otras veces se describe con narrativas negativas que consideran que la galenización ha deformado o malignizado la identidad de los estudiantes. En ambos casos, las narrativas de la galenización apuntan a que transformarse en médico implica volverse fuerte y expresarlo de distintas formas: preferentemente a través de un carácter autoritario, un carácter

resistente y un carácter desvinculante, pero no a través del carácter maligno que representan algunos médicos iracundos, deshonestos, desmotivados e insensibles. Adquirir la galenidad supone ciertos privilegios como ocupar una posición prestigiosa en la sociedad y tener sentimientos de autovaloración positivos. Sin embargo, estos privilegios implican costos proporcionales: para transformarse en médico uno debe sacrificarse y debe resistir el desgaste físico y emocional que exige la formación en medicina.

Es a través de este proceso de galenización que los estudiantes de medicina terminan por transformarse en deshumanizadores de pacientes. En el siguiente capítulo analizaré con detenimiento en qué consiste ser un deshumanizador y cómo la galenidad, en tanto narrativa grupal de una identidad social, guía prácticas sociales de personificación deshumanizantes.

Tres criterios para la transformación personal

Anteriormente argumenté que la transformación personal se refiere a cambios profundos en la identidad de una persona en el sentido de la pregunta de la caracterización, y que estos cambios implican una ruptura que se manifiesta a través de experiencias de discontinuidad (fenomenológica, narrativa o semántica) o de desfase en las expectativas en las que se basan nuestras interacciones sociales. Si bien esta descripción general es útil para entender este fenómeno, no resuelve el dilema central de este problema filosófico, el cual radica en distinguir entre los *cambios del desarrollo* que ocurren naturalmente en nuestras vidas y la *transformación de la identidad* que implica cambios que van más allá del dinamismo natural de la vida-personal. La cuestión es trazar los límites de la transformación personal, considerando que todas las personas cambiamos a lo largo del tiempo y a través de distintos contextos sociales.

El objetivo de esta sección es ofrecer una respuesta dicho problema, para lo cual presentaré tres criterios de distinción para la transformación personal: 1) el

criterio narrativo-emocional, que se refiere a la “crisis de identidad” que atraviesa la persona para transformarse; 2) el criterio interaccional, que se refiere a las condiciones sociales que son necesarias para poder transformar la identidad de una persona; y 3) el criterio metafísico, que se refiere a un desbalance homeostático en el conglomerado que conforma su vida-personal. Ilustraré cada uno de estos criterios con ejemplos empíricos de la galenización por la que atraviesan los estudiantes de medicina.

El criterio narrativo-emocional

El primer criterio para la transformación personal recupera lo que en el lenguaje ordinario se denomina “crisis de identidad”, que se refiere al conflicto emocional que tiene una persona cuando está confundida acerca de quién es, quién quiere ser o cómo podría ser diferente⁵⁴. A la luz de la caracterización sobre la identidad personal que presenté en el Capítulo III, el conflicto emocional que atrapa la noción de “crisis de identidad” puede entenderse como parte del conflicto narrativo que surge cuando una persona se transforma. Este conflicto narrativo se refiere al choque que se da entre las historias que conforman el conglomerado narrativo de una persona y las nuevas historias que se integran a éste, producto de la transformación.

A diferencia de las historias que se van produciendo con los cambios que ocurren con el flujo natural de la vida-personal, las historias nuevas que se producen con la transformación de una persona entran en conflicto con lo que otras personas y ella saben de sí misma. Retomemos algunas descripciones sobre la galenización citadas arriba para ilustrar este conflicto narrativo.

⁵⁴ Por supuesto, cuando la transformación personal implica pérdida de la autoconsciencia (por ejemplo, en casos de demencia o de infarto cerebral) la persona no atraviesa una “crisis de identidad” como la que aquí se describe. Pero las personas más allegadas a ella sí experimentan un tipo de “crisis” similar por enfrentar los cambios en el conglomerado narrativo de la persona transformada que se describen a continuación.

Hablando sobre su transformación, Jazmín relató que *“llegaba todos los días enojada [a la clínica] y [era] muy dura con algunos pacientes [...] y dije [...] ‘Ésta no soy yo’. No era la persona a la que incluso en el hospital las enfermeras adoraban”* (cita completa en la p. 152). En este fragmento del relato de Jazmín podemos apreciar cómo las nuevas historias en las que ella aparece con un carácter maligno (“llegaba enojada a la clínica y era muy dura con los pacientes”) entraron en conflicto con el concepto que tenía de sí misma, formado a partir de sus historias retrospectivas (“en el hospital las enfermeras me adoraban”).

Como segundo ejemplo, en la descripción que hizo Guadalupe sobre su transformación personal mencionó que antes ella era *“muy tímida, mi esposo no me cree, y el hecho de ser médico pues me ha dado seguridad, confianza como para desenvolverme”* (cita completa en la p. 138). En este caso, la caracterización retrospectiva de Guadalupe (“muy tímida”), previa a su galenización, entra en conflicto con lo que su esposo sabe ahora sobre ella (“mi esposo no me cree”) pues no se corresponde con las expectativas que él tiene sobre Guadalupe, basadas en las historias que conoce sobre ella.

Por último, Rodolfo describió la malignización así: *“con los residentes es muy común que empiecen diciendo ‘no, pues yo quería hacer algo interesante de la Medicina, hacer lo que me gusta’, y poco a poco van pensando en dinero y trabajar menos”* (cita completa en las pp. 148-149). Las historias que conforman nuestros conglomerados narrativos conllevan una serie de compromisos con otras personas, con ideas, causas, valores, proyectos, etc. (Lindemann, 2001). A veces, el conflicto que revelan las nuevas historias que se integran al conglomerado narrativo a partir de la transformación personal implican cambios en estos compromisos, los cuales también forman parte del concepto de uno mismo y de las historias prospectivas y planes a futuro.

En estos tres ejemplos de un estudiante (Rodolfo), una médica general (Jazmín) y una médica especialista (Guadalupe) podemos apreciar el choque que existe entre la identidad que representan las historias pre-galenización y la identidad representada en las historias post-galenización. Éste es el conflicto

narrativo al que hace referencia el primer criterio para la transformación personal, el cual puede manifestarse como un conflicto en el concepto de uno mismo (ejemplo de Jazmín y de la mujer violentada de Schechtman), en las expectativas que los demás tienen sobre uno con base en nuestro conglomerado narrativo (ejemplo de Guadalupe) o en los compromisos pasados y futuros (ejemplo de Rodolfo y del joven ruso de Parfit).

Para que este conflicto narrativo sea transformador, debe resolverse a favor de la identidad representada en las historias post-transformación (discutiré este punto a detalle más adelante, bajo la discusión del criterio metafísico de la transformación personal, en las pp.185-206). Esta resolución implica que la transformación personal no sólo cambia el contenido de la identidad narrativa, sino que la integración de nuevas historias también modifica la organización del conglomerado narrativo, es decir, el orden de importancia que tienen las diferentes historias para conformar la identidad de la persona. Este orden en la conformación de la identidad ha sido reconocido en distintos ámbitos disciplinarios. En las teorías filosóficas de la identidad, Lindemann (2001) habla del peso (*heft*) que tienen las historias que componen nuestro conglomerado narrativo. Para esta filósofa, el peso de una historia debe ser proporcional a cuánto importa lo que representa esa historia para definir quién soy. En el ejemplo anterior de Jazmín vemos que para ella era muy importante la historia que la representaba como alguien adorable incluso por las enfermeras, pero después de su transformación esa historia había perdido peso, pues ahora tenía historias que la representaban más bien con un carácter maligno. O dicho de otro modo, su galenización había reorganizado el peso de las historias que componen su conglomerado narrativo.

Otras disciplinas también han planteado la idea de que nuestra identidad tiene un orden que organiza quiénes somos. Desde la perspectiva de los estudios de género, por ejemplo, Serret (2011) defiende que nuestras identidades sociales tienen un arreglo jerárquico, siendo el género la de mayor jerarquía que organiza el resto de nuestra identidad. Desde la perspectiva psicoterapéutica, los roles sociales representan diferentes “voces” de la persona. Las voces más dominantes narran la mayor parte de las historias autobiográficas, aplicando su punto de vista

y sus “reglas generales”. En términos psicoterapéuticos, una transformación de la identidad ocurre cuando cambia la voz dominante y/o el contenido de las narrativas autobiográficas (Ribeiro y Gonçalves, 2010).

La galenización implica una reorganización de este tipo en el conglomerado narrativo de los estudiantes de medicina, pues la galenidad ocupa una jerarquía muy importante entre las identidades sociales de los médicos y reorganiza así muchos otros aspectos personales de su identidad. Para Braulio, uno de los estudiantes entrevistados, la galenidad es tan poderosa dentro de la identidad de las personas médicas que comentó:

Mientras vas estudiando medicina también te vas haciendo médico, o sea como que tu personalidad ya no eres tú, eres médico [...] ya no soy Braulio, soy Braulio el médico, ¿me explico? Una de sus características, o no ni siquiera una, todo él es un médico antes de ser él mismo. Yo creo que es claro, antes de ser persona, son médicos.

Braulio, estudiante, 26 años, Ciudad de México.

Esta reorganización de la identidad, producto de la incorporación de la galenidad al conglomerado narrativo de los médicos, también se ve reflejada en la Reseña de mi servicio social que cité anteriormente: “*al ser médico se espera que uno deje de ser Juan o Luis para convertirse en el doctor García o Sánchez, y así todo lo conocido sufre una metamorfosis solemne: la caca se convierte en heces, las agruras en pirosis...*” (cita completa en las pp. 132-133). Este cambio en la organización de jerarquías en la identidad se manifiesta a través de la permuta del nombre de pila de la persona por el apelativo “doctor”, lo que no es un cambio inocuo, sino que, como dice Goffman, “siempre que una ocupación lleve implícito un cambio de nombre, registrado o no, podemos estar seguros de que existe una importante fractura entre el individuo y su mundo anterior” (2006[1963]:75).

Además, en el ejemplo de mi reseña que estamos analizando, la metamorfosis de la terminología empleada para describir cosas ordinarias puede

interpretarse como un cambio en la voz dominante que narra nuestras historias. Este cambio de “voces” de la que se habla en el contexto psicoterapéutico es un cambio de narrador, producto de la reorganización de la jerarquía de las historias que componen nuestro conglomerado narrativo tras una transformación personal. Cuando el conflicto narrativo se resuelve a favor de la identidad representada en las historias post-transformación, la voz de esta “nueva” identidad se vuelve el narrador dominante de las historias autobiográficas que componen nuestro conglomerado narrativo, otorgándoles un sentido distinto.

Es importante tener en cuenta que con la reorganización de nuestro conglomerado narrativo no sólo cambia el narrador de nuestro pensamiento narrativo (con historias retrospectivas y prospectivas), sino que sobre todo se transforma nuestra fenomenología. En el Capítulo III expliqué con la *metáfora de la lente* que las narrativas sobre uno mismo organizan nuestra experiencia, es decir, nuestro conglomerado narrativo funciona como una lente que filtra nuestra experiencia y nuestros planes futuros. Este cambio de fenomenología puede apreciarse claramente en el siguiente relato:

En una de mis primeras guardias [...] teníamos que poner un catéter, haces un hoyito abajo del ombligo, y es una varilla como de este tamaño [...] para diálisis, metes el catéter y oyes cuando truena, y pues la residente tampoco era muy hábil que digamos, pues acabó metiendo la varilla y perforó el intestino. Cuando vimos, las zanahorias ya estaban en el catéter. Lo puso a final de cuentas la residente, pero como yo estaba con ella, yo dije “Es que ya la matamos”. [...] Había pacientes alrededor y la R2 me dice: “A ver, ven, ¿cómo se te ocurre? Eso no se dice”. Ay no, bueno, viene la adscrita de la noche, igual: “Es que eso no se dice, eres esto, eres aquello, no te quiero en mi servicio”. Ya le hablaron al cirujano, la operaron, pero pues la paciente falleció [...] Esa guardia pues sí, me la pasé muy mal, porque me regañaron por todos lados, pero yo en ese momento a lo mejor no tenía la experiencia o la prudencia, sino que me espanté [...] Ya después con más calma la R2 me dijo: “Es que de diez catéteres que vas a poner, a la mejor nueve te

*van a quedar bien, y uno te va a salir mal. Éste fue el que salió mal. No la matamos, fue esto, fue esto, fue esto. ¿Cómo vas a aprender, si no lo haces?” Me quedó mucho lo que decía, “el único que no se equivoca es el que no lo hace”. Y pues vas agarrando también la prudencia de qué debes y qué no debes decir. **Y sobre todo te vas haciendo, te vas como curtiendo**, la verdad, y vas viendo quién sale y quién no sale. O sea, no vas a sacar bien a todos, los vas viendo y también te vas mentalizando de que pues se van a morir [...] Sí te das cuenta que hay cosas que a la mejor te equivocas, porque infalible no eres. Te equivocas y lo vas diciendo: “Sí, me equivoqué, pero aprendí. Con el siguiente no me vuelve a pasar”. Te dejas de sentir, al principio te sientes muy culpable de decir se me murió, **y ya no dices se murió, dices “me equivoqué”**, o no sé, “a la mejor si hubiera hecho esto hubiera aguantado más” [...] Pero con el tiempo te vas dando cuenta que dices: “bueno, **se iba a morir de cualquier manera**, sí se iba a morir” [...] Te das cuenta que no te equivocas, que no lo haces con dolo, sino dices “bueno, yo en ese momento pensé que era lo más adecuado para ese paciente, me equivoqué”.*

Natalia, médica internista, 37 años, Ciudad de México

Analicemos con detenimiento la transformación en la fenomenología de Natalia. Para empezar, Natalia-estudiante, en una de sus primeras guardias, filtró esta experiencia con su conglomerado narrativo en un estado incipiente de galenización, y la vivió como un caso claro de iatrogenia en el que una paciente falleció como consecuencia de las acciones de una residente. La narradora de esa experiencia (Natalia-estudiante) la describió así: “es que ya la matamos”. Esta experiencia es muy diferente de las experiencias que ha tenido después Natalia-especialista, cuyo conglomerado narrativo ha sido reorganizado por el proceso de transformación (“te vas como curtiendo”) y la galenidad ocupa ahora una posición jerárquica muy importante en su identidad, filtrando de manera muy distinta sus experiencias. La narradora post-galenización relata: “ya no dices se me murió, dices me equivoqué”. Mientras que la historia que vivió y narró Natalia-estudiante

tenía un importe evaluativo-emocional en la que las acciones de la residente se presentan como causas claras del fallecimiento de la paciente y está impregnada de sentimientos de culpabilidad, la historia que narra Natalia-especialista tiene un importe evaluativo-emocional más justificatorio, la relación entre causas y efectos es menos evidente (“*se iba a morir de cualquier manera*”) y los sentimientos de culpabilidad están atenuados. Es en este sentido que la reorganización del conglomerado narrativo que ocurre con una transformación personal no sólo modifica el contenido de la identidad, sino también su arreglo jerárquico y, por ende, la fenomenología de la persona transformada.

En la transformación personal, los cambios narrativos se acompañan de un conflicto emocional que, como dije anteriormente, es a lo que apela en primera instancia la noción popular de “crisis de identidad”. Si bien muchos estudiantes de medicina no viven estos conflictos emocionales como “crisis de identidad” *per se*⁵⁵, muchos de ellos presentan “síntomas depresivos” que consideran están relacionados con su formación profesional. En el ámbito de la educación médica es ampliamente conocido que los estudiantes de medicina suelen presentar índices de depresión más altos que otras personas de la misma edad. En una revisión reciente de 195 artículos publicados entre 1982 y 2015 sobre síntomas depresivos e ideación suicida en estudiantes de medicina de 47 países, con un total de 129,123 participantes, se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos varía entre el 1.4% y el 73.5%⁵⁶ (Rotenstein et al, 2016). El metaanálisis de estos datos—i.e. la ponderación de la prevalencia general con base en los datos publicados—apunta a que 27.2% de los estudiantes de

⁵⁵ Esto puede explicarse como consecuencia del currículum oculto, que reduce la autorreflexión entre los estudiantes de medicina. Hafferty y Franks (1994) han reportado que el currículum oculto desalienta la introspección y las reflexiones personales, por lo que los estudiantes de medicina desarrollan desde etapas muy tempranas de su formación lo que estos autores denominan una “miopía reflexiva”.

⁵⁶ En los estudios revisados se utilizaron instrumentos de medición basados en lo que los participantes reportan sobre sí mismos (cuestionarios autoinformados) y no se realizó una evaluación externa de los síntomas reportados. Considerando que, por un lado, los estudiantes de medicina deben demostrar un carácter resistente y, por otro lado, desarrollan lo que Hafferty y Franks (1994) llaman “miopía reflexiva”, es posible que estas cifras menosprecien la frecuencia real de síntomas depresivos o sufrimiento psicológico entre los estudiantes de medicina.

medicina presenta síntomas depresivos⁵⁷ y que sólo 15.7% de los estudiantes de medicina con depresión buscó tratamiento. Esta prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina es significativamente mayor que la de la población general⁵⁸, por lo que los autores de esta revisión consideran que estos estudiantes tienen un resigo particular para desarrollar depresión.

En México también se ha publicado mucho sobre la depresión en estudiantes de medicina. La prevalencia de depresión en estudiantes de ciclos básicos oscila entre el 23% y el 39 % (Fouilloux Morales et al, 2013; López et al, 2013; Melo-Carrillo, Van Oudenhove & Lopez-Avila, 2012; Osornio-Castillo et al, 2009; Dyrbye, Thomas y Schanafelt, 2006; Joffre-Velázquez et al 2007), mientras que en residentes oscila entre 16% y 47% (Jiménez-López, Arenas-Osuna, & Angeles-Garay, 2015; Aguirre Hernandez, Lopez Flores & Flores Flores, 2011; Martínez-Lanz, Medina-Mora & Rivera, 2005; Juseppe, Contreras & Mercado, 2005). Los estudiantes y médicos entrevistados durante el trabajo de campo también reconocieron que la depresión es un problema frecuente durante la formación profesional de este gremio.

Hay muchos médicos con depresión, incluso me tocó estar en un grupo donde muchos empezaron a ir, una compañera empezó a ir al psiquiatra y le diagnosticaron depresión y empezó a tomar medicamento y fue como una cascada, otra se animó y pues otra se animó y así. Al final era como medio salón con antidepresivos [...] Unos no están en antidepresivos, pero están en terapia, y otros sí siguen con los antidepresivos, y otros sé que no están bien y no han recibido ayuda.

Marina, estudiante, 23 años, Ciudad de México

⁵⁷ La prevalencia de depresión reportada por el mismo estudio para residentes es muy similar (28.8%), lo que sugiere que la depresión afecta en la misma medida en todos los niveles de la educación médica.

⁵⁸ Según datos citados por la misma revisión (Rotenstein et al, 2016), el National Institute of Mental Health de Estados Unidos reporta una prevalencia de depresión en la población de 18 a 25 años es de 9.3%, y de 26 a 49 años de 7.2%.

En ese entonces [estudiando medicina] estaba muy deprimida, y realmente no podía ver las cosas diferentes. Todo el día me la pasaba llorando, en las guardias lloraba, este, pues la ansiedad, realmente sí fueron depresiones fuertes, de llamarle al doctor que me trataba, que también fue mi profesor, que me ayudó mucho, de llamarle y decirle: “Es que ya no puedo”. Realmente una anhedonia⁵⁹ cañona, de no ver ni la luz blanca y tener que tomar medicamento [...] Había bajado como ocho kilos, yo estaba en los huesos, no me daba hambre porque me la pasé mal, de verdad estaba muy deprimida.

Diana, médica general, 26 años, Ciudad de México

Yo llevo terapia desde el último año de especialidad, eso fue por una depresión [...] era por el motivo profesional, el último año de residencia fue muy pesado emocionalmente hablando por un médico precisamente, bueno por varios factores, pero un médico le dio el empujón a todo, ese trato del residente de residentes, es mi chalán y tiene que hacer todo lo que yo diga y todo lo que yo quiera y así.

Sonia, oncóloga, 33 años, Chihuahua.

En suma, el conflicto narrativo-emocional se refiere a:

- 1) el conflicto narrativo producto del choque que se da entre la identidad respresentada en las historias pre-transformación y la identidad representada en las historias pos-transformación, y que se resuelve a favor de esta última;
- 2) la reorganización del arreglo jerárquico de las historias que componen el conglomerado narrativo de la persona transformada, lo que a su vez implica un cambio de narrador dominante y un cambio de fenomenología; y

⁵⁹ Desde el marco de la psiquiatría, la anhedonia es un síntoma característico de la depresión que consiste en la incapacidad de sentir placer; se caracteriza por la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.

- 3) el conflicto emocional que acompaña todos estos reajustes en la identidad.

El criterio interaccional

El surgimiento de las historias nuevas que representan la identidad post-transformación y el rearreglo jerárquico que generan en el conglomerado narrativo son consecuencias de cambios en la dimensión social de la identidad de la persona transformada. Como apunta el sociólogo francés Bertaux (2005):

La autotransformación sólo raramente es el resultado de un proceso puramente subjetivo, y es fácil comprobar cómo los “movimientos del alma” más íntimos, flechazo, conversión religiosa o decisión de suicidarse, por ejemplo, sólo se pueden entender refiriéndose al menos al cúmulo de relaciones intersubjetivas que caracterizan al sujeto en ese momento (p. 96).

El criterio interaccional de la transformación personal se refiere precisamente a estos cambios en la dimensión social de la identidad, a partir de los cuales se establecen prácticas sociales de personidad basadas en la “nueva” identidad. Tales cambios ocurren cuando la persona se muda de un entorno social a otro, o bien cuando modifica sus relaciones intersubjetivas firmes (i.e. las relaciones con las personas con las que interactúa de modo duradero y ordinario).

En el caso de la galenización, el cambio en la dimensión social de los estudiantes de medicina es muy evidente por las condiciones particulares en las que se desarrolla la formación profesional de los médicos. En el Capítulo 1 presenté una breve caracterización del “mundo de los médicos” como espacio social en el que se forman los médicos y donde ocurre la deshumanización de la medicina. En esta sección me enfocaré en describir el tipo de condiciones e

interacciones sociales que tienen los estudiantes de medicina dentro de ese mundo, las cuales forman parte del currículum oculto y tienen por objetivo conseguir la galenización de los futuros médicos. Como veremos, estas condiciones e interacciones sociales suelen basarse en el maltrato de los estudiantes.

El maltrato que sufren los estudiantes de medicina durante su formación profesional es un tema conocido y ampliamente estudiado en el ámbito académico internacional desde mediados del siglo pasado (Angoff et al, 2016; Bursch et al, 2013; Rees y Monrouxe, 2011; Witte, Stratton y Nora, 2006; Ogden et al, 2005). Una revisión reciente (Fnais et al, 2014), que incluyó el metaanálisis de 51 estudios, reveló que se trata de un fenómeno generalizado pues no se limita sólo a ciertos países o programas académicos. De acuerdo con esta publicación, se estima que 59.4% de los estudiantes de medicina reconoce haber sufrido alguna forma de maltrato durante su formación profesional, incluyendo la violencia verbal (63%), la discriminación por género (53%), el acoso académico⁶⁰ (36%), el acoso sexual (33%), la discriminación por raza (24%) y la violencia física (15%). La prevalencia de maltrato es aún más alta entre residentes (63.4%); en esta población la forma de maltrato más común es la discriminación por género (66.6%).

También en México existen varios estudios que han documentado el maltrato que sufren los estudiantes de medicina (Castro y Villanueva, 2018; Castro y Erviti, 2015; Fuentes Unzueta et al, 2015; Casas et al, 2013; Consejo y Viesca-Treviño, 2008). La prevalencia de este problema en México varía de 98.5% para residentes a 30.9% para estudiantes de pregrado (Ortiz-León et al, 2014; Iglesias Benavides et al, 2005). En el trabajo de campo de esta tesis abundaron los comentarios y relatos acerca del maltrato a estudiantes; en el Cuadro 5 se presentan algunos de ellos, según la tipología de maltrato que se utiliza en la literatura médica.

⁶⁰ Por acoso académico se entiende el abuso de poder respecto a la concesión u obstrucción de recomendaciones, calificaciones o cualquier otro elemento que comprometa la carrera del estudiante.

Cuadro 5. Ejemplos de maltrato a los estudiantes de medicina

Tipo de maltrato	Ejemplo
Violencia verbal	<i>La [anécdota de maltrato] más fea que a mí me tocó, estábamos pasando visita y le preguntaron algo al R1, y no sabía, no me acuerdo qué, pero le dijeron que era “mano de obra barata”, y “por ti estamos como estamos, porque sigues siendo un indio, a ti nadie te vino a conquistar”, horrible, insultos feos, “¿qué, no tienes autoestima?”, así, horrible. (Andrea, estudiante, 23 años, Ciudad de México)</i>
Violencia física	<i>Me acuerdo mucho de mi primera guardia, [mi R2] me dijo “Ah, pues nos acostamos”, porque yo tuve la fortuna que sí había un área de [descanso para] mujeres y otra de hombres, y como éramos puras mujeres, nos acostábamos ahí, entonces en eso tocó alguien [la puerta] y cuando tocaron, ella así, con el puño cerrado, me golpeó la espalda y me dijo “Levántate”. (Rosa, rehabilitóloga, 40 años, Ciudad de México)</i>
Acoso académico	<i>La mayoría de los doctores, lejos de poner una calificación que mereces de acuerdo a tu conocimiento, te lo ponen más por empatía o por lo que ellos consideran. Yo llegué a tener maestros que me decían, por ejemplo, un doctor que me daba clase en urología, “aquí nada más tienes dos sopas, o el 5 o el 6, y si quieres aspirar a más con la pena”. En anatomía yo me llegué a encontrar con la sorpresa de que el docente nos decía “el 10 es para el maestro, el 9 es para dios, el 8 es para el libro y el 7 peléense por él”. Y así fuiste cursando la mayoría de tus semestres con un obstáculo de ese tipo de cosas, con doctores que lo más que te ponen era 6, con doctores que luego tu tenías 9 pero te bajaban hasta 8. Eso como que te decepcionaba porque mantener un promedio alto te costaba, incluso llegó un momento en el que dije “yo creo que de aquí jamás voy a egresar”. (Enrique, estudiante, 25 años, Zacatecas)</i>
Discriminación por género	<i>Sobre todo en cirugía, cirugía veo yo que es una especialidad que no acepta a las mujeres, es una especialidad que nos las dejan, es muy difícil, les ponen muchas trabas. Desgraciadamente pues el machismo en México todavía existe, y no dejará de existir, entonces en cirugía les ponen las cruces a las mujeres, de plano. (Armando, pediatra, 49 años, Baja California)</i>
Acoso sexual	<i>Yo viví acoso durante el Internado. Recuerdo que había un oncólogo que me buscaba cuando yo me quedaba sola y entraba a [el cuarto de descanso] pues a acosarme [...] A veces yo no lo sentía llegar, llegaba y me deslizaba las manos por la cintura, hasta una vez que me volteé y le dije que lo iba a reportar, y recuerdo que me dijo que no, que no me iban a creer, o me iban a tachar de loca, porque era mi palabra contra la de él. (Merigeni, médica general, 39 años, Durango)</i>
Discriminación por raza y clase	<i>Yo me sentía discriminada, yo sabía perfectamente mi situación, yo sabía que todos esos factores estaban en mi contra. Yo sabía que, primero, el hecho de ser mayor, el hecho de ser mamá, de estar casada, de provenir de una familia humilde [...] Porque en la entrevista de selección [para la especialidad] te preguntan si tú vas a tener suficiente tiempo, aguante y resistencia para hacer una especialidad [...] y a eso le sumamos que si cuánto mides, que si eres guapa. Y yo lo puedo decir tal cual, porque cuando yo fui a la selección en [un hospital de renombre], éramos, no me acuerdo, si trece o catorce personas que íbamos a aplicar. Me impactó muchísimo porque estuve yendo como cinco días de pruebas diferentes, donde yo, la verdad, siento que tengo la capacidad mental, intelectual, inteligencia de IQ, para pasar esos exámenes. Y me desilusionó muchísimo cuando no seleccionaron a nadie, solamente a una compañera. ¿Qué la hizo diferente? Pues que tenía dinero y que era muy guapa. (Guadalupe, rehabilitóloga, 42 años, Ciudad de México).</i>

A pesar del mérito que tienen los estudios en los que se denuncia el maltrato que sufren los médicos durante su formación profesional, pocas publicaciones analizan su función social. ¿Qué se busca con este tipo de interacciones sociales? ¿Sobre qué presuposiciones descansan? ¿Se pueden entender de manera aislada a otras condiciones sociales de la educación médica? Lo que yo propongo es que el maltrato a los estudiantes forma parte del diseño estructural de la educación médica, el cual es compatible con el de las instituciones totales descritas por Goffman (2001[1961]). Otros autores ya han señalado que existen muchos paralelismos entre las condiciones en las que se forman los médicos y las propiedades estructurales de las instituciones totales (Hafferty y Castellani, 2009; Lempp, 2009; La Visión de los Trasnochados, 2018); sin embargo, estas comparaciones no han puesto suficiente atención en que este tipo de instituciones, “en nuestra sociedad, son los invernaderos donde se transforma a las personas” (Goffman, 2001[1961]:25).

Goffman definió a las instituciones totales como

un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente ((2001[1961]):13)

Este tipo de establecimientos sociales tienen en común un diseño estructural que se caracteriza, en primer lugar, por *el aislamiento de sus reclusos*⁶¹: éstos tienen muy poco o nulo contacto con el exterior. Ejemplos paradigmáticos son los asilos, las prisiones, e instituciones formativas como los cuarteles militares y los monasterios. El aislamiento, sumado a otras medidas de trato impersonal y el uso obligatorio de uniformes, despoja a los reclusos de las pertenencias, roles y posiciones sociales que tuvieron en el pasado. Así, ingresar a una institución total

⁶¹ Goffman utiliza la palabra “internos” para referirse a los individuos confinados dentro de las instituciones total. Aquí la he cambiado por “reclusos” para evitar confusión con los médicos internos de pregrado, que son los estudiantes de medicina que están cursando el Internado Médico, el último año lectivo de la carrera de Por supuesto, el hecho de que a estos estudiantes se les llame internos, igual que a los individuos reclusos en las instituciones totales, ya apunta a que entre ambas categorías hay muchas similitudes.

constituye una mudanza de entorno social y cambios en las relaciones intersubjetivas firmes como a las que se refiere el criterio interaccional de la transformación personal.

El aislamiento que experimentan los estudiantes de medicina ocurre en dos niveles. Por un lado, se les aísla de la vida universitaria cuando, al terminar los ciclos básicos (los dos primeros años de la licenciatura), dejan de asistir a la universidad y empiezan a educarse en los hospitales. A partir de ese momento los estudiantes quedan adscritos a un hospital, donde reciben clases en aulas ubicadas dentro del mismo hospital y empiezan a integrarse a las actividades de atención médica hospitalaria, especialmente en el horario matutino, pero también durante la tarde y la noche con las denominadas “guardias”, que consisten en jornadas de trabajo extendidas de hasta 72 horas (ver Capítulo I). No es poco frecuente que los internos o residentes reciban además “guardias de castigo”, con las cuales se prolonga su confinamiento intrahospitalario. En trabajo de campo conocí el caso de un médico que, durante la residencia, estuvo “guardado”—esto es, con guardia de castigo continua—por un mes.

Un segundo nivel de aislamiento se va dando conforme las demandas educativas y de horarios impiden que los estudiantes mantengan los roles y las relaciones intersubjetivas firmes que tuvieron hasta ese momento. En entrevistas fue común encontrar manifestaciones sobre la sensación de encierro y aislamiento que viven los médicos durante su formación, así como de los deseos de “escapar” del hospital.

Cuando ya estuve inmerso en la vida hospitalaria, ya no me gustó la formación del médico dentro del hospital [...] porque hay mucho abuso, mucho maltrato, mucha explotación, pues es como vivir en una especie de secuestro, estás demasiadas horas dentro de un hospital.

Horacio, epidemiólogo, 29 años, Ciudad de México.

El aislamiento físico que experimentan los estudiantes de medicina suele ser materia de chistes en las redes sociales. En la Imagen 15 observamos un meme que circuló en Facebook en el que se aprecia a un residente saliendo del hospital tras concluir sus estudios de especialidad, como si durante este tiempo hubiera estado recluido dentro de una cueva y sin contacto con sus personas más allegadas—por eso llama, sin saber si responderán, a sus padres y a sus amigos.

Imagen 15. Terminó la residencia



Fuente: Facebook

El aislamiento físico y social del que son objeto los estudiantes de medicina se refrenda simbólicamente mediante tratos impersonales—suele llamárselos por su rango: médico interno o R1—y mediante el uso obligatorio de uniforme totalmente blanco y con bata desde el primer año de la carrera hasta los estudios de especialidad.

En última instancia, el aislamiento de los estudiantes de medicina modifica de manera permanente muchas de sus relaciones intersubjetivas firmes:

Nunca estás en los días festivos, y tu plática se vuelve de otros temas, la primera vez que vi un parto, una cesárea, sangre por todos lados, y son cosas que yo llegaba y le decía a mi mamá, y mi mamá así con cara de por qué te gusta eso, guácala, ¿no? Como que tus temas de conversación se vuelven diferentes. Como yo no estaba tanto tiempo en casa ellos hablaban de que si fulanito, hicieron tal cosa, y yo no sabía ni de qué me estaban hablando, porque yo no estuve, yo no supe, o ya para los planes familiares no me contaban. Cuando regresé del servicio social, que me fui por un año, ya no era la misma dinámica familiar que yo recordaba, ya había un perro que yo no conocía, y mis cosas estaban más, como que se fueron recorriendo, hasta que ya estaban casi en un rinconcito, porque pues nunca estaba, detallitos así que te vas alejando un poco de la familia, mis amigos ya no eran los mismos que tenía anteriormente, mi familia se volvió más bien la gente del hospital, gente con la que yo estaba más tiempo, y llegó un momento en que sí, yo ya no me sentía cómoda, yo ya no sentí que tuviera mucho en común con mi familia, que ya me daba lo mismo quedarme en el hospital, ya me enfraqué mucho en eso, te soy honesta.

Natalia, médica internista, 37 años, Ciudad de México.

En segundo lugar, Goffman describió que dentro de las instituciones totales se rompe con tres ámbitos ordinarios de la vida: dormir, trabajar y jugar. Fuera de estas instituciones, los individuos suelen realizar tales actividades en distintos lugares, interactuando con diferentes personas, bajo la norma de diferentes autoridades y con posibilidades de tener un plan flexible. En contraste, dentro de las instituciones totales el sueño, el trabajo y el juego confluyen dentro de un mismo espacio físico, siempre en compañía de las mismas personas (los otros reclusos) y bajo una autoridad jerárquica que impone horarios y planes rígidos.

En el caso de la educación médica, las guardias modifican los horarios de sueño de los médicos en formación y su vida adquiere un ordenamiento muy

distinto al que tenía antes. Sin poder predecir en qué momento podrán descansar dentro del hospital, los estudiantes de medicina suelen aprovechar cualquier momento “libre”—libre de trabajo y/o libre de supervisión—para dormir, y a veces se quedan dormidos involuntariamente. En 2015, durante el trabajo de campo, surgió en México el hashtag #Yotambiénmedormí a partir de que un paciente publicara en un blog la foto de una residente dormida y reclamara públicamente que la doctora estaba descansando en lugar de estar trabajando. Los médicos de México y Latinoamérica utilizaron este hashtag para mostrar fotos de sí mismos dormidos en el hospital con el objetivo de apoyar a la doctora que había sido criticada, y probar así que “quedarse dormido” en el momento y el lugar menos apropiados es parte de la experiencia de formarse en un hospital⁶². La Imagen 16 muestra a la residente fotografiada por un paciente, mientras que la Imagen 17 muestra una de las publicaciones de apoyo de #Yotambiénmedormí.

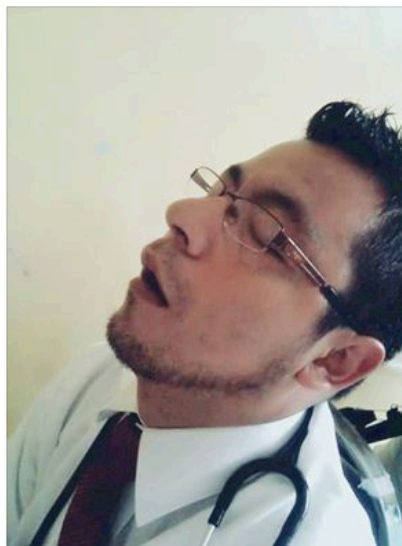
Imagen 16. Residente dormida



Fuente: Facebook

Imagen 17. #Yotambiénmedormí

Los invito a una guardia de medicina interna
[#Yotambienmedormi](#)



Fuente: Facebook

⁶² Como argumentamos en otra publicación (Castro y Villanueva, 2018), llama la atención que los médicos no usaran ese hashtag para denunciar las condiciones de trabajo a las que están sometidos los residentes, sino para apoyar a la doctora denunciada en el blog del paciente. Esto evidencia que los estudiantes de medicina han aceptado y normalizado las reglas de operación de la formación médica totalizante.

Las modificaciones en los hábitos de sueño y vigilia de los estudiantes de medicina no sólo operan dentro del hospital, sino también fuera de éste, pues los estudiantes deben recuperar las horas de sueño perdidas. De igual forma, las guardias alteran los horarios de alimentación y la calidad de la dieta de los estudiantes de medicina.

Había veces que no te dabas cuenta y ya era la noche y no habías hecho una comida en el día y era así como que hijole, ya son las 6 de la tarde y no desayuné y no comí, y tengo guardia.

Sonia, oncóloga, 33 años, Chihuahua

En un estudio realizado en México, el 71% de los médicos internos reportó que no se respetaron sus horarios de comida en el hospital (Fuentes Unzueta et al, 2015). En trabajo de campo hubo reiteradas menciones a la falta de comida durante las guardias y a tener que recurrir a estrategias como estar “escondiéndote para ir a comer” (Andrea, estudiante, 23 años, CDMX), para no ser sancionado. Lo mismo sucede con otras necesidades fisiológicas, como ir al baño:

A veces no podía ir al baño, pasaban horas y yo quería ir al baño y no podía ir por la carga de pacientes, y me tenía que escapar porque [me decían] “vamos a dejar al paciente esperando”, “ah, pero ya se te juntaron más”. Pero yo tenía que ir.

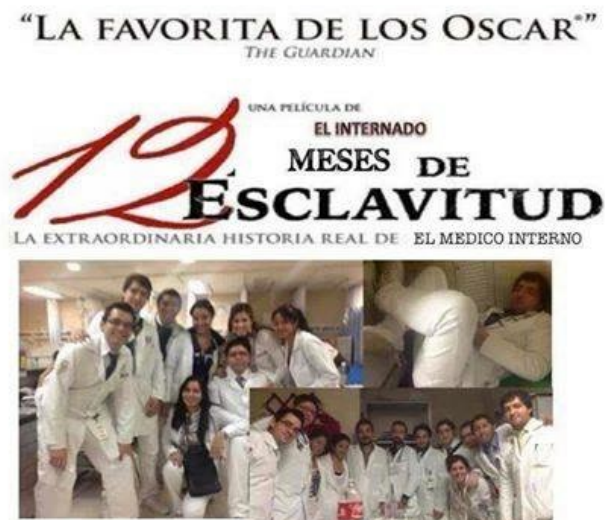
Ramón, estudiante, 28 años, Ciudad de México

Otro ámbito ordinario de la vida que se ve afectado en los estudiantes de medicina es el del trabajo. Los internos y residentes realizan, durante jornadas de trabajo de 72 horas o más, labores indispensables para el funcionamiento del hospital: curaciones de heridas, toma de muestras, llenado de expedientes clínicos, asisten a médicos de mayor jerarquía, otorgan consultas médicas,

brindan atención a pacientes hospitalizados, etc. Goffman señala que en las instituciones totales los reclusos suelen recibir pagos mínimos o meramente ceremoniales a cambio de largas jornadas de trabajo. En retribución por sus extenuantes jornadas de trabajo, los internos reciben una beca mensual de 1,870 pesos y los residentes, de entre 8,000 y 15,000 pesos mensuales (Secretaría de Salud, 2016).

Muchos de los médicos y estudiantes entrevistados consideraron que ésta es una remuneración muy baja en comparación con el trabajo que se les exige. En este sentido, los internos y residentes suelen describir los años de formación hospitalaria como “una situación antihumana y esclavizante” (Enrique, estudiante, 25 años, Zac.) y hacen chistes de ello en redes sociales. La Imagen 18 muestra un meme tipo sátira que circuló en Facebook en el que se compara el año de Internado Médico con la película **12 años esclavo**, que en 2013 ganó el Premio Oscar a la mejor película.

Imagen 18. Doce meses de esclavitud



Fuente: Facebook

Una tercera propiedad estructural de las instituciones totales descrita por Goffman es que operan mediante un *sistema de vigilancia estricto* que mortifica sistemáticamente a los reclusos con el propósito de garantizar su cooperación y obediencia. Este disciplinamiento se consigue mediante la imposición de normas que violan su autonomía al obligarlos a pedir permiso para realizar actividades básicas como ir al baño o comer (como vimos anteriormente) y de normas de deferencia que refrendan su rol subalterno. Esto último también ocurre en la educación médica, como podemos apreciar en el siguiente relato:

Las escuelas [de medicina] llevan ese mismo método de “cuidadito quien llore, cuidadito no hagan la tarea” o “cuidadito se quejen, y quien se queje, le va a ir mal”. Entonces es una cadena, de “yo soy el médico, tú eres el estudiante, tú no sabes, tú eres un ignorante” [...] La educación en la medicina sigue siendo la educación de hace 100 años, en donde está el que sabe en la cima y tú que no sabes, no puedes cuestionar, no puedes dialogar, no puedes discutir lo que dice el de arriba, o sea te tienes que callar [...] y tú también quieres poner ese criterio a los que vienen debajo de ti, ¿no? Entonces ellos no te pueden cuestionar, no pueden dialogar directamente contigo porque es como no aceptar el conocimiento que tú les estás dando.

Julián, cirujano general, 33 años, Yucatán.

Asimismo, señala Goffman, dentro de las instituciones totales impera una serie de normas difusas y cambiantes cuyo propósito es refrendar el poder de la autoridad sobre los reclusos mediante la *aplicación sistemática de castigos*. Éstos normalmente incluyen agresiones a los reclusos, como insultarlos con apodosos obscenos o groserías, maldecirlos o humillarlos poniendo en evidencia sus errores, burlarse de ellos o hablar sobre ellos como si no estuvieran presentes. En la educación médica los castigos arbitrarios y otras formas de vejación sin causa aparente son el pan de todos los días:

Mi residencia fue muy, muy pesada, teníamos nosotros guardias AB, o sea un día sí, un día no, entrábamos a las 6 de la mañana y salíamos al otro día a las 6 de la tarde, 7 de la tarde cuando nos iba bien. En la noche, los primeros tres años del R1, R2, y R3, no dormía en mis guardias, dormía muy poco. Mis superiores eran bastante estrictos, pero eran injustos porque nos castigaban por cosas a veces que no eran justas ¿verdad? Y a veces por cosas que sí, que cometíamos errores pero que eran errores mínimos, pero sí, si nos castigaban mucho y sí los primeros tres años si fueron bastantes duros.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León

Algunos castigos típicos en las instituciones totales consisten en obligar a los reclusos a participar en actividades que los descalifican, como realizar tareas innecesarias, sin sentido o serviles.

En Cirugía, llegó una residente y empezó a exigir cosas muy que yo decía “pues eso hazlo tú”, ¿no? Así como: “Quiero que me pongan los expedientes en una pila así”, y los moví. “Y ahora quiero que sean pilas así, que vayan del 9 al 1, y ahora del 1 al 9, en tres filas”, y no sé qué, “Para que yo los pueda revisar”.

Rodolfo, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

A mí me llegaron a castigar con quedarme más horas trabajando, pero tengo compañeros que los ponían a trapear o a barrer, que no tiene nada, nada que ver con lo que haces tú. A mí eso se me hace un poco como humillarte, ¿no?

Marina, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

La arbitrariedad de los castigos puede apreciarse con la Imagen 19, un meme recuperado de Facebook que ilustra a Batman bofeteando a Robin, el

primero con mayor jerarquía que el segundo. Robin pregunta el porqué de la agresión y la respuesta parafraseada de Batman es “nada más por tu jerarquía subalterna”.

Imagen 19. ¿Y ora por qué?



Fuente: Facebook

Para los fines de mi investigación, lo que interesa sobre todas estas condiciones sociales de aislamiento, sometimiento y disciplinamiento, refrendadas sistemáticamente por interacciones basadas en el abuso y el maltrato, es que atentan contra la autodeterminación, la autonomía y la libertad de acción de los reclusos, y así refutan dramáticamente el concepto que tenían de sí mismos antes de ingresar a la institución total. Es en este sentido que Goffman señala que “las instituciones totales son siempre fatídicas para el yo civil del recluso, aunque el apego de éste por su yo civil varíe considerablemente” (Goffman, 2002 [1961]:57).

El “yo civil” del recluso se refiere a la identidad pre-transformación, representada por el conglomerado de historias de la persona antes de que ingresara a la institución total. En la medida en que el recluso deja de tener prácticas sociales de personalidad basadas en esa identidad pre-transformación,

experimenta una “pérdida de su yo civil”. Ésta es la *etapa de expropiación*⁶³ de la carrera moral de los reclusos descrita por Goffman. Se trata de una fase inicial dentro de la institución total en la que el recluso tiende a proteger su identidad, pero las condiciones e interacciones sociales establecidas por el diseño estructural de la institución se encargarán de expropiársela, una vez tras otra. A la luz de la propuesta de Lindemann, podemos decir que esta expropiación equivale a *soltar (let go)* las historias que representan la identidad pre-transformación a fuerza de ser *sujetado (hold)*—o mejor dicho, *sometido*—en la identidad pos-transformación.

Es en esta lucha entre la protección de la identidad pre-transformación y la imposición de la identidad pos-transformación que los reclusos aprenden “en qué pobre medida puede mantenerse la imagen de uno mismo, cuando se quitan repentinamente el conjunto de respaldos que por lo general lo apoyaban” (Goffman, 2001[1961]:152). Así, los reclusos aprenden que su identidad—la que protegen, la que sienten propia, la identidad pre-transformación—les es ajena, pues es algo expropiable, algo prescindible. Así también aparecen las experiencias de discontinuidad (fenomenológica, narrativa y semántica) descritas al inicio del capítulo y que inauguran el conflicto narrativo-emocional de la transformación personal.

En esta etapa de la carrera moral de los reclusos, aquéllos con más apego por su identidad pre-transformación pensarán que, de haber sabido cómo era el mundo de la institución total, no habría ingresado a ella⁶⁴. Eso fue lo que me sucedió a mí. Antes de ingresar a la carrera de medicina recibí abundantes advertencias sobre lo que implicaba estudiar medicina. Me advirtieron que iba a

⁶³ Goffman también se refiere a esta fase como la “etapa de pre-paciente”, pues su trabajo está basado en el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, cuyos reclusos son los pacientes con enfermedades mentales.

⁶⁴ Esto sucede así cuando el internamiento a la institución total es voluntario, como en el caso de los estudiantes de medicina o los alumnos de los cuarteles militares o los monasterios. Sin embargo, el escenario es diferente cuando el internamiento a la institución total es forzado, como sucede con los pacientes psiquiátricos y los prisioneros de los manicomios y las cárceles. Basado en su trabajo en hospitales psiquiátricos, Goffman describe que este momento de la carrera moral del recluso como que éste “descubre que, por efecto de la información que le habían dado sobre la vida en el hospital, ha opuesto a su internación una resistencia mucho más débil que si hubiera conocido la realidad genuina” (p. 144).

tener que estudiar mucho y mantenerme actualizada toda la vida, que iba a tener que hacer guardias y sacrificar horas de sueño, que era una carrera muy larga y que posiblemente iba a seguir estudiando hasta después de los 30 años. Ninguna de estas amenazas me espantó, y en realidad sigo convencida de que esos no eran obstáculos para mí, pues tengo 35 años y sigo estudiando felizmente, planeo dedicarme a la academia y eso implica que deberé mantenerme actualizada también de por vida, y a pesar de que ahora no sacrifico horas de sueño, no tendría mucho problema si tuviera que hacerlo. En realidad, lo que me desilusionó y me motivó a desertar de la profesión médica no fueron esas condiciones de “alta exigencia académica”, sino el maltrato, el abuso de autoridad y la expropiación a mi identidad pre-galenización, implícitos en el diseño estructural totalizante de la educación médica. Sobre eso, nadie me advirtió.

En el trabajo de campo encontré que, al igual que yo, muchos médicos se desilusionan en algún momento de su formación por motivos ajenos a la exigencia académica, y que los deseos de desertar suelen ser frecuentes y reincidentes.

Me daban un montón de ataques de ansiedad, muchísima ansiedad. Ya en mis últimas guardias, cuando hice Cirugía, que fue mi última rotación, ahí la verdad es que como que me tranquilicé y todo, pero la primera rotación [del Internado] sí fue muy, el hecho de estar encerrada tanto tiempo, me causaba como “¿qué voy a hacer, si toda mi vida va a ser así?” Como imaginarme de eso toda mi vida, decía: “No, no, no, ¿qué voy a hacer, qué voy a hacer, qué voy a hacer?” Y otra vez, era un bloqueo increíble. Yo ahorita me pongo a pensar y digo, realmente sí aguanté bastante, porque bueno, cuando entré al Internado me quise salir, y mi papá no me dejó.

Diana, médica general, 26 años, Ciudad de México.

En Estados Unidos, la deserción de la profesión médica es tan grande que se ha creado una plataforma en línea llamada “Drop Out Club” que ayuda a los médicos a encontrar carreras fuera de la medicina; actualmente, esta red social

tiene casi 50 mil miembros y se ha extendido a 113 países alrededor del mundo (Drop Out Club, 2018). En México también se han desarrollado programas en respuesta a la alta deserción en la profesión médica. Al momento de la entrevista, Enrique estaba haciendo el servicio social de la carrera de medicina en su universidad de origen con un programa que él había desarrollado junto con otros compañeros para “salvar” a los estudiantes que quieren abandonar sus estudios:

Es un proyecto de ayuda para los chavos que están en internado, en servicio social y en residencia que, por algún trato o por la misma situación que están pasando, llegan a sufrir alguna afectación emocional como depresión, ansiedad, darles el seguimiento correcto, y poderlos ayudar para que no deserten y puedan seguir con su formación profesional en el área de la salud.

Enrique, estudiante, 25 años, Zacatecas.

Como mencioné en el Capítulo I, se estima que la deserción a lo largo de la carrera de medicina en México oscila entre el 25 y el 28% (Graue-Wiechers, 2015), con un 10% de deserción anual, principalmente en los primeros dos años de la carrera (Hernández-Mata et al, 2005). Parece así que, aún sin el apoyo de programas que combatan la deserción, la mayoría de los estudiantes de medicina continúa con su formación profesional a pesar del maltrato, de las experiencias de desilusión y del extrañamiento de sí mismos.

Yo creo que sí es generalizado [el deseo de dejar la carrera], o al menos con la gente que yo convivo, muchos se han decepcionado de la carrera, o a veces llegan a terminar la carrera, pero ya como un trámite más bien. Dicen: “bueno, ya llevo 4 años estudiando, ya no me voy a echar para atrás”. Pero también he visto mucha gente que se conforma con el sistema y es “bueno, pues me hace un esclavo, me echo 4 años más”, y no les importa, depende de cada quien. Pero yo sí he visto que en

general, o con el grupo con el que yo me desenvuelvo, la carrera no ha cumplido nuestras expectativas.

Fabiola, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

Este relato de Fabiola nos da buenas razones para pensar que los estudiantes desilusionados concluyen su formación profesional ya sea por resignación (“ya no me voy a echar para atrás”) o por convicción (“me echo 4 años más”). En general, los reclusos de las instituciones totales se van adaptando a las condiciones e interacciones sociales a las que son sometidos y, poco a poco, van poniéndose a disposición de la institución, dejando atrás la etapa de expropiación e iniciando la *etapa de adaptación*⁶⁵. Según Goffman, en esta segunda fase de la carrera moral de los reclusos se concretiza su transformación.

El diseño estructural de las instituciones totales incluye, en tanto contraparte del sistema de castigos para el disciplinamiento de los reclusos, un *sistema de privilegios*. Para obtener estos privilegios, el recluso no sólo debe obedecer y disciplinarse, sino también “debe ‘compenetrarse’ o fingir que se compenetra con la perspectiva de sí mismo que auspicia [la institución total]” (Goffman, 2011[1961]:158). Esto quiere decir que las instituciones totales exigen a sus reclusos que representen una identidad afín a los fines de la institución. O dicho de otro modo: si las instituciones totales son los “invernaderos en los que se transforma a las personas” (Goffman, 2001[1961]:25) es en virtud de la expropiación que hace la institución de la identidad pre-transformación de sus reclusos y la resocialización a través de la cual les impone su identidad post-transformación. En el caso de la educación médica, la identidad que se exige para los futuros médicos es la galenidad, cuya dimensión normativa gira en torno a la fortaleza que se manifiesta mediante el carácter (autoritario, desvinculante, resistente y/o maligno) de los médicos.

⁶⁵ Basado en su trabajo en hospitales psiquiátricos, Goffman denomina a esta fase “la etapa de paciente”.

Característicamente, los premios y recompensas de las instituciones totales consisten en restituir, en cierto grado, lo que el recluso ha perdido: se reduce la vigilancia sobre él y recupera parcialmente la autonomía para dormir, comer o ir al baño. En el siguiente relato se pueden apreciar los beneficios que se van ganando dentro de la educación médica conforme uno va avanzando en las jerarquías que imperan en el hospital:

Por ejemplo, lo de ir [vestida] toda de blanco, ya en el R2 podías llevar una blusita de color, ya en el R2, pero en R1 no. Ibas ganando derechos, ya para el R3, pues ya, se respetaban mucho las jerarquías [...] Como R3, como R4 incluso, teníamos que hacer guardias ABC, igual que todos. Desde el R1 empezábamos la tesis [de especialidad] y para el R4 ya tenía que estar terminada. Si tú al principio del R4 ya entregabas la tesis hecha, con tu análisis, casi, casi ya para engargolar y todo, te librabas de las guardias, ya no hacías guardias, pero te lo ganabas con la tesis ya hecha, era tu premio.

Natalia, médica internista, 37 años, Ciudad de México.

De esta manera, los privilegios o recompensas proporcionan a los reclusos cierto grado de reconquista de su seguridad personal, lo que tiene un efecto tanto de integración y conformación con la estructura totalizadora de estas instituciones, como de aceptación de la identidad pos-transformación. Así, las historias que representan la identidad pre-transformación del recluso van perdiendo importancia, mientras que las historias que representan a su identidad pos-transformación van ganando mayor peso dentro de su conglomerado narrativo.

Los reclusos se adaptan a la institución total en la medida en que obedecen las normas, esquivan los castigos y aceptan los privilegios que se les otorgan. Goffman denominó a esto los *ajustes primarios* que el recluso hace para conformarse a la institución. La adaptación del recluso, no obstante, es parcial: mientras cede a ciertas imposiciones, se reserva ante otras. Los reclusos no se

entregan por completo a la institución, pero tampoco la rechazan del todo. Más bien, encuentran un punto medio en el que manifiestan en alguna medida su rechazo, mientras cumplen con sus obligaciones más importantes.

En el caso de la educación médica, esta adaptación parcial se manifiesta por experiencias ambivalentes que oscilan entre el deseo de desertar y el amor a la medicina. Ramón, un estudiante de la Ciudad de México, me contó en entrevista que “muchas veces” pensó en abandonar la carrera, pero que nunca se decidió a dejarla porque:

*cuando empezaba a caer en picada, encontraba algo que me re-
enamora de la carrera. Caía en picada y después como que caía en
una pradera de flores y encontraba otra vez amor por la medicina y
decía “no puedo dejar esto”. Esto me encanta tanto, me gusta tanto que
no puedo dejarlo. [Por ejemplo], lo más reciente, estaba posguardia, me
tocaba la consulta en urgencias, y llegó una paciente que tenía
coledocolitiasis [piedras en la vesícula], tenía el dolor clásico, y un
cirujano me había enseñado a quitar el dolor, y a la paciente la habían
tenido desde la madrugada dando vueltas porque este estudio, que trae
el esto, que no sé qué. Y le digo “a ver, señora, pásese”, la pasé y le di
un coctel de [medicamentos] y el dolor se le fue, se le quitó. La señora
salió muy agradecida conmigo, “ay, qué bueno que pasé con usted,
doctorcito”. Y es cuando dices: “bueno, puedo hacer un cambio, hacer la
diferencia, puedo seguir batallando en este sistema y salir adelante”.*

Ramón, estudiante, 28 años, Ciudad de México.

Según Goffman, la manera paradigmática de manifestar el rechazo a la institución consiste en explotarla para sacar provechos o ventajas personales. Esto sólo se consigue cuando el recluso conoce a fondo el funcionamiento de la institución y, en consecuencia, es capaz de aprovecharse de él o utilizarlo a su favor. Goffman denominó a esto *ajustes secundarios*, que se refieren a

cualquier arreglo habitual, que permite al miembro de una organización emplear medios o alcanzar fines no autorizados, o bien hacer ambas cosas, esquivando los supuestos implícitos acerca de lo que debería de hacer o alcanzar y, en última instancia, sobre lo que debería de ser. (Goffman, 2001 [1961]:190)

Algunos ejemplos de ajustes secundarios que ofrece Goffman son el excedente de alimentos que pueden conseguir los ayudantes de cocina, la obtención más frecuente de mudas limpias para los empleados de la lavandería, y la prioridad sobre los libros nuevos de la que gozan los ayudantes de la biblioteca. En la educación médica, el abuso de autoridad de residentes de mayor jerarquía sobre otros, en beneficio personal y con tareas ajenas a la vida interna de la institución total, pueden considerarse ajustes secundarios de este tipo. Por ejemplo, Renato recuerda que durante sus estudios de especialidad, los residentes de mayor jerarquía sacaban provecho personal de este modo:

Nos mandaban a la tintorería por su ropa, nos mandaban a comprarles sus calzones porque ya no tenían, nos mandaban a recoger a su perro al veterinario, o sea cositas de esas, que a mí me tocó que me mandaran a eso.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León.

En suma, el criterio interaccional para la transformación personal se refiere a los cambios en las prácticas sociales de personabilidad que:

- 1) son resultado de una mudanza de entorno social o si no, al menos, de modificaciones en las relaciones intersubjetivas firmes de la persona transformada;

- 2) son la materia prima a partir de la cual surgen las nuevas historias que entran en conflicto narrativo con las historias que hasta entonces constituían el conglomerado narrativo de la persona; y
- 3) primero expropián la identidad representada en las historias pre-transformación y después imponen la identidad pos-transformación.

La transformación de los estudiantes de medicina ocurre bajo un diseño estructural afín al que Goffman describió para las instituciones totales, pues la educación médica comparte con aquéllas: 1) el aislamiento de los estudiantes; 2) la distorsión de ámbitos ordinarios en su vida como el sueño, la alimentación y el trabajo; 3) la vigilancia estricta de los estudiantes y su disciplinamiento mediante un sistema de castigos y privilegios; y 4) la carrera moral de los estudiantes que inicia con una etapa de expropiación de la identidad pre-transformación y concluye con una etapa de adaptación en la que se consuma la transformación de la persona.

El criterio metafísico

Como comenté al principio del capítulo, el problema de la persistencia es uno de los problemas filosóficos sobre la identidad personal que más preocupó a los filósofos analíticos en el último siglo, quienes a través de diversos experimentos mentales buscaron definir en qué casos sobrevive (o no) una persona. El criterio metafísico de la transformación personal se refiere a esta cuestión: comprender los cambios metafísicos que ocurren con una transformación personal y hasta que punto éstos posibilitan o impiden la sobrevivencia de la persona.

La teoría metafísica que suscribo para la identidad personal es la Perspectiva de la Vida-Personal (PVP) de Schechtman (2014), que expuse con detalle en el Capítulo III. De manera resumida, para la PVP una persona es la clase de entidad que vive un tipo de vida característica: una “vida-personal”. Ésta consiste en una sucesión de eventos caracterizados por una interacción

homeostática entre funciones y atributos biológicos, psicológicos y sociales que se sostienen y refuerzan entre sí. El concepto de homeostasis es central en esta propuesta, pues implica que todos los componentes de la vida-personal contribuyen a su mantenimiento sin que ninguno de ellos sea por sí mismo necesario y suficiente para la que vida-personal persista.

El concepto de homeostasis originalmente surgió en las ciencias naturales para caracterizar a la vida biológica. En ese ámbito, se refiere a un *estado de equilibrio* que oscila entre diferentes parámetros biológicos que posibilitan que un organismo esté vivo. La vida biológica de los seres humanos, por ejemplo, se preserva siempre y cuando nuestras funciones biológicas mantengan una temperatura corporal de entre 36.5 y 37.2°C, un ritmo cardíaco de entre 60 y 100 latidos por minuto, una frecuencia respiratoria de 12 a 16 respiraciones por minuto, una presión arterial no menor a 90/60mmHg ni mayor a 149/90mmHg, etc. Cuando por cualquier motivo la homeostasis de un individuo se desequilibra y las funciones biológicas salen de estos parámetros, nuestro cuerpo activa una serie de mecanismos regulatorios para restablecer el equilibrio y preservar así la vida biológica. Por ejemplo, cuando una persona pierde líquidos porque sudó mucho o tiene diarrea, su sangre se espesa y, en respuesta, el cuerpo activa varios mecanismos de regulación para restablecer la concentración óptima de la sangre. Estos mecanismos regulatorios incluyen tanto la activación de la sensación de sed como la liberación de hormona antidiurética, una sustancia que actúa a nivel de los riñones y disminuye la producción de orina, reteniendo los líquidos que tenemos dentro del cuerpo. Al aumentar el consumo de agua por sed y reducir la micción por acción de la hormona antidiurética, se restablece la cantidad de líquido que debe contener nuestra sangre y así *recuperamos* el equilibrio homeostático que posibilita la vida biológica.

Los mecanismos de regulación homeostática también sirven para que los organismos vivos *compensen* los desequilibrios producidos por condiciones

“adversas”⁶⁶ prolongadas. Por ejemplo, en altitudes superiores a los 2400 metros, la baja concentración de oxígeno en el aire produce un desajuste en el balance homeostático de los seres humanos, que en casos agudos se manifiesta por el mal de montaña. Pero cuando la exposición a un ambiente con baja concentración de oxígeno es prolongada, como en el caso de los pobladores de comunidades en altitudes muy altas, el cuerpo se adapta y compensa la falta de oxígeno en el aire con la producción de un mayor número de glóbulos rojos, las células sanguíneas que transportan el oxígeno desde los pulmones hacia el resto del cuerpo. De esta forma, se aprovecha al máximo la cantidad de oxígeno inhalada y el cuerpo se asegura de que todos los órganos reciban el oxígeno que necesitan para funcionar, manteniendo así la vida biológica aún en condiciones “adversas”.

En principio, los mecanismos de regulación buscan restablecer el equilibrio previo al desajuste homeostático, como en el ejemplo de la deshidratación. Sin embargo, en casos como el de los pobladores de grandes altitudes no es posible restablecer los parámetros originales y, en su defecto, los mecanismos de reparación *compensan* el desequilibrio, mas no lo *recuperan*. Ante desajustes homeostáticos en los que no es posible recuperar el equilibrio ni compensar (o seguir compensando) las funciones biológicas comprometidas, la vida biológica se vuelve insostenible y el organismo muere. Esto sucede con causas de muerte repentina—por ejemplo, la asfixia, en la que no se puede compensar la falta de oxigenación del organismo—y con las enfermedades crónicas, en las que se activan mecanismos de compensación que a la larga producen complicaciones incompensables—por ejemplo, con la hipertensión arterial aumenta la fuerza de los latidos cardiacos para vencer la resistencia de las arterias con presión alta, pero esto a la larga genera daños en el corazón que producen insuficiencia cardiaca y eventualmente, la muerte.

⁶⁶ Cuando hablo de condiciones “adversas” e “ideales”, estos apelativos deben entenderse en relación a la homeostasis establecida para el organismo vivo en cuestión. Las condiciones “adversas” son aquellas que desequilibran la homeostasis y activan los mecanismos regulatorios y compensatorios. Por lo contrario, las condiciones “ideales” son aquellas en las que el balance homeostático se mantiene con esfuerzos mínimos. Utilizo comillas para estos apelativos para enfatizar que no pretendo darles carga moral alguna, ni adjudicarles algún fin teleológico.

A lo largo de varias generaciones, las compensaciones en una población de organismos vivos pueden derivar en una *adaptación* a las circunstancias “adversas”, de tal suerte que ocurre una *diferenciación biológica* y aparece una nueva especie para la cual se establecen nuevos parámetros homeostáticos. Las otrora circunstancias “adversas” se convierten para esa población en circunstancias “ideales”. Este tipo de *adaptación* de los organismos vivos a ambientes cambiantes es la base de la *selección natural* que rige la evolución de las especies: bajo ciertas circunstancias, sobreviven los organismos mejor adaptados a ellas.

Al plantear que la vida-personal funciona como un conglomerado homeostático, Schechtman (2014) expande la noción de homeostasis al equilibrio que se consigue mediante el funcionamiento conjunto de elementos biológicos, psicológicos y sociales, y del cual depende la continuidad de la vida-personal, es decir, la persistencia de una persona. Para dar cuenta de cómo su propuesta enfrenta el problema de la persistencia, Schechtman recurre a la metodología filosófica predilecta y aplica su teoría metafísica de la identidad personal a una serie de experimentos mentales planteados por ella misma y por otros filósofos de la tradición analítica. De esta manera, explica que la pérdida de ciertos elementos o funciones que constituyen la identidad personal puede ser compensada por otros atributos del conglomerado homeostático, dando así continuidad a la vida-personal sin conceder prioridad a ningún elemento o grupo de elementos sobre otro. Sin embargo, Schechtman no profundiza en la explicación de cómo ocurren dichas compensaciones, ni en la explicación de cómo funciona la homeostasis de la vida-personal en comparación con la homeostasis biológica de otros organismos vivos. Además, tampoco recupera la distinción que había hecho en su primer libro entre problemas de la persistencia que responden a la pregunta de la reidentificación y aquellos que responden a la pregunta de la caracterización (Schechtman, 1996). Para establecer el criterio metafísico de la transformación personal será preciso responder algunas de estas cuestiones que Schechtman dejó inconclusas.

Al igual que la homeostasis de los organismos biológicos, la homeostasis de una vida-personal es dinámica: oscila entre parámetros o límites relativamente estables gracias a una serie de mecanismos reguladores y compensatorios. Cuando cambian nuestras condiciones de vida y se da un desbalance homeostático en la vida-personal, las personas activamos mecanismos cuyo objetivo es *recuperar* el equilibrio entre nuestros elementos biológicos, psicológicos y sociales, o en su defecto, *compensar* el desbalance.

La tendencia al equilibrio en la identidad personal se manifiesta como una resistencia al cambio. En términos psicoanalíticos, Ribeiro y Gonçalves (2001) han señalado que, ante cambios con potencial transformativo (*innovative moments*) que producen ambivalencia y conflicto emocional, las personas tienden a atenuar los cambios, minimizándolos, despreciándolos o trivializándolos. Ante la inestabilidad, explican estos psicoanalistas, las personas preferimos lo conocido, lo seguro, lo familiar, y rechazamos lo desconocido, lo inseguro, lo extraño. Ese rechazo a lo desconocido suele estar mediado por emociones negativas como el miedo y la aversión. Estos mecanismos psicológicos pueden identificarse como un primer tipo de mecanismos de regulación homeostática cuya función es preservar la vida-personal. Esta clase de mecanismos conservan la organización jerárquica de nuestro conglomerado narrativo pues mantienen la voz narrativa que ha sido dominante hasta ese momento⁶⁷.

Ricœur explica la resistencia que tenemos al cambio al plantear que las personas tenemos el compromiso ético de preservarnos a lo largo del tiempo: “aunque cambie mi deseo, aunque yo cambie de opinión, de inclinación, ‘me mantendré’” (Ricœur, 1996:119). Para el filósofo francés, esta *promesa de mantenerme* surge de la obligación moral de hacerme responsable ante la confianza que los otros depositan en mí. Si me prestas dinero, esperarás que yo me mantenga a mí misma como tu deudora que prometió pagarte en tiempo. Si

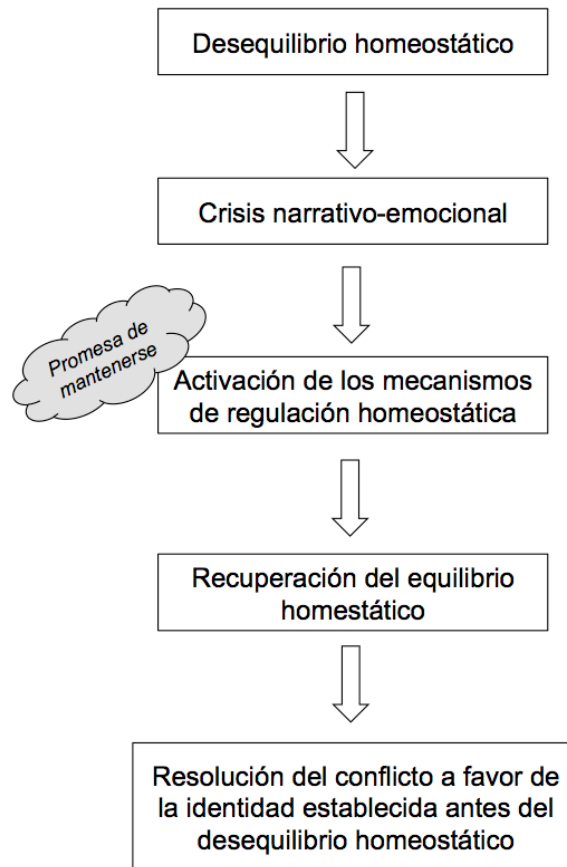
⁶⁷ Recordemos que, en términos psicoanalíticos, una transformación personal ocurre cuando cambia la “voz” del narrador de las historias autobiográficas. Para la teoría que aquí desarrollo, esto significa que hay una reorganización de la jerarquía de las historias que componen el conglomerado narrativo.

me contratas para un trabajo, esperarás que me mantenga a mí misma como la profesionalista capaz de realizar las tareas asignadas. Si te casas conmigo, esperarás que me mantenga a mí misma como la pareja comprometida a fortalecer y cultivar nuestra relación. La promesa de mantenerse de Ricoeur es necesaria para las interacciones sociales en un sentido muy fundamental, pues justifica y posibilita la confianza en el otro. Cuando esta promesa se rompe, defraudamos la confianza y las expectativas que los otros tenían sobre nosotros y podemos perder relaciones intersubjetivas firmes. Por eso, las transformaciones personales no son frecuentes: sus costos sociales y emocionales son muy altos, como evidencia la galenización de los estudiantes de medicina.

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, el aislamiento, el sometimiento y el disciplinamiento del que son objeto los estudiantes de medicina altera muchos de los elementos y funciones biológicas, psicológicas y sociales que componen su vida-personal. En términos metafísicos, estas alteraciones son desajustes en su equilibrio homeostático que se manifiestan por una crisis narrativo-emocional caracterizada por el conflicto que se da entre la identidad representada en las historias que componen el conglomerado narrativo de la persona y la identidad representada en las nuevas.

Gracias a la resistencia al cambio y a la promesa de mantenerse, que rigen los mecanismos de regulación homeostática de la vida-personal, la mayoría de las “crisis de identidad” que atraviesan las personas se resuelven a favor de la identidad representada en las historias que componen el conglomerado narrativo de la persona, dejando subordinadas a ellas las historias en las que se representa una nueva identidad, *recuperando* así el equilibrio de la vida-personal. Éstos son los cambios del desarrollo: son cambios propios del dinamismo de nuestra identidad que ocurren entre los parámetros homeostáticos de la vida-personal. Si bien los cambios por los que atravesamos las personas a lo largo del tiempo y a través de distintos contextos sociales pueden producir desbalances homeostáticos, éstos se resuelven *recuperando* el equilibrio entre nuestros elementos biológicos, psicológicos y sociales (ver Figura 8).

Figura 8. Cambios del desarrollo



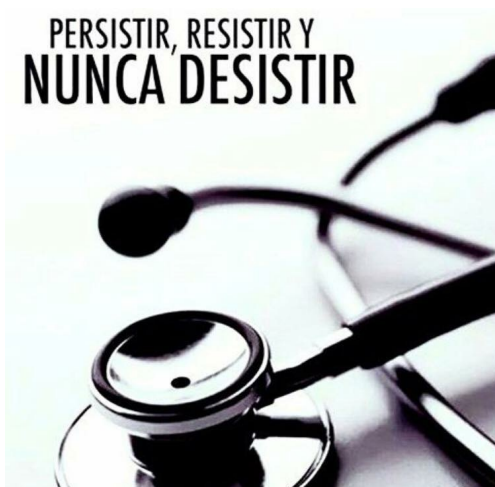
Fuente: Elaboración propia

No obstante, en el caso de los estudiantes de medicina, las propiedades totalizantes de la educación médica actúan como una *fuerza social* que impide que los estudiantes *recuperen* el equilibrio de su conglomerado narrativo. En términos metafísicos, la etapa de expropiación por la que pasan los reclusos de una institución total constituye una etapa durante la cual los reclusos resisten esa *fuerza social* con el propósito de mantenerse, esto es, para que su identidad no sea expropiada. Es en este periodo que, como vimos anteriormente, muchos estudiantes de medicina tienen deseos reiterados de abandonar la carrera: así escaparían de la fuerza social que les impide recuperar su balance homeostático.

En última instancia, quienes abandonan la carrera resuelven su desequilibrio homeostático/su crisis narrativo-emocional *recuperando* el equilibrio que tenían antes de comenzar su formación profesional. Para algunos de ellos, esta salida significará un fracaso, pues no habrán conseguido transformarse en médicos. Este enfoque es el que prevalece entre los médicos y estudiantes: sólo abandona la carrera quien no pudo con ella, quien no fue lo suficientemente fuerte como para resistir las exigencias de la galenidad. La Imágenes 20 y 21 reproducen precisamente esta idea. Se trata de un par de memes que circulan en redes sociales; en uno de ellos se transmite la norma de que para los médicos está prohibido rendirse (Imagen 20), mientras que la otra refrenda dicha norma al comunicar la muerte social dentro del campo médico de los que se rinden (Imagen 21).

Esta apreciación claramente negativa sobre la resolución de la crisis narrativo-emocional de los estudiantes de medicina con la *recuperación* de la homeostasis es lo que motivó a Enrique, el estudiante de 25 años de Zacatecas, a formar el programa para prevenir la deserción en su universidad de origen (ver cita en p. 180).

Imagen 20. Nunca desistir



Fuente: Facebook

Imagen 21. El tipo que se rindió



Fuente: Facebook

En ocasiones, esa misma apreciación retiene a algunos alumnos dentro de la carrera, aunque no quieran seguir ahí, como fue mi propio caso. En la entrevista con Severino y Braulio, comentamos entre los tres:

Severino: [Estudiar medicina] es una credencial fuertísima.

Marcia: Sí, es una credencial fuertísima. No es que mi hijo esté estudiando cualquier cosa, sino que va a ser doctor.

Braulio: Exacto. Además, yo creo que tanto Severino como yo tenemos algo de narcisismo.

Marcia: ¿A qué te refieres con eso del narcisismo? ¿Como este rollo de cómo yo no voy a poder? ¿Cómo yo voy a dejar la carrera?

Severino: Sí tiene que ver, o sea es un factor importante.

Braulio: Me refiero a cómo quiero que me vean los demás, quien sea, de haber dejado una carrera, de haber dejado medicina—

Severino: Que te vean como “desertor de la medicina”.

Braulio: Todavía si dejas diseño gráfico para meterte a medicina, ¿entiendes? Es como “bueno, está ascendiendo en la escala social”.

Marcia: A mí lo que me pasaba era un poco todo este discurso que había de “la gente que lo deja es por que no puede” y yo, “¡claro que puedo, nomás que me choca!” Que es diferente. Entonces sí puedo y terminé la carrera en el grupo de excelencia y con buen promedio y bla bla bla, pero ahí tienen su maldito título porque no me gusta.

Severino: Sí, claro.

Marcia: ¿También les pasó un poco así?

Severino: Sí, sí, sí.

Severino y Braulio, estudiantes, Ciudad de México

Además de mí, Diana, Braulio y Severino se titularon como médicos generales, pero decidieron no estudiar una especialidad médica y realizarse

profesionalmente en otros ámbitos. En todos estos casos podemos considerar que el desbalance homeostático que les desató la educación médica totalizante finalmente se resolvió con la *recuperación* del equilibrio entre los componentes biológicos, psicológicos y sociales de su vida-personal, es decir, a favor de la identidad pre-transformación. Esto quiere decir que las historias en las que representamos la galenidad quedaron subordinadas a las historias que ya componían nuestro conglomerado narrativo y que representaban nuestra identidad de otras maneras, de tal suerte que no hubo un rearrreglo jerárquico de nuestra identidad: no nos transformamos.

No obstante, estos casos no son la norma⁶⁸. Por lo contrario, la mayoría de los estudiantes de medicina supera la etapa de expropiación y, por medio mecanismos de regulación homeostática, *compensan* el desequilibrio producido por las condiciones totalizantes de la educación médica hasta que se *adaptan* a la galenidad, transformándose en médicos. Como habíamos visto para la homeostasis biológica, a lo largo de varias generaciones, las compensaciones en una población de organismos vivos pueden derivar en una *adaptación* a las circunstancias “adversas”, de tal suerte que ocurre una *diferenciación biológica* y aparece una nueva especie para la cual se establecen nuevos parámetros homeostáticos. En el caso de las personas, la *adaptación* puede darse a nivel individual, en el curso de una vida-personal, por medio de la *diferenciación social*. Esto es lo que constituye una transformación personal en términos metafísicos: se trata de la adaptación a nuevas circunstancias que ocurre cuando, por medio de la compensación prolongada, la persona establece nuevos parámetros homeostáticos para su sobrevivencia. Para comprender cómo es posible esto, habrá que considerar algunas diferencias entre la homeostasis biológica y la homeostasis de la vida-personal.

⁶⁸ Conocer el perfil de los médicos que resuelven el desequilibrio homeostático recuperando su equilibrio original amerita un análisis empírico. Como hipótesis de partida podría plantearse que en general quienes desertan por decisión (y no por reprobación o circunstancias ajenas a ellas) pertenecen a una clase social media privilegiada. Como apuntó Braulio en entrevista: “sí creo que muchas veces la posibilidad de cuestionarte ‘tal vez no voy a hacer esto’ forma parte de tu nivel social. Saber que a fin de cuentas, si yo decido salirme de medicina probablemente tenga a mis papás que me van a apoyar” (estudiante, 26 años, CDMX).

En primer lugar, el modelo homeostático de la vida-personal es más complejo que el de la vida biológica, pues además de los elementos y funciones biológicas de los seres humanos⁶⁹, integra nuestros atributos psicológicos y condiciones sociohistóricas. Esto es lo que hace que las personas, en tanto conglomerados homeostáticos, tengamos mayor plasticidad que otros organismos vivos: además de poder *recuperar* o *compensar* el equilibrio homeostático, bajo ciertas condiciones las personas podemos *adaptarnos* a nuevas circunstancias y establecer nuevos parámetros homeostáticos independientemente del proceso de evolución biológica.

De acuerdo con el médico, filósofo y sociólogo Norbert Elias (1987), a lo largo de nuestra evolución, los seres humanos hemos sido capaces de adaptarnos a una gran variedad de condiciones sin la necesidad de diferenciarnos biológicamente—es decir, sin dividirnos en distintas especies—gracias a nuestras facultades sociales, desarrolladas a partir de las características biológicas distintivas que posibilitaron que los seres humanos aprendiéramos de la experiencia, transitiéramos el conocimiento entre generaciones y cambiáramos en muchas formas diferentes nuestras vidas grupales de acuerdo con las nuevas demandas de nuestro entorno.

En el caso de los humanos, la misma especie se adaptó a muchas condiciones diferentes en la tierra principalmente por medio de una *diferenciación social*, mientras que las variaciones biológicas nunca afectaron la mismidad de la especie. Los humanos llenaron la tierra aprendiendo de la experiencia y transmitiendo su conocimiento de una generación a otra. Se adaptaron a nuevos entornos con la ayuda de una secuencia de transformaciones sociales: es decir, transformaciones en la forma

⁶⁹ Hay que recordar que en la PVP Schechtman deja abierta la posibilidad de que existan personas no humanas, pero al suscribir esta teoría yo asumí que todas la personas somos seres humanos (ver pp. 104-105).

de desarrollo social y sin más transformaciones evolutivas que hubieran roto la unidad biológica de la especie (Elias, 1987:343).

Si bien otros animales no humanos también tienen la capacidad de aprender, la mayor parte de sus conductas son de carácter más bien instintivo y están guiadas por su constitución biológica. En cambio, explica Elias, la gran mayoría—si no todas—las conductas de los seres humanos están guiadas por el aprendizaje. Nosotros somos la única especie terrestre en la que la relación entre conductas guiadas por la biología y las conductas guiadas por el aprendizaje está invertida. Esto ha implicado tanto pérdidas como ganancias para nuestra especie: los seres humanos hemos ganado ventajas adaptativas sobre otras especies, pero también hemos perdido algunas habilidades biológicas. En el camino de diferenciación social, por ejemplo, perdimos la capacidad de comunicarnos y orientarnos sin aprender el lenguaje y una serie de conocimientos sociales pre-existentes. Como apunta Elias, nuestra capacidad de aprendizaje se desarrolló tanto que se volvió imprescindible: los seres humanos *necesitamos* del aprendizaje para desarrollarnos adecuadamente. En este sentido, la propuesta de Elias es compatible con la PVP de Schechtman, en la que con apoyo de teorías psicológicas contemporáneas (por ejemplo: Nelson y Fivush, 2004) se reconoce que a través de la maduración, la socialización y el aprendizaje, las personas vamos desarrollando las capacidades forenses con las que tradicionalmente se ha definido la personabilidad, de tal suerte que la interacción con otras personas se vuelve *necesaria* para alcanzar un estado maduro de personabilidad (ver Capítulo III).

Elias interpreta esta subordinación de las conductas guiadas por la biología ante las conductas aprendidas como una “pérdida de la rigidez genética” (p. 345), que hizo que los humanos nos volviéramos más maleables en comparación con otros animales. Es precisamente esa maleabilidad o plasticidad la que nos ha permitido *adaptarnos* a nuevos entornos por medio de la diferenciación social, sin necesidad de diferenciarnos biológicamente. Y es precisamente esa plasticidad la que nos permite *transformarnos* cuando se nos impide *recuperar* el equilibrio

homeostático que teníamos antes de enfrentarnos a circunstancias “adversas” prolongadas.

Así pues, con base en la propuesta de Elías, podemos explicar que la homeostasis de la vida-personal es menos rígida que la homeostasis biológica, y si bien tendemos a regresar al equilibrio, ante circunstancias “adversas” prolongadas también tenemos la posibilidad de establecer nuevos parámetros homeostáticos por medio del aprendizaje social. Las circunstancias “adversas” prolongadas constituyen una *fuerza social* que vence la resistencia al campo y rompe con la promesa de mantenerse, impidiendo que se *recupere* el equilibrio homeostático. Sólo en esos casos las personas podrán *adaptarse* a sus nuevas condiciones de vida y el conflicto narrativo se resolverá entonces a favor de la identidad pos-transformación.

Como expliqué anteriormente, los estudiantes de medicina se acostumbran a las condiciones totalizantes de la educación médica a través de *ajustes primarios* y *ajustes secundarios* . Los estudiantes desarrollan un carácter resistente y se *adaptan* a dormir menos y a comer a deshoras, así como a obedecer, a respetar jerarquías y a evitar conflictos, hasta que aprenden cómo aprovecharse de sus circunstancias para obtener beneficios personales a través de su carácter autoritario y, a veces, maligno. Esto se consigue mediante mecanismos prácticos de regulación homeostática: cuando ante un desequilibrio una *fuerza social* impide que recuperemos nuestro balance homeostático, las personas nos adaptamos a nuevas circunstancias para preservar la vida-personal.

Aunados a estos mecanismos de regulación prácticos, el desbalance homeostático de la vida-personal activa mecanismos narrativos para integrar las nuevas historias al conglomerado narrativo de la persona. Los mecanismos narrativos buscan prevenir o en su defecto reparar la discontinuidad

fenomenológica, narrativa y semántica (“ésta no soy yo”) que caracteriza al conflicto narrativo-emocional del primer criterio para la transformación personal⁷⁰.

Uno de estos mecanismos consiste en reinterpretar nuestras historias retrospectivas de tal forma que las nuevas historias parezcan seguirlas naturalmente—“como historiadores whiggistas”, diría el filósofo Raymond Martin (1998:117-118). Esto se consigue mediante la apropiación⁷¹ de las nuevas historias y el abandono de algunas historias retrospectivas—*sujetar* y *soltar* en términos de Lindemann—, con el apoyo de mecanismos psicológicos de regulación homeostática que involucran nuestra memoria. En sus estudios sobre la memoria autobiográfica, Conway, Singer y Tagini (2004) señalan que el “yo recordado” es distorsionado sistemáticamente de manera automática para ajustarlo al concepto de uno mismo que tenemos en el presente, con el propósito de asegurar la continuidad semántica de uno mismo a lo largo del tiempo.

Cuando estos mecanismos son insuficientes y las personas pasan por experiencias de discontinuidad, entonces creamos *argumentos autobiográficos* para recobrar la sensación de continuidad. Habermass y Köber (2015) describieron dos tipos de argumentos autobiográficos: el argumento esencialista, según el cual las personas se convencen de tener una esencia que perdura a través de su transformación, y el argumento narrativo, que cuenta la historia de cómo ha ido cambiando la persona, recobrando con el hilo narrativo la sensación de continuidad. La importancia de este mecanismo narrativo no recae en la

⁷⁰ Kim y Wohl (2014) han señalado que la discontinuidad no siempre es un síntoma psicológico negativo que amerita repararse. Defienden que, por el contrario, en ocasiones sirve como impulso para completar procesos de transformación positivos, como en el caso de los pacientes con adicciones en los que la discontinuidad sirve como catalizador para dejar la adicción.

⁷¹ Martin trabaja el problema de la transformación personal como una sustitución de yoes que se da a través de la apropiación de un yo sustituto (*a surrogate self*). Para él, una persona se transforma cuando se identifica con otro yo, el cual sustituirá a su yo actual a través de un proceso que implica empatía (ponerte emocional o cognitivamente en el lugar del otro yo), simpatía (ser empático y además adoptar objetivos del otro yo) y apropiación. Esta última está constituida por tres elementos: 1) afectarte de una manera que sólo puede ser experimentada por alguien que recuerda o imagina experiencias propias; 2) contextualizar cognitivamente las experiencias apropiadas “como historiadores whiggistas”; y 3) comportarte como si las experiencias del otro yo fueran propias. Más que una sustitución de yoes, considero que el proceso que describe Martin se refiere a distintos mecanismos de regulación homeostática que sirven para preservar la vida personal ante circunstancias transformativas.

veracidad de los argumentos que creamos, sino en su capacidad para prevenir y reparar la discontinuidad fenomenológica, narrativa y semántica que caracteriza el conflicto emocional de las transformaciones personales.

Muchas de las citas utilizadas para ilustrar el proceso de galenización (ver pp. 131-151) son precisamente argumentos narrativos en los que los entrevistados cuentan la historia de cómo han ido cambiando. Los médicos que ofrecieron argumentos esencialistas son los de mayor edad entre mis entrevistados, y con una muy buena posición jerárquica dentro del campo médico⁷². Esto parece apuntar que los argumentos esencialistas son más comunes entre médicos que completaron su transformación hace muchos años y que ahora gozan de un estado de galenidad maduro y reconocido. Aquí un par de ejemplos:

Marcia: ¿Cambió su forma de ser de alguna manera al estudiar medicina?

Renato: Sí, no sabría decirlo. Siempre fui de un carácter fuerte, fuerte pero en el buen sentido de la palabra, no aquel machista ni aquel que grita, me refiero yo a soportar los golpes, a soportar los castigos, a soportar las adversidades. Siempre tuve un carácter fuerte, pero a la vez siempre he sido muy humilde, muy humilde en aceptar errores, en aceptar lo que puedo y lo que no puedo hacer, entonces eso, yo creo que eso me ayudó.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León.

⁷² Como veremos en el Capítulo V, se ha documentado que las especialidades médicas de mayor prestigio son aquellas en las que se utiliza tecnología sofisticada, se realizan procedimientos invasivos y/o inmediatos, se ocupan de la parte superior del cuerpo (que contiene órganos vitales como el corazón y el cerebro), están en contacto directo con pacientes, atienden personas en edad productiva, tienen mayor remuneración, requieren periodos de entrenamiento más largos, tienen más bases científicas y realizan prácticas médicas más paternalistas (Album & Westin, 2008; Creed, Searle, & Rogers, 2010; Johannessen, 2014; Rosoff & Leone, 1991; Davies & Allison, 2013; Norredam & Album, 2007). Neurocirugía reúne varias todas estas características, por lo que suele considerarse como la especialidad de mayor prestigio en el campo médico. Oftalmología también reúne varias de estas características. En un análisis de las jerarquías del campo médico que escribí en coautoría con Castro, Oftalmología aparece como una de las especialidades de alto prestigio en México, según puntaje requerido por el Examen Nacional de Residencias Médicas (ver: Castro y Villanueva, s/f).

Marcia: ¿Cómo siente que cambió su manera de ser estudiar medicina?

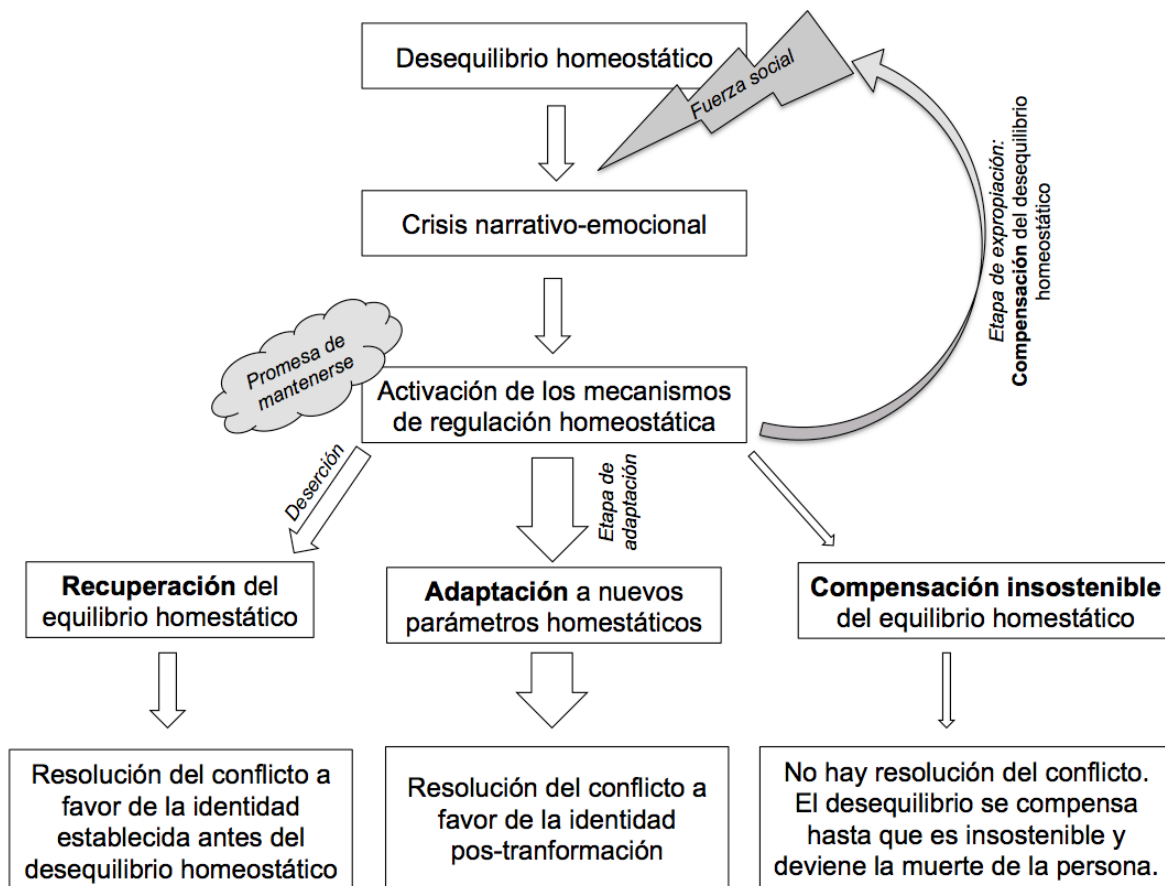
José Luis: Es que ese es el tema, como siempre has estado en lo mismo, es como si le preguntaras a un pez cómo es fuera del agua. O sea, de qué manera puedes hablar de cómo es otra cosa si tú no estás en eso.

José Luis, oftalmólogo, 46 años, Guadalajara.

La diferencia metafísica entre los cambios del desarrollo y la transformación personal radica en que, en los primeros, los desequilibrios en la homeostasis de la vida-personal se resuelven cuando los mecanismos homeostáticos *recuperan* el equilibrio, y en cambio, en la transformación personal una *fuerza social* impide que se recupere el balance homeostático y, tras un periodo de *compensación* prolongada, los mecanismos de regulación homeostática vencen la resistencia al cambio y la persona se *adapta* a las nuevas circunstancias, estableciendo nuevos parámetros de equilibrio homeostático (ver comparativamente la Figura 8 [arriba] y la Figura 9).

La Figura 9 ilustra los desenlaces posibles que tiene un desbalance homeostático bajo una *fuerza social* que impide recuperar el equilibrio anterior. Este es el caso para el desequilibrio homeostático que produce la educación médica totalizante en los estudiantes de medicina, en términos metafísicos. A la izquierda se presenta la resolución para los estudiantes que desertan o los médicos que abandonan la profesión, quienes escapan de la fuerza institucional totalizante y de este modo resuelven su crisis narrativo-emocional *recuperando* el balance homeostático que tenían originalmente. En medio se presenta el caso de la transformación personal, que es el desenlace más común entre los reclusos de las instituciones totales. Aquí, el conflicto se resuelve con la *adaptación* a la galenidad, lo que implica que se establecen nuevos parámetros homeostáticos por medio de la *diferenciación social*. Y hasta la derecha se representa un tercer desenlace posible para los desequilibrios homeostáticos de la vida-personal producidos por una institución total: que éstos no se resuelvan y derivan en la muerte de la persona.

Figura 9. Transformación personal y otros desenlaces posibles



Fuente: Elaboración propia

Así como la muerte de un organismo vivo ocurre cuando los desequilibrios de la homeostasis biológica no se resuelven porque los mecanismos reguladores no pueden recuperar o seguir compensando el desequilibrio, de igual forma hay personas que, bajo el influjo de una fuerza social, sus mecanismos reguladores son incapaces tanto de recuperar el equilibrio original de su vida-personal como de adaptarse a sus nuevas condiciones y establecer nuevos parámetros homeostáticos para darle continuidad a su vida-personal. En estos casos, la persona se queda atrapada en el desequilibrio homeostático y preserva su vida-

personal en virtud de compensaciones que a la larga resultan insostenibles, como sucede con las enfermedades crónicas para la vida biológica.

En ellos, pareciera no resolverse la crisis narrativo-emocional del primer criterio de la transformación personal: el conflicto emocional se vuelve crónico y, en algunos casos, conduce al suicidio. Al exponer el primer criterio para la transformación personal presenté datos sobre la prevalencia de síntomas depresivos entre los estudiantes de medicina, que es superior a la de la población general. En la revisión citada (Rotenstein et al, 2016), que incluyó 195 artículos publicados entre 1982 y 2015 de 47 países, con un total de 129,123 participantes, se encontró que la prevalencia de ideación suicida⁷³ en estudiantes de medicina oscila entre el 4.9% y el 35.6%. El metaanálisis de estos datos apunta a que 11% de los estudiantes de medicina ha pensado en suicidarse.

Una revisión sobre ideación suicida en estudiantes de medicina de América Latina señala que el 13.78% de esta población ha presentado ideaciones suicidas, mientras que 2.9% han tenido intentos suicidas (Denis-Rodríguez et al, 2017). En México, se han reportado prevalencias de ideación suicida variables: de entre 5.6% y 12.69% en estudiantes de pregrado (Reyes, Monterrosas y Navarrete, 2017; Martínez, Muñoz y Rojas, 2016) y alrededor de 8 % en residentes (Vargas, Moheno y Cortés, 2015; Jiménez-López, Arenas-Osuna y Angeles-Garay, 2015). La mayoría de las prevalencias de ideación suicida reportadas por estos estudios son superiores a la de la población general en México, que se estima alrededor del 9% (Borges et al, 2010).

En Estados Unidos la medicina es la profesión con la tasa de suicidios más alta, ubicándose incluso por encima de la milicia. En ese país, se suicida un médico cada día (Anderson, 2018) y ésta es la principal causa de muerte entre residentes hombres y la segunda causa de muerte en residentes mujeres

⁷³ La ideación suicida consiste en el pensamiento y la planeación recurrente que realiza un individuo para cometer un suicidio, pero que no llega a realizarlo en ningún momento. El intento suicida, en cambio, es el acto que realiza un individuo, de manera voluntaria y planeada, con el objetivo de finalizar su vida, pero no lo logra. Suicidio es el acto consumado de quitarse la propia vida.

(American Psychiatric Association, 2018). Durante el trabajo de campo se celebró a nivel mundial una campaña para desestigmatizar las enfermedades mentales entre los médicos y prevenir el suicidio en esta población utilizando el hashtag #crazysocks4docs. La Imagen 22 muestra una publicación que circuló en Facebook acerca de esta campaña.

En México no contamos con estadísticas sobre el número de médicos que se quitan la vida, sin embargo, puede estimarse que se trata de una cifra elevada. Tan sólo entre 2000 y 2009, 10 médicos residentes del Centro Médico Nacional La Raza se suicidaron, lo que motivó la apertura de una *Clínica de Salud Mental para Médicos Residentes* dentro del servicio de psiquiatría del mismo hospital (Jiménez-López y Arenas-Osuna, 2017).

Imagen 22. #crazysocks4docs

#CRAZY SOCKS 4 DOCS

1 DE CADA 4 MEDICOS:
HA TENIDO
PENSAMIENTO SUICIDA

1 DE CADA 5 MEDICOS:
HA SIDO DIAGNOSTICADO O
ESTA EN TRATAMIENTO POR
DEPRESION

1 DE CADA 50 MEDICOS:
HA TENIDO
INTENTO SUICIDA

EL 1 DE JUNIO USA UN LOCO
PAR DE CALCETINES

PARA RECORDAR A AQUELLOS QUE HAN
FALLECIDO
**PARA HACER CONCIENCIA DE NUESTRA SALUD
MENTAL**
PARA REMODELAR NUESTRA CULTURA DE
SALUD

Fuente: Facebook

En trabajo de campo también hubo referencia a varios casos de suicidio entre los médicos:

Cuando nosotros entramos a la carrera, bueno, al menos allá en Guerrero, te hacen supuestamente tu examen psicológico, y cuando te inscribes cada año supuestamente te hacen el examen médico, pero pienso que realmente un psicólogo, que te siente y que te diga “Mira, ¿cómo te sientes?”, eso no hay. O incluso alguien en el servicio social, ¿por qué? Porque ha habido muchos que se suicidan. Aquí en San Luis Potosí, me ha tocado varias zonas donde ha habido pasantes [de servicio social] que se suicidan, entonces pues sí, de repente dice uno bueno, qué está pasando, es el entorno familiar, es en el laboral, o qué es, o a lo mejor es el familiar y el mismo estrés de la carrera te está orillando.

Nidia, médica general, 33 años, San Luis Potosí

Hubo un intento de suicidio durante mi generación, una chava que estaba muy confundida y no quería Medicina, y sí hubo un problemita ahí, fue un tema fuerte, ¿no? [...] También una compañera me contó de un residente de Cirugía que se suicidó hace dos años, cuando ella estaba rotando en Cirugía.

Diana, médica general, 26 años, Ciudad de México

Hacia el final del trabajo de campo, resonó en redes sociales el caso de Zyanya, una residente de pediatría de 26 que se suicidó en Puebla. En las notas periodísticas que cubrieron la noticia (v.gr. Televisa, 2018; Vanguardia, 2018) se denunció el maltrato de los residentes del hospital donde estudiaba Zyanya la especialidad:

El acoso es sistemático, es una costumbre en este hospital y todos. Desde que llegas te avisan que así los han tratado a ellos y que incluso les iba peor. Acá los médicos superiores que ahora son ya prácticamente pediatras formados, o R3, el grado mayor, te tratan con la punta del pie. Te gritan que sin ellos mataríamos niños, que qué vamos a hacer cuando no estén ellos. Son jornadas largas de trabajo, te castigan cuando quieren y puedes estar hasta 36 horas [seguidas]. Algo así le pasó a Zyanya.

Residente de pediatría, Puebla.

No es el único caso. Han hecho renunciar a dos médicos más. Éramos 18 y en menos de un año dos renunciaron y Zyanya se suicidó.

Residente de pediatría, Puebla.

En síntesis, el criterio metafísico de la transformación personal se refiere al desequilibrio homeostático por el que atraviesa una persona cuando se transforma y que:

- 1) se resuelve con la adaptación a nuevas circunstancias que ocurre cuando, por medio de una compensación prolongada, la persona establece nuevos parámetros homeostáticos para su vida-personal;
- 2) es el resultado de una fuerza social que impide que las personas recuperen el equilibrio homeostático que anteriormente tenían, como sí sucede con los cambios del desarrollo; y
- 3) en ocasiones, compromete la continuidad de la vida-personal.

Todo suma

Los criterios narrativo-emocional, interaccional y metafísico que he presentado a lo largo de este capítulo deben entenderse como criterios descriptivos de lo que implica una transformación personal, y no como criterios normativos. La caracterización que aquí he hecho sobre este problema filosófico está basada en un patrón general de cambios y experiencias por las que atraviesan los estudiantes de medicina durante su proceso de galenización. Sin embargo, no todas las experiencias particulares de todos los estudiantes de medicina serán iguales: habrá quienes se transformen en médicos sin haber tenido experiencias de discontinuidad y con perturbaciones emocionales menos intensas. Esto dependerá, como explicó Goffman, del apego que el recluso haya tenido por su identidad pre-transformación, y también de las ganancias personales y sociales que le implique transformarse en médico.

Asimismo, otras transformaciones personales distintas a la galenización podrán variar en las particularidades de cada criterio. Queda por definir con base en otros análisis empíricos y filosóficos bajo qué otras formas puede cumplirse con el criterio interaccional. Reconozco que otras fuerzas sociales estructuralmente distintas a las instituciones totales podrían desatar un desequilibrio homeostático que amerite la adaptación a nuevas circunstancias, estableciendo nuevos parámetros homeostáticos.

El contenido de este capítulo, pues, debe tomarse como una presentación de varios elementos teóricos que abonan a la comprensión del problema de la persistencia de la identidad personal. Todo suma para caracterizar la transformación personal como un fenómeno distinto a los cambios que atravesamos a lo largo del tiempo y de distintos contextos sociales. Nada de ello resta a otros procesos de transformación que pueden concretarse por caminos alternativos a los que aquí he presentado.

Elegir transformarse en médico

A lo largo de este capítulo hemos visto que transformarse en médico tiene costos importantes para los estudiantes de medicina, pues esta transformación implica renunciar al concepto que tenían de sí mismos hasta ese momento para adquirir una nueva identidad regida por la galenidad. Esto se consigue mediante el asilamiento y el maltrato de los estudiantes, condiciones que arriesgan su salud física y mental, y los compelen a asumir una supuesta superioridad sobre otras personas basada en una serie de compromisos respecto a su propia identidad, como por ejemplo ser autoritario, resistente e insensible. Tales suposiciones y compromisos asimismo los compelen a legitimar la educación totalizante a través de la cual se transforma a los médicos y otras prácticas opresivas de las que hablaré con detalle en el próximo capítulo.

Si la galenización es un proceso de transformación personal que se da a base de maltrato y supone todo lo anterior, cabe preguntarnos por qué alguien querría transformarse en médico. Cuando un joven que está terminando el bachillerato va a elegir una carrera profesional, esperamos que esta decisión sea informada: que haya revisado el plan de estudios de las carreras que le interesan y que haya pedido consejo u opinión de profesionales de esas áreas. Sin embargo, revisar el plan de estudios de la carrera de medicina no lo informará sobre el currículum oculto que conlleva esta profesión, y la opinión de médicos y estudiantes podrá ponerlo sobre advertencia acerca de las características de la formación médica, pero difícilmente los testimonios que puedan ofrecerle lograrán comunicarle todo lo que implica transformarse en médico.

Los jóvenes que desean estudiar medicina pueden estar dispuestos a aceptar de antemano la competencia académica que demanda esta carrera, los horarios de estudio dentro de los hospitales y el largo tiempo de formación que implica formarse como médico general y luego como especialista. No obstante, su decisión de transformarse en médico seguirá siendo poco informada, pues no hay forma de que ese joven sepa de antemano cómo es pasar por experiencias de

maltrato, de abuso de autoridad y de expropiación de su identidad pre-galenización, implícitos en el diseño estructural totalizante de la educación médica. Como argumenta Laurie Paul (2014) uno sólo cuenta la información relevante sobre esas experiencias transformadoras cuando las vive en carne propia. Elegir transformarse en médico es una decisión como las que plantea esta filósofa en su trabajo acerca de las elecciones transformativas, esto es, las decisiones que uno toma respecto a pasar por experiencias nuevas que implican un proceso de transformación personal.

Paul argumenta que es imposible hacer elecciones transformativas con pleno conocimiento de lo que esta decisión conlleva para la propia identidad. Para evaluar estas situaciones, propone un experimento mental divertido. Ella plantea que imaginemos un escenario en el que tenemos la posibilidad de transformarnos en un vampiro. Antes de tomar la decisión de si queremos pasar por esta experiencia transformadora, Paul arguye que quisiéramos tener toda la información relevante para tomar esta decisión, pero que esto no es posible, pues las experiencias que tendríamos como vampiros no se parecen en nada a las experiencias que tenemos como humanos, y la única manera de conocer esas experiencias es siendo un vampiro. Esto nos coloca en una situación epistémica particular: tenemos que tomar una decisión y es imposible contar con la información necesaria para tomar esta decisión de manera informada. Además, el escenario se complica porque aquellos humanos que ya se han transformado en vampiros sólo pueden darnos consejos desde su condición de vampiros. Esto quiere decir que sus opiniones no son fiables, pues al transformarse en vampiros cambiaron sus preferencias y ahora sólo tienen la perspectiva de un vampiro, por lo que sus opiniones están sesgadas. Paul concluye que ante este tipo de situaciones, la decisión más racional que podemos tomar es elegir en función de si deseamos descubrir en quién nos convertiremos.

Paul argumenta que en la vida real las personas nos enfrentamos a decisiones similares a las de este experimento mental cuando estamos frente a elecciones transformativas, como, por ejemplo, la elección de la maternidad. Convertirse en madre implica, según Paul, pasar por una experiencia

transformadora que cambiará nuestra identidad y nuestras preferencias, y que antes de convertirnos en madres, es imposible saber lo que es ser madre y, por lo tanto, no contamos con la información necesaria para tomar esta decisión de manera informada. El argumento de Paul se basa en el hecho de que, cuando decidimos experimentar una experiencia transformadora, no podemos saber de antemano qué es lo que estamos eligiendo pues ese conocimiento sólo se puede adquirir pasando por la experiencia transformadora. Por lo tanto, no podemos tomar una decisión informada racional. Como mínimo, concluye Paul, sólo podemos elegir si deseamos descubrir en quién nos convertiremos.

En la vida de los médicos identifico dos momentos en los que eligen ser galenos. El primero de ellos es al escoger la carrera de medicina. En ese momento, al igual que sucede con la maternidad o la opción imaginaria de convertirse en vampiro, los jóvenes que recién terminan el bachillerato no pueden tomar una decisión racional informada respecto a si quisieran transformarse en médicos o no. Al buscar consejos y opiniones de médicos que ya han pasado por la carrera de medicina, seguramente escucharán narrativas ambivalentes como las que yo encontré en el trabajo de campo, unas en las que la galenización se evalúa de forma positiva y otras, de forma negativa. Ante esta información los jóvenes sólo pueden elegir si desean descubrir cómo será para ellos transformarse en médicos.

Un segundo momento en el que los médicos eligen ser médicos es cuando terminan la carrera de medicina y tienen que decidir si quieren ejercer esta profesión, ya sea como médicos generales o intentando ser seleccionados para estudiar una especialidad. En esta etapa, los médicos ya cuentan con la información necesaria para tomar una decisión racional informada sobre si quieren ser médicos o no. Sin embargo, para este momento muchos de ellos ya habrán completado su transformación personal a través de la educación médica totalizante y sus preferencias serán producto de su transformación. Es decir, en esta segunda oportunidad para decidir sobre el tipo de persona que quieren ser, la decisión de ser médico ya está dada por su condición de ser médicos, por lo que ésta no parece una decisión del todo libre. En todo caso, queda a su disposición la

opción de rechazar lo que ya son, como sugiere el epígrafe de Foucault que elegí para esta tesis.

Concluyo este capítulo con la idea de que las condiciones en las que las personas eligen transformarse en médicos están lejos de ser condiciones epistémicas óptimas. Esto es relevante porque a diferencia de otras experiencias transformativas que también enfrentan los problemas epistémicos que destaca Paul, la galenización es una transformación que deshumaniza a los médicos. Como veremos en el siguiente capítulo, la galenidad es una identidad que no reconoce la naturaleza humana de los médicos, que compromete su autonomía y los compele a actuar en contra de sus propios intereses.

V. Una teoría filosófica para la deshumanización de la medicina

Los capítulos que preceden al presente han servido para, finalmente, poder presentar mi teoría de la deshumanización. En el Capítulo II critiqué el significado intuitivo de este concepto—que uno pierde lo que lo hace humano a consecuencia de malos tratos, abuso y violencia—, pues deja a juicio abierto qué es lo que nos hace distintivamente humanos y si, en efecto, es algo que se puede perder. Asimismo, argumenté que las teorías que han propuesto los psicólogos sociales para explicar este fenómeno más allá de su significado intuitivo son insuficientes porque suscriben una perspectiva neolokeana de la identidad personal y, por tanto, reducen el estudio de la deshumanización a explicaciones de corte psicológico que no prestan atención a las relaciones de poder que sirven como caldo de cultivo para la violencia.

Existe otra acepción coloquial de la noción de deshumanización de la que aún no he hablado y que suele confundirse con la deshumanización mecanicista propuesta por los psicólogos sociales (ver pp.44-48). Se trata de la creencia de que es deshumanizante sostener una perspectiva limitada de una persona en lugar de percibirla de manera holista. Schechtman (2014) discute sobre esta idea en el libro donde presenta su *Perspectiva de la Vida Personal*. Ahí señala que:

en muchos casos nuestras interacciones con otras personas están limitadas a un pequeño rango de consideraciones prácticas. Un cirujano puede ver a una persona como un paciente con un problema biológico que debe solucionarse; un juez puede ver al acusado sólo como un ser cuya responsabilidad moral debe evaluarse [...] Este estrechamiento de la perspectiva en realidad no fractura a la persona, sin embargo, tendemos a pensar que una visión más amplia sería mejor (que, como suele decirse, estos

profesionales deberían dirigirse a la ‘persona en su totalidad’). Además, aquellos que adoptan este tipo de perspectiva limitada sobre un individuo sin duda presuponen, aunque sólo sea de manera implícita, que el individuo con el que están interactuando tiene más dimensiones y que éstas se expresan en otras partes de sus vidas (p. 84; mi traducción).

Al igual que los psicólogos sociales, en su argumento Schechtman pasa por alto las relaciones de poder que existen entre el cirujano y el paciente, y entre el juez y el acusado. No considera que sólo deseamos una perspectiva holista cuando la perspectiva limitada lleva implícito un ejercicio de poder que ofende o agravia a la persona. En muchas actividades de la vida cotidiana tenemos interacciones con otras personas basadas en perspectivas limitadas (o en narrativas grupales) sin que esto levante ofensas o sentimientos de injusticia. Cuando, por ejemplo, vamos al banco y le pedimos a la cajera que deposite un cheque en nuestra cuenta establecemos una interacción impersonal pero no ofensiva. Tener una perspectiva limitada en lugar de una visión holista no es necesariamente deshumanizante. Lo que ofende en los casos de deshumanización es la opresión que va implícita en la interacción y no la perspectiva limitada *per se*⁷⁴. En este capítulo defenderé que la deshumanización se refiere a prácticas sociales de personeidad opresivas que suscitan quejas

⁷⁴ Esta misma crítica aplica para Haque y Waytz (2012), quienes dentro de las teorías psicológicas de la deshumanización hablan de prácticas desindividualizadoras—aquellas en las que un individuo pierde su individualidad en un grupo de personas, volviéndose anónimo. Estos autores mencionan que “la desindividuación de los profesionales de la salud los lleva a deshumanizar, y la desindividuación de los pacientes los conduce a ser deshumanizados. Así como disminuyen los sentimientos de culpa entre los soldados que usan uniformes iguales en la batalla, los profesionales de la salud se vuelven anónimos entre un mar de batas blancas que disminuye su responsabilidad personal frente a los pacientes. Por su parte, los pacientes pueden quedar subsumidos dentro de una masa de entidades apenas vestidas que buscan ayuda, apareciendo como cuerpos sin rostro en lugar de agentes individuales que requieren empatía” (p. 177; mi traducción). Este argumento es equivalente al de la perspectiva limitada al no reconocer que la deshumanización tiene implícitas relaciones de poder opresivas.

porque dañan la identidad de las personas; es por esta razón que ofenden, son injustas e irrespetuosas.

En el Capítulo III presenté la teoría de Lindemann (2014) sobre las prácticas sociales de personeidad, que ocurren en cuatro momentos—expresión, reconocimiento, respuesta y subjetividad—y están guiadas por las historias de los conglomerados narrativos de las personas que interactúan entre sí. Asimismo, mencioné que la propuesta de Lindemann (2001, 2014) contempla que existen *identidades dañadas* por narrativas grupales que representan a las personas de ciertos grupos sociales como moralmente inferiores. En este capítulo, retomaré la teoría socrionarrativa de esta filósofa y su noción de identidades dañadas para describir las *prácticas sociales de personeidad deshumanizantes* (a partir de ahora referidas sólo como ‘prácticas deshumanizantes’), que son la base de mi teoría filosófica para la deshumanización.

En pocas palabras, lo que propongo es que la deshumanización se realiza y se mantiene mediante prácticas deshumanizantes, las cuales pueden definirse como prácticas sociales de personeidad que operan bajo la lógica de la opresión y se caracterizan por estar guiadas por narrativas grupales no humanas que representan injustamente tanto al deshumanizador como al deshumanizado, dañando su identidad. A diferencia de la propuesta de Lindemann y de las discusiones psicológicas sobre la deshumanización que sólo contemplan el rol del oprimido, mi teoría propone un análisis relacional que busca comprender las bases de la interacción entre los opresores que perciben a otras personas como “menos que humanos” (los deshumanizadores) y los oprimidos que son percibidos como tales (los deshumanizados).

En el Capítulo IV argumenté que los estudiantes de medicina atraviesan un proceso de transformación personal a fin de adquirir la galenidad—i.e. la identidad social de los médicos. En este capítulo profundizaré en la comprensión de la galenidad, articulándola con la identidad social subhumana que en el ámbito médico se les confiere a los pacientes. Con apoyo en el material empírico recopilado, en la primera sección del capítulo argumentaré que estas identidades

sociales son narrativas grupales no humanas que guían las prácticas deshumanizantes en el contexto de la medicina. En la segunda sección, presentaré algunos casos obtenidos a partir del trabajo de campo para ilustrar las prácticas deshumanizantes que se dan en el encuentro entre médicos y pacientes, analizando cómo las narrativas grupales no humanas que representan a unos y a otros predisponen la interacción entre ambos en los cuatro momentos de las prácticas sociales de personhood (expresión, reconocimiento, respuesta y subjetividad).

La tercera sección del capítulo está dirigida a recuperar la idea intuitiva de que la deshumanización implica que la identidad del individuo agraviado está amenazada de alguna manera. Utilizando como base la propuesta de identidades dañadas de Lindemann y otras contribuciones afines, argumento que las prácticas deshumanizantes dañan la identidad tanto de los deshumanizados como de los deshumanizadores por efecto de las interacciones que establecen entre sí y también por mecanismos psíquicos de autodeshumanización. Con apoyo en el material empírico recopilado, ofrezco argumentos para pensar cómo se daña la identidad de pacientes y médicos. Estos datos evidencian que los médicos además se dañan entre sí porque existen distintas formas de galenidad, unas hegemónicas y otras subalternas.

Por último, en la cuarta sección del capítulo introduzco el concepto de prácticas de metadeshumanización para dar cuenta de que muchas veces la deshumanización de los pacientes empeora por las luchas que libran los médicos entre sí para ocupar posiciones de galenidad hegemónica dentro del ámbito médico.

Narrativas grupales no humanas

En el Capítulo III argumenté que las personas hacemos sentido de nuestra identidad a través de un conjunto de historias y fragmentos de historias que

conforman nuestros conglomerados narrativos. Algunas de estas historias son personales y otras son narrativas socialmente compartidas que representan los grupos sociales a los que pertenecemos. Todas ellas comparten una estructura narrativa caracterizada por una sucesión de eventos coherente, dotada de sentido tanto para los personajes (perspectiva interna) como para el narrador (perspectiva externa) y tienen un importe evaluativo y emocional que las moldea y colorea. Asimismo, predisponen para la interacción (metáfora del mostrador), organizan nuestra experiencia (metáfora de la lente) y tienen una dimensión no dicha (metáfora del iceberg). En conjunto, guían las prácticas sociales de personeadad: modulan nuestras expresiones, cómo los otros nos reconocen y responden en consecuencia, y nuestra subjetividad, incluyendo el concepto que tenemos de nosotros mismos.

En el Capítulo III también expliqué que mientras que las narrativas personales nos permiten diferenciarnos de los demás individuos, las narrativas grupales nos confieren pertenencia a ciertos grupos sociales. Las narrativas grupales representan identidades sociales con base en estereotipos y de este modo prescriben una serie de reglas implícitas sobre quién pertenece a qué grupos sociales. Uno pertenece a un grupo social en la medida en que imita el modelo ideal representado en las narrativas grupales. Las narrativas grupales guían, en el sentido normativo y performativo, nuestras interacciones con otras personas. Dicho de otro modo: nos predisponen a participar en ciertos roles para los guiones preestablecidos de prácticas sociales de personeadad. Como también mencioné en el Capítulo III, el orden social, que incluye las estructuras sociales, la cultura y los medios de producción, dicta los guiones que estandarizan nuestra vida cotidiana. A través de las narrativas grupales, en ellos se prescribe quién puede ocupar qué rol.

Las prácticas deshumanizantes surgen bajo un orden social opresivo y están guiadas por narrativas grupales no humanas que se construyen socialmente en oposición. Estas narrativas se caracterizan por representar de manera injusta tanto al deshumanizador como al deshumanizado, confiriéndole al primero capacidades superiores a las que tenemos los humanos (narrativas

suprahumanas) y adscribiéndole al segundo capacidades inferiores a las nuestras (narrativas subhumanas). Las narrativas suprahumanas funcionan como la contraparte complementaria de las narrativas subhumanas en la deshumanización. Articuladas entre sí, ambas afirman una supuesta superioridad de los deshumanizadores sobre los deshumanizados y, de esta manera, naturalizan y legitiman la opresión.

Las narrativas grupales no humanas participan en el mantenimiento de órdenes sociales opresivos junto con otros elementos materiales, culturales, políticos e institucionales. Como he reiterado a lo largo de esta tesis, los sistemas sociales opresivos dependen de muchos arreglos y prácticas materiales, políticas e institucionales, y no son sólo el resultado de creencias socialmente compartidas. Sin embargo, estas últimas conforman narrativas grupales no humanas que se relacionan directamente con la construcción de las condiciones de la opresión, especialmente al moldear las identidades de las personas.

En última instancia, las narrativas no humanas son prescripciones que se oponen a nuestra naturaleza humana y, por ende, nos alienan y dañan nuestra identidad, es decir, nos deshumanizan. Por un lado, las narrativas suprahumanas sobreestiman las capacidades racionales de las personas, su autonomía y su autodeterminación, así como su capacidad para ejercer control sobre otros, su fuerza física y su resistencia emocional. De esta manera, nos enfrentan a demandas imposibles de satisfacer que conducen a una competencia entre eternos perdedores enajenados en un ciclo de esfuerzo y frustración que retroalimenta negativamente su autoestima y el concepto que tienen de sí mismos. Por otro lado, al coartar nuestras capacidades humanas en sentido inverso, las narrativas subhumanas oprimen a las personas que pertenecen a ese grupo social y atentan contra su autodeterminación, autonomía y libertad de acción.

Como veremos a continuación, en la medicina moderna encontramos narrativas suprahumanas para los médicos y narrativas subhumanas para los pacientes, que legitiman y naturalizan la opresión que ejercen los primeros sobre los segundos, y construyen identidades deshumanizadas para ambos.

La galenidad como una narrativa grupal suprahumana

En el capítulo anterior presenté la galenidad como una identidad social caracterizada principalmente por exigir, en el sentido normativo, una fortaleza particular. Los médicos *deben* ser fuertes: deben proyectar su autoridad, deben desvincularse emocionalmente de los pacientes y deben resistir jornadas de trabajo exhaustivas. Transformarse en médico implica aprender a representar esta fortaleza para dejar de ser una persona civil. Así, al apropiarse de la galenidad los médicos ascienden en la escala social, ocupando un espacio reservado sólo para una élite⁷⁵.

En tanto identidad social, la galenidad está representada por narrativas grupales socialmente compartidas que son el objeto de análisis presente. Estas narrativas representan a los médicos con base en estereotipos y, a la vez, transmiten de modo implícito las reglas y valores que guían las prácticas sociales de personificación en las que participan. En libros de historia, novelas, películas y series de televisión, las narrativas sobre la galenidad suelen representar, con un tono evaluativo y emocional heroico, a médicos sobresalientes cuyas acciones son narradas como hazañas grandiosas o incluso sobrenaturales, pretendiendo dejar al lector o espectador en estado de total admiración. Ejemplos paradigmáticos de las narrativas de la galenidad son las historias creadas en torno a la figura histórica de Galeno, médico de la Antigua Roma que vivió en los siglos II y III d.C. al cual se debe la costumbre que tienen los médicos de autodenominarse galenos y razón por la que nombré galenidad a la identidad médica. Aquí una cita de un libro de historia de la medicina titulado ***La epopeya de la medicina:***

⁷⁵ Ver Castro y Villanueva (s/f) para un análisis sociológico sobre cómo se conforma esta élite en el campo médico mexicano.

Vino de Pérgamo en Asia Menor, un joven griego brillante y ególatra, cargado de conocimiento después de estudiar diez años en las capitales médicas. Presuntuoso, brutalmente honesto, con una mente ágil y una afición por la teoría, la clasificación y la lógica sólida, a los 34 años Claudio Galeno estaba decidido a hacer fama y fortuna [...] Ganó la atención con diagnósticos astutos para pacientes distinguidos [...] La élite de Roma se agolpó en el teatro público donde dio conferencias sobre anatomía y fisiología; una docena de escribas redactaron sus tratados, los cuales dictó a gran velocidad [...] Cobró audazmente al cónsul Boecio 400 piezas de oro [...] El cónsul no sólo pagó la tarifa, sino que lo proclamó "el trabajador de las maravillas" [...] Galeno castigó habitualmente a todos los charlatanes, reprendió irritablemente a sus rivales profesionales a quienes consideraba tontos, asnos, ladrones [...] Era una autoridad [...] Produjo 500 trabajos en todos los aspectos de la ciencia y la práctica médica (Martí-Ibáñez, 1962:92-93; mi traducción).

Esta narrativa se presenta como un modelo del galeno ideal que deben emular performativamente los demás médicos no sólo para formar parte del grupo social que conforman los médicos, sino sobre todo a fin de ocupar una posición prestigiosa dentro de éste. Un médico reconocido *debe* ser brillante, haber estudiado muchos años, realizar diagnósticos certeros y corregir con soberbia los errores de sus colegas, tener alumnos que lo admiren y atender a gente distinguida; todo esto le dará fama y fortuna. Quienes consiguen ese nivel de prestigio, a su vez, tienen la autoridad de articular nuevas versiones de la narrativa grupal de la galenidad a través de las cuales se refrenda la normatividad que exige esta identidad social.

Recientemente, Alberto Lifshitz, un reconocido médico mexicano, miembro de la Academia Nacional de Medicina, la Academia Mexicana de Cirugía y de la

Academia Nacional de Educación Médica, publicó un libro en el que reflexiona sobre la profesión médica y la práctica clínica contemporánea (Lifshitz, 2014). En esa obra describió al médico como aquel sujeto con

una habilidad personal que incluye la capacidad de recolectar indicios, agruparlos según sus relaciones, contrastarlos con las descripciones nosográficas clásicas; la aptitud para suscitar confianza y *asumir las decisiones que le subroga el enfermo; de lograr que éste acate con obediencia las recomendaciones, ya sean expresadas como órdenes afectuosas o como mandatos autoritarios. Encumbrado en el pedestal de la iatrocracia, dueño de la vida y de la muerte, apenas un nivel debajo de lo santo y lo divino. Capaz de obsequiarse, ya sea en el interior de una oficina, de una alcoba, una sala familiar o de un área de hospital. Apenas falible pero sólo al verse rebasado por circunstancias imponderables. Sus sentidos acuciosamente entrenados para percibir lo que otros no pueden. Sus habilidades para convencer, consolar, someter. Consejero, confesor y guía, receptor de quejas y lamentos; sumiso escucha de plañidos y desahogos; recipiente de verborreas catárticas. Vigilante de la salud y de la enfermedad, acechando signos, ominosos y promisorios, observando efectos terapéuticos y colaterales; corrigiendo dosis y remedios. Manipulando los cuerpos. Respondiendo ante la familia y sus colegas. Avistando los avances y esperando la oportunidad de ponerlos al servicio de los pacientes. Ejerciendo una autoridad irrestricta y complaciéndose en el comprensivo perdón automático de sus fallas. Protagonista social encumbrado. Testigo de tragedias, atisbador de intimidades, indultador de escrúpulos, espía de pudores, depositario de secretos, confidencias y misterios. Tal imagen ha perdurado dos siglos, pero está dejando de ser vigente.* (p. 91-92)

De esta narrativa sobresale la caracterización suprahumana que Lifshitz hace del médico: alguien con “autoridad irrestricta”, capaz de “percibir lo que otros no pueden”, “encumbrado en el pedestal de la iatocracia”, “apenas un nivel debajo de lo santo y lo divino”, “dueño de la vida y la muerte” y “apenas falible”. Además de conferir capacidades y poderes suprahumanas como éstos, las narrativas sobre la galenidad suelen trazar paralelismos entre el modelo ideal del médico y la figura religiosa de Jesús. En esta cita, por ejemplo, podemos ver que el médico es “indultador de escrúpulos”, como el Dios cristiano que perdona los pecados; es “capaz de obsequiarse” servilmente, como el Hijo de Dios que se sacrificó para redimir al género humano; el médico, como el Predicador, es “consejero, confesor y guía” y da premoniciones en forma de pronósticos para los enfermos; como Jesús, es “testigo de tragedias”, “receptor de quejas y lamentos; sumiso escucha de plañidos y desahogos” y trata con misericordia a los marginados y a los pecadores, que son los portadores paradigmáticos de las enfermedades. Los milagros que la fe cristiana le atribuye a Jesús muchas veces se refieren a curaciones—como sanar la fiebre, la lepra y la ceguera—y a la capacidad de resucitar muertos. Las hazañas de los médicos representadas en las narrativas de la galenidad refieren a acciones análogas: los médicos ofrecen medidas curativas para las enfermedades y, a partir del invento del desfibrilador portátil hace medio siglo, también tienen la capacidad de resucitar a algunos de sus pacientes.

Si bien habrá quien alegue, junto con Lifshitz, que las narrativas suprahumanas de la galenidad son ya obsoletas, el material empírico recopilado en redes sociales y en las entrevistas ofrece buenas razones para sostener que tales representaciones continúan vigentes. En muchas narrativas obtenidas del trabajo de campo aún se compara a los médicos con dioses y/o superhéroes, confiriéndoles, aunque sólo sea a nivel del subtexto⁷⁶, capacidades superiores a las que tenemos los humanos. En este sentido, las narrativas de la galenidad siguen representando a los médicos como seres suprahumanos.

⁷⁶ Ver la metáfora del iceberg en el Capítulo III para aclarar el sentido de “nivel de subtexto” utilizado aquí.

Representaciones de la galenidad como las de las Imágenes 23 y 24 dan sostén a la ideología que presenta a los médicos como “salvadores”, aunque la mayor parte de sus labores diarias están lejos de ser actos heroicos. La Imagen 25 muestra una publicación de Facebook en la que se ironiza sobre la disparidad que existe entre las narrativas heroicas de la galenidad y la práctica médica real que se lleva a cabo a diario en los hospitales—y que incluye tareas tan simples como escuchar la frecuencia cardiaca de un feto (a esto se refiere la expresión “auscultar focos fetales” de la imagen). No obstante, al mismo tiempo, esta publicación refrenda que es un deber de los médicos y futuros médicos mantener la imagen idealizada de los galenos, aunque no corresponda con sus experiencias cotidianas.

Imagen 23. Abatiendo a la muerte



Fuente: Facebook

Imagen 24. Superhéroe



Fuente: Facebook

Imagen 25. Salvando vidas



Dr. Pikachu

@Mememes_Hospital

Estudiante que se respeta sube fotos en la guardia con título de "Salvando vidas" aunque solo se la pase auscultando focos fetales.

Fuente: Facebook

En la práctica, las narrativas suprahumanas de la galenidad se traducen en exigencias que no reconocen nuestras necesidades y límites humanos, o bien que superan nuestras capacidades. De acuerdo con la teoría sicionarrativa de Lindemann, demandar esas exigencias implica *sujetar* a los médicos en la galenidad suprahumana. En el capítulo anterior vimos que la educación médica rompe con ámbitos ordinarios de la vida (dormir, comer, ir al baño). Se espera que los médicos superen sus necesidades fisiológicas y sean capaces de brindar atención médica de buena calidad aun sin haber comido y con privación del sueño. Éstas son exigencias que no reconocen nuestra naturaleza humana y, por tanto, deshumanizan. Como comentó un estudiante durante la entrevista:

Al médico se le ve ya como "ay, cómo es posible que al médico se duerma, si se supone que tiene que estar de guardia las 24 horas, cómo es posible que el médico haya prescrito mal si se supone que no tiene errores", empezamos a ver al médico como alguien no humano.

Enrique, estudiante, 25 años, Zacatecas

Estas demandas suprahumanas constituyen una forma de maltrato a la que se exponen los médicos tanto durante su formación como durante el ejercicio profesional de la medicina. En entrevista, Marigeni recordó esta experiencia de exigencias desmedidas que tuvo mientras realizaba el internado médico en Durango:

Uno de mis hijos se lo había llevado mi mamá a Chihuahua, y se enfermó. Entonces me hablan, que me tenía que ir de urgencia a Chihuahua porque mi niño estaba enfermo, estaba hospitalizado. Pedí permiso en el hospital [donde estaba haciendo el Internado Médico] y me fui a Chihuahua. Cuando regresé a mi guardia [en Durango], estaba una cirugía, creo que era un cáncer de tiroides, pero recuerdo que la cirugía duró doce horas, yo no había dormido, tenía el estrés del niño que estaba enfermo y acababa de reglar. Y recuerdo que yo me estaba desvaneciendo, y voltea el cirujano y me dice: “Si te desmayas, te cacheteo”. Y recuerdo que me paro, ay, y como si me despertaran, y aguanté todavía las otras cuatro horas que me faltaban para que terminara la cirugía. Dijo: “Te cacheteo y no vuelvo a dejar que entres a operar conmigo”. Y ya, eso fue, yo creo que lo más fuerte que me pasó.

Marigeni, médica general, 39 años, Durango.

Como podemos ver en el siguiente testimonio, para muchos médicos superar o sobreponerse a este tipo de demandas suprahumanas es motivo de orgullo y presunción, pues de cierta manera afirma su identidad galénica, y al mismo tiempo, justifica la educación totalizante que recibieron durante sus años de formación.

Antes yo iba a Ciudad Victoria, Tamaulipas, que está de aquí a 3 horas, a trabajar los fines de semana [...] El viernes operé a un paciente en la mañana, tuve guardia en la noche y operé a otro paciente. Salí a las 4

de la mañana y a las 5 de la mañana me fui manejando a Victoria, Tamaulipas. Llegué al hospital, me puse a pasar visita, me puse a ver la consulta y tuve una cirugía en la tarde. Salí a las 11 de la noche y me fui a dormir al hotel hasta las 7 de la mañana. El sábado regresé al hospital de Victoria, me puse también a operar. El domingo fui a pasar visita y me regresé a Monterrey, donde tenía guardia el domingo en la noche. Llegué directo a la guardia, obviamente ya tenía un paciente esperándome en quirófano. **Todo eso lo pasé sin siquiera cansarme, lo tomé como unos días de trabajo normal.** Yo a veces pienso, si no me hubieran formado un carácter fuerte, si no hubieran sido tan estrictos conmigo [durante mi formación profesional], no sé, a lo mejor no soportaría una carga de trabajo como esa [...] Ese carácter que tenemos para soportarlo, para resolver el problema, para salvarle la vida al paciente, creo yo, se forja con compañeros estrictos, con castigos, y con todo eso, porque lo que sí es cierto es que si no te castigan o no te exigen, no lo vamos a hacer [...] Yo siempre pongo de ejemplo toda esa carga de trabajo que tuve en cinco días, creo yo que no lo hubiera logrado si no hubiera tenido una enseñanza tan estricta.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León.

Así como Renato alardea de sus supuestas capacidades suprahumanas, otros médicos expresan sentimientos de superioridad que se desprenden igualmente de las narrativas suprahumanas de la galenidad, como ilustra la siguiente cita:

[La imagen tenía de los médicos antes de entrar a la carrera] era que eran unas personas muy preparadas, que sabían mucho, pues ora sí que eran, perdón por la expresión, unos fregonazos, porque simple y sencillamente el hecho de manejar vidas humanas y sacarlas adelante, ¿no? [...] Siempre los vi así, como lo máximo, una de las profesiones muy superior a otras, por cuestiones de conocimientos, por cuestiones

del manejo de los pacientes, de manejar vidas humanas [...] Y pues yo creo que seguimos siendo de esa manera [...] Yo sigo viendo al médico como que somos un gremio muy preparado, al menos en cuestión de los especialistas, y que seguimos siendo como los médicos de antes, que los veían como casi dioses.

Armando, pediatra, 49 años, Baja California.

Para algunos médicos más críticos, como Julián, estos sentimientos de superioridad explican lo que tradicionalmente se ha entendido por deshumanización de la medicina:

*La deshumanización yo creo que es el conjunto de ideas que se han gestado a través de mucho tiempo en el que se dio a los médicos poder sobre la vida, sobre la salud de las personas [...] Eso elevó en algún momento a los médicos, los levantó del piso y nos creímos diferentes [...] Yo creo que la deshumanización vino precisamente de eso, de que **pensamos que dejamos de ser humanos, y entonces trazamos una línea entre los que son médicos y cualquiera que esté atrás de esa línea, que son diferentes a nosotros, son mortales.** Y los que estamos de este lado de la línea tenemos como el entendimiento de la vida y el secreto del cosmos.*

Julián, cirujano general, 33 años, Yucatán.

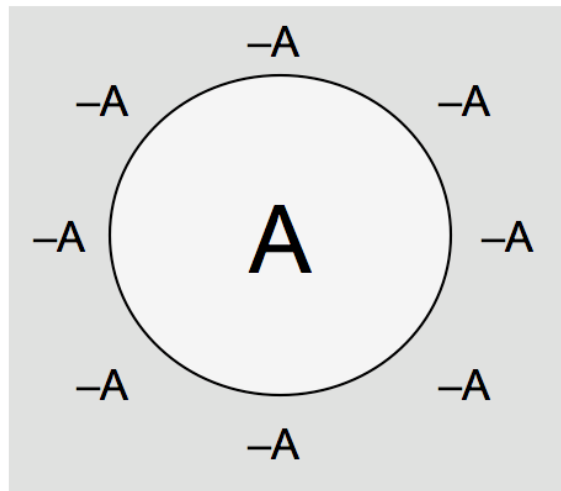
Los que están “atrás de esa línea” a la que se refiere Julián son los pacientes quienes, como veremos a continuación, desde la perspectiva médica conforman un amplio grupo social con una identidad subhumana.

La identidad de los pacientes como una narrativa subhumana

La cita anterior de Julián es muy ilustrativa sobre cómo se construye socialmente la identidad de los pacientes desde la perspectiva médica. La idea de que existe una línea que *delimita* lo que significa ser médico en oposición a aquellos que no lo son refiere a un orden de significación binario. Los médicos se identifican a sí mismos como miembros del grupo social de los galenos, representados por las narrativas suprahumanas que acabamos de describir, e identifican a los pacientes simultáneamente como a todos aquellos que *no* están representados por dichas narrativas, como “cualquiera que esté atrás de esa línea, que son diferentes a nosotros, son mortales” (ver cita de Julián, arriba). De esta manera, la identidad de los pacientes se construye como la *negación* de la galenidad. El paciente es *no*-médico; el paciente es todo aquel que *no* tiene las capacidades suprahumanas que las narrativas sobre la galenidad les confieren a los médicos.

Como explica Estela Serret (2011), en los sistemas de significación binaria comprendemos el significado de algo en la medida en que lo distinguimos de “aquello que lo niega, que encarna sus límites y su alteridad” (p. 75). Los referentes de significación binaria están compuestos por dos elementos que existen relacionamente, es decir, que no podrían existir sin el otro. Sin embargo, la relación entre ambos es asimétrica, pues uno de ellos se refiere a una categoría central A que se define a partir de su negación, la categoría límite $-A$. Lo que definimos con estas parejas significativas es la categoría central A. En oposición a ella, la categoría límite sólo nos sirve para definir A, para trazar los límites de A, para conceptualizar A. Pero la categoría límite no tiene por sí misma un significado afirmativo; su significado más allá de $-A$ parece ininteligible. $-A$ simplemente es lo que queda fuera de A; es la alteridad radical (ver Figura 10).

Figura 10. Sistemas de significados binarios



Fuente: Modificado a partir de Serret (2011)

Estas categorías forman parejas de significados como, por ejemplo, orden-caos. En este binomio, orden es la categoría central y caos, la categoría límite, pues “de la idea de caos sólo podemos decir que se trata de la ausencia de orden, es decir, tenemos para ella una definición en negativo; pertenece al rango de la alteridad”, de lo que *no* es A (Serret, 2011:76). Serret defiende que el género constituye un binomio significativo de este tipo, donde lo masculino es la categoría central y lo femenino, la categoría límite. Así, lo femenino se define como lo *no* masculino: lo femenino es débil porque *no* es fuerte; es emocional porque *no* es racional; es pasivo y *no* activo; es objeto de deseo y *no* sujeto deseante; es subordinado y *no* autónomo; es sumiso y *no* poderoso. De esta manera, lo femenino traza los límites de lo masculino y, por lo tanto, es temido. Las categorías límites son amenazantes para las categorías centrales porque trazan sus fronteras. En la medida en que una categoría límite adquiere poder, retroceden las fronteras de la categoría central, encogiéndola, reduciéndola, poniendo en peligro su existencia. En este sentido, los binomios significativos establecen relaciones de poder y trazan jerarquías entre las categorías centrales y las categorías límites.

El análisis relacional de la deshumanización que aquí planteo descansa sobre un sistema de significación binaria de este tipo, donde la identidad de los deshumanizadores se construye sobre los referentes significativos de una categoría central y la identidad de los deshumanizados se construye en oposición, sobre la categoría límite que está definida a partir de la negación de los referentes significativos de la categoría central. Para mantener un orden social opresivo y deshumanizante no basta con conferirle a una élite capacidades suprahumanas. También es necesario trazar los límites de esta categoría central a una gran distancia para reducir al mínimo su vulnerabilidad, para que el empoderamiento de los oprimidos no amenace su existencia. Cuanto más lejos se dibujen las fronteras de la categoría límite, tanto más afianzada estará la definición de la categoría central. Por eso, en oposición a las narrativas suprahumanas no se construyen narrativas humanas, sino narrativas subhumanas que colocan muy lejos las fronteras de la categoría central y, de esta manera, también legitiman y naturalizan la opresión de los deshumanizados. Para mantener prácticas deshumanizantes no basta con endiosar a un grupo social; también es necesario degradar a su contraparte, a su alteridad.

En un análisis histórico sobre el concepto de humano, Joanna Bourke (2011) argumenta que del siglo XVIII a la fecha el significado de lo humano se ha construido en torno a la imagen del hombre blanco heterosexual, dejando al margen—esto es, más allá de sus fronteras, o en los términos de Serret, en la categoría límite—, junto con el resto de los animales no-humanos, a todas las demás personas que en conjunto forman la alteridad: las mujeres, los niños, los no-europeos y todos los demás subalternos⁷⁷. Mientras que en la Modernidad se caracterizó al hombre como un ser completamente racional, libre y autónomo, capaz de autodeterminarse, de trascender las normas culturales y de tomar

⁷⁷ Bourke (2011) señala que incluso en algunas ideologías como el Humanismo estos miembros de la categoría límite de lo humano eran más despreciados que algunos animales no-humanos. En el siglo XIX en Inglaterra, por ejemplo, las regulaciones que prohibían la crueldad contra los perros, los caballos y el ganado eran significativamente más punitivas que las leyes contra la violencia hacia las mujeres.

decisiones con base en la maximización de sus propios beneficios⁷⁸, los miembros de grupos sociales oprimidos fueron representados por la *negación* de las capacidades que caracterizaban al hombre, esto es, como seres *no* racionales, *no* competentes para ejercer su autonomía y, por lo tanto, subordinados a los hombres superiores. Desde la teoría de la deshumanización que aquí propongo, estas caracterizaciones pueden entenderse como narrativas no humanas que, articuladas entre sí, han participado desde entonces a la fecha en la construcción de órdenes sociales opresivos, principalmente mediante la construcción de identidades deshumanizadas.

Es importante hacer notar que ni las narrativas suprahumanas ni las narrativas subhumanas presentan una descripción adecuada de lo que somos los seres humanos, pues las primeras nos sobrestiman y las segundas nos subestiman. Desde el feminismo y los estudios de género se han planteado nociones de personeidad que atrapan de manera mucho más acertada el sentido de lo que es ser humano. Desde esta perspectiva, se reconoce que la identidad de las personas es dinámica y está constituida tanto por nuestra corporalidad, como por el intrincado mundo de nuestra subjetividad y por la intersección de nuestras múltiples identidades sociales como son el género, la orientación sexual, la raza, la clase, la edad, la etnicidad, etc. (Willett, Anderson y Meyers, 2015). Las teorías neolockeanas de la identidad personal recuperan las caracterizaciones modernas del hombre para definir la personeidad, sobrevalorando las capacidades racionales de las personas y soslayando nuestros condicionamientos sociohistóricos y nuestra corporalidad humana (ver Capítulo II). La teoría de la deshumanización que aquí defiende necesitaba de una noción de persona no moderna, como la que presenté en el Capítulo III, para a partir de ahí poder definir

⁷⁸ Pensemos como ejemplos de estas narrativas suprahumanas a las del sujeto ético kantiano y en el *homo economicus* del utilitarismo. Éstas son narrativas suprahumanas porque confieren al hombre capacidades superiores a las de los seres humanos: consideran que ese hombre tiene un poder infinito para autodeterminarse y no reconocen que está inmerso en un entorno social y que tiene una corporalidad humana que lo hace sujeto de emociones, y que está social e históricamente construido.

las narrativas no humanas, que son los ejes rectores de las prácticas deshumanizantes.

En el caso concreto de la deshumanización de la medicina, las narrativas no humanas se basan en el binomio significativo médico-paciente, de tal suerte que la galenidad se construye como la categoría central, representada por narrativas suprahumanas, y la identidad de los pacientes se construye como su negación, como la alteridad radical de los médicos, como la categoría límite representada por narrativas subhumanas. Como ya es sabido, la medicina biomédica sigue un

modelo altamente jerarquizado, en el que la persona que demanda la asistencia sanitaria es considerada como un 'sujeto pasivo' (paciente), carente de autonomía y, por tanto, incapaz de opinar y tomar sus propias decisiones informadas en lo que a su salud se refiere (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014).

En un estudio con entrevistas a pacientes, Coyle (1999) encontró que ellos sienten amenazada su identidad ante el trato que reciben por parte de los médicos, el cual se basa en algunos estereotipos que los caracterizan de manera subhumana, por ejemplo: 1) baja inteligencia—se trata a los pacientes como si fueran incapaces de entender—, 2) infantilizados—se les trata como si fueran niños— y 3) incompetentes—no se considera que sean capaces de cuidar de sí mismos. Estos hallazgos sugieren que, desde la perspectiva de los médicos, los pacientes suelen caracterizarse como sujetos que *no* tienen las capacidades forenses que tradicionalmente han sido consideradas para definir la personaeidad (principalmente, la racionalidad y la imputabilidad)⁷⁹.

En los relatos que compartieron los médicos y estudiantes en las entrevistas de mi investigación, los pacientes aparecen como figuras infantiles

⁷⁹ Como vimos en el Capítulo II, la definición lockeana de persona es un término forense porque no sólo se refiere a una entidad metafísica, sino también a la persona moral que es imputable por sus acciones. Así, las capacidades forenses se refieren a las capacidades psicológicas de un ser inteligente (racional) y con responsabilidad moral (más al respecto en el Capítulo III).

que, por definición, encarnan formas *no* maduras de personidad pues carecen de capacidades para la elección racional, el autocontrol y la responsabilidad sobre sus acciones. Como vimos en el Capítulo II, representar a los pacientes con personificaciones infantiles corresponde con lo que los psicólogos sociales denominan *deshumanización animalista*, aquella en la que se *niega* que una persona tenga los estados mentales que nos confieren agencia. El calificativo de este tipo de deshumanización surge de los casos en los que se hacen comparaciones explícitas entre las personas y animales, plagas o criaturas salvajes. Sin embargo, como también vimos en el Capítulo II, este tipo de deshumanización asimismo se refiere a los casos en los que las personas son percibidas y tratadas como niños, lo que remite a una forma de maltrato denominada *infantilización* que incluye tomar decisiones unilaterales, aplicar regaños, castigos u otras acciones disciplinarias agresivas, y hablarle a un adulto con condescendencia—todas éstas son conductas comunes en los médicos, como veremos a lo largo de este capítulo.

Las siguientes citas nos dan buenas razones para pensar que entre los médicos existe la impresión de que ellos deben hacerse responsables de los descuidos y los efectos de la desobediencia de los pacientes. Esta idea paternalista descansa sobre la presuposición de que los pacientes, como niños, *no* son capaces de hacerse responsables de sí mismos y de las consecuencias de sus actos.

La inconsciencia de la gente me molesta. El diabético que no se cuidó y que ya está con insuficiencia renal terminal, y ahora “Sálveme, hágame algo, quíteme este dolor”, no sé, todas las complicaciones y ellos “opéreme para que vea”. Cuando tú sabes que eso, pues ya no se puede, son muchos años con la enfermedad. Entonces esta parte de inconsciencia me molesta, y por eso me gusta más dedicarme a hacer estudios [...] A final de cuentas no estoy viviendo esa parte de mi paciente de “A ver, señor, ¿por qué no hizo su terapia?, ¿por qué no hizo su rehabilitación?, ¿está tomando su medicamento?”. O sea, no tengo que pelearme con ellos.

Guadalupe, rehabilitóloga, 42 años, Ciudad de México.

No me gusta lidiar con los pacientes, esos de: “me tomo la medicina para la diabetes sólo cuando me siento mal”, “es que no me dolió la cabeza, entonces no me tomé la medicina de la presión”, “es que mi comadre me dijo que no le diera el paracetamol al niño porque le hacía daño”. Entonces ahí es cuando tú dices: “¿para qué viene al doctor si va a hacer lo que alguien más le dice?”

Leticia, médica general, 38 años, Jalisco.

En estas citas, las médicas entrevistadas no se refieren a un caso particular que están recordando, sino que están haciendo descripciones genéricas de “el paciente”. Así como en las narrativas suprahumanas encontramos que el estereotipo ideal de los médicos es Galeno o figuras similares a él, en las narrativas subhumanas encontramos un estereotipo del paciente que, como en las dos citas anteriores, es desobediente, incapaz de cuidarse a sí mismo y de tomar decisiones racionales (desde la perspectiva médica, por supuesto), por lo que los médicos tienen que “pelearse” o “lidiar” con él para que acate sus indicaciones. Así pues, la oposición entre las narrativas suprahumanas de los médicos y las narrativas subhumanas de los pacientes inaugura un conflicto entre ambos cuyo objetivo es conseguir la obediencia de los pacientes, ya que:

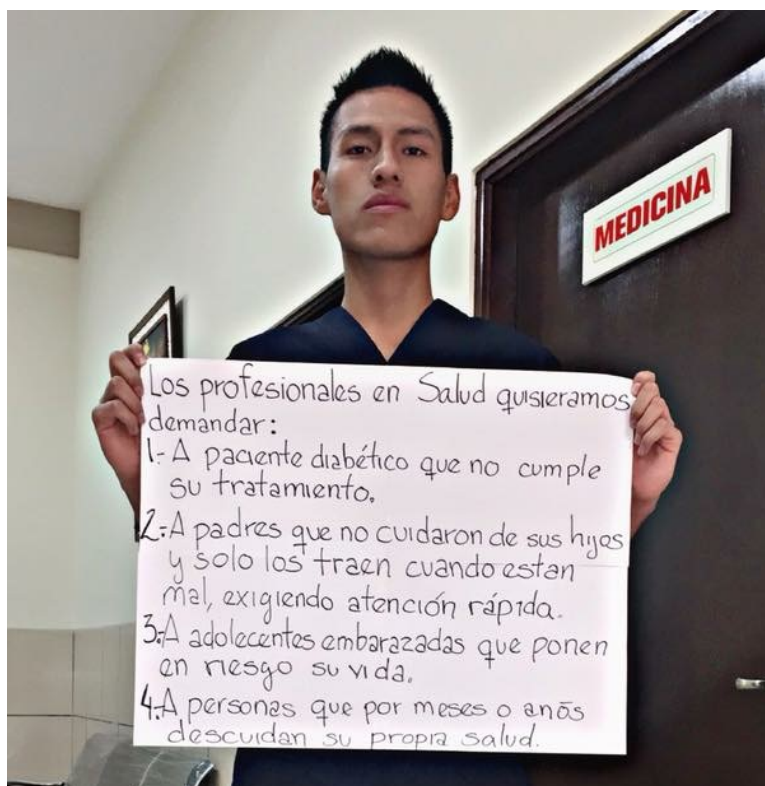
tras los grandes esfuerzos que realizas para que algo esté en su sitio (una sonda, un catéter, un parche, etc.), el paciente SIEMPRE va a hacer aquello que le has dicho explícitamente que NO haga.

*Recuperado de Facebook
(el énfasis es de la publicación original)*

La idea de que los pacientes no son responsables sobre sus acciones se refuerza con la inimputabilidad que tienen frente las acciones que toman respecto

a su salud. En el trabajo de campo encontré reclamos por parte de los médicos porque mientras ellos pueden ser legalmente sancionados por negligencia médica y mala praxis, los pacientes no pueden ser procesados jurídicamente por descuidar su salud (ver la publicación de Facebook de la Imagen 26)⁸⁰.

Imagen 26. Demandar a los pacientes



Fuente: Facebook

Otra caracterización de los pacientes que los infantiliza consiste en adjudicarles creencias mágicas. Mientras que no molesta a los médicos que en las narrativas suprahumanas se les confieran poderes milagrosos, en el encuentro con los pacientes les irritan las demandas correspondientes:

⁸⁰ Ver Castro y Villanueva (2018) para un análisis sociológico sobre el reclamo de los médicos por no ser criminalizados cuando cometen actos de negligencia y de mala praxis.

*[Me desesperan] los pacientes que quieren soluciones mágicas para sus problemas, como esa señora que te digo, toda una vida cargando sobrepeso y una vida de trabajo duro y le duelen las rodillas, y quiere que con tres tomas de una pastilla se le quite. Dices: “es que no se puede”. Y por más que a veces que uno quiera sentarse y explicarle y decirle: “oye, mira, es que no se puede porque esto, esto y esto”, hay personas que jamás te lo van a aceptar. De verdad, por más que se los expliques, por más que les digas, por más que todo, ¿no? Los fumadores que les da una gripa y se les quita la gripa, pero van y se quejan porque no se le ha quitado la tos dos semanas después, y luego resulta que tienen 15 años fumándose media cajetilla diaria, está súper dañado de los pulmones, o sea, no se te puede quitar así nomás [...] Hay quien **jamás te lo entiende, y quieren que a fuerzas [los cures]** y si no se les quita como ellos quieren y cuando ellos quieren, entonces el medicamento no sirve, o tú no sirves, o lo que sea. Entonces eso, los que quieren respuestas mágicas son los peores.*

Mayra, médica general, 29 años, Jalisco.

Narrativas subhumanas como la anterior dan por supuesto que los pacientes *no* entienden porque *no* son capaces de entender. Independientemente del esfuerzo que hagan los médicos por explicarles, los pacientes simplemente *no* entienden. Esta definición en negativo construye la identidad de los pacientes como categoría límite de la galenidad: los médicos sí entienden, los pacientes no. La Imagen 27 muestra un meme obtenido de Facebook donde “lo que piensan los pacientes” también se define a partir de su condición de *no* ser médicos.

Imagen 27. Lo que piensan los pacientes



Fuente: Facebook

La incapacidad de los pacientes para entender y su necesidad, que refleja desde la perspectiva médica poco autocontrol, desespera a los médicos, como podemos apreciar en este relato:

Muchos pacientes quieren ir nomás a platicar. Me tocó muchos que no querían darse de alta del servicio, por más que les explicabas que ya no tenían nada que hacer ahí, te decían “no, es que quiero mi siguiente consulta” y nada más van y te platican cosas. Entonces ahí es paciencia de escucharlos, aunque realmente no estás haciendo más. O luego, que le dan vueltas a lo mismo. Por más que les dices cómo funciona o que caminar no les va a hacer mal o cualquier cosa, ellos “no, es que yo estoy segura de que lo que me hizo mal es esto”, pero por más que les explicas, pues no, ellos tienen su idea de qué es lo que estuvo mal o qué deben de hacer y pues ahí también es paciencia de volverles a explicar

y buscar otra forma de convencerlos o así, explicarles, pero yo creo que sí necesitas tenerles mucha paciencia.

Marina, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

Llama la atención que en muchas de las entrevistas realizadas, los médicos y estudiantes refirieron que deben “tenerle paciencia” a los pacientes. En sus narraciones, la paciencia aparece como una virtud galénica que previene la manifestación del carácter maligno que presentan algunos médicos (ver Capítulo IV, pp.147-155). Sin embargo, no parecen conscientes de que en ella va implícita una calificación peyorativa de los pacientes.

*El médico está tan acostumbrado a la jerga médica, a que todo es rápido, a que el sistema no es como debería ser, en la Ciudad de México ven 30 o 35 pacientes en un turno, qué calidad de atención le das a 35 pacientes, entonces el médico es así de quiere ya salir, terminar, el que sigue, porque quiere ya acabar sus notas, acabar sus pendientes y poder irse porque tiene sus ocupaciones. Y el paciente demanda, demanda atención, y aparte de todo **tener que bajarte, o el tener que explicar literal con peras y manzanas**, a veces hay médicos que no, no se les da o no les gusta.*

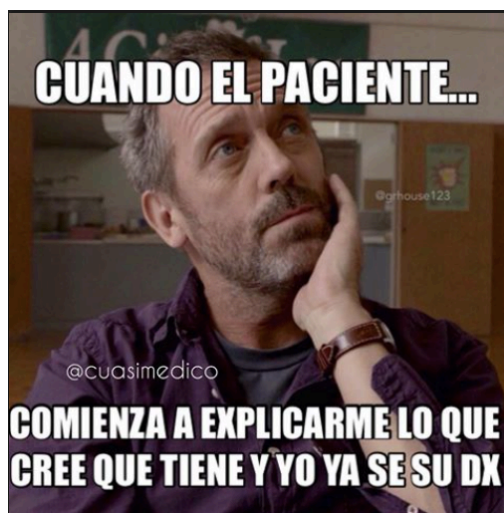
Sonia, oncóloga, 33 años, Chihuahua.

En esta cita, Sonia explica que los médicos están expuestos a muchas situaciones que pueden exasperarlos: el exceso de trabajo, la ineficiencia del sistema de salud y los pacientes que “demandan atención”, una atención que supone un esfuerzo adicional por parte de los médicos pues deben “bajarse” al nivel de los pacientes para “explicar literal con peras y manzanas”. ¿Bajarse de dónde? Pues del “pedestal de la iatocracia” (Lifshitz, 2014:91; cita completa en la p. 219) para ponerse al nivel de “cualquiera que esté atrás de esa línea, que son

diferentes a nosotros, son mortales” (Julián, cirujano general; cita completa en la p. 225). Pero, como apunta Sonia, “hay médicos que no se les da o no les gusta” bajarse de su pedestal; es en este sentido que la paciencia—como la humildad⁸¹—se presenta como una virtud galénica.

En el meme de la Imagen 28 encontramos al Dr. House—protagonista de la serie de la televisión que lleva su nombre como título y que es uno de los referentes contemporáneos más famosos de la galenidad—en evidente demostración de la virtud galénica de la paciencia: aparece escuchando con tolerancia al paciente a pesar de que él ya descifró cuál es su diagnóstico (abreviado como dx en el meme).

Imagen 28. El pacienzudo Dr. House



Fuente: Facebook

⁸¹ La humildad como virtud galénica traza otro paralelismo entre el modelo ideal del médico y la figura religiosa de Jesús. Ante la pregunta de cómo son los buenos residentes, Renato respondió en entrevista: “En un residente la primera característica que creo yo debe tener es el ser acomedido, de ahí uno se da cuenta que es un buen residente, que va a ser buen especialista, que va a ser buen médico en cualquier aspecto, ¿verdad? El que es acomedido. Ya en segundo término un residente que sea *humilde*, que sea respetuoso, que sea respetuoso tanto con el médico y como con los pacientes, porque hay de todo, hay residentes de todo. Esas son las características que creo yo que es de un buen residente, ya si no sabe operar pues no hay problema, pues para eso van para aprender, pero la actitud que tienen es importante” (Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León).

Resultados empíricos de la investigación ofrecen buenas razones para sostener que la paciencia de los médicos descansa sobre una caracterización subhumana de los pacientes. En el siguiente fragmento de la entrevista con Natalia, la médica me explica por qué hay que tenerles paciencia a los pacientes mientras utiliza calificativos despreciativos para referirse a ellos (“abuelitos”) y se burla de las respuestas que dan a su interrogatorio y de su incapacidad por entender sus explicaciones:

Marcia: ¿Qué me puedes contar de la paciencia a los pacientes?

Natalia: Pues mira, a mí me han tocado desde los abuelitos que no escuchan, sobre todo los que van referidos de un centro de salud [y los atiendes por] primera vez. “¿Qué medicamentos toma?”, y sacan su bolsa y te sueltan allí en el escritorio un montón de cajas, “Todo esto”. O te dicen: “¿Qué toma para su diabetes?” –“Una pastilla grande y una chiquita” –“¿Cuáles?” –“Sí, una que tiene una rayita en medio”. Pues cuál será, ¿no? O le dices: “¿La han operado de algo?” –“No”. Pero vas avanzando [en la consulta y te dicen]: “Bueno, es que nada más me hicieron dos cesáreas” –“¿Por qué le hicieron cesáreas?” –“Pues porque estaba embarazada”, y yo, ah, sí, claro [nos reímos]. Te tomas el tiempo de explicarles: “¿Tiene alguna duda?” –“Sí, ¿por qué me va a dar eso?” Toda la media hora o los diez minutos que te hayas aventado explicándole, no te entendieron nada, nada, nada. Entonces sí es cuestión de tenerles mucha paciencia.

Natalia, médica internista, 37 años, Ciudad de México

Nuevamente, los ejemplos que utiliza Natalia en la cita anterior se refieren a una descripción genérica del paciente y no a casos concretos que esté recordando. Estos ejemplos son narrativas grupales de los pacientes ampliamente difundidas dentro del gremio médico. Yo ya los había escuchado antes, en reiteradas ocasiones, mientras estudiaba la licenciatura. Es más, recuerdo yo misma haber contado la historia del paciente que, ante la pregunta de qué

medicamentos toma, responde “una pastilla con una rayita en medio”. No fue hasta que vi con ojos de etnógrafa esta cita de Natalia que comprendí que estas historias no se refieren a anécdotas particulares o siquiera reales. A decir verdad, yo nunca viví la historia del paciente que dio esa respuesta. De manera *espontánea*, como Natalia en la entrevista, al repetir esa historia simplemente estaba retransmitiendo un mensaje, una leyenda de tradición oral que pasa de médico a médico con el fin de caracterizar de modo subhumano a los pacientes.

Es mi familiaridad con estas narrativas grupales lo que me permite identificarlas como leyendas. Y también es mi familiaridad con ellas lo que me hace compartir la risa con Natalia (ver nota de “[nos reímos]” en la cita anterior). Cuando conocí esas leyendas aprendí que eran chistosas, que la ignorancia del paciente debía apreciarse como motivo de burla, que el mensaje transmitido por esas historias sólo se completaba si el paciente quedaba humillado. Pero años después, sentada en mi escritorio en modo reflexivo, cuando leí y releí este fragmento de entrevista, me pareció indignante que los médicos *nos* burlemos de esta manera de lo pacientes. Confieso que regresé de la transcripción de la entrevista al audio original para corroborar si en verdad yo me había reído con Natalia. Y sí, Natalia y yo compartimos la risa.

No deja de sorprenderme y avergonzarme que, a pesar de que no practico la medicina desde hace diez años ni convivo cotidianamente con otros médicos, a pesar de que desde hace cuatro años estudio a fondo la deshumanización de la medicina, al estar sentada frente a otra médica que trae a la conversación estas leyendas, me reí con ella. Esto evidencia que nuestra identidad a veces escapa de nuestra autodeterminación reflexiva. Nuestra identidad está conformada por historias y fragmentos de historias que filtran nuestra experiencia como una lente. En mi conglomerado narrativo están entretejidas las historias de cuando escuché y después reproduje esas leyendas, de cuando aprendí a reírme de ellas. Fueron esas historias, precisamente, las que filtraron como una lente mi conversación con Natalia y produjeron espontáneamente mi risa. (Del mismo modo, mis propias historias pasadas me permitieron compartir el llanto con Diana durante su entrevista, cuando me contó sobre sus angustias en el internado.)

En el Capítulo III presenté la noción de habitus de Bourdieu: un sistema de esquemas de percepción y apreciación que funciona *espontáneamente*—i.e. prerreflexivamente—, y nos predispone a actuar de ciertas maneras. Este sistema se adquiere con la interacción social; es un sistema de disposiciones socialmente aprendidas con el que reproducimos las estructuras sociales en las que se originaron esas disposiciones. Desde una perspectiva bourdiana podemos decir que mi habitus médico desencadenó espontáneamente mi risa al escuchar a Natalia caracterizando a los pacientes de manera subhumana. De la misma manera, se espera que los memes de las Imágenes 27 y 28 (arriba) sean chistosos para aquellos que comparten el sistema de percepciones y apreciaciones del habitus médico, según el cual los pacientes son definidos como sujetos *no* médicos, como sujetos que *no* pueden hacerse responsables de sí mismos, que *no* entienden y que *no* toman decisiones racionales.

Es ese mismo habitus, fundado en la deshumanización de los pacientes, que hace que los médicos actúen de manera autoritaria. En la obra de Lifshitz anteriormente citada podemos ver que, desde la perspectiva médica, darle un “buen trato” al paciente implica ejercer un paternalismo basado en la evaluación autoritaria de las competencias racionales (i.e. humanas) de los pacientes:

Han surgido para el clínico contemporáneo nuevas responsabilidades. Ya no es sólo ofrecer un diagnóstico, un pronóstico y una terapéutica. Hoy hay que explorar las expectativas de los pacientes, *de modo que si son razonables, ¿por qué no complacerlas? Y si son excesivas, acotarlas desde el principio.* Hay que satisfacer no sólo las demandas sino las necesidades de los pacientes; esto significa que *hay que incluir en las responsabilidades del médico el diagnóstico de tales necesidades,* lo cual es nada sencillo. El clínico contemporáneo no puede limitarse a resolver los problemas del propio paciente pues éstos inciden sobre la familia y la sociedad; la atención de un diabético,

por ejemplo, no puede soslayar las recomendaciones para evitar los malos hábitos en sus hijos. *El profesional tiene que identificar qué tan competente es el paciente, no sólo para permitirle ejercer su autonomía sino para estimar su capacidad para contender con su enfermedad.* (Lifshitz, 2014: 92-93; énfasis mío)

En las entrevistas realizadas encontré hallazgos similares en los que se concibe que el “buen trato al paciente” consiste en “complacerlo” o “consentirlo” desde una posición de autoridad:

El doctor estaba dando su consulta y yo estaba escuchándolo, como normalmente se enseña. La paciente no quería dejar de comer tortillas. Entonces él, en lugar de ponerse grosero, como normalmente lo haría cualquier otro médico y decirle “es que usted se va a morir si sigue comiendo tortillas” [en tono enojado], me volteó a ver, me guiñó el ojo para que pusiera atención, y empezó con la señora: “Es que mire, a ver, le voy a dejar comer tortilla, y ¿qué más necesita? ¿Qué comida le gusta?”, y se ponía a este tipo de situaciones, y después que salían los pacientes del consultorio te explicaba por qué hacía las cosas, por qué había hecho ese tipo de conductas, por qué mejor mediar con el paciente o consentirlo, de hecho, este doctor tenía muy consentidos a los pacientes.

Horacio, epidemiólogo, 29 años, Ciudad de México

Las dos citas anteriores sirven para sostener que, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, es responsabilidad del médico autorizar (o no) a los pacientes para actuar de ciertas maneras. Esta suposición descansa sobre la idea de que los pacientes no pueden ni deben ejercer su autonomía sin tener antes el consentimiento de los doctores. Otra vez nos encontramos frente a una caracterización infantilizada de los pacientes, que no sólo se transmite con

narrativas que se difunden por tradición oral, sino también a través de la práctica. Los estudiantes de medicina desarrollan el carácter autoritario que demanda la galenidad en la medida en que participan en estas prácticas.

Desde una perspectiva sociológica, Castro (2014) ha documentado que el habitus médico autoritario se gesta desde los años de formación en las escuelas de medicina y durante la residencia, y que ese mismo habitus autoritario dispone a los médicos a actuar de manera violenta en el contexto de la atención a mujeres en las salas de parto de algunas instituciones públicas de salud en México. Los resultados empíricos de mi tesis abonan a esa línea de investigación, pues dan buenas razones para defender que el habitus médico autoritario está fundado en una concepción subhumana de los pacientes y predispone a los médicos a actuar de formas autoritarias, muchas veces groseras e incluso violentas también fuera del contexto obstétrico⁸². Aquí un ejemplo:

Una paciente que llegó [a la consulta de cirugía], tenía una hernia en la región umbilical y le dolía [...] entonces el médico sin avisarle, sin pedirle permiso, [la tocó de manera] muy brusca y la paciente ya venía con dolor, entonces [la paciente] se enojó y le dijo “es que me estás lastimando”, y el doctor le dijo “¡A ver, ¿te vas a dejar revisar, sí o no?! ¡Si no, yo no tengo tiempo para ti, eh!”

Marina, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

⁸² Desde los estudios de la violencia obstétrica, se considera que las agresiones y vejaciones que sufren las pacientes ginecológicas constituyen una forma especializada de la violencia de género. Sin negar lo anterior, mis aportaciones apuntan a que la violencia de la que son objeto los pacientes deriva también de otros órdenes opresivos y que no es sólo una manifestación particular de la violencia de género. Brüggemann y Swahnberg (2012) han analizado lo que ellos denominan “abuso en la atención médica”, poniendo especial atención en cómo experimentan diferencialmente esta situación los hombres y las mujeres. Mientras que los hombres viven el abuso en la atención médica como haber sido tratados como “mentalmente incapacitados” (Swahnberg et al, 2009), las mujeres lo experimentan como haber sido “nulificadas” (Swahnberg, Thapar-Björkert y Berterö, 2007). Parecería entonces que la deshumanización que sufren las mujeres en el contexto médico es de tipo mecanicista, y la de los hombres, animalista. Validar esta hipótesis ameritaría un estudio empírico dirigido a ello. Si ese fuera el caso, tendríamos que reflexionar cómo la opresión patriarcal de las mujeres abona a la opresión deshumanizante de las mujeres en la medicina más allá del contexto de la violencia obstétrica.

La concepción subhumana de los pacientes además justifica que los médicos tomen medidas disciplinarias contra ellos, como podemos apreciar al final de la cita anterior: “¡A ver, ¿te vas a dejar revisar, sí o no?! ¡Si no, yo no tengo tiempo para ti, eh!”. En este caso, como en la cita anterior de Horacio (“usted se va a morir si sigue comiendo tortillas”; ver arriba), vemos que los médicos utilizan las amenazas como un recurso disciplinario. Asimismo, con frecuencia regañan a los pacientes: “¿Para qué viene al doctor si va a hacer lo que alguien más le dice?” (Leticia, médica general; cita completa en la p. 232).

Además de sentirse autorizados para ejercer estas formas de disciplinamiento, algunos médicos consideran que a los pacientes les gusta ser tratados de esta forma autoritaria:

*Hoy nos estábamos riendo la enfermera y yo, porque le digo que entre más mal las tratan, hay un déspota, un médico muy famoso ahí en Victoria, que trata muy mal a las pacientes [...] Nunca ha habido una queja contra él. Y, por ejemplo, nosotras que les decimos: “Miren señoras, es por su bien, es para prevenir un cáncer”, y se rehúsan a hacerse el papanicolau. Y con él que las trata mal y las humilla, y les dice de cosas, se lo hacen y ni se quejan. Entonces le digo a la enfermera: “Creo que debemos de ser más déspotas. A lo mejor nos tendrían un poquito más de respeto si las tratamos así como las trata él”, digo, desgraciadamente [...] Y ellas mismas son las que llegan y me platican: “Doctora, fijese que este doctor nos dijo así y así”, y **las señoras hasta se ríen, les hace gracia en lugar de ofenderse [...] Les agrada que las traten mal. De hecho, dicen que llegan y el doctor tiene su escritorio, y no las quiere cerca del escritorio, separa las sillas hasta la puerta del consultorio, y las reprende si hablan, o si lo interrumpen, o sea, ellas no pueden hablar hasta que él les diga.***

Marigeni, médica general, 39 años, Durango

Como podemos ver con la cita anterior, el disciplinamiento violento de los pacientes también suele ser objeto de humor entre los profesionales de la salud: “nos estábamos riendo la enfermera y yo”. Durante el trabajo de campo fue frecuente encontrar chistes o comentarios en ese sentido en redes sociales. Como relata Renato:

[Mis colegas] critican al paciente porque les habló para preguntarles una duda, se burlan de ellos, de que me habló para esto, me está pidiendo consulta gratis, burlándose [...] hasta lo publican en Facebook en un grupo que se llama “amigos médicos”, lo publican como que sintiéndose orgullosos por lo que le contestaron al paciente [...] difundiendo cómo le contestaron, por ejemplo, con esos mensajes de WhatsApp que dicen “oye, ¿qué me recomiendas para un dolor de estos?” Y le contestan: “Ah pues te recomiendo que consigas 500 pesos y vengas a la consulta”.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León

Igualmente, el meme de la Imagen 29 (abajo), a todas luces violento, apela a la autoridad médica para disciplinar a los pacientes. Este meme recupera otra de las leyendas o narrativas subhumanas más difundidas: todos los médicos mexicanos hemos escuchado la historia del paciente que no quiere utilizar la insulina como tratamiento para la diabetes porque cree que este medicamento produce ceguera. Así, esta leyenda presenta al los pacientes como sujetos con ideas irracionales (la insulina no produce ceguera, sino que ésta es una complicación de la diabetes pues los niveles elevados de glucosa o azúcar en la sangre a la larga producen daño en la retina de los ojos, lo que se conoce como retinopatía) que los conducen a tomar decisiones irresponsables (no utilizar la insulina a pesar de que el médico la ha prescrito), demostrando así que no son competentes para hacerse cargo de su propia salud (pues sin el tratamiento a base de insulina, la salud del paciente diabético irá deteriorándose cada vez más). La caracterización subhumana de los pacientes de esta leyenda compele a los

médicos para actuar con autoridad y disciplinar a los pacientes. Y, a la vez, da cabida a la aparición de chistes violentos como el de la Imagen 29, en donde la caracterización peyorativa del paciente (o su familiar) se acentúa con la ortografía utilizada.

Imagen 29. Tú cállate

—¿Cómo va con la insulina señor?

—...dotor yo no deajo ke mi marido se ponga lansulina porke ce ba kedar cieq...

—



Fuente: Facebook

En resumen, los hallazgos empíricos del trabajo de campo y los argumentos que aquí he desarrollado ofrecen buenas razones para pensar que en el ámbito de la medicina la identidad social de los pacientes se construye como la categoría límite de la galenidad y está representada por narrativas subhumanas en las cuales “el paciente” aparece como un sujeto infantilizado que *no* entiende, que *no* decide racionalmente y que *no* es competente para ejercer su autonomía y cuidar de sí mismo. Muchas de esas narrativas subhumanas se transmiten de modo prerreflexivo (espontáneo) en forma de leyendas cuya función es refrendar la posición subalterna que corresponde a los pacientes en el encuentro clínico. Como hemos visto, incluso las historias que prescriben el “buen trato” descansan

sobre una ideología paternalista que se erige sobre una caracterización infantilizada de los pacientes.

No escapa de mi atención que también podríamos encontrar narrativas grupales de los pacientes que los caractericen como agentes racionales y autónomos—esto es, como humanos con un estado maduro de personidad. Sin embargo, ese hallazgo no sería suficiente para desarmar mi teoría sobre la deshumanización. Recordemos que, en mi propuesta, la deshumanización no se refiere a las narrativas no humanas *per se*, sino a las prácticas sociales de personidad basadas en ellas y que se dan *sistemáticamente* en el encuentro clínico (ver más adelante). Así pues, si llegáramos a hallar narrativas grupales de pacientes racionales y autónomos, habríamos de constatar en un segundo momento que esas narrativas—y no las narrativas no humanas que aquí he presentado—de hecho guían sistemáticamente las prácticas sociales de personidad en el encuentro clínico entre médicos y pacientes. Por lo pronto, me asumo escéptica ante esa posibilidad, pues como dice Rodolfo:

Siempre te hablan sobre “el paciente”, desde que te van formando, pero lo usan como en un sentido abstracto del paciente, como el amor o no sé. Pero nunca se refieren al paciente que tienen enfrente, ése no importa, el paciente que tienes enfrente no, lo que importa es el concepto abstracto del paciente cuando te hablan sobre él.

Rodolfo, estudiante, 23 años, Ciudad de México

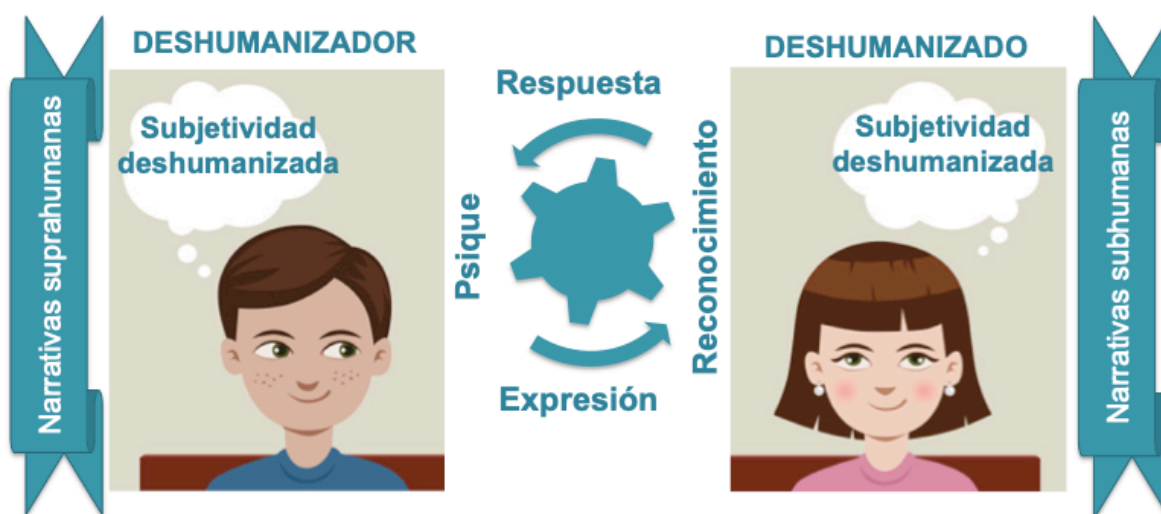
Prácticas deshumanizantes

Las prácticas deshumanizantes son un tipo de prácticas sociales de personidad que operan bajo la lógica de la opresión e implican tanto a un deshumanizador como a un deshumanizado. Esto quiere decir que la deshumanización no sólo consiste en tener una identidad conformada por narrativas no humanas

socialmente compartidas, sino que implica sobre todo expresarse, reconocer, responder y pensar y sentir como dictan esas narrativas.

Las prácticas deshumanizantes producen formas de interacción social opresivas que pueden rastrearse en cada uno de los momentos de las prácticas sociales de personabilidad que Lindemann describió: en la psique, la expresión, el reconocimiento y la respuesta (ver Figura 11). Esto supone un análisis más complejo que el que plantean las teorías psicológicas de la deshumanización, que como vimos en el Capítulo II, sólo se enfocan en cómo los deshumanizadores perciben a los deshumanizados.

Figura 11. Prácticas deshumanizantes



Fuente: Elaboración propia

Asimismo, las prácticas deshumanizantes permiten distinguir este fenómeno de otros escenarios en los que las prácticas sociales de personabilidad podrían salir mal. Lindemann (2014) consideró algunos de esos escenarios. Por ejemplo, planteó que algunas enfermedades mentales podrían comprometer el concepto que una persona tiene de sí misma, afectando dichas prácticas en el momento de la psique. Asimismo, asentó que el momento de expresión puede afectarse cuando uno es un impostor, o bien, cuando no podemos expresarnos

libremente por efecto de restricciones físicas (por ejemplo, estar inmovilizado) o restricciones sociales. Sobre estas últimas, Lindemann enfatizó que la opresión afecta las prácticas sociales de personidad porque limita la expresión de las personas, ya sea a través de medios físicos (por ejemplo, el aprisionamiento) o a través de narrativas grupales opresivas que infiltran la consciencia de las personas y limitan sus expresiones. Como hemos visto ya, las narrativas grupales opresivas también comprometen las prácticas sociales de personidad en los momentos de reconocimiento y respuesta, conformando lo que Lindemann denominó identidades dañadas.

A pesar de ser esclarecedoras, las consideraciones de esta filósofa son insuficientes para explicar la deshumanización. En primer lugar, su enfoque no proporciona bases para discriminar adecuadamente entre las prácticas sociales de personidad que salen mal debido a la opresión y otras que salen mal por causas distintas, como padecer una enfermedad o ser *sujetado* en una narrativa equivocada pero no opresiva⁸³. En segundo término, las narrativas grupales opresivas que Lindemann considera se refieren a narrativas que representan a un grupo social como “moralmente inferior” y esto no basta para describir la deshumanización; las narrativas subhumanas no sólo son una mala apreciación moral, sino que constituyen la *negación* de la naturaleza humana de un grupo de personas con el fin de *afirmar* la superioridad de otro grupo social. Esto apunta al tercer punto en contra del enfoque de Lindemann, a saber, que éste no da cuenta de que las narrativas grupales opresivas tienen una contraparte (las narrativas suprahumanas), y que es la articulación entre ambas lo que posibilita la producción de identidades dañadas.

Las narrativas no humanas (que se transmiten e incorporan a partir de la interacción social) regulan la subjetividad y las acciones de las personas, de tal forma que se genera un orden social en el que las prácticas de personidad deshumanizadas ocurren de modo sistemático y no como eventos aislados. La

⁸³ Lindemann arguye que una persona puede ser “sujeta equivocadamente” (*bad holding*), cuando se le identifica con historias que no la representan. Esto puede ser efecto de errores honestos o malas habilidades sociales, sin que haya implícito un ejercicio de poder opresivo.

deshumanización es un patrón de interacción social que se reproduce de forma rutinaria⁸⁴. A veces este patrón está velado por “buenas intenciones”, como sucede con el paternalismo médico anteriormente descrito. En otras ocasiones, es a todas luces evidente, como podemos apreciar con el siguiente fragmento de entrevista:

Severino: Toda la parte de “cuida el pudor del paciente”, “cuida siempre su sensibilidad”, “cuida sus sentimientos”, “procura que estén enfocados en lo que quieren los dos, en la alianza terapéutica” es inexistente, absolutamente inexistente. Por ejemplo, cómo se programaban las cirugías, los días de programación, era una maravilla [lo dice con sarcasmo]. Llegan cuatro o cinco [médicos] adscritos, se sientan en una mesa y pasan a los pacientes, los llaman a un cuarto espantoso. Y ahí están todos, toda la gente ahí y cada adscrito pasa a un paciente. La mayoría de las cosas [para operar] eran vesículas o hernias inguinales. Entonces [el médico adscrito le dice al paciente]: “¡Enséñame la hernia, a ver!”, ni de usted, ”¡Enséñamela, a ver!”.

Marcia: ¿Ahí, en frente de todos?

Severino: Sí, claro, y la secretaria entrando para dar papeles o cualquier cosa. Entonces [el paciente] se baja tantito—”¡No, todo!”. Así, ¡paz!

Marcia: ¿¡De bajarle los pantalones ahí en frente de todos!?

Severino: Sí, “¡porque ya, porque tengo prisa, porque hay muchos pacientes! ¿No te das cuenta?” Así. Obviamente los pacientes llegan a [este hospital] cuando ya no tienen nada más, cuando ya los batearon de absolutamente todos los demás hospitales, “y me entrego a lo que

⁸⁴ Un grupo de investigadores suecos que trabajan sobre el abuso en la atención médica han hecho notar que incluso los encuentros clínicos en los que no hay error médico tienen consecuencias no deseadas para los pacientes (Brüggemann, Wijma & Swahnberg, 2012). Así, el abuso o maltrato de los pacientes aparece como un fenómeno diferente e independiente a la negligencia, la mala praxis y la iatrogenia. Esto se explica porque la deshumanización es un patrón de interacción social que se da de modo sistemático, sin importar las intenciones o habilidades del médico para solucionar los problemas de salud del paciente.

venga". Entonces, así: "Tenemos el 30, ¿te parece?", pero ni transacción, ni nada.

Marcia: ¿O sea, sigue en calzones el paciente y "¿te parece el día 30 para la cirugía?"?

Severino: Sí, sin voltearlo a ver, sin nada. Ya vio la hernia, lo que quería y la programación es tal. "A ver, anótame, ¡a-nó-ta-me!" Todo así.

Marcia: ¿A quién le dice "anótame", al residente?

Severino: No, a mí. Yo era el anotador.

Marcia: ¿Y quién era ese doctor?

Severino: Muchísimos.

Marcia: ¿Cualquiera?

Severino: Un montón. Había cinco adscritos y eran los que hacían la programación.

Marcia: ¿Y todos igual?

Severino: Sí, claro, todos igualito. Sólo había uno que de repente, cuando estaba de buenas, pasaba a los pacientes al cuarto de exploración. Sólo él. Pero como este ejemplo, un millón más.

Severino, estudiante, 25 años, Ciudad de México

A diferencia de otros fragmentos de entrevista en los que los médicos y estudiantes hacen descripciones genéricas de "el paciente", aquí Severino está relatando un recuerdo particular que vivió durante el internado. En este ejemplo no estamos ya frente a narrativas no humanas que caracterizan estereotipos de médicos y pacientes, sino frente a interacciones concretas entre médicos y pacientes reales que están regidas por las narrativas supra y subhumanas que representan a unos y a otros, y que constituyen prácticas deshumanizantes.

Llama la atención que Severino empieza a relatar este caso haciendo énfasis en que las narrativas en las que se promueve un buen trato al paciente no suelen reproducirse en la práctica. Enfatiza que, por lo contrario, se establecen

interacciones como ésta, en la que el médico adscrito *expresa* el carácter autoritario de la galenidad, *reconoce* al paciente como “cosas para operar”, “vesículas o hernias”, y *responde* programando la operación sin “transacción, ni nada”, esto es, actuando de manera acorde a la caracterización que hacen las narrativas subhumanas de los pacientes. Por su parte, el paciente *no se expresa* y *responde* de la única manera que se le autoriza: “me entrego a lo que venga”. Ésta es una práctica de personificación regida por narrativas no humanas.

A pesar de que este relato ilustra a grandes rasgos cómo opera la deshumanización en los cuatro momentos de las prácticas de personificación, conviene que analicemos esto con más detalle y echando mano de otros ejemplos obtenidos del trabajo de campo.

La expresión de médicos y pacientes

La deshumanización en la expresión se refiere a mostrarse y comportarse como dictan las narrativas no humanas. En condiciones normales, las personas nos expresamos con base en el concepto que tenemos de nosotros mismos, formado a partir de las historias que integran nuestro conglomerado narrativo⁸⁵. En la deshumanización, las narrativas no humanas limitan tanto la expresión de los médicos como la de los pacientes.

En el caso de los médicos, su expresión está limitada por las prescripciones de la galenidad. Como vimos en el capítulo anterior, la galenidad modula las expresiones de los médicos para que proyecten su fortaleza a través de un carácter autoritario, desvinculante y resistente. Esto es más evidente durante el proceso de formación profesional, que es cuando los estudiantes de medicina dejan de ser no-médicos (como los pacientes) para convertirse en médicos. La expresión de los estudiantes de medicina se limita tanto con el confinamiento

⁸⁵ En el Capítulo III vimos cómo el contenido de nuestra memoria autobiográfica se organiza en narrativas que nos confieren un sentido de continuidad a lo largo de la vida.

dentro de los hospitales—que cancela su posibilidad de expresarse de otras formas en otros espacios sociales—, como con medidas disciplinarias estrictas cuyo fin es que los estudiantes aprendan a proyectar la imagen médica que prescribe la galenidad. A los estudiantes de medicina se les enseña a *hablar* como médicos, *arreglarse* como médicos y *actuar* como médicos—esto es, a representar la galenidad. En el capítulo anterior ofrecí ejemplos empíricos de ello; aquí presento una ilustración más de esas exigencias:

Te decían que tenías que estar perfecto porque eres un médico y porque un médico debe de estar perfectamente bien vestido y limpio y todo. Una vez me pidieron que me quitara la barba, pero totalmente, ni siquiera que la tuviera así. Me la corté poquito y al día siguiente, querían que la tuviera al ras, porque es como debe ser, porque así es el médico, y los zapatos blancos, si tenían una mancha: “¿¡Cómo es posible que esté así si eres médico!?”.

Braulio, estudiante 26 años, Ciudad de México

En la deshumanización, la expresión de los pacientes también está limitada, principalmente por la acción autoritaria de los médicos. Durante su formación profesional, los estudiantes aprenden que deben ceñir las conversaciones con los pacientes para obtener de ellos sólo la información médicamente relevante:

En los exámenes de propedéutica te dejan sacar una historia clínica completa de un paciente, te dicen ve a la cama tal y saca toda la historia clínica, la exploración física, y todo, en el transcurso de, no sé, dos horas. Y a mí me tocó un paciente, un adolescente, y él me estaba platicando de cómo se cayó y que se había roto una pierna en el futbol, y le descubrieron un problema cardíaco y de ahí lo mandaron al hospital. Mi error fue preguntarle: “bueno, ¿y te gusta mucho el futbol?”. Empezó a platicarme de cuando era niño, cuando su abuelo le regaló un balón, que empezó a jugar desde pequeño, se metió a todos los equipos, en

eso estábamos en la plática del futbol cuando llegó el profesor y me dijo: “¿¡A usted qué le importa si al paciente le gusta o no le gusta el futbol!? Eso no le afecta para la enfermedad que trae ahorita. Saque otras cosas”. El paciente se quedó muy serio, nada más me dijo: “por mi culpa ya la regañaron”. [El profesor me dijo]: “Le voy a recortar el tiempo dado que usted tiene tiempo para estar platicando de cosas que no van al caso, ahorita le queda nada más media hora.”

Reina, médica general, 33 años, Jalisco.

Esta medida disciplinaria llamó al orden tanto a Reina como a su paciente. Ese día los dos aprendieron que la expresión de los médicos debía ceñirse a preguntar cuestiones médicamente relevantes y la expresión de los pacientes, a dar respuestas concretas a esas preguntas. Romper estas normativas impuestas por la galenidad y por las narrativas subhumanas de los pacientes puede despertar el carácter maligno de algunos médicos. Recordemos que a los “pacientes [que] quieren ir nomás a platicar [...] sí necesitas tenerles mucha paciencia” (Marina, estudiante, 23 años, CDMX; cita completa en las pp. 235-236).

El reconocimiento de médicos y pacientes

La deshumanización en el reconocimiento se refiere a ser percibido como dictan las narrativas no humanas. Las teorías psicológicas de la deshumanización sólo dan cuenta de este momento de la deshumanización y de manera parcial, pues nada más hacen referencia a la caracterización subhumana de los deshumanizados y pasan por alto la caracterización suprahumana de los deshumanizadores.

En la sección anterior ofrecí un análisis amplio de la deshumanización en el reconocimiento. A partir del reconocimiento que se hace de unos y otros, reconstruí las narrativas suprahumanas de los médicos y las narrativas subhumanas de los pacientes. A los médicos se les reconoce como dioses o

superhéroes con capacidades que superan nuestra naturaleza humana, mientras que a los pacientes se les reconoce como figuras infantiles que no son racionales, ni competentes, ni responsables. La deshumanización en el reconocimiento ocurre precisamente cuando se percibe a las personas con base en narrativas no humanas como éstas.

La respuesta de médicos y pacientes

La deshumanización en la respuesta se refiere a ser tratado como dictan las narrativas no humanas. Muchas veces, la respuesta es el momento más evidente de la deshumanización. Recordemos que las primeras teorías sobre este tema surgieron por eventos históricos como el Holocausto, que hicieron necesario explicar cómo es posible que ciertas personas cometan actos violentos reprensibles contra otros seres humanos (ver Capítulo II). Sin embargo, la respuesta en la deshumanización no siempre se concreta en actos de violencia evidente. Como señalaron los psicólogos sociales, la respuesta también puede ser sutil e implicar formas de violencia veladas como el abuso psicológico.

Además, la respuesta en la deshumanización también puede incluir formas de control, vigilancia y disciplinamiento que tienen el propósito de refrendar la posición subalterna de los deshumanizados. Como vimos anteriormente, la manera como se trata a ciertos individuos a veces tiene por objetivo limitar su expresión. Controlar la apariencia de una persona, imponerle o prohibirle un lenguaje, obligarle a actuar de cierta manera: todas éstas son acciones que constituyen, a la vez, respuestas a su identidad y medidas disciplinarias con las que se busca que la persona se ajuste a la identidad no humana que se le está confiriendo. En ocasiones, las respuestas disciplinarias son por *default* la manera que tienen los deshumanizadores para responder ante los deshumanizados, buscando así su obediencia aun cuando estos últimos no han infringido ninguna falta o no han contravenido la normatividad impuesta por las narrativas no humanas.

Como mostró el análisis de las narrativas no humanas, en el contexto de la medicina es muy común que los médicos traten de forma disciplinaria a los pacientes, respondiendo (y, a la vez, expresándose) según lo dictan dichas narrativas. Como podemos apreciar en la siguiente cita, este patrón de interacción es sistemático:

El asunto es que como tu mundo se vuelve así, parece que te acostumbras a que lo que los demás hacen, ¿no? Y recuerdo mucho esto porque [mis residentes superiores] siempre agredían mucho a las pacientes embarazadas. Y un día, como que yo tenía el mismo rol que ellas, y regañaba a la paciente: “¿Por qué no vino antes a hacerse el ultrasonido? ¿Qué tal que se le murió su bebé? ¿A ver, eh?” Y ya acostaba a la paciente [para hacerle el estudio], y recuerdo muy bien que pongo el transductor [del ultrasonido], y el bebé estaba muerto. Lo malo es que yo la había regañado antes de entrar, y le había dicho “¿Qué tal que se le muere su bebé? ¿Por qué no vino antes, por qué espera a su esposo?” —“No, es que mi esposo se quedó viendo el fútbol, y no quería, y no sé qué”. Y yo me frustré y dije “¡Bueno, pero esto es una urgencia! ¿Y el bebé cuándo se dejó de mover?” —“Pues desde ayer pero, pues no me quiso traer”. Y yo pues la terminé de regañar y cuando pongo el transductor [del ultrasonido], el bebé está muerto, y la volteé a ver así [expresión de sorpresa], acabé de hacer el estudio, calculé la edad del bebé y todo eso. Volteé y me dijo “¿Qué pasó?”, y le dije “Su bebé está muerto”. Ella me miró con tanto odio, como si yo lo hubiera matado, con nomás decírselo, ¿no? La responsabilidad fue de ella, no mía, pero yo me sentí tan culpable por haberla regañado antes...

Rosa, radióloga intervencionista, 40 años, Ciudad de México

Esta cita sugiere que Rosa había aprendido a regañar y amedrentar a las señoras embarazadas por *default*, reproduciendo este patrón de interacción sistemáticamente. Está claro que en este caso asustar a la señora con la

posibilidad de que su bebé estuviera muerto tenía por objetivo refrendar su rol subalterno y que Rosa no esperaba que la amenaza se cumpliera. Por eso Rosa se sorprendió y sólo sintió culpa por el trato que le confirió a la paciente cuando su amedrentamiento se cumplió. El regaño era por la supuesta incompetencia de la señora para actuar responsablemente respecto a su salud y la de su bebé, lo que corresponde con la caracterización infantilizada que las narrativas subhumanas hacen de los pacientes.

Por su parte, los pacientes también responden a los médicos con base en las narrativas suprahumanas que los caracterizan. Bajo ciertas circunstancias, incluso las personas más reacias acatan la autoridad que la galenidad les confiere a los médicos y responden ante ella con dócil obediencia:

*Yo lo vi con mi papá, así muy cercano, que tuvo una oclusión intestinal. Mi papá es un tipo súper analítico, todo el tiempo, todo lo tiene que analizar. Todo tiene que estar bajo su control a fuerza, además, impuesto. Y cuando tuvo esto, **era como un corderito entregado al médico**, absolutamente. Cuando el doctor le dijo, “pues vamos a tener que hacer cirugía” —“Cuando usted me diga, doctor, como usted me diga, doctor, como usted quiera, doctor”. Así, ¿no? “¿Y cuando la vamos a programar?” —“Ya, ahorita” — “Sí, doctor, gracias”. Dije, “¡guau!” Ese es el poder, de no saber ni qué pasa por adentro, que puede provocarte la muerte. A lo que más temes, tu mayor mecanismo de defensa, y no te importa, ¿no?*

Severino, estudiante, 25 años, Ciudad de México

La psique de médicos y pacientes

La deshumanización en la psique se refiere a pensar y sentir como dictan las narrativas no humanas. Al infiltrar la psique, las narrativas no humanas influyen en el concepto que las personas tienen de sí mismas y en su fenomenología.

Pensar y sentir como dicta la galenidad es algo que se adquiere paulatinamente durante la formación profesional. En el capítulo anterior analicé con profundidad los cambios que experimentan los estudiantes de medicina a nivel subjetivo mientras se transforman en médicos. Muchas veces esta transformación suele concebirse como una mejora en la identidad personal: la galenidad eleva el concepto que los estudiantes tenían de sí mismos y les produce emociones de orgullo (ver pp. 135-147). Además, conforme la galenidad se integra a sus conglomerados narrativos, la fenomenología de los estudiantes cambia pues sus experiencias de vida se filtran con base en las prescripciones de esta identidad social. En el capítulo anterior ofrecí un ejemplo muy claro del cambio de fenomenología de una médica, con el que ofrecí razones para pensar que un individuo no-médico experimenta de modo muy distinto a como lo hace un médico (ver pp.160-161). Aquí otro ejemplo sobre cómo las exigencias de fortaleza de la galenidad moldean las experiencias de vida de los médicos:

Sí creo que sí soy insensible para esas cosas. No he tenido muertes así de familiares muy directos, pero pues he tenido de familiares no tan cercanos y amigos, muy amigos, y no siento, no siento dolor, pues. No sé, como que lo tomo que es algo que a todos nos toca, pero obviamente no me voy a poner a llorar ni mucho menos. Si acaso, digo “pues pobre”.

Renato, neurocirujano, 43 años, Nuevo León

Esta cita ilustra los costos afectivos que tiene ser médico, mismos que analicé en el capítulo anterior: la galenidad conlleva una insensibilidad generalizada que no sólo media el encuentro clínico entre médicos y pacientes, sino que permea el modo general con el que se experimenta la vida (ver pp. 153-154). Como veremos más adelante, cuando las narrativas no humanas infiltran la psique de los deshumanizadores, éstos sufren otras consecuencias importantes

que dañan su identidad personal, producto de las exigencias de la galenidad que son humanamente imposibles de satisfacer.

Por su parte, los pacientes también tienen experiencias filtradas por las narrativas que los caracterizan de modo subhumano, y con base en ellas crean un concepto de sí mismo deshumanizado. En el contexto de la violencia obstétrica, Castro y Erviti (2015) han documentado que las usuarias de los servicios de salud reproductiva en México “perciben su realidad en términos colonizados, es decir, mediante categorías y descripciones impuestos por los grupos dominantes” (p.102). De esta manera, las pacientes suelen apropiarse de las caracterizaciones subhumanas que los médicos hacen de ellas—“cuando está una para aliviarse es muy necia, al menos yo me pongo muy necia” (ejemplo de Castro y Erviti, 2015:103)— y naturalizan los atropellos en los que incurren los médicos— “incluso saca uno de quicio a los doctores, y hace que los doctores, pues es lógico que se desesperen y griten” (ídem)—. En estos dos ejemplos podemos ver que la caracterización que las pacientes hacen de sí mismas corresponde con la caracterización subhumana que los médicos hacen de los pacientes en general: se presentan a sí mismas como carentes de autocontrol (“me pongo muy necia”) y exasperantes (“saca uno de quicio a los doctores”)⁸⁶.

En los términos de mi discusión, los hallazgos de Castro y Erviti (2015) pueden formularse de este modo: la fenomenología de las pacientes también está moldeada por las narrativas subhumanas con las que los médicos las reconocen y con las que, en consecuencia, las tratan. La infiltración de las narrativas subhumanas en la psique de los deshumanizados hace que ellos mismos consientan el maltrato que reciben. Éste es uno de los principales mecanismos por los que se dañan las identidades de los deshumanizados (ver más adelante).

Por supuesto, los médicos y los pacientes no siempre son conscientes de la autoidentificación que hacen con las narrativas supra y subhumanas, respectivamente. La deshumanización en la psique no se refiere exclusivamente a

⁸⁶ Como veremos más adelante, Wolff & Waldow (2008) han presentado resultados equivalentes en los servicios de atención ginecobstétrica de Brasil.

las cosas que cruzan nuestra conciencia, sino también a los contenidos prerreflexivos o inconscientes que sientan las bases de las percepciones conscientes (recordemos la metáfora del iceberg en pp. 101-103). Todos estos contenidos están socialmente mediados. Como vimos en el Capítulo III, las prácticas construyen sistemas de percepción y apreciación (habitus) que estructuran la subjetividad de las personas y nos disponen a actuar espontáneamente de cierta manera, con lo cual las personas reproducen a la vez las estructuras sociales, contribuyendo a su mantenimiento.

En la deshumanización, las prácticas deshumanizantes construyen sistemas de percepción y apreciación basados en las narrativas no humanas (i.e. un habitus deshumanizado). De este modo, tanto el deshumanizador como el deshumanizado incorporan la lógica de la opresión y la reproducen con sus acciones prerreflexivas. El deshumanizador piensa, siente, se expresa, reconoce y responde con base en la caracterización suprahumana de los miembros de su grupo social, y trata al deshumanizado como a un inferior, trabajando en favor del orden social opresivo. Del mismo modo, cuando los deshumanizados piensan, sienten, se expresan, reconocen y responden con base en la caracterización subhumana que los deshumanizadores hacen de su grupo social, terminan por aceptar con complicidad su opresión, contribuyendo también a mantener el orden social opresivo en el que están inmersos. Esto quiere decir que las prácticas deshumanizantes y las subjetividades deshumanizadas se co-construyen bajo la lógica de la opresión.

Identidades dañadas por la deshumanización

Como vimos en el Capítulo II, la noción de deshumanización está enraizada en la cuestión filosófica de la identidad personal. Al hablar coloquialmente de deshumanización se apunta, ante todo, a los daños que sufre un individuo en tanto

humano/persona⁸⁷. Esto quiere decir que la noción misma de deshumanización implica que la identidad del individuo agraviado está amenazada de alguna manera. En la presente sección explicaré en qué consiste el daño a la identidad de las personas que participan en las prácticas deshumanizantes.

En términos generales podemos decir que la identidad de las personas que participan en las prácticas deshumanizantes se daña a través de mecanismos externos e internos. Por mecanismos externos me refiero a las acciones que otros individuos ejercen en la interacción para *sujetar* a los deshumanizadores y a los deshumanizados en las identidades supra y subhumanas que les corresponden de acuerdo con el orden social opresivo en el que están inmersos⁸⁸. Cuando el deshumanizador responde, por ejemplo, con regaños y amenazas, está *sujetando* al deshumanizado en su identidad subhumana, degradándolo y limitando sus acciones. De manera análoga, cuando el deshumanizado demanda acciones mágicas o milagrosas de un deshumanizador, lo *sujeta* a su vez en una identidad suprahumana y le exige actuar en consecuencia. En ambos casos, las exigencias que conlleva esa *sujeción* violentan a los implicados: al deshumanizador porque es incapaz de cumplirlas dada su naturaleza humana y al deshumanizado porque limita el rango de sus acciones humanamente posibles y de este modo, como diría Lindemann (2001), lo priva de oportunidades.

Aquí utilizo la noción de *sujetar* no sólo como la entiende Lindemann—i.e. como la acción de sostener a una persona en una identidad durante las prácticas de personabilidad—sino también en un sentido foucaultino, es decir, como

una forma de poder que transforma a los individuos en sujetos. Hay dos significados de la palabra sujeto: sometido a otro a través del control y la dependencia, y sujeto atado a su propia identidad por la

⁸⁷ En el Capítulo II vimos que algunas teorías de la identidad personal distinguen entre humanos y personas. Según la teoría de identidad personal que defiendo en el Capítulo III, ser humano es una condición para ser persona, por eso aquí utilizo estos términos de modo indistinto.

⁸⁸ Como veremos más adelante, los mecanismos externos también se refieren a la sujeción que hace el propio el sistema social opresivo sobre los deshumanizadores y los deshumanizados a través de mecanismos institucionales.

conciencia o el conocimiento de sí mismo. Ambos significados sugieren una forma de poder que subyuga y somete. (Foucault, 1988:7)

El primer significado de sujeto de la cita anterior se refiere a los mecanismos externos por los cuales se dañan las identidades en la deshumanización. En cambio, los mecanismos internos se refieren al segundo significado de sujeto, que emerge de la acción de *sujetarse a uno mismo* en las identidades no humanas que guían las prácticas deshumanizantes.

Cuando se infiltran en nuestras conciencias, las narrativas no humanas no sólo guían las interacciones con otras personas, sino que también median la relación con uno mismo, de tal forma que el deshumanizador y el deshumanizado forman su autoconcepto y se tratan a sí mismos según las prescripciones de dichas narrativas. Esto remite a la noción de *conciencia infiltrada* que utiliza Lindemann (2001, 2014) para describir las identidades dañadas de grupos sociales oprimidos. Como veremos enseguida, los deshumanizadores también tienen conciencias infiltradas por las narrativas suprahumanas que los representan inadecuadamente y dañan su identidad. En las siguientes páginas defenderé que las conciencias infiltradas son un estado de alienación que se expresa en distintas formas de violencia contra uno mismo y que comprometen la autonomía de las personas. La alienación de los deshumanizados los conduce a patrón de autodenigración gracias al cual aceptan con complicidad el (mal)trato que le brindan los deshumanizadores, mientras que en estos últimos encontramos una aceptación ideológica de las demandas suprahumanas que les impone su identidad social y que los conduce a un patrón de autoexigencia que los encierra un ciclo interminable de esfuerzo y frustración que contradice el concepto que han creado de sí mismos y retroalimenta negativamente su autoestima. Éstos constituyen los mecanismos psíquicos (o internos) de autodeshumanización

La identidad dañada del deshumanizado

Una revisión crítica de la propuesta de Lindemann (2001, 2014) con apoyo en otras contribuciones afines me permitirá explicar en qué consiste el daño a la identidad de los deshumanizados, pues en las prácticas deshumanizantes éstos ocupan una posición análoga a la de los individuos que forman parte de los grupos sociales oprimidos de la caracterización de esta filósofa sobre las identidades dañadas.

Lindemann describe las identidades dañadas como el producto de sistemas sociales opresivos en los que un determinado grupo social se ve obligado a representar una identidad moralmente degradada, constituida por narrativas grupales opresivas. A modo de ejemplo, esta filósofa analiza las narrativas grupales con las que los médicos representan a las enfermeras, las cuales se remontan al modelo militar de enfermería del siglo XIX donde los oficiales masculinos daban las órdenes y las mujeres enfermeras los obedecían. Dichas narrativas reproducen imágenes de la enfermera “como la Madre Tierra sosteniendo una bacinica” (Lindemann, 2001:3). Basadas en afirmaciones sexistas sobre las mujeres como subordinadas a los hombres, como emocionales en lugar de racionales, como madres en lugar de científicas, este tipo de narrativas grupales sirven para mantener la división del trabajo entre los médicos “técnicos” y las enfermeras “delicadas y sensibles” (“*touchy-feeling*” nurses), pues—argumenta Lindemann—estas narrativas opresivas privan a las enfermeras de hacer un trabajo que se reconoce como más racional y científico, dañando así su identidad por *privación de oportunidades*.

Este ejemplo sirve para ilustrar los mecanismos externos por los que se daña la identidad de los deshumanizados cuando son sujetados por otros en una identidad subhumana. Como hemos visto anteriormente, la interacción entre médicos y pacientes también priva de oportunidades a los pacientes: no se les permite expresarse libremente (“[el doctor] las reprende si hablan o si lo

interrumpen, o sea, ellas no pueden hablar hasta que él les diga"; Marigeni, médica general, cita completa en p. 243) y muchas veces sus posibilidades de acción se reducen a acatar las órdenes médicas (*"¡A ver, ¿te vas a dejar revisar, sí o no?! ¡Si no, yo no tengo tiempo para ti, eh!"*; Marina, estudiante, cita completa en p. 242).

En estudios en los que se ha realizado trabajo de campo con pacientes se ha encontrado que esta privación de oportunidades no sólo ocurre por paternalismo médico, sino también a través de acciones coercitivas y desdeñosas, e incluso con violencia física (Bohren et al, 2016). Trabajos de investigación con diferentes enfoques teóricos sobre el abuso y/o maltrato de los pacientes coinciden en que la interacción entre médicos y pacientes suele impedir la libre expresión de los pacientes y produce en estos últimos la sensación de que "pierden su valor como seres humanos", pues no han podido actuar con autonomía y se sienten incapaces de resistir el modo en el que los médicos los definen y etiquetan (Coyle, 1999; Wolff y Waldow, 2008; Swahnberg et al, 2009; Brüggemann y Swahnberg, 2012; Brüggemann, Wijma y Swahnberg, 2012). En pocas palabras, al ser sujetados por otros individuos en una narrativa subhumana (mecanismos externos), la identidad de los deshumanizados se daña porque se les impide expresarse libremente y se les priva de oportunidades, de modo que se restringe su autonomía y su autodeterminación⁸⁹.

El daño que produce *sujetarse a uno mismo* en las narrativas subhumanas supone mecanismos más intrincados. Reflexionando sobre el caso de una enfermera en particular que se identificaba a sí misma con las narrativas opresivas con las que los médicos representaban a su gremio, Lindemann advirtió que este tipo de narrativas pueden producir conciencias infiltradas que impiden que una adquiera un sentido de sí misma como digna de pleno respeto moral. De esta manera—explica Lindemann—se limita la capacidad de los oprimidos para ejercer

⁸⁹ Estos mecanismos externos también incluyen la sujeción que hace el propio el sistema social opresivo sobre los deshumanizados a través de mecanismos institucionales. Más al respecto en la página 286 y nota al pie 99.

su agencia moral y se compromete su autonomía, lo que en última instancia daña su identidad.

El daño a la propia identidad que deriva de una conciencia infiltrada se produce a través de mecanismos internos que en la propuesta de Lindemann no resultan del todo claros. A diferencia de los mecanismos externos, de los que uno puede estar consciente, la noción de conciencia infiltrada que propone esta filósofa parece remitir a un estado en el que la principal carencia es la falta de conciencia sobre la propia opresión. Como yo la entiendo, se trata de una conciencia falsa respecto a las condiciones opresivas bajo la que uno piensa, siente, se expresa, reconoce a los otros y responde. Así, las conciencias infiltradas aparecen como un estado de alienación en el que se ha incorporado la opresión.

Tradicionalmente, la alienación se ha entendido como una infiltración social o cultural en la psique. La definición del *Diccionario de la Real Academia Española* establece que la alienación es la “limitación de la personalidad o condicionamiento impuesto a la persona o colectividad por factores externos sociales, económicos o culturales” (“Alienación”, 2017). Sin embargo, esta definición resulta problemática, pues si nuestra subjetividad y nuestras capacidades forenses están socialmente mediadas (como defendí en el Capítulo III), entonces parecería que todos nuestros componentes psicológicos están genealógicamente alienados. Como consecuencia, podría argumentarse no existe una naturaleza inalienable especial en nosotros, lo que hace confusa la noción de conciencia infiltrada y pone en entredicho nuestra autonomía.

Como expliqué en el Capítulo III siguiendo también a Lindemann, la identidad personal está conformada por dos hebras entrelazadas: lo "dado" y lo "elegido". En cierta medida, nuestra autonomía está limitada por condiciones sociales y materiales que escapan de nuestro control, es decir, por lo "dado". Pero dentro de estas condiciones todavía podemos ejercer cierto grado de autonomía que proviene de la hebra "elegida" de la identidad personal. Desde una perspectiva existencialista podría decirse que, para constituir la hebra elegida de mi identidad, debo rechazar algunos y apropiarme otros componentes de mi

identidad que están genealógicamente alienados. Los existencialistas afirman que la singularidad de la existencia se logra cuando uno se recupera de la alienación. Para ellos, la autenticidad es la actitud con la que yo participo en mis proyectos como míos, comprometiéndome a mí misma como el tipo de persona que se involucra en ese tipo de proyectos; al hacerlo, logro ser yo misma y me recupero de la alienación (Crowell, 2016). No obstante, esta perspectiva también resulta problemática para definir las conciencias infiltradas, pues concede que todos estamos alienados hasta que, en virtud de acciones individuales de conciencia, nos liberamos.

Si aceptamos la dimensión social de la identidad personal (ver pp.111-120), para entender en qué consiste una conciencia infiltrada necesitamos una definición de alienación que no dependa de que los contenidos de nuestra conciencia hayan sido socialmente construidos. Lo que propongo es entender la alienación por el daño que inflige en nuestra identidad. Así, la alienación se referiría sólo a un tipo de componentes psíquicos que incorporamos socialmente: los que resultan en diferentes formas de *violencia contra uno mismo*. Lo que nos aliena no es nuestra constitución social, sino sólo algunos elementos socialmente adquiridos que resultan perjudiciales para nosotros. O lo que es lo mismo: la alienación no se trata de haber incorporado elementos sociales, sino del daño que nos hacemos a nosotros mismos, producto de dicha incorporación.

Desde esta propuesta, el quid de la alienación yace en los efectos contraproducentes que ciertas incorporaciones sociales tienen para nuestra identidad. Los contenidos alienados de la psique del deshumanizado lo compelen a formarse un concepto de sí mismo devaluado y lo disponen acatar con complicidad las restricciones a su autonomía y a su autodeterminación impuestas por las narrativas subhumanas que lo representan injustamente. En estos casos, el deshumanizado tiene agencia, pero al ejercerla, él mismo degrada su autonomía.

Las perspectivas feministas sobre la autonomía arrojan luz sobre esta cuestión. Desde los estudios de género se consideran tres “casos difíciles” que

son resultado de la alienación patriarcal: la abnegación, la formación de preferencias adaptativas y la adopción de prácticas de opresión. El primer caso se refiere a las mujeres que están dispuestas o incluso deseosas por ocupar una posición subordinada a los hombres; un ejemplo paradigmático de la abnegación es la esposa deferente. El segundo caso se refiere a las mujeres que ya se han adaptado a la subordinación y han adoptado una ideología opresiva, lo que las hace preferir la opresión sobre otras circunstancias liberadoras. Y finalmente, el último caso se refiere a las prácticas opresivas que son respaldadas por las propias mujeres, como la mutilación genital femenina.

Estos "casos difíciles" sirven para analizar los efectos de la opresión internalizada sobre la autonomía de las personas. Ante ellos, las filósofas feministas han rechazado la concepción moderna de autonomía—basada en la ilusión del yo atomista y su independencia sustantiva—y en su lugar han propuesto la noción de *autonomía relacional*, con la cual se reconoce que nuestras identidades tienen una naturaleza sociohistórica y que nuestras psiques están engarzadas con las estructuras sociales. Existen muchas acepciones distintas sobre la autonomía relacional (ver Stoljar, 2015), pero para explicar las identidades dañadas de los deshumanizados basta con revisar dos de ellas. La primera se enfoca en la dimensión afectiva de la autonomía relacional, señalando que ésta no es meramente cognitiva, sino también emocional en gran medida. Reconocer las propias emociones y juicios como objetos de valor parece ser necesario para ejercer la autonomía. Una podría tener todas sus habilidades cognitivas en su lugar y, sin embargo, no ser autónoma por falta de confianza en una mismo o por una baja autoestima. La segunda característica de la autonomía relacional que conviene señalar es que ésta es gradual. Así se explica que alguien pueda decidir sobre situaciones particulares como qué va a comer hoy (autonomía episódica), pero no pueda decidir sobre cuestiones importantes de la vida, como ser madre o elegir una carrera (autonomía programática).

Cuando los deshumanizados tienen una conciencia infiltrada por las narrativas subhumanas que los representan, su identidad se daña porque dichas narrativas comprometen su autonomía. Por un lado, porque el concepto que

forman de sí mismos a partir de las narrativas subhumanas atenta contra su autoestima y la confianza en sí mismos, impidiéndoles reconocer el valor que tienen sus propias emociones y juicios. Y por otro lado porque junto con las narrativas subhumanas que los representan, los deshumanizados adoptan una ideología opresiva que modela sus preferencias y de este modo coarta su autonomía programática.

Existe un tercer mecanismo por el cual las conciencias infiltradas dañan la identidad de los deshumanizados. Los contenidos alienados de la psique del deshumanizado lo disponen a actuar de maneras que reproducen el orden social opresivo que lo sujeta a una identidad subhumana. Como expliqué anteriormente, las prácticas deshumanizantes construyen sistemas de percepción y apreciación basados en las narrativas no humanas (i.e. un habitus deshumanizado). De este modo, tanto el deshumanizador como en el deshumanizado incorporan la lógica de la opresión y la reproducen con sus acciones prerreflexivas. Cuando los deshumanizados piensan, sienten, se expresan, reconocen y responden con base en la caracterización subhumana que los deshumanizadores hacen de su grupo social, terminan por aceptar con complicidad su opresión, contribuyendo a mantener el orden social deshumanizante en el que están inmersos. Bourdieu (2000) llama a esto *violencia simbólica*: el tipo de violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad. Es en virtud de esta anuencia que la violencia simbólica actúa sin fuerza y de forma velada.

Al hablar de la psique de los pacientes en las prácticas deshumanizantes ya expliqué que las narrativas subhumanas moldean su fenomenología. Esto es producto de su condición alienada, es decir, de su conciencia infiltrada por estas narrativas que son contraproducentes para ellos mismos. Con apoyo en el trabajo de Castro y Erviti (2015) sobre violencia obstétrica vimos que algunas pacientes construyen el concepto de sí mismas conforme a la caracterización subhumana que los médicos hacen de los pacientes en general (“me pongo muy necia”) y naturalizan el maltrato del que son objeto por parte de los médicos (“es lógico que se desesperen y griten”). Como argumentan estos autores, estos esquemas de percepción y apreciación hacen que las pacientes acepten de modo naturalizado

los atropellos en los que incurren los médicos, lo que ilustra de modo evidente la violencia simbólica. En términos más afines a mi teoría de la deshumanización: estos esquemas de *auto*-percepción y *auto*-apreciación, que constituyen un estado de alienación derivado de las narrativas subhumanas, disponen a los pacientes a aceptar con complicidad que los médicos los *sujeten* en una identidad subhumana, complicidad con lo cual se violentan a sí mismos pues con su anuencia reproducen las prácticas sociales que los deshumanizan sistemáticamente.

El trabajo de Wolff y Waldow (2008) presenta resultados similares a los de Castro y Erviti (2015) en la práctica médica durante la atención de parto en Brasil:

[las pacientes] refieren que no reclaman porque los profesionales están ahí para ayudar con el nacimiento del bebé, por tanto, tienen que aceptar sus humillaciones, como relató una [mujer] de 22 años: *'no voy a discutir con un profesional que sabe más que yo [...] nadie preguntaba mi opinión'* (p.149; mi traducción)

Con la cita anterior podemos apreciar nuevamente que las mujeres aceptan las humillaciones de las que son objeto porque consideran que éstas forman parte de la ayuda que los médicos les brindan y, por lo tanto, las aceptan con anuencia. Del mismo modo, gracias a la lógica opresiva de la deshumanización que se ha infiltrado en sus conciencias, aceptan con complicidad que los médicos no les pregunten su opinión, ya que consideran que son ellos quienes deben decidir sobre ellas, lo que claramente implica una violación a su autonomía.

Este tipo de *auto*-percepción y *auto*-apreciación alienada también se da en otros pacientes fuera de la atención ginecobstétrica. En mi tesis de maestría analicé un programa de comunicación de la ciencia enfocado a pacientes diabéticos (Villanueva, 2013). Revisando los hallazgos del trabajo de campo que obtuve para aquella investigación, encontré a pacientes diabéticos que se describían a sí mismos de modo afín a las narrativas subhumanas. Por ejemplo, una paciente me comentó que, en las sesiones de educación sobre diabetes a las

que asiste, los médicos “nos hablan sencillito, nos explican hasta con mímica y todo para que entendamos” (p.40), reproduciendo de este modo la caracterización de los pacientes como sujetos que no entienden y que demandan que los médicos se “bajen” de su pedestal para “explicar literal con peras y manzanas” (Sonia, oncóloga; cita completa en p. 236).

Otra paciente de aquella investigación comentó “yo sé lo que tengo que hacer, pero no lo hago” (Villanueva, 2013: 28), refrendando así el estereotipo de los pacientes desobedientes e irresponsables. En esa misma línea, otros pacientes describieron sus propias conductas como “portarnos bien o portarnos mal” (*idem*, p.29), lo que sugiere que han naturalizado el disciplinamiento que reciben por parte de los médicos y que está fundado en las caracterizaciones infantilizadas que de ellos hacen. Es gracias a esta legitimación del orden opresivo en el que están inmersos que los pacientes aceptan con anuencia su rol subalterno frente a los médicos, e incluso lo *aprecian*, como sugiere el comentario de un señor:

La situación benéfica [que nos da pertenecer a este programa para diabéticos] es los controles: “oye, estás pasado de peso”, “oye, el colesterol y los triglicéridos”, “no has pasado a todos los servicios como son la cuestión de la vista, la cuestión dietética”. Todo eso lo hemos ido aprovechando mejor.

*Paciente diabético, 71 años, Ciudad de México
(Villanueva, 2013: 65-66)*

Porque muchas veces la violencia simbólica está mediada por los afectos, los opresores suelen formar juicios del tipo “[a las pacientes] les agrada que las traten mal” (Marigeni, médica general; cita completa en la p. 243). Estos afectos son producto de su alienación, la cual sirve sobre todo al sistema social opresivo en el que se reproducen las prácticas deshumanizantes. Como explica Bourdieu:

la violencia simbólica, violencia suave, invisible, desconocida en cuanto tal, *elegida tanto sufrida*, la de la confianza, la de la obligación, la fidelidad personal, la hospitalidad, el don, la deuda, el conocimiento, la piedad, la de todas las virtudes, en una palabra, honradas por la moral del honor, se impone como el modo de dominación más económico porque es el que más se adecua a la economía del sistema (Bourdieu, 2007:204-205)

En esta cita, el señalamiento de que la violencia simbólica es “elegida tanto sufrida” apunta a que la alienación de los deshumanizados no sólo se mantiene a través de mecanismos internos prerreflexivos (i.e. el habitus deshumanizado), sino también a través de mecanismos internos reflexivos que los hacen elegir la dominación, como señalan también las feministas al analizar los “casos difíciles” anteriormente descritos. En su libro *Mecanismos psíquicos del poder*, Butler (2015) explora este tipo de relaciones ambivalentes con el poder y el sometimiento. Butler apunta que

la idea de que el sujeto está apasionadamente apegado a su propia subordinación ha sido invocada cínicamente por quienes intentan desacreditar las reivindicaciones de los subordinados. El razonamiento es el siguiente: si se puede demostrar que el sujeto persigue o sustenta su estado subordinado, entonces la responsabilidad última de su subordinación quizás resida en él mismo. Por encima y en contra de esta visión, yo argumentaría que *el apego al sometimiento es producto de los manejos del poder*, y que el funcionamiento del poder se transparenta parcialmente en este enfoque psíquico, el cual constituye una de sus producciones más insidiosas. (Butler, 2015:17)

El enfoque psíquico al que se refiere Butler es el de las condiciones en las que emerge la conciencia. Con apoyo en las reflexiones de Hegel, Nietzsche, Freud y Foucault, esta filósofa argumenta que la conciencia se forma en condiciones de dependencia, esto es, de sometimiento ante un poder que al mismo tiempo posibilita su existencia. La socialización que nos forma como sujetos implica ajustarnos a las normas sociales que, por un lado, nos someten, pero al mismo tiempo nos dan la posibilidad de formarnos como personas, como vimos en el Capítulo III. Ese sometimiento o dependencia a las normas sociales no termina nunca: como seres sociales dependemos siempre de los otros para afirmarnos, ya sea mediante el repudio a sus imposiciones o mediante la sumisión ante ellas. O en palabras de Butler:

El sometimiento sería el efecto paradójico de un régimen de poder por el cual las mismas “condiciones de existencia”, la posibilidad de persistir como ser social reconocible, exigen la formación y el mantenimiento del sujeto en la subordinación (Butler, 2015:39).

Butler explica que a nivel psíquico esta subordinación produce una división en dos partes, una que supervisa nuestro cumplimiento con los mandatos sociales (el súper yo freudiano) y otra que se resiste a ellos (el ello). El sujeto consciente (el yo) emerge en la contraposición de estos componentes psíquicos y es, por lo tanto, ambivalente. Esto explica que, por un lado, formemos *vínculos apasionados* al sometimiento, mismos que se alimentan de la satisfacción que nos produce ajustarnos a los mandatos sociales, refrendada por la aprobación y el reconocimiento amoroso que nos dan los otros y que nos afirma y, en última instancia, nos proporcionan un sentido de pertenencia. Pero, por otro lado, también explica que simultáneamente nos resistamos al sometimiento para diferenciarnos de los demás, consiguiendo así un sentido de uno mismo que nos afirma como seres libres y autónomos.

Las nociones clásicas de alienación presentan este fenómeno como fuente sólo de sufrimiento. Veamos, por ejemplo, este fragmento de la obra de Marx:

¿En qué consiste, entonces, la alienación ⁹⁰ del trabajo? Primeramente, en que el trabajo es externo al trabajador, es decir, no pertenece a su ser; en que, en su trabajo, el trabajador *no se afirma, sino que se niega; no se siente feliz, sino desgraciado*; no desarrolla una libre energía física y espiritual, sino que *mortifica* su cuerpo y arruina su espíritu. Por eso el trabajador *sólo se siente en sí fuera del trabajo, y en el trabajo fuera de sí*. Está en lo suyo cuando no trabaja y cuando trabaja no está en lo suyo. Su trabajo no es, así, voluntario, sino forzado, trabajo forzado. Por eso *no es la satisfacción de una necesidad*, sino solamente un medio para satisfacer las necesidades fuera del trabajo. Su carácter extraño se evidencia claramente en el hecho de que tan pronto como no existe una coacción física o de cualquier otro tipo se *huye del trabajo* como de la peste. El trabajo externo, el trabajo en que el hombre se aliena, es un trabajo de *autosacrificio*, de ascetismo. En último término, para el trabajador se muestra la exterioridad del trabajo en que éste no es suyo, sino de otro, que no le pertenece; en que cuando está en él *no se pertenece a sí mismo, sino a otro*. Así como en la religión la actividad propia de la fantasía humana, de la mente y del corazón humanos, actúa sobre el individuo independientemente de él, es decir, como una actividad extraña, divina o diabólica, así también la actividad del trabajador no es su propia actividad. Pertenece a otro, es *la pérdida de sí mismo*. (Marx 2009[1844]: §XXII)

⁹⁰ La cita en inglés de este mismo fragmento y de la misma fuente (marxists.org), utiliza la palabra “alienación”, mientras que la versión en español utiliza la palabra “enajenación”. Aquí he cambiado enajenación por alienación para darle mayor fluidez del argumento.

Sin embargo, la alienación no sólo es fuente de sufrimiento, como sugiere la cita anterior. Abundan los ejemplos empíricos que corroboran que nuestra relación con el sometimiento es más bien ambivalente. Como dice Butler, las personas desarrollamos *vínculos apasionados* con el sometimiento y, como señala Bourdieu al hablar de la *violencia simbólica*, reproducimos las mismas condiciones que nos someten, es decir, sostenemos (por lo menos prerreflexivamente) distintas formas de violencia contra nosotros mismos⁹¹.

La relación de los pacientes con los médicos es asimismo ambivalente. Mientras que, por un lado, los pacientes pueden aceptar con anuencia la caracterización subhumana que hacen de ellos y formar vínculos apasionados fundados en el agradecimiento y la admiración (como vimos en ejemplos anteriores), los pacientes también pueden resistirse a la identidad subhumana que se les impone. Dicha resistencia también está mediada por lo afectivo, pues muchas veces durante el encuentro clínico se sienten atropellados, humillados, nulificados (Coyle, 1999; Swahnberg et al, 2009; Brüggemann y Swahnberg, 2012). Estas emociones pueden comprometer la autonomía relacional de los pacientes al impedirles adquirir un sentido de sí mismos como dignos de pleno respeto moral. En un estudio realizado en Suecia se encontró que un 80% de los pacientes no denuncian el trato abusivo que reciben de parte de los médicos porque “desconocen sus derechos como pacientes” (Brüggemann y Swahnberg, 2012). Esos derechos se refieren a condiciones básicas de dignidad humana como, por ejemplo, el derecho a la privacidad, a la confidencialidad sobre su información médica, a aceptar o rechazar un tratamiento y a ser informado acerca de los riesgos que conllevan los procedimientos médicos que les realizarán (OMS, 2018). Desconocer estos derechos humanos fundamentales en el contexto de salud implica tener un concepto degradado de uno mismo que impide que uno se reconozca a sí mismo dignamente.

⁹¹ A esto mismo se refirió Hegel con su noción de *conciencia desventurada* en su pasaje sobre la dialéctica del amo y el esclavo, de la cual hablaré más adelante.

En síntesis, en las prácticas deshumanizantes la identidad de los deshumanizados se daña por mecanismos externos (la privación de oportunidades y la coartación de su autonomía y autodeterminación por ser sujetos por otros en una identidad subhumana) y mecanismos internos (la alienación o conciencia infiltrada por la cual el deshumanizado se sujeta a sí mismo en dicha narrativa). Hay tres razones para considerar que la alienación de los deshumanizados es dañina para su identidad—es decir, constituye una forma de violencia contra sí mismos—: 1) porque los conduce a una autodenigración sistemática que compromete la dimensión afectiva de su autonomía, 2) porque a partir de las narrativas subhumanas con las que se identifican forman preferencias gracias a las cuales aceptan con complicidad su subordinación y 3) porque dichas narrativas los predisponen a actuar de tal manera que reproducen el orden social opresivo en el que están inmersos, contribuyendo así al mantenimiento y la perpetuación de las prácticas de personeidad que los deshumanizan.

Como he mostrado en las últimas páginas, a pesar de que uno no es consiente de su estado de opresión cuando tiene una conciencia infiltrada, es posible que otros determinen su estado de alienación a partir de un análisis de sus acciones y su discurso. Recordemos que uno carece de autoridad absoluta para afirmar qué componentes de sus identidades son realmente suyos y cuáles no. Como expliqué en el Capítulo III, nuestros conglomerados narrativos no sólo contienen historias contadas en primera persona, sino también historias que otras personas cuentan sobre nosotros. Por las razones epistémicas, prácticas y conceptuales anteriormente expuestas (ver pp. 97-99), yo no puedo ser el único juez sobre qué historias que me constituyen. Por lo tanto, una persona puede determinar si estoy alienada a pesar de que yo lo niegue.

No escapan de mi atención los riesgos que implica afirmar que otra persona puede determinar si estoy alienada a pesar de que yo disienta en su diagnóstico. Esto puede llevar a legitimar prácticas paternalistas o abusivas destinadas a “liberar a los oprimidos”. Debemos ser cautelosos al respecto, seguir siendo críticos al evaluar la alienación de una persona y pensar en medidas de precaución para prevenir tales prácticas. Además, también debemos considerar

que reclamar la autodeterminación sobre la alienación tiene otros riesgos: principalmente, sentar las bases para perpetrar la opresión en nombre de una concepción ingenua de la autonomía (no relacional).

La identidad dañada del deshumanizador

Cuando pensamos en la deshumanización, tendemos naturalmente a pensar en la persona deshumanizada, pero no en el deshumanizador. El objetivo de esta sección es analizar esta otra cara de las prácticas deshumanizantes para defender que las exigencias impuestas por las narrativas suprahumanas también dañan la identidad del deshumanizador a través de mecanismos externos y mecanismos internos.

A diferencia de las teorías psicológicas de la deshumanización y la propuesta de Lindemann sobre las identidades dañadas que se enfocan sólo en los efectos que vulneran a los sujetos oprimidos, Hegel (2015[1807]) exploró la opresión relacionalmente en su pasaje sobre la dialéctica entre el amo y el esclavo. Apoyada en la lectura que hace Butler (2012, 2015) de este pasaje hegeliano, en las siguientes páginas presentaré apenas un esbozo muy simple de él para analizar el rol del deshumanizador, complementando con otras reflexiones afines.

En la relación amo-esclavo, la autonomía del esclavo está comprometida por su condición subalterna ante el amo. Para liberarse de esta condición, el esclavo podría optar por la lucha o la huida, pero ambas conllevan el riesgo de morir. El miedo absoluto que le despierta esta opción lo hace elegir su propia vida sobre su autonomía: elige subordinarse. Esto quiere decir que, entre el deseo por la vida y el deseo por la libertad, opta por satisfacer el primero de ellos. Con esta elección, el esclavo se vuelve contra sí mismo pues renuncia a su autonomía.

En contraparte, con el afán de satisfacer al máximo su deseo de libertad, el amo delega en el esclavo la satisfacción de sus necesidades para preservar la vida. De esta manera, sin embargo, queda en un estado de dependencia hacia el

esclavo pues necesita de él para sobrevivir. Aquí Hegel hace referencia tanto a la vida corporal del amo como a su vida social⁹². El amo necesita del esclavo para mantener su vida corporal pues es él quien le provee los bienes necesarios para subsistir; al delegar en el esclavo la satisfacción de sus necesidades corporales, el amo está desechando una dimensión fundamental de su identidad: su cuerpo⁹³. El amo también necesita del esclavo para preservar su vida social, esto es su identidad en tanto amo; al depender del esclavo para afirmar su identidad, el amo descubre que no es autosuficiente.

Marx, quien fue alumno de Hegel, abonó a la comprensión del papel del opresor desde sus análisis histórico-económicos. Marx afirmó que

la propiedad de la tierra, bajo la figura del capital, [muestra] su dominación tanto sobre la clase obrera como sobre los propietarios mismos, en cuanto que las leyes del movimiento del capital los arruinan o los elevan. Con esto, en lugar del aforismo medieval *nulle terre sans seigneur* [no hay tierra sin su señor] aparece otro refrán: *l'argent n'a pas de Maître* [el dinero no tiene amo], en el que se expresa la dominación total de la materia muerta sobre los hombres. (Marx [1844] 2009: §XVIII)

Esta cita es bastante ilustrativa para los fines de esta tesis por dos razones. Primero, porque Marx afirma que tanto la clase obrera como los propietarios están dominados por el capital, lo que puede parafrasearse como que la estructura social *sujeta* tanto a los opresores como a los oprimidos. Sin embargo, esta sujeción es significativamente diferente para unos y otros. Mientras que los

⁹² Cabe hacer notar que la noción de vida que utiliza Hegel es compatible con la noción de vida-personal que propone Schechtman (ver Capítulo III).

⁹³ En la dialéctica del amo y el esclavo, Hegel plantea que el amo delega sus necesidades mundanas (corporales) al esclavo para obtener libertad espiritual (mental). Así, el amo se libera de los quehaceres corporales que aseguran su subsistencia biológica para deleitarse plenamente en el ámbito espiritual o mental. Al decir que desecha su cuerpo apunto a esa dimensión de nuestra identidad personal que también nos constituye y que nos hace humanos (ver pp.104-106).

opresores están oprimidos por las estructuras sociales y, como veremos enseguida, por ellos mismos, los oprimidos están triplemente oprimidos: por las estructuras sociales, por los opresores y por ellos mismos. Y segundo, Marx señala en esta cita que, bajo las leyes que gobiernan el movimiento de capital, la clase obrera se arruina mientras que los propietarios se elevan.

En los términos de mi teoría de la deshumanización lo anterior puede plantearse de la siguiente manera. Bajo la lógica de la opresión que fundamenta las prácticas deshumanizantes, 1) la identidad tanto de los deshumanizadores como los deshumanizados está dañada—aunque el daño para los deshumanizados es significativamente más grave—y 2) los deshumanizados se arruinan por medio de las narrativas subhumanas, mientras que los deshumanizadores son elevados por las narrativas suprahumanas. No obstante, en la medida en que esa elevación pretende superar límites impuestos por nuestra naturaleza humana, resulta también dañina para los deshumanizadores. Esta última aclaración diferencia los análisis anteriores de mi teoría sobre la deshumanización⁹⁴.

Cuando se pretende elevar al deshumanizador más allá de lo que permite su naturaleza humana, comienza a dañarse su identidad. Como he dicho ya, ser sujetado en una identidad suprahumana se traduce en una serie de exigencias que dañan a la persona: por ejemplo, exigirle a un médico cumplir cabalmente con sus responsabilidades a pesar de que lleva días sin dormir y mal comiendo es una exigencia suprahumana que perjudica su salud física y mental (ver Capítulo IV). La sobre-exigencia es una forma reconocida de maltrato en la infancia (Posada-Díaz,

⁹⁴ Como veremos más adelante, Hegel explica que en el amo emerge una conciencia desventurada cuando se confronta con la inexorabilidad de su cuerpo, que lo hace dependiente del esclavo y lo enfrenta a la imposibilidad de su autosuficiencia. Esto es distinto a lo que yo propongo aquí, porque lo que produce las experiencias contradictorias en los deshumanizadores (lo equivalente a la conciencia desventurada) y daña su identidad no es la imposibilidad de ser autosuficientes—esa presunción es en principio incompatible con la noción de personabilidad que presento en el Capítulo III—, sino la imposibilidad de cumplir con las exigencias suprahumanas que se oponen a la naturaleza humana que compartimos todas las personas. Hegel y yo hablamos de imposibilidades diferentes, y por lo tanto lo que propongo yo se diferencia de los análisis presentados hasta ahora.

Gómez-Ramírez y Ramírez-Gómez, 2008), en el trabajo (Pérez Jáuregui, 2018) y en la educación, especialmente de profesionales de la salud (Rancich et al, 2016).

Las Imágenes 30 y 31, obtenidas de Facebook, sugieren que, al igual que los pacientes, los médicos tienen la necesidad de ser reconocidos como humanos. Estas dos imágenes expresan la inconformidad que experimentan los médicos cuando son sujetos por los pacientes en la galenidad suprahumana. El texto de ambas imágenes reclama el reconocimiento de su naturaleza humana y subraya que es injusto que se les impongan exigencias como si fueran “máquinas” o “magos”. Como vimos anteriormente, en las entrevistas también encontré expresiones de inconformidad ante los pacientes que exigen “curaciones mágicas” y no aceptan errores por parte de los médicos, que son formas en las que sujetan a los médicos en la identidad suprahumana de deshumanizadores.

Imagen 30. Los médicos no son máquinas

Somos humanos. Sí! También comemos.
A veces la gente piensa que los médicos son máquinas.



Fuente: Facebook

Imagen 31. Los médicos también son seres humanos

Para quien no sabía:

1. Los **médicos** duermen.
2. Los **médicos** se alimentan.
3. Los **médicos** tienen familia.
4. Los **médicos** precisan de dinero (también pagan cuentas).
5. Los **médicos** no examinan pacientes por teléfono.
6. Los **médicos** no son videntes ni magos.
7. Los **médicos** dejan de ser médicos en reuniones de familia y en fiestas.
8. Los **médicos** también tienen vacaciones.
9. Los **médicos** también se enferman.

Los médicos son seres humanos como usted.

Fuente: Facebook

Las exigencias suprahumanas de la galenidad por parte de los pacientes y otros actores externos al campo médico (p. ej. abogados y jueces) han impulsado a los médicos para organizarse y reclamar, como gremio, que se reconozca que los médicos también son seres humanos. Bajo el lema de “somos médicos, no dioses”, en 2014 surgió el movimiento #yosoy17 en respuesta a una demanda por negligencia médica que derivó en la detención de 16 médicos (Aristegui Noticias, 2014; Excélsior, 2014). Este movimiento busca principalmente despenalizar el acto médico, es decir, busca un tipo de fuero que proteja a los médicos de ser “criminalizados” a través de demandas judiciales por negligencia, violencia obstétrica y otras formas de mala praxis. Como me explicó uno de los médicos entrevistados:

Ese grupo se formó por una demanda que tuvieron 16 médicos que atendieron a un paciente pediátrico aquí en Guadalajara. [Su lema: “somos médicos, no dioses”] por un lado refleja una realidad en que un médico puede mejorar o a veces sustituir funciones para preservar la vida o mejorar la calidad [de vida de un paciente], pero, por otro lado, pues a veces las enfermedades o las condiciones del paciente rebasan la capacidad del médico y pues no eres Dios para eso, ¿no? [...] Los pacientes constantemente lo olvidan y descargan no sé si sus temores o su miedo, [y piensan] “ya fui con el doctor y me voy a curar”, y a veces no reconocen que la enfermedad es tan grave que puede terminar mal.

José Luis, oftalmólogo, 46 años, Guadalajara

En una publicación reciente con perspectiva sociológica, Castro y yo argumentamos que el reclamo de los médicos de #yosoy17 por no ser “criminalizados” es una defensa de la autoridad y el estatus de la profesión médica (Castro y Villanueva, 2018). Sin embargo, las Imágenes 30 y 31 (arriba) nos hablan de que el lema de este movimiento resuena entre sus integrantes no sólo porque quieren defender la “autoridad irrestricta” de la galenidad, sino también porque se sienten deshumanizados cuando se espera que funcionen como una

“máquina” que no come (y por añadidura, no duerme ni tiene emociones) o que resuelvan los problemas de salud de los pacientes como “magos” y que puedan dar pronósticos certeros como “videntes”. Son precisamente esas exigencias imposibles de cumplir—y no el desafío a su autoridad—las que constituyen una forma de maltrato que daña a los deshumanizadores.

No olvidemos, sin embargo, que los médicos son los primeros en reproducir las narrativas de la galenidad que los representan de manera suprahumana, ya sea a través de epopeyas elaboradas o con memes mucho más simples, pero que transmiten el mismo mensaje. De este modo, los médicos se sujetan *entre sí* en la identidad suprahumana que los deshumaniza. Como vimos en el capítulo anterior, esto es sobre todo evidente durante el proceso de formación profesional. En la siguiente cita podemos ver que las exigencias que de los médicos de jerarquía superior sobre la médica interna entrevistada superaban sus capacidades, y las repercusiones que esto tenía en ella:

*En el Internado muchas veces sentí enojo, de que llegabas y [los médicos] te regañaban por cosas que tú ni qué. Yo pensaba “**hago todo lo máximo que puedo e igual me regañan**” [...] A veces **sí llega un punto en que es demasiado**. Sí hubo, en el Internado, varias veces que llegué a mi casa y me puse a llorar. Era mucho estrés.*

Andrea, estudiante, 23 años, Ciudad de México

Este tipo de maltrato, producto de la sujeción a la galenidad suprahumana que hacen los médicos *entre sí*, no suele ser denunciado públicamente, a diferencia de lo que sucede con la sujeción que viene de parte de los pacientes⁹⁵. En el artículo anteriormente citado, Castro y yo argumentamos que al interior del

⁹⁵ Cabe hacer notar que sólo se denuncia la sujeción a la galenidad por parte de los pacientes que desafía la autoridad médica. Otras formas de sujeción a esa identidad suprahumana que están mediadas por la admiración y el agradecimiento no se denuncian pues, por un lado, refrendan la autoridad de los médicos y, por otro lado, porque no dañan su identidad (no implican exigencias sobrehumanas) sino que, por el contrario, afirman su galenidad.

campo médico se dan distintas formas de violencia que están normalizadas porque obedecen a las jerarquías de dicho campo (Castro y Villanueva, 2018). El daño a la identidad de los médicos que se da porque se sujetan *entre sí* a la galenidad es un ejemplo de ese tipo de violencias normalizadas y, por lo tanto, no se denuncia. Durante la profesionalización, esta normalización deriva de considerar que es formativo que un médico de jerarquía superior tenga exigencias suprahumanas con un médico subalterno, pues es de este modo que los estudiantes adquieren la fortaleza que caracteriza a la galenidad (ver Capítulo IV).

La sujeción a la galenidad que hacen los médicos entre sí también está normalizada por el ambiente altamente competitivo en el que se desenvuelven. Los médicos compiten para ingresar a las escuelas de medicina, para elegir la sede donde realizar las prácticas profesionales, para hacer una especialidad médica y para posicionarse frente a los demás médicos (Castro y Villanueva, s/f). En ese camino, los médicos compiten para probarse como mejores galenos que sus colegas:

*Yo he visto a muchos médicos que con el afán de brillar y con el afán de impresionar, pues le echan caca a los demás. En la carrera de medicina enseñan a competir, sí estás compitiendo con tus compañeros de la carrera, con compañeros de diplomado, con los residentes, siempre estás compitiendo [...] **siempre tienes que demostrar que tú eres el mejor**. Tú sabes cómo son las pruebas para ingresar a una escuela de medicina, las evaluaciones, cuántos quieren entrar y cuántos pocos entran, digo desde ahí ya están compitiendo, y les siguen enseñando que desde ahí están compitiendo y compitiendo y que tu conocimiento lo tienes que defender, “a ver tú, interno, defiende”. Y al final de cuentas, los que saben terminan agarrándose de su conocimiento, y los que no saben, agarrándose de cualquier cosa que puedan **para no quedar mal y cuidar esa imagen, esa apariencia**.*

Julián, cirujano, 33 años, Yucatán

De este modo, los médicos se sujetan *entre sí* en la galenidad y las reglas de competencia que ésta les impone. Y cuando algún médico falla en cumplir con las normativas de dicha identidad, sus compañeros aprovechan para desacreditarlo y, con eso, posicionarse frente a él como un mejor galeno. El trabajo de campo evidenció que los médicos reconocen este mecanismo de desacreditación del otro con afán de acreditarse uno, con el proverbio “el peor enemigo de un médico es otro médico” (Reina, médica general, 33 años, Jal.).

En la cita anterior de Julián hay que notar que este médico señala que “los que saben terminan agarrándose de su conocimiento” para competir, mientras que “los que no saben [terminan] agarrándose de cualquier cosa para no quedar mal y cuidar esa imagen, esa apariencia”. En esta afirmación hay una clasificación implícita de los médicos: unos que representan la galenidad de maneras que son socialmente reconocidas y otros que, por lo contrario, representan la galenidad de maneras que se desaprueban. La lógica clasificatoria de estos tipos de médicos recuerda también las dos distintas formas de experimentar la galenización: una como mejoría y otra como malignización (ver pp. 131-155). La descripción de Galeno citada al inicio de este capítulo también obedece esta lógica clasificatoria al señalar que dicho médico “castigó habitualmente a todos los charlatanes, reprendió irritablemente a sus rivales profesionales a quienes consideraba tontos, asnos, ladrones” (Martí-Ibáñez, 1962:92-93; cita completa en la p. 218). Estos hallazgos empíricos, junto con la Imagen 32 obtenida de Facebook (abajo), coinciden en que existe un arreglo jerárquico ente médicos según el cual unos tienen autoridad sobre otros y que los mejores entre ellos tienen el poder de castigar o desacreditar a los que son inferiores. Dicho de otro modo, existen formas de galenidad hegemónicas y otras subalternas⁹⁶.

⁹⁶ Esta idea se la debo a los estudios sobre masculinidades que, como veremos más adelante, describen formas de masculinidad hegemónicas y subalternas (Connell y Messerschmidt, 2005).

Imagen 32. El internista que corrige las indicaciones

Cuando llega el internista a componer todas las indicaciones de cirugía

Translate from Spanish

MEMES HOSPITALARIOS



Fuente: Facebook

En un análisis sociológico sobre las jerarquías entre especialidades médicas, Castro y yo mostramos que los médicos con mayor prestigio en México son los especialistas en Cirugía y Medicina Interna, mientras que los médicos generales y los especialistas en Medicina Familiar y áreas no clínicas como la Salud Pública ocupan posiciones subalternas (Castro y Villanueva, s/f). La literatura internacional presenta resultados consistentes con los nuestros: entre las especialidades más prestigiosas figuran la Cirugía General y la Medicina Interna, así como varias de las subespecialidades que se derivan⁹⁷ de ellas, en especial

⁹⁷ En México existen 27 especialidad de entrada directa, que representan un primer nivel de especialización. Algunas de estas especialidades funcionan como tronco común para otras especialidades. Por ejemplo, Medicina Interna es una especialidad de entrada directa a partir de la cual los médicos pueden “derivarse” hacia especialidades como Cardiología, Neurología,

Cardiología, Neurocirugía y Cirugía de Tórax. En los resultados acerca de las especialidades menos prestigiosas existe mucho menos consistencia, aunque Dermatología y Psiquiatría suelen ser las más mencionadas en este grupo (Album y Westin, 2008; Creed, Searle y Rogers, 2010; Johannessen, 2014; Rosoff y Leone, 1991; Davies y Allison, 2013; Norredam y Album, 2007).

Estos estudios además documentan que las especialidades con mayor prestigio son aquellas en las que se utiliza tecnología sofisticada, se realizan procedimientos invasivos y/o inmediatos, se ocupan de la parte superior del cuerpo (que contiene órganos vitales como el corazón y el cerebro), están en contacto directo con pacientes, atienden personas en edad productiva, tienen mayor remuneración, requieren periodos de entrenamiento más largos, tienen más bases científicas y realizan prácticas médicas más paternalistas. En contraste, las especialidades con menor prestigio suelen ser aquellas en las que se tratan enfermedades crónicas, se aplican tratamientos con eficiencia variable y poco controlables, se ocupan de enfermedades sin localización clara o de la parte inferior del cuerpo (que no contiene órganos vitales), atienden pacientes estigmatizados o tienen poco o nulo contacto con pacientes, o que figuran sólo como materias optativas en el plan de estudios de la carrera de medicina.

Al analizar estos factores de prestigio desde el marco de mi teoría de la deshumanización se hace evidente que los médicos de las especialidades prestigiosas encarnan galenidades hegemónicas porque dichas especialidades les permiten ejecutar con mayor precisión las características heroicas y casi divinas de la galenidad. Si las especialidades médicas más prestigiosas son aquellas en las que hay contacto directo con los pacientes, en las que se realizan procedimientos invasivos e inmediatos y se utiliza tecnología sofisticada, las que tratan con los órganos vitales y las que dan pie a prácticas paternalistas, entonces los médicos especialistas que las ejercen tienen mayor oportunidad de “salvarle la

Infectología, entre otras. Dicha derivación puede darse tras concluir uno o dos años de estudios en Medicina Interna, si así lo permite el plan de estudios. En otros casos, algunos médicos terminan los cuatro años de Medicina Interna y, posteriormente, se subespecializan en otra rama como las mencionadas. (Castro y Villanueva, s/f)

vida” a sus pacientes. En contraste, los médicos generales, los salubristas⁹⁸ y los especialistas de menor prestigio tienen mucho menos oportunidades para encarnar la galenidad ideal representada por las narrativas suprahumanas, pues no tienen contacto directo con los pacientes o tratan enfermedades que no amenazan la vida o que son crónicas e incurables.

La identidad de los médicos se daña por las exigencias suprahumanas que impone la galenidad para *todos* los miembros de ese gremio. Sin embargo, este daño suele ser mucho más pronunciado en los médicos que encarnan galenidades subalternas, pues para ellos es aún más imposible ejecutar la galenidad ideal representada por las narrativas suprahumanas y sobre de ellos además recae el descrédito de sus colegas cuando se sujetan *entre sí* en la galenidad. Por ejemplo, en la siguiente cita podemos apreciar el tipo de maltrato y descrédito que se da entre médicos con diferentes jerarquías de prestigio:

*Hay un compañero que hizo especialidad y pues **obviamente se siente como por encima de los demás**. Y sí, es bastante agresivo. En una ocasión, en una reunión médica del Centro de Salud, se levantó y así, prácticamente nos señaló a todos con el dedo y **nos dijo que éramos unos ignorantes incapaces**, así, hasta ese nivel. Y bueno, de frente no lo ha hecho, pero en privado sabemos que se refiere de manera despectiva, incluso ofensiva, sobre los demás compañeros. A una compañera médica de plano le azotó expedientes en el escritorio así de que: “yo no voy a ver a este paciente, **véalo usted, porque yo soy cirujano**”.*

Jazmín, médica general, 43 años, Veracruz

⁹⁸ Aquellos médicos dedicados a la Salud Pública, rama de la medicina que está enfocada en la producción tanto de conocimiento sobre salud a nivel comunitario como de políticas públicas de salud. A diferencia de los médicos clínicos cuyo quehacer gira en torno a la prevención, identificación y curación de enfermedades a nivel individual, el trabajo de los salubristas consiste en prevenir, identificar e intervenir sobre los problemas sanitarios a nivel poblacional.

Hasta ahora hemos visto dos mecanismos externos por los que se daña la identidad de los deshumanizadores: 1) cuando otras personas los sujetan en la identidad suprahumana y 2) cuando los deshumanizadores se sujetan *entre sí* en dicha identidad. Además, hay que considerar que el propio sistema social también puede sujetar a los deshumanizadores en una identidad suprahumana, como sucede con las exigencias institucionales que someten a los médicos a condiciones laborales de explotación⁹⁹.

Adicionalmente, la identidad de los deshumanizadores se daña por mecanismos internos que dependen de que ellos se *sujeten a sí mismos* en la identidad suprahumana que los representa injustamente. Los mecanismos internos de daño a la identidad de los deshumanizadores son equivalentes a los que describí para los deshumanizados: unos se refieren a la reproducción de las estructuras sociales que les imponen su identidad suprahumana y otros, a la violencia contra uno mismo que deriva de la autoidentificación con esa identidad. Cada uno de estos mecanismos merece un análisis meticuloso. Empecemos por el primero de ellos.

Al sujetarse a sí mismos en la identidad suprahumana, los deshumanizadores piensan, sienten, se expresan, reconocen y responden con base en la caracterización de su grupo social. De esta manera, reproducen con

⁹⁹ La idea de que las instituciones también pueden sujetar (*hold*) a las personas en su identidad fue señalada por Lindemann (2014) de manera superficial hacia el final del libro donde presenta su teoría de las prácticas sociales de personabilidad: “La imagen de las personas que he ofrecido es realmente el mero esbozo de los intercambios interpersonales que nos permiten ser completamente humanos. Por un lado, he dicho muy poco acerca de las cosas aparte de las personas que nos mantienen en nuestras identidades. Un pedazo de tierra, una casa, un vecindario, una oficina, todos ellos pueden proclamar o recordarnos quienes somos, de modo que si nos invaden o nos quitan, nos sentimos personalmente violados. Los objetos materiales que proporcionan estos lugares también pueden desempeñar un papel en el mantenimiento de nuestras identidades. Las rutinas familiares también son importantes, al igual que los pasatiempos y (para algunos de nosotros) los intereses académicos. *También lo son las instituciones impersonales como la banca y el mercado de valores*. Cuando estas cosas nos sueltan [*let go*], cuando, por ejemplo, una ejecución hipotecaria nos obliga a abandonar la casa en la que vivimos durante los últimos treinta años, el golpe a nuestras identidades puede ser devastador” (p. 205; mi traducción). El tipo de mecanismos de sujeción que Lindemann señala en esta cita exceden los alcances de esta investigación, pero en trabajos futuros convendría explorarlas con detenimiento para ampliar la teoría sobre la deshumanización que aquí presento. Como punto de arranque convendría tomar el trabajo de Bellamy y Castro (2019) en el que exploran la violencia institucional de la que son objeto los pacientes.

acciones espontáneas la estructura social que les confiere poder y privilegios, pero que al mismo tiempo también les impone exigencias suprahumanas. Siguiendo explícitamente a Marx, Bourdieu reconoció que "la propiedad se apropia de su propietario" y explicó adicionalmente que esto se consigue al incorporar las estructuras sociales en su habitus, mismas que son reproducidas durante la práctica, cuando este agente actúa prerreflexivamente.

[El habitus] es aquello por medio de lo cual encuentra la institución su realización plena: la virtud de la incorporación, que explota la capacidad del cuerpo para tomarse en serio la magia performativa de lo social, es lo que hace que el rey, el banquero, el sacerdote sean la monarquía hereditaria, el capitalismo financiero o la Iglesia hechos hombre. *La propiedad se apropia de su propietario, encarnándose en la forma de una estructura generadora de prácticas perfectamente adecuadas a su lógica y a sus exigencias.* Si fundamentalmente puede decirse, con Marx, que "el beneficiario del mayorazgo, el hijo primerizo, pertenece a la tierra", que "ella lo hereda" o que las "personas" de los capitalistas son la "personificación" del capital, es porque el proceso puramente social y cuasi mágico de socialización, inaugurado por el acto de marcación que instituye a un individuo como el primogénito, heredero, sucesor, cristiano, o simplemente como hombre (por oposición a la mujer), con todos los privilegios y todas las obligaciones correlativas, y prolongado, reforzado, confirmado por los tratamientos sociales apropiados para transformar la diferencia de institución en distinción natural, produce efectos muy reales, puesto que se encuentran perdurablemente inscritos en el cuerpo y en la creencia. (Bourdieu, 2007:93-4)

Llama la atención que Bourdieu apunte esto y que, al mismo tiempo, no dé cuenta de cómo el opresor es violentado por las estructuras sociales que ha incorporado. Como hemos visto, en otros pasajes de su obra el sociólogo francés hace hincapié en que al reproducir las estructuras sociales que lo oprimen, el oprimido se vuelve cómplice de la violencia simbólica que lo agrede; sin embargo, no hizo referencia alguna a que lo mismo sucede con el opresor cuando reproduce las estructuras que se apropian de él.

Como expliqué anteriormente, las prácticas deshumanizantes construyen sistemas de percepción y apreciación (*habitus*) basados en las narrativas no humanas tanto en el deshumanizador como en el deshumanizado. De este modo, ambos incorporan la lógica de la opresión y la reproducen con sus acciones prerreflexivas. En el caso de los deshumanizadores, cuando se identifican con la identidad suprahumana forman esquemas de *auto*-percepción y *auto*-apreciación afines a las narrativas de dicha identidad, que los disponen a aceptar con anuencia las exigencias humanamente imposibles de cumplir que en ellos recaen y, al mismo tiempo, los disponen a consentir el descrédito del que son objeto cuando fracasan en sus intentos por ejecutar la identidad suprahumana.

Un fragmento de la entrevista con Nidia ilustra este mecanismo de modo muy evidente. Nidia es médica general y trabaja en un centro de salud rural. Desde esa posición ha experimentado el descrédito por parte de médicos especialistas. Nidia ha presentado dos veces el Examen Nacional de Residencias Médicas para estudiar una especialidad, pero no ha sido seleccionada. Ella planea volver a presentar el examen; aspira a estudiar una especialidad, trabajar en un hospital y dejar atrás la medicina rural.

Marcia: Y eso de que a la larga te gustaría hacer la residencia, a pesar de que sabes cómo se dan las cosas en el hospital, de cómo maltratan a los residentes, como ese ginecólogo que te agredía, y a pesar de todo eso, ¿se te antoja hacer la residencia?

Nidia: Sí, ahora voy a estar del otro lado, yo voy a decir que los rurales no saben nada, les voy a decir: “¿Cómo me trae a este paciente, que no tiene nada?” Y así. Me falta estar de ese lado. Ya fui paciente, ya fui médico de rural, ahora me falta estar en el hospital [...] Y si yo siento, yo detecto que [el médico rural] ni siquiera sabe, por ejemplo, evaluar algo básico, pues sí voy a agarrar y voy a decir “Oiga, ¿sabe qué? Pues el médico de tal comunidad me está mande y mande pacientes así, que nada qué ver”.

Nidia, médica general, 33 años, San Luis Potosí

Como vemos en este caso, cuando el deshumanizador reproduce las estructuras sociales deshumanizantes que ha incorporado, está colaborando con complicidad para mantener su propia sumisión ante dichas estructuras. A pesar de que Nidia conoce las exigencias suprahumanas a las que se enfrentaría durante la residencia, desea hacer una especialidad. Aún más, espera poder ocupar una posición de galenidad hegemónica a través del proceso de especialización para poder desacreditar a los médicos subalternos que no cumplan con las exigencias que impone la galenidad, como hasta ahora han hecho con ella médicos mejor posicionados. Si tomamos en serio que las estructuras sociales oprimen tanto al opresor como a los oprimidos, como afirmó Marx, entonces el deshumanizador se violenta a sí mismo de manera similar a los oprimidos: reproduce una estructura social que le impone exigencias suprahumanas imposibles de satisfacer y no reconoce su naturaleza humana y, en consecuencia, lo daña.

El segundo mecanismo interno por el que se daña la identidad de los deshumanizadores se refiere a la alienación que sufren como resultado de la autoidentificación que hacen con la identidad suprahumana que representa injustamente a su grupo social. Cuando las narrativas suprahumanas infiltran la conciencia del deshumanizador, entonces él forma un concepto de sí mismo afín a tales narrativas y genera expectativas sobre sí mismo que no podrá cumplir. Así, se inaugura una dinámica de *autoexigencia* fundada en expectativas suprahumanas imposibles de satisfacer, con lo que el deshumanizador queda

enajenado en un ciclo de frustración que retroalimenta negativamente su autoestima y lo lleva a una especie de autodepreciación y autodenigración, que son formas de violencia contra sí mismo.

En el caso empírico de la deshumanización de la medicina encontramos que, al igual que los pacientes con conciencias infiltradas que aceptan con anuencia el maltrato de los médicos fundado en la caracterización subhumana que hacen de ellos, los estudiantes de medicina, cuya conciencia ha sido infiltrada por las narrativas suprahumanas de la galenidad, también aceptan con anuencia el maltrato del que son objeto y lo naturalizan:

*Por ejemplo, [el profesor] me decía “¿Cuánto tiene de presión la paciente?” Y ya, yo se la checaba, y entonces él volvía a checar, para ver si lo que yo le acababa de decir era correcto, y humillaba delante del paciente: “Eres una mentirosa, no es cierto. **Tú no sabes, no sirves, no vas a ser buen médico, ¿qué estás haciendo aquí? Yo no sé para qué estás estudiando medicina**”. Pues sí, de llorar o aguantarte, ¿verdad? De las ganas de llorar y de decir “**pues sí es cierto, a lo mejor yo no sirvo para médico**”. Pero pues eso mismo la hace a una que saque todo lo mejor suyo, y **demostrarle que sí sirves, que sí puedes ser un buen médico**.*

Marigeni, médica general, 39 años, Durango

En esta cita vemos que, desde etapas incipientes de su formación profesional, a los estudiantes de medicina se les exige estar a la altura de la galenidad. Cuando cometen algún error o ignoran algún conocimiento, no se les recrimina ese hecho concreto, sino que se cuestiona su capacidad para ser médicos, pues cometer errores o desconocer la respuesta correcta a una pregunta es un dato de debilidad, de imperfección, de falibilidad, y ninguna de estas propiedades es compatible con la galenidad. Más aún, en esta cita también vemos que Marigeni hace suya la recriminación de su profesor y desarrolla *autoexigencias* impuestas por la galenidad, que de acuerdo con su interpretación

alienada “hacen a una que saque todo lo mejor suyo” para así llegar a estar a la altura de la galenidad.

Sin embargo, muchas de las exigencias de la galenidad superan nuestra naturaleza humana. Los seres humanos somos falibles, cometemos errores, no tenemos siempre la respuesta correcta. Por lo tanto, es humanamente imposible mantenerse a la altura de la galenidad. En la medida en la que uno se autoidentifica con las narrativas suprahumanas y se exige a sí mismo bajo esos estándares, inaugura un ciclo de esfuerzo y frustración que irremediamente retroalimenta de manera negativa la autoestima y se acompaña de autodepreciación y autodenigración. Es de esta manera que, al autosujetarse en la identidad suprahumana, el deshumanizador no sólo reproduce la estructura social que le impone esa identidad, sino que también se violenta a sí mismo a través de la autoexigencia.

*Cuando algún médico llegaba y te decía “Ay, no sabes nada”, o “¿Qué hiciste seis años de tu vida?”, ese tipo de comentarios, para gente que a lo mejor estaba tan vulnerable como yo en ese entonces, pues sí era difícil, ¿no? Como que de repente sí te quedas pensando, y **te hace muy inseguro, y que a veces sí llegas a incluso dudar de ti mismo. Pero también creo que te hace fuerte**, o sea, te hace fuerte porque te hace poner más atención en lo que debes de hacer, te hace que nunca se te vuelva a olvidar eso que te están regañando [...] Sí creo que este sistema de educación de repente te lleva a que el maltrato sea tu única opción, ¿no?*

Diana, médica general, 26 años, Ciudad de México.

En esta cita nuevamente vemos los mensajes descalificativos de los profesores, la autoexigencia internalizada de los alumnos y la naturalización del maltrato. Además, vemos de forma clara la autodepreciación: “sí llegas incluso a dudar de ti mismo”. En otras partes de la entrevista con Diana, me contó cómo la inseguridad llegó a hacerla sentirse “tonta” (sic), de no estar a la altura de la

profesión, lo que le producía mucha automortificación. Otra de las médicas entrevistadas explica este ciclo de esfuerzo y frustración de la siguiente manera:

*Creo que por ese ego tan grande que traen muchos compañeros, como que lo único que hacen es tragárselo, yo como el estudiante más chingón (sic) del mundo y me hacen así de chiquito en el hospital, y es como **el shock de bueno, no sé nada, no soy nada**, estudio más, estudio más, **me trago todas esas emociones horribles**, y sigo intentando, y pues eso como que va creando una bomba de tiempo, que en algún tiempo explota.*

Mayra, médica general, 29 años, Jalisco.

Como vimos en el capítulo anterior, a nivel internacional existe una alta prevalencia de ideación suicida y suicidios consumados en los médicos y estudiantes de medicina (ver pp.183-184). Cabe recuperar un fragmento de la nota de suicidio que dejó una pediatra mexicana a finales del trabajo de campo:

*Nunca fui buena hija, ni buena hermana, ni buena amiga y mucho menos buena en el hospital. Ahí **ni yo misma confiaba en mí y ni se imaginan el pánico que sentía al estar frente a un paciente. Soy un fracaso.***

Zyanya, residente de pediatría, 26 años, Puebla.

En estas escasas líneas se adivina un proceso de automortificación como el que aquí describo, causado por la imposibilidad de ejecutar la galenidad según su normatividad. Este caso permite suponer que la alta incidencia de suicidios entre los médicos puede estar relacionada—entre otras condiciones—con la imposibilidad por cumplir las exigencias suprahumanas que impone la galenidad.

En estos casos, la frustración conduciría a los deshumanizadores a formas de violencia contra sí mismos cuya expresión final es el suicidio.

No obstante, la automortificación que produce la alienación por las narrativas suprahumanas no siempre es tan evidente como en los ejemplos anteriores. Es más frecuente que la imposibilidad de cumplir con las exigencias suprahumanas se traduzca en una acumulación de frustración que produce una insatisfacción crónica:

Creo que eso es lo más difícil, saber que sí, sí ayudas, es un servicio indispensable, a mucha gente le mejoras la vida, pero nunca es suficiente y eso es frustrante. Quería salvar al mundo y llegas y te enfrentas con que no puedes.

Mayra, médica general, 29 años, Jalisco.

Los estudiantes de medicina ingresan a la carrera con expectativas de ejecutar la galenidad como en las narrativas suprahumanas que representan a los médicos como héroes que llevan a cabo hazañas sobresalientes, como semidioses capaces de salvar vidas por medio de la curación de las enfermedades o la resucitación de los muertos, como seres apenas infalibles y con una autoridad irrestricta. Sin embargo, las experiencias reales cotidianas del quehacer médico distan mucho de estas epopeyas y los médicos de carne y hueso están lejos de ser esos héroes casi divinos. Este choque entre expectativas y realidad produce una experiencia común de desilusión y frustración entre los estudiantes de medicina:

*Mi expectativa, por ejemplo, cuando entré a la carrera, era volverme Neurocirujano, y atender muchos pacientes y **salvar muchas vidas**, que son ideas falsas con las que uno entra, porque eso es lo que te meten en la televisión y en todos lados. Esa era la expectativa, no la parte*

*económica, sino yo sí entré con la expectativa de esta figura de poder, de neurocirujano, **el que opera lo más difícil, el que saca pacientes de la incapacidad y cosas así. Unas terribles y muy falsas ideas.***

Horacio, epidemiólogo, 29 años, Ciudad de México.

*De estudiante, cuando vas conociendo a los médicos, cuando te vas metiendo ya más en el ámbito hospitalario, pues **te vas dando cuenta que no son ni infalibles, ni que lo saben todo**, y que también tienen sus detalles. Yo nunca me hubiera imaginado, antes de entrar a la carrera, pensar siquiera que un médico pudiera andar borracho, o que por un error se pudiera morir un paciente. Y cuando llego al hospital, veo que efectivamente, **son personas igual que todas, nada más que se dedican a otra cosa, y que traen puesta una bata, pero en realidad son igual que el resto.***

Natalia, médica internista, 37 años, Ciudad de México.

Al mismo tiempo que descubren esta realidad, los estudiantes son sometidos a una educación totalizante que tiene por objetivo integrar la galenidad a su identidad personal (ver Capítulo IV). Mientras que sus experiencias cotidianas los enfrentan a una realidad que contradice las narrativas de la galenidad, también empiezan a gozar de los privilegios que les confieren esas narrativas. Al irse transformando en médicos, comienzan a recibir el reconocimiento social de esa profesión y la autoridad que ésta les otorga. Conforme van desarrollando el carácter que exige la galenidad, su autoconcepto se renueva y sienten mayor seguridad en sí mismos. De este modo, la desilusión que experimentan se acompaña de experiencias muy gratificantes. Se trata, como expuse en el capítulo anterior, de experiencias transformativas ambivalentes.

Esas experiencias ambivalentes no terminan cuando los médicos completan su formación profesional. Por el contrario, en el ejercicio profesional de la medicina perdura el ciclo de esfuerzo y frustración en el que el médico se esfuerza por

cumplir con las exigencias de la galenidad y reiteradamente se le reprocha—y se autodenigra—por fracasar en su hazaña.

*Eres el instrumento mediante el cual puedes ayudar al paciente a sanar, a paliar o a corregir. Pero hasta cierto punto, no eres dios, porque no le vas a quitar las enfermedades al 100%. **Todos tenemos cierto margen o posibilidad de cometer, no errores, pero sí que no hay un resultado al 100%.** Y allí, hablando de posibilidades, por ejemplo, el paciente que tiene colecistitis, pero además [tiene] síndrome del intestino irritable. Tú vas a quitarle la colecistitis y el riesgo de que se infecte la vesícula por piedras, pero además requiere seguir con una dieta especial para el intestino irritable, tomar sus medicinas en orden. Y a veces piensan que, porque ya les quitaste la vesícula, no van a seguir tomando sus medicamentos y se van a echar, por ejemplo acá, su torta de cochinita o de lechón, y al rato regresan al hospital con cólico, como si fuera el de la vesícula. Y están: “No es posible, no me dijeron” [...] A veces muchos pacientes piensan que, porque eres médico, le vas a quitar la enfermedad y ya va a quedar bien, cuando trae muchas cosas encima. **Y es muy difícil.** Ya recién comentábamos [con otros médicos] que muchas veces los pacientes son los que no aceptan, y que pueden repercutir en la respuesta a una cirugía, o en cómo se van a complicar, o por qué pueden pasar los escenarios. **Es bien difícil.** Y muchos pacientes creen que, por ser médico, les vas a quitar la enfermedad y nunca se va a volver a complicar. **Es bien difícil.***

Tatiana, cirujana, 37 años, Yucatán

En esta cita vemos que Tatiana tiene una conciencia infiltrada por la galenidad que no le permite reconocer que los médicos puedan cometer errores: “Todos tenemos cierto margen de cometer, **no** errores, pero sí que no hay un resultado al 100%”. Y al mismo tiempo, vemos que expresa reiterativamente que “es muy difícil” vivir bajo las exigencias de esa identidad suprahumana que ella

misma sostiene. Este es un claro ejemplo de las *experiencias contradictorias*¹⁰⁰ que cotidianamente enfrentan los médicos respecto a su galenidad. Médicos con conciencias infiltradas por las narrativas suprahumanas; médicos inmersos en una realidad que refuta la galenidad; los deshumanizadores están alienados por un sistema social que los sujeta a una cadena de *experiencias contradictorias* difíciles de enfrentar. Hablando acerca del lema del movimiento #yosoy17, “somos médicos, no dioses”, Sonia resumió esta contradicción en una frase: “el médico se comporta como dios, pero no quiere que lo vean así” (Sonia, oncóloga, 33 años, Chihuahua).

Para entender estas *experiencias contradictorias* en los médicos es necesario revisar con mayor profundidad nuestras relaciones ambivalentes con el poder. Anteriormente vimos que las personas desarrollamos *vínculos apasionados* con el sometimiento y que, en consecuencia, tenemos relaciones ambivalentes con el poder que nos subyuga (ver p. 273). Butler (2015) desarrolla esta idea a partir de la noción de *conciencia desventurada* de Hegel, que se refiere a una conciencia contradictoria en la que se mezclan el dolor y el placer.

De acuerdo con la lectura que hace Butler de Hegel, cuando el esclavo elige satisfacer su deseo de vida sobre su deseo de libertad, emerge en él una *conciencia desventurada*: el esclavo sufre porque se somete, pero a la vez se complace porque preserva su vida. En este último paso descubre su poder de definición y se afirma a sí mismo como un sujeto con agencia; se vuelve amo de sí mismo, pero se trata de un amo que se autoesclaviza para preservar su vida. Esta contradicción es la que funda su desventura.

Según explica Butler (2015), el esclavo forma a nivel psíquico “un señorío y una servidumbre internos en una misma conciencia” (p.54)—lo que anteriormente expuse haciendo referencia a las tres instancias psíquicas freudianas (el súper yo, el ello y el yo), en las que también se apoya esta filósofa para explicar los

¹⁰⁰ La noción de experiencias contradictorias se la debo a Kaufman (1994), quien, como veremos más adelante, describió las experiencias contradictorias que tienen los hombres respecto a su masculinidad.

mecanismos psíquicos del poder. Cuando el esclavo elige su subordinación, escapa del miedo absoluto a la muerte, no sólo porque preserva su vida sino también porque este miedo es acallado por la satisfacción que le da autoafirmarse como su propio amo. Así, “la conciencia se aferra o vincula a sí misma” (*ídem*) como lugar de autodefinición y autosatisfacción, lo que en principio se consigue por la subordinación al mandato de ese amo interno. En esta negación elegida del deseo de libertad surge el mandato ético de obedecer las normas sociales (las del amo interno, las del súper yo), pues es en virtud del cumplimiento de este mandato que el esclavo puede preservar la vida y se congratula del sentimiento piadoso que resulta de la obediencia. No obstante, el esclavo no puede abstraerse por completo en su conciencia: con el trabajo diario se enfrenta a su cuerpo también como lugar de autodefinición, y con esto se enfrenta a su vez con el deseo de libertad inextinguible. La conciencia desventurada del esclavo descansa en esta ambivalencia incesante de satisfacción y desdicha autoinducidas.

En el amo también emerge una conciencia desventurada. Esto es de lo más importante, pues explica por qué en la posición de privilegio uno no experimenta puro placer, sino que éste se mezcla con el dolor. Según explica Butler, cuando el amo delega la satisfacción de sus necesidades corporales en el esclavo, niega su cuerpo como lugar de autoafirmación y agencia, y se aferra a lo que parece más incorpóreo, el pensamiento. Así, su conciencia se vuelve el sitio predilecto para satisfacer su deseo de libertad, principalmente la libertad para autodefinirse. Desde allí, explotando su libertad, forma un concepto de sí mismo cualquiera que él ha elegido¹⁰¹ y crea así un ideal de autosuficiencia. Sin embargo, “el ensimismamiento de la conciencia no se traduce en congratulación o simple narcicismo” (p.61), pues el cuerpo no puede ser negado completamente. Como sucede con la galenidad cuando se ve confrontada con las limitaciones humanas de los médicos, la conciencia del amo se ve confrontada con la inexorabilidad del cuerpo que lo define a pesar suyo. En respuesta, el amo intenta “subordinar su

¹⁰¹ Hegel utiliza como ejemplos al escéptico y al estoico, pues representan formas de conciencias autodefinidas y autoafirmadas que son refutadas con la determinación del cuerpo en tanto lugar de definición del yo (ver Butler, 2015: 55-64).

cuerpo a un ideal, a obligarlo a encarnar una idea” (p.59)—la idea que había elegido para sí como autodefinición. Se inaugura de este modo un ciclo de autocensura para cumplir con ese ideal.

Sin embargo, el esfuerzo por colocar al cuerpo al servicio del pensamiento se revela infructuoso: las “funciones animales”—como las llama Hegel—más simples, como la defecación, muestran que el yo corpóreo es mucho más autónomo que ese ideal y fijan la conciencia al cuerpo, en vez de ser liberada de él. Como explica Butler, esto quiere decir que el ideal de autosuficiencia del amo se ve refutado por la dependencia del cuerpo. Así, el ciclo de autocensura se complementa con un ciclo de automortificación por no alcanzar el ideal, y emerge la conciencia desventurada, contradictoria, que goza y sufre, aún en el privilegio del amo¹⁰².

El ciclo de esfuerzo y frustración que describí para los médicos es equivalente a este ciclo de autocensura y automortificación del amo. Al infiltrar sus conciencias, los médicos adoptan la galenidad como el modelo ideal que han de emular performativamente. Ése es el ideal que han elegido para sí mismos, e intentarán subordinar a su cuerpo, a su naturaleza humana, a dicho ideal. Ahí se inaugura el esfuerzo por cumplir con las exigencias suprahumanas de la galenidad. No obstante, como sucede con el amo del pasaje hegeliano, este esfuerzo por colocar el cuerpo al servicio del ideal de la galenidad se revela infructuoso: su naturaleza humana les imposibilita cumplir con las normativas suprahumanas impuestas por esa identidad social. En esta vuelta, el ciclo se cierra con frustración y automortificación, y de este modo emerge en los médicos

¹⁰² De acuerdo con la lectura que hace Butler de Hegel, el filósofo alemán termina planteando que este ciclo de autocensura y automortificación “sólo puede resolverse mediante la huida a un más allá donde no existen los cuerpos. Esta afirmación de la negación absoluta del cuerpo contradice todos los esfuerzos anteriores [de Hegel] por subordinar o dominar el cuerpo *dentro* de la vida, los cuales culminaban en la inexorabilidad del cuerpo. Mientras que otras actitudes religiosas se revelaban como modos subrepticios de reafirmar el cuerpo, esta última parece exenta de la inversión dialéctica que resuelve” (Butler, 2015:65). Butler rechaza esta resolución final planteada por Hegel, y visita las reflexiones de Freud, Foucault y Nietzsche para argumentar que es imposible escapar de la conciencia desventurada, de esa mezcla de placer y dolor que son producto de la autocensura y la automortificación. Y defiende que es precisamente en ese componente placentero de las conciencias desventuradas donde se fundan los vínculos apasionados con el poder.

una conciencia desventurada, expuesta, reforzada y refutada reincidentemente por experiencias contradictorias. Los médicos desean ser reconocidos como galenos y, a la vez, como humanos. En ese primer deseo, el médico “se coarta a sí mismo, lleva a cabo su propia sujeción, desea y fabrica sus propios grilletes” (Butler, 2015:35), y de ese modo se vuelve contra su segundo deseo, niega su propia naturaleza humana y se deshumaniza a sí mismo. Esta contradicción es constitutiva de los deshumanizadores, es parte inherente de su identidad y los daña, pues lleva irremediamente a la autodenigración y otras formas de violencia contra uno mismo.

Butler retoma el pasaje hegeliano del amo y el esclavo para explicar los mecanismos *psíquicos* del poder, y por eso se enfoca sólo en los mecanismos de gratificación y sufrimiento de la conciencia que emergen de ella misma: los primeros a partir de su ensimismamiento y del narcisismo, y los segundos a partir de la automortificación y la autodenigración. Mi análisis de la deshumanización, que contempla mecanismos externos e internos de sujeción, permite identificar que los médicos sufren porque son sometidos por otros y por sí mismos a las exigencias suprahumanas de la galenidad, y a la vez se complacen por afirmar su galenidad en el reconocimiento que obtienen por parte de otros y de sí mismos. Es esa mezcla de sufrimiento y gratificación la que funda la desventura de los deshumanizadores.

Las Imágenes 33 y 34 son expresiones de las conciencias desventuradas de los médicos. Estas publicaciones de Facebook ofrecen evidencia de que los médicos, quienes ocupan una posición prestigiosa en la sociedad y gozan por lo mismo de privilegios sustanciales, no tienen una vida llena sólo de satisfacciones, sino que éstas se acompañan de mucho dolor y frustración.

Imagen 33. Todo menos médico

Hoy quiero decirles a los estudiantes que éste año quieren cursar la carrera de Medicina: Estàn a tiempo, de pensar si quieren estudiar tantos años y perder mucho tiempo de su vida metidos en los libros y olvidarse de vida social, amorosa, y hasta personal, para al final terminar en la càrcel por querer ayudar a alguien. Estàn a tiempo de recapacitar porque aunque es una hermosísima profesión, en Mèxico y en muchas partes, no se valora. Tampoco ganaràs mucho dinero: hay personas que sin estudiar ganarán más que tú. Hay muchas profesiones donde estaràs excento de todo ésto. Si tienes vocación de ayudar mejor piensa en otro profesión. #TodoMenosMédico



Fuente: Facebook

Imagen 34. ¿Y si ya no me presento al IMSS?



Dr. Pikachu
@Memes_Hospital

Ella: Seguro está pensando en otra...

El: ¿Y si el lunes mejor ya no me presento al IMSS?



Fuente: Facebook

Hasta ahora he enfocado mi análisis al sufrimiento de los médicos, pues es éste el que explica cómo se daña su identidad en la medida en que se (auto)someten a exigencias suprahumanas. Sin embargo, la gratificación también merece atención especial. Los deshumanizadores se complacen al apropiarse de las narrativas suprahumanas al menos por tres razones. Primero, porque así satisfacen su sentido de pertenencia al grupo social representado por dichas narrativas. Segundo, porque las narrativas suprahumanas los retratan de maneras muy favorables: afirman su supuesta superioridad sobre los demás y elevan su autoconcepto. Y, tercero, porque las narrativas suprahumanas les confieren

privilegios sustanciales. Los deshumanizadores se *sujetan a sí mismos* en las identidades suprahumanas a pesar de que esto daña su identidad no solo porque, al igual que los deshumanizados, forman un vínculo apasionado con su opresión, sino también por los privilegios que les confieren esas mismas identidades. Sin embargo, estos mecanismos de gratificación y sus privilegios se traducen a su vez en otra forma de daño a su identidad: la coartación a su autonomía.

Así como las perspectivas feministas resultaron útiles para explicar cómo la autonomía de los deshumanizados está comprometida por las narrativas subhumanas, los estudios sobre masculinidades me servirán ahora para explicar cómo las narrativas suprahumanas comprometen la autonomía de los deshumanizadores. En la misma línea del argumento marxista de que “la propiedad se apropia de su propietario” y su reformulación bourdiana de que hay “una estructura generadora de prácticas perfectamente adecuadas a su lógica y sus exigencias” (ver p. 287), en los estudios sobre masculinidades se ha defendido que muchas de las acciones de los hombres se deben a la sujeción que el sexismo ejerce sobre ellos, incluidas la violencia de género, el feminicidio y la violación. Por ejemplo, para Izquierdo (2007) la violación se manifiesta cuando los hombres pierden el control sobre sí mismos y la lógica del sexismo actúa en su nombre. Esta autora afirma que

los hombres y sus acciones son efectos del sexismo. Los hombres, en cuanto *hombres*, y lo que los hombres hacen, son entidades epifenoménicas, efecto del poder, efecto de una cierta gestión de la sexualidad que se sostiene en la ordenación de subjetividades y estructuras sociales en función de la asignación de sexo y posición social que emana de la clasificación sexual. En estos términos, *no son ellos los sujetos de acción, sino que su acción es un efecto de sujeción* cuya lógica operativa lleva a confirmar la subordinación de la mujer y el poder del hombre. (Izquierdo, 2007:1-2)

De este modo, Izquierdo comprende al violador como víctima de sus acciones y, en consistencia, afirma estar dispuesta a abrazarlo y a llorar con él la pena de haber violado. En este sentido, así como las conciencias infiltradas por el sexismo explican los “casos difíciles” de la autonomía de las mujeres (la abnegación, la formación de preferencias adaptativas y la adopción de prácticas de opresión), también explican que la autonomía de los hombres está comprometida por su estado de alienación. Dicho de otro modo,

lo que nos une a hombres y mujeres, es que el sexismo nos impide realizarnos como personas únicas cada una de nosotras, definir y llevar a cabo un proyecto vital autónomo. Doblegados los unos y las otras a la fuerza de las estructuras, éstas nos imponen su propia lógica de funcionamiento, de tal modo que nuestras conductas son una acción sin sujeto. (Izquierdo, 2007:3)

Desde mi teoría de la deshumanización podríamos explicarlo de la siguiente manera: Al identificarse con las narrativas sexistas, los hombres intentan cumplir con los mandatos de la masculinidad. Igual que en la galenidad, estos mandatos son suprahumanos pues sobreestiman su fuerza física, su resistencia emocional, sus capacidades racionales, su autonomía, su autodeterminación y su capacidad para ejercer control sobre los demás. Así, los hombres se enfrentan a la imposibilidad de ejecutar esa masculinidad ideal y sobreviene en ellos la frustración y, con ella, la autodepreciación y la autodenigración. Para escapar de esta autoviolencia reiterativa, los hombres afirman su hombría externalizando la violencia en diferentes formas de dominio sobre las mujeres que incluyen la violencia física, el acoso y el abuso sexual. De este modo, completan el ciclo de frustración con la gratificación que proviene de afirmarse como hombres. Esta explicación no libera a los violadores de su responsabilidad moral ni legitima sus acciones, ¡por supuesto! Pero ofrece un entendimiento sobre la sujeción de los

hombres por el sexismo y sobre cómo su autonomía se ve comprometida por las narrativas grupales sexistas.

El sexismo compromete la autonomía de los hombres no sólo al hacerlos violentar a las mujeres, sino también porque los obligan a actuar en contra de sus propios intereses. Por ejemplo, se ha documentado que los hombres toman riesgos con el objetivo de probar su masculinidad tales como unirse al ejército, cometer delitos, desatender las prácticas de cuidado personal, etc. (Izquierdo, 2007). Al probar su masculinidad por medio de estas acciones, los hombres participan en las prácticas sociales de personificación en tanto hombres, es decir, *piensan, sienten y se expresan* de acuerdo con su identidad masculina y, a su vez, son *reconocidos y tratados* como hombres. De este modo, consiguen gratificación porque afirman su sentido de pertenencia al grupo social de los hombres, porque afirman también su supuesta superioridad sobre los demás y elevan su autoconcepto, y porque obtienen los privilegios que les confiere formar parte del grupo social de los hombres.

En el contexto de la medicina, encontramos que los médicos también actúan en contra de sus propios intereses y toman riesgos con el objetivo de afirmar su galenidad, y así obtener los privilegios que ésta les confiere. El hecho de que la mayoría de los médicos quieran estudiar una especialidad médica¹⁰³ aun conociendo las condiciones de explotación y maltrato a las que serían sometidos, contrasta con que pocos de ellos desearían que uno de sus hijos quisiera ser médico. De los 26 médicos y estudiantes entrevistados, sólo 4 expresaron que sí les gustaría que alguno de sus hijos estudiara medicina; 8 de ellos dijeron que antes de que tomara esa decisión, lo pondrían sobre advertencia; y 12 dijeron que de ninguna manera les gustaría que siguieran sus pasos profesionales.¹⁰⁴ Un caso muy llamativo fue el de Guadalupe, quien comentó:

¹⁰³ Ver “La especialización médica” en Capítulo I (pp.29-34).

¹⁰⁴ Lo otros dos médicos refirieron indiferencia ante la pregunta.

Mi hija ahora me dice: “es que yo quiero estudiar medicina”, desde que estaba más chiquita decía que quería ser doctora. Mi respuesta era siempre: “Sobre mi cadáver, o sea, yo no te voy a dejar que seas médico”.

Guadalupe, rehabilitóloga, 42 años, Ciudad de México

En redes sociales encontré publicaciones con mensajes semejantes al de Guadalupe:

*Cuando mi hija me dijo que quería ser medico, hice todo lo que había entre mis manos para evitar que estudiara esa carrera. Yo y mi esposo somos médicos, y ella sabe los trabajos que pasamos para ejercer, lo mal pagados que estamos y las peripecias que tenemos que hacer para tratar de vivir con cierta comodidad, siempre estirando y encogiendo la quincena, buscando un tercer trabajo...fue inútil. Ya está por entrar al séptimo semestre y es una excelente estudiante. **Espero que nunca se le borre esa hermosa sonrisa de la cara.***

Publicación de Facebook.

Si bien estos datos no son estadísticamente significativos, sí transmiten la idea de que las decisiones sobre ser médico y hacer una especialidad implican actuar en perjuicio de uno mismo. Los 9 médicos especialistas entrevistados refirieron que cuando decidieron hacer una especialidad, estaban conscientes de las condiciones de maltrato y explotación a las que serían sometidos. De igual forma, los 7 de los 9 médicos generales entrevistados que desearon hacer una especialidad sabían de esas condiciones. Anteriormente vimos el caso de Nidia, una médica general a la que le gustaría estudiar una especialidad a pesar de que vivió maltrato durante el internado y sabe que esto se repetiría durante la residencia. Nidia explica este deseo porque quiere “estar del otro lado” y poder desacreditar a los médicos que quedarían como sus subalternos (ver pp. 288-

289). Un caso similar es el de Horacio, quien después de egresar de la carrera de medicina hizo una maestría en epidemiología y ahora está sopesando la posibilidad de hacer una residencia:

*Me sigue chocando lo del maltrato [a los residentes] y eso es lo que me ha frenado [para aplicar a una especialidad], pero sí siento que me faltó dedicarme a la clínica, y que me faltó formación, porque la carrera no te da todo lo que tienes que saber de clínica. Por eso, más que nada, es que a veces pienso en hacer el ENARM, para terminar esa formación que siento que forma parte de mí, que la necesito [...] **Siento que me falta algo, es como si te faltara una mano.** Me gusta mucho la investigación y me gusta mucho la docencia, pero me falta esta otra parte, la clínica. Necesito las tres cosas para sentirme a gusto [...] Uno entra a Medicina porque quiere hacer clínica, ¿no? No entras porque quieras ser investigador, entonces hay muchos caminos que uno puede seguir en Medicina, pero yo tenía esa idea de ser clínico, desde un principio, siento que no la desarrollé y que me hace falta.*

Horacio, epidemiólogo, 29 años, Ciudad de México

Horacio se siente incompleto (“como si [le] faltara una mano”) por no poder ejecutar su galenidad en el ámbito clínico. Así como los varones emprenden acciones violentas y prácticas de riesgo para sentirse “más hombres”, Horacio piensa que estudiando una especialidad podría sentirse “más médico”, del mismo modo que Nidia se sentiría autorizada para desacreditar a sus colegas. Los estudios sobre masculinidades han mostrado que, al participar en prácticas violentas y de riesgo, los hombres se posicionan no sólo contra las mujeres, sino también contra otros hombres. Esto es porque, como han apuntado Connell y Messerschmidt (2005), dentro del mismo grupo social de los hombres hay diferentes posiciones jerárquicas, unas que constituyen masculinidades hegemónicas y otras, masculinidades subalternas, dependiendo de cómo los hombres ejecuten su masculinidad. Esta jerarquización entre hombres es análoga

a la que describí anteriormente para los médicos, cuyas diferencias performativas de la galenidad los clasifican en galenos hegemónicos y subalternos. No sorprende entonces que la mayoría de los médicos generales como Nidia y Horacio, quienes ocupan posiciones subalternas entre las jerarquías médicas¹⁰⁵, deseen hacer una especialidad clínica para sentirse más realizados, aunque sepan que eso implicaría pasar por condiciones de explotación y maltrato que atentan contra su salud física y mental. En este sentido, cabe esperar que en otro tipo de prácticas deshumanizantes encontremos diferenciaciones hegemónicas y subalternas entre los deshumanizadores, análogas a las que observamos entre médicos y entre hombres.

En la batalla por lograr una posición poderosa dentro de su grupo social, los deshumanizadores renegocian constantemente su identidad suprahumana y quedan atados al ciclo infinito de frustración-gratificación que llena su vida de *experiencias contradictorias*, de las que emerge una conciencia desventurada teñida por una mezcla de dolor y de placer. Como explica Kaufman para el caso de las masculinidades:

Gran parte de lo que asociamos con la masculinidad depende de la capacidad de un hombre para ejercer poder y control. Pero las vidas de los hombres hablan de una realidad diferente. Aunque los hombres tienen poder y cosechan los privilegios que vienen con nuestro sexo, ese poder está manchado. Hay, en la vida de los hombres, *una extraña combinación de poder y privilegio, dolor e impotencia*. Los hombres disfrutan del poder social, muchas formas de privilegio y un sentido de derecho [*entitlement*] a menudo inconsciente por el hecho de ser hombres. Pero la forma en que

¹⁰⁵ Como vimos anteriormente, en el campo médico los especialistas tienen mayor prestigio y poder que los médicos generales. Horacio es un médico general con maestría en epidemiología. Si bien esa maestría le confiere autoridad frente a otros médicos generales, no lo posiciona de mejor manera frente a los especialistas. En las jerarquías entre especialidades médicas, las que tienen un enfoque en Salud Pública son de poco prestigio (Castro y Villanueva, s/f).

hemos establecido ese mundo de poder causa un inmenso dolor, aislamiento y alienación no sólo para las mujeres, sino también para los hombres [...] [El poder] tiene un precio para nosotros. Esta combinación de poder y dolor es la historia oculta en la vida de los hombres. Son las *experiencias contradictorias* de poder de los hombres (Kaufman, 1994: 59; mi traducción).

Sin tratar a los opresores privilegiados como objetos de lástima, debemos reconocer que ocupar el papel del opresor en sistemas sociales deshumanizantes no se traduce en una experiencia satisfactoria de la vida, pues sus privilegios conllevan costos significativos. Para los hombres, estos costos incluyen la supresión de un rango de emociones, necesidades y posibilidades como la crianza, la receptividad, la empatía y la compasión, que se consideran inconsistentes con el poder de la masculinidad (Kaufman, 1994). Para los médicos, estos costos incluyen pasar por una formación profesional totalizante que transforma su identidad, una insensibilidad generalizada que no sólo los previene de involucrarse emocionalmente con los pacientes, sino que afecta el modo general con el que experimentan su vida, y una exposición reiterativa a exigencias suprahumanas que merman su salud física y mental.

Las coincidencias entre la masculinidad y la galenidad no sorprenden, pues la alianza histórica entre el patriarcado y la medicina moderna es ampliamente conocida (ver p. ej. Schiebinger, 2004). A la luz de esta alianza, la galenidad aparece como una forma particular de masculinidad, en donde las formas de galenidad hegemónicas y subalternas obedecen los mandatos de la masculinidad. En el contexto estadounidense, Hinze (1999) mostró que el arreglo jerárquico de las especialidades médicas anteriormente descrito responde a un ordenamiento de género. Esta socióloga identificó que en la cima de la jerarquía de las especialidades médicas se ubican las especialidades que conllevan intervenciones con las manos y/o que ameritan fuerza física y de carácter, mientras que en el fondo se ubican las especialidades que, por el contrario, son más pasivas y

afectivas, distribución que se corresponde con una cúspide masculina y una base femenina en esta clasificación.

En síntesis, en las prácticas deshumanizantes la identidad de los deshumanizadores se daña porque se les imponen exigencias humanamente imposibles de cumplir a través de la *sujeción* a una identidad suprahumana. Esa sujeción puede estar dada por los deshumanizados (p. ej. los pacientes), por otras personas externas al sistema de opresión en el que se dan las prácticas deshumanizantes (p. ej. abogados y jueces), o por los deshumanizadores entre sí (p. ej. médicos hegemónicos sobre médicos subalternos)—lo que he denominado mecanismos externos. O bien, la sujeción también puede estar dada por ellos mismos—i.e. por mecanismos internos. En este último caso, la identidad de los deshumanizadores no sólo se daña por las exigencias suprahumanas incorporadas que devienen en automortificación y diversas formas de autodenigración y violencia contra uno mismo, sino también por coartación a su autonomía, ya que al autoidentificarse con la identidad suprahumana, la lógica opresiva de las prácticas deshumanizantes actúa en nombre de los deshumanizadores, reproduciendo las estructuras sociales que les imponen las exigencias suprahumanas que los dañan y a veces incluso obligándolos a actuar en contra de sus propios intereses. Con el análisis presentado en esta sección se evidencian los efectos contraproducentes que tiene la incorporación de las narrativas suprahumanas para la identidad de los deshumanizadores. Es en este sentido que es posible afirmar que ellos están alienados del mismo modo en que lo están los deshumanizados y, por lo tanto, que la deshumanización daña la identidad de ambos.

Prácticas de metadeshumanización

Como expuse en el Capítulo II, los psicólogos sociales definen la deshumanización como un fenómeno psicológico a través del cual se *percibe* a una persona o a un grupo de personas como carentes de ‘humanidad’

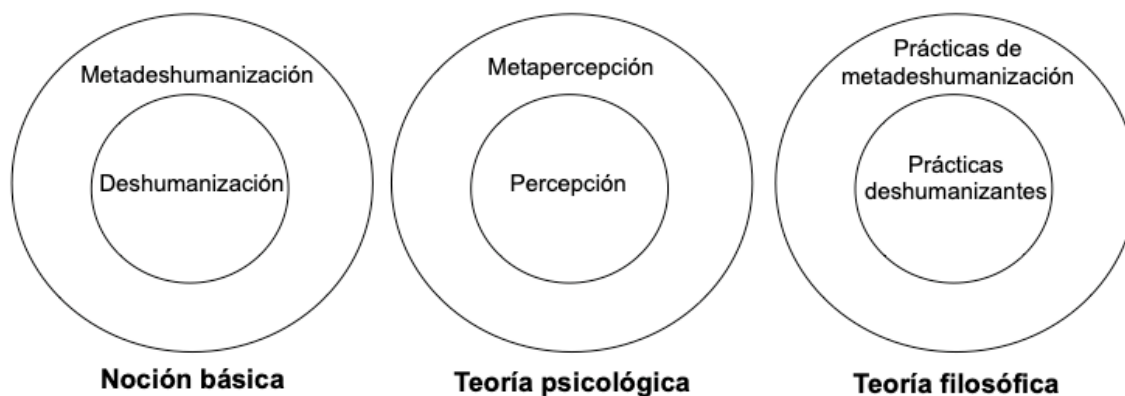
(*humanness*). Publicaciones recientes que abonan a esta línea de investigación plantean que la deshumanización puede acompañarse de metadeshumanización, esto es, una *metapercepción* de los deshumanizados que *perciben* que son *percibidos* como “menos que humanos”. Esta noción de metadeshumanización ha servido a los psicólogos sociales para proponer que los deshumanizados responden con una “deshumanización recíproca” o “vengativa” que consiste en *percibir* a su vez a las personas de los grupos sociales que los deshumanizan como carentes de humanidad, de tal suerte que se potencian los conflictos intergrupales (Hodson, Kteily y Hoffarth, 2014; Kteily, Hodson y Bruneau, 2016). De acuerdo con este planteamiento, la deshumanización de los deshumanizados antecede y causa la deshumanización de los deshumanizadores.

En contraste, la teoría filosófica de la deshumanización que he desarrollado a lo largo de este capítulo analiza este fenómeno como un tipo de práctica social de personificación en la que concurre la deshumanización de los deshumanizados y de los deshumanizadores, sin conceder prioridad temporal ni causal a la deshumanización de unos u otros. Dicho de otro modo: en la interacción cotidiana, deshumanizados y deshumanizadores se deshumanizan mutuamente. Esto sucede en tanto se reconocen (o perciben) a través de las narrativas grupales no humanas que los representan injustamente, y también en tanto piensan, sienten, se expresan y responden con base en dichas narrativas.

La metapercepción es esencial para mi noción de deshumanización, pues, como acabo de exponer, las identidades de deshumanizados y deshumanizadores se dañan en parte por la alienación, que es producto de la incorporación que hacen de las narrativas no humanas con las que se representa a sus grupos sociales. Por lo tanto, la noción de metadeshumanización que plantean los psicólogos sociales está implícita ya en mi teoría como parte de la deshumanización misma, y no como un fenómeno que aparece *junto a* o *después de* ella, como sugiere el prefijo meta-. Sin embargo, mi teoría permite dar cuenta de otros procesos a los que sí conviene aplicar este sufijo.

Cuando los deshumanizadores se deshumanizan *entre sí* al sujetarse en las narrativas suprahumanas, las prácticas deshumanizantes se reconfiguran: se convierten en prácticas de lucha por posicionarse entre los deshumanizadores. Éstas son las que yo denomino prácticas de metadeshumanización. Al igual que el planteamiento de los psicólogos sociales, mi noción de metadeshumanización sirve para explicar cómo se amplifica la deshumanización, pero los mecanismos que subyacen a esas explicaciones son sustancialmente diferentes. Mientras que las teorías psicológicas basan su explicación en percepciones que incitan la venganza, mi teoría se apoya en prácticas de interacción entre los deshumanizadores que se traducen en mayor deshumanización de los deshumanizados. La Figura 12 ayuda a diferenciar mi noción de metadeshumanización del planteamiento que hacen los psicólogos sociales.

Figura 12. Nociones de metadeshumanización

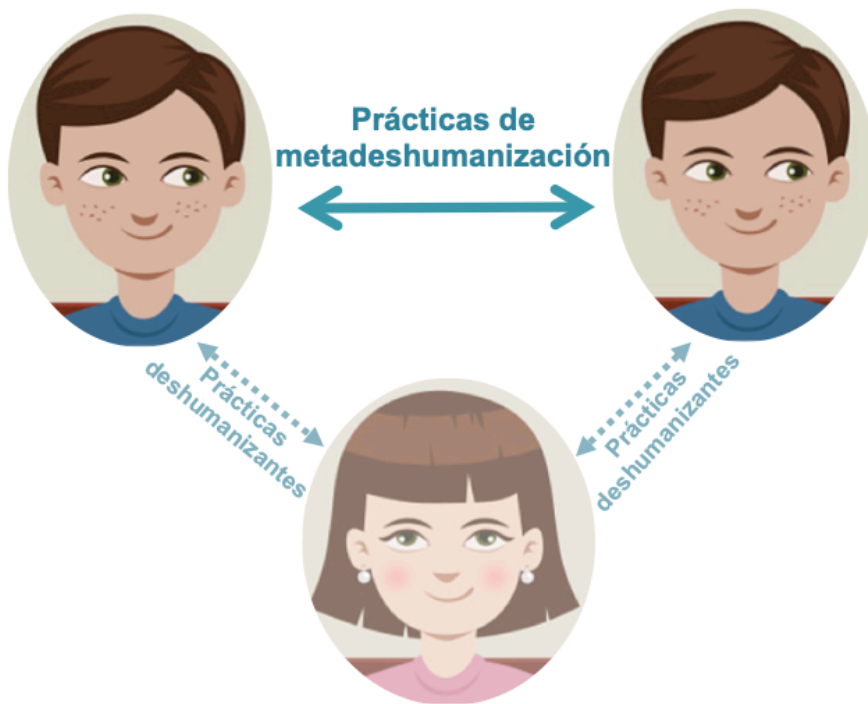


Fuente: Elaboración propia

En las prácticas de metadeshumanización, la interacción entre deshumanizadores hegemónicos y subalternos reproduce la misma lógica de opresión que entre deshumanizadores y deshumanizados. Pero a diferencia de las interacciones entre estos últimos dos, que consisten en sujetar a los primeros en

las narrativas suprahumanas y a los segundos en las narrativas subhumanas, las prácticas de metadeshumanización se limitan sólo a la sujeción que hacen los deshumanizadores entre sí a su identidad suprahumana. En estas prácticas observamos a deshumanizadores que luchan por representar y exigir los lineamientos que dictan las narrativas suprahumanas, muchas veces dejando a los deshumanizados invisibilizados por completo (ver Figura 13). Al ser una forma de lucha, las prácticas metadeshumanizantes tienen dos flancos: uno ofensivo y otro defensivo. En el primero de ellos, encontramos a deshumanizadores que emprenden acciones con el fin de posicionarse encima de otros deshumanizadores. En el segundo, a deshumanizadores que se defienden ante (o se amparan contra) el descrédito de otros deshumanizadores. Lo que interesa de estas prácticas es que, en última instancia, producen mayor deshumanización de los deshumanizados.

Figura 13. Prácticas de metadeshumanización



Fuente: Elaboración propia

Como vimos anteriormente, los médicos se sujetan *entre sí* a la galenidad durante la formación profesional de los estudiantes y también en las interacciones entre colegas, imponiendo exigencias suprahumanas que están normalizadas por obedecer las jerarquías del campo médico. Ahora lo que interesa analizar es el modo en que estas prácticas de metadeshumanización repercuten sobre los pacientes. Empecemos con la siguiente cita:

*Eso de que “el peor enemigo de un médico es otro médico” es eterno. Por ejemplo, tú lo ves en el hecho de cómo le echan carrilla a los [médicos] que trabajan en farmacias. Y dices, pues no, a fin de cuentas **salió de la misma carrera que tú, hizo el mismo examen**, pues es un médico que trabaja en un área o en otra [...] **Es igual de noble** el trabajar en un consultorio de un tipo que en un consultorio de otro [...] Como médico general se vuelve más complicado porque luego, por ejemplo, si puede ser que tú das una indicación médica, y que luego ellos [los especialistas] te dicen: “Ah, es que ella es médico general”. Sí, **pero pasé por la carrera de medicina**, a lo mejor tengo sí, diferentes conocimientos de tu área específica, porque tú solamente ves niños, **pero tampoco es como para que le digas al paciente**: “Es que no sabe y le dio mal el medicamento” [...] A fin de cuentas, dirían por ahí, **somos hijos de la misma área**.*

Leticia, médica general, 38 años, Jalisco

En esta cita podemos apreciar como los médicos luchan para posicionarse entre sí como mejores galenos. Algunos médicos (los especialistas) desacreditan a sus colegas (los médicos generales) refrendando su posición superior a la de ellos, lo que constituye un *movimiento ofensivo* de las prácticas de metadeshumanización. En respuesta, los médicos desacreditados suelen realizar *movimientos defensivos* con los que reclaman el reconocimiento de su galenidad. Con un discurso subalterno, aquí Leticia esgrime argumentos que se centran en

señalar de manera insistente que los médicos generales, al haber cursado la carrera de medicina, ya han probado que cumplen con la galenidad y, por lo tanto, considera que su quehacer debería reconocerse como “igual de noble” que el de sus colegas especialistas. Asimismo, Leticia reclama porque se utiliza a los pacientes como intermediarios de ese descrédito.

Los resultados empíricos de mi investigación sugieren, sin embargo, que los médicos no sólo utilizan a los pacientes como intermediarios de mensajes descalificativos, sino que en las prácticas de metadeshumanización los pacientes se convierten en el *territorio de lucha* para probar la galenidad, como ilustra el siguiente testimonio:

*Los residentes de ginecología, entre ellos, castigan con las guardias nocturnas y las cesáreas. Hazte cuenta que, si hay una señora de cesárea a las tres de la tarde, el médico la va dejando, y la va dejando, y si tiene algún residente al que va a castigar, la va dejando, la va dejando, y a las cuatro de la mañana, chún, le hablan: “Vente porque tienes cesárea”. Y a las cuatro de la mañana entras a cirugía, pudiendo haber entrado desde las tres de la tarde. Entonces, pues claro que entras con sueño, cansado [...] **Aparte es inhumano porque si la paciente ya tiene desde las tres de la tarde todo listo, está preparada, hay sala [para operarla], hay todo, nomás por capricho de los que te van a castigar, hacen esperar a la señora hasta las cuatro de la mañana, que son doce horas, para castigar a alguien que a la mejor lo que no hizo fue una [exploración física de una paciente] o que no supo dónde estaba el foco fetal, una tarugada de esas. Porque por tarugadas de esas te castigan. Pues no. Aparte de que arriesgas al paciente.***

Valentina, médica general, 35 años, Jalisco.

Este ejemplo ilustra de modo muy evidente cómo lo que importa en la interacción entre médicos es remarcar las jerarquías que los distinguen, y no la

paciente, quien quedó invisibilizada por ellos y sirvió sólo como *territorio de marcación* de las galenidades hegemónicas. De manera análoga, en el trabajo de campo encontré otros casos en los que el bienestar de los pacientes quedó subordinado a las jerarquías médicas:

[Había] una mujer que tenía hipermenorrea [menstruación muy abundante], sangraba muchísimo, tenía anemia, y el [médico] adscrito empezó a pedir interconsultas con Hematología y no sé qué, cuando todos sabían que no tenía sentido, pero no les puedes decir nada, tienes que hacer todo lo que dice, aunque no tenga ningún sentido. Al final, [el médico] se tardó dos semanas en llegar a la cuestión por la cual la paciente tenía anemia, y había que tratarla con un ginecólogo, pero no con el hematólogo. Y todos lo habían pensado desde el principio, pero pues nadie le puede contestar al adscrito, y al final era un capricho del adscrito que la viera Hematología, y el buscar algo raro, cuando el cuadro era súper evidente, pero lo tienen que hacer porque es capricho del adscrito.

Rodolfo, estudiante, 23 años, Ciudad de México

Algunos estudios han sugerido que los alumnos que reciben mejores calificaciones y recompensas son aquellos que siguen las órdenes de sus superiores de manera acrítica, aunque sean inapropiadas, y los que colaboran en el encubrimiento de errores en lugar de denunciarlos (Brainard y Brislen, 2007). Si bien es cierto que este tipo de prácticas basadas en las jerarquías inhiben a los médicos subalternos para señalar las fallas de sus superiores y que una comunicación más horizontal entre ellos podría *prevenir* muchos errores médicos (como apuntan Donaldson, Corrigan y Kohn [2000] y Cosby y Croskerry [2004], entre otros), lo que yo quiero evidenciar con mi análisis de las prácticas de metadeshumanización va más allá de esta obvia observación. No se trata sólo de que las jerarquías médicas no permiten prevenir la ocurrencia de errores médicos, sino que, en el ejercicio mismo de refrendar esas jerarquías, se cometen errores

médicos, negligencia u otras formas de mal praxis. Por ejemplo, una médica radióloga me contó el siguiente caso, donde un niño falleció porque los especialistas de mayor prestigio (intensivistas y neumólogos) no pidieron la opinión de especialistas menos prestigiados (radiólogos)¹⁰⁶:

*El asunto es que el estómago se le fue al pulmón, y el estómago se invirtió, entonces el niño les dijo “no, yo no quiero comer”. [Pero el médico dijo]: “No, ya le pueden dar dieta, no hay problema”. Y el niño: “no, no, no, siento que algo va a pasar, nunca voy a comer”. Algo sentía el niño, le dan de comer, llenó el estómago, estaba acostado, vomita, se bronco-aspira, muerte cerebral. Nosotros vimos el caso porque lo tuvieron que trasladar a la terapia intensiva y tuvieron que sacar las radiografías [...] Yo me acuerdo que vi las placas [de rayos x], yo no sabía en qué había acabado el caso, nada más te dicen un pedacito, pero le dije: “es que era obvio que era el estómago, ¿no?”. Y **todo esto sucedió por no querer ir y preguntarle a tu compañero: “Oye, ¿tú qué opinas de esta radiografía?”. Pero te dicen: “tú no, eres radiólogo, no eres neumólogo”.***

Rosa, radióloga intervencionista, 40 años, Ciudad de México

En esta cita vemos cómo los médicos de especialidades de mayor prestigio llevan a cabo acciones para refrendar su posición hegemónica frente a los radiólogos. En primer lugar, desacreditan a éstos últimos simplemente por su posición subalterna y, en segundo lugar, repudian su opinión para el caso clínico.

¹⁰⁶ Glazer y Ruiz-Wibbelsmann (2011) han documentado que la radiología es una especialidad de poco prestigio. En el análisis que realizamos Castro y yo del ranking de especialidades en México según promedios del ENARM (Examen Nacional de Residencias Médicas), la radiología aparece como una especialidad de prestigio intermedio, no muy por debajo de la neumología (Castro y Villanueva, s/f). Sin embargo, la cita de Rosa presenta a la radiología como una especialidad de menor jerarquía, lo que resulta lógico si consideramos que los médicos intensivistas (que llevan el tratamiento de los pacientes que están en terapia intensiva) y los neumólogos son especialistas que ven pacientes en estado crítico y con afecciones en órganos vitales (el pulmón, en el segundo caso), mientras que los radiólogos no suelen tener contacto con pacientes y tienen pocas oportunidades de ejecutar una galenidad hegemónica.

Estas acciones con las que buscan remarcar su posición *frente a otros médicos* constituyen movimientos ofensivos en las prácticas de metadeshumanización. Se trata de acciones espontáneas y prerreflexivas producto de su habitus autoritario, el cual está fundado en una concepción subhumana de los pacientes, pero también en su propia concepción suprahumana, es decir, está fundado en esquemas de autopercepción y autoapreciación que los disponen a posicionarse por encima de otros médicos, al punto que el paciente queda invisibilizado y, en última instancia, sufre las consecuencias de estas luchas galénicas. Es en este sentido que los pacientes se convierten en el territorio de lucha de las prácticas de metadeshumanización, y que, en el ejercicio mismo de refrendar las jerarquías entre galenos, se cometen errores médicos, negligencia u otras formas de mala praxis.

En los ejemplos anteriores, las posiciones entre los médicos hegemónicos y los subalternos ya estaban muy afianzadas por las jerarquías institucionales—entre médicos adscritos, residentes y estudiantes—y por las jerarquías interespecialidades, de tal forma que el daño a los pacientes apareció por efecto de refrendar esas posiciones ya fijas. En estos casos, los pacientes fungieron más un como territorio de marcación. En contraste, cuando la interacción se da entre médicos de jerarquías similares, los pacientes se convierten abiertamente en el campo de lucha donde los médicos *compiten* por ser mejores galenos que sus pares, como sucede durante la competencia académica entre estudiantes del mismo rango:

*[Hay residentes que] ven al paciente como un objeto, como una oportunidad más de poner un catéter o de intubarlo, porque me tocaba verlo, **el estar deseando: “ojalá caiga en paro para practicar mis compresiones o para poder intubarlo”**. [Se trataba de] usar al paciente como tu medio para poder llegar a un fin, algo que sea de provecho para ti mismo, eso se me hace algo muy egoísta.*

Fabiola, estudiante, 23 años, Ciudad de México

Esta cita ofrece buenas razones para pensar que los pacientes se convierten abiertamente en el campo de lucha de las competencias entre médicos. Asimismo, sugiere que las prácticas de metadeshumanización al final producen mayor deshumanización de los deshumanizados: “ven al paciente como un objeto [...] como un medio para llegar a un fin”. Este tipo de competencia no sólo aparecen entre estudiantes, sino también entre médicos profesionales. Una de las maneras más efectivas de obtener reconocimiento y posicionarse sobre los demás colegas es realizando intervenciones curativas heroicas como las que presentan las narrativas de la galenidad. En búsqueda de esa afirmación, algunos médicos suelen realizar intervenciones riesgosas en pacientes con enfermedades graves aun sabiendo que tienen pocas posibilidades de éxito. Bosk (2005), un sociólogo de la medicina que ha estudiado a fondo los errores médicos ha señalado que

a menudo, la atención médica está marcada por un espíritu de "intervención agresiva". Esto compromete a los médicos a realizar procedimientos de riesgo en pacientes que de por sí están complicados. Cuando las intervenciones de riesgo son comunes, los eventos adversos, sean prevenibles o no, son predecibles [...] [Cuando los médicos] fallan en esos casos que están en la frontera médica y que tienen pocas posibilidades de éxito, no los consideran como un error o como un efecto adverso evitable [...] [Además] los pacientes que padecen múltiples enfermedades con problemas multisistémicos no sólo son casos difíciles por derecho propio, sino que también consumen la atención, un escaso recurso, de aquellos con problemas más mundanos. La mayor atención que se presta a los casos interesantes puede hacer que la vida en el hospital sea más riesgosa para las personas con problemas prosaicos (p.8; mi traducción).

Si vemos este escenario desde la perspectiva de las prácticas de metadeshumanización, podemos entender que los médicos participan en esas intervenciones agresivas no sólo con el propósito de ayudar al paciente, sino

también con el fin de posicionarse por encima de sus colegas. Participar en este tipo de intervenciones riesgosas es muy atractivo para los médicos, pues de obtener resultados positivos, consiguen el reconocimiento que otorga una posición hegemónica entre los médicos, y si los resultados son negativos, no será un caso para refutar su galenidad pues un fracaso en un paciente con pobres posibilidades de éxito no cuenta como error médico.

En el trabajo de campo hubo un testimonio sobre un caso de este tipo, en el cual un joven de 17 años con un tumor cerebral muy difícil de extraer fue sometido a cirugía. En este caso, el resultado fue favorable: el paciente sobrevivió y el cirujano que realizó la intervención obtuvo mucho prestigio tanto en el hospital donde trabaja como en medios de comunicación masiva. Para los fines de esta investigación es importante mencionar este caso porque la manera en que interactuaron los médicos entre sí sugiere que los médicos no sólo estaban actuando en beneficio del paciente, sino que esta intervención asimismo sirvió de medio para afirmar la galenidad de un médico sobre la de otros. Como podemos apreciar en la siguiente cita, un cirujano se apropió del acto heroico, sin que se diera igual reconocimiento a los demás médicos que participaron en el caso:

El doctor se puede ver en la televisión, y hasta está en el Youtube. Yo me enojé mucho, porque en el reportaje que vi en el periódico, él dice que hizo todo. Yo me enojé mucho, y en el reportaje que encontré en internet, dice que “gracias al Dr. Fulanito”, y dice “lo operé y sobrevivió”. Eso me enojó mucho, porque dije no puede ser, porque participamos muchos, además de mí hubo un Neuro, un Oncólogo, un Anestesiólogo, y él fue el que puso la cara, porque dijo: “Me la voy a aventar y si muere”, ¿no? Pero fue un grupo al final. Esa parte en donde no hay un “esta persona también cooperó”, me molesta.

Rosa, radióloga intervencionista, 40 años, Ciudad de México

A diferencia de otros ejemplos que utilizo para ilustrar las prácticas de metadeshumanización, éste fue un caso exitoso. Pero al igual que en los demás ejemplos que utilizo en esta sección, aquí el paciente también se utiliza como campo de batalla entre los médicos. En este tipo de prácticas de metadeshumanización los médicos realizan movimientos ofensivos para competir entre sí y utilizan al paciente como un medio para obtener fama y prestigio, para aparecer como el personaje principal en una narrativa que refrenda la galenidad como identidad suprahumana.

Las competencias en torno a la galenidad no sólo tienen un carácter académico, sino que toman diversas formas. En la sección precedente de este capítulo señalé que existen muchas coincidencias entre la masculinidad y la galenidad, al grado que ésta última puede considerarse una forma particular de masculinidad. Los hombres compiten entre sí para probar su masculinidad a través de muchas estrategias, siendo una de las principales la acumulación de “conquistas”. En un artículo sobre el acoso sexual a las estudiantes de medicina que está en dictamen definiendo que en los hospitales escuela existe una declarada competencia entre los médicos hombres (profesores y residentes) por “conquistar” a las alumnas (sobre todo internas, pero también residentes de los primeros años de la especialidad). Este sistema de competencias es abiertamente conocido dentro del gremio médico (tanto por las instituciones como por la comunidad de profesionales de la salud), opera impunemente y da origen a una cultura de acoso sexual dentro de los hospitales escuela (Villanueva, s/f). Como podemos apreciar en el siguiente testimonio, los pacientes también son campo de batalla para esta competencia galeno-masculina:

*Un residente de segundo año de Cirugía en el hospital, **tratando de ligarse a una de mis compañeras internas**, le empezó a enseñar a poner un catéter central [para colocar el suero en una vena de gran calibre ubicada debajo de la clavícula]. Y entonces estaba él parado detrás de ella, el arrimón, y agarrándole las manitas, pusieron el catéter central, **pero por andar en este rollo de estar ligando y a ver qué***

*conseguía y esto, ninguno de los dos se fijó, y a la hora que levantar el barandal [de la cama], jalan con el barandal el catéter central que acababan de poner y no se dieron cuenta, y se rompió una de las mangueras [que llegaba a la vena de la paciente]. Se estuvo tirando la sangre. La paciente tenía insuficiencia renal, con anemia grave y entonces se vació la paciente [se desangró]. Se dieron cuenta hasta que [la sangre] empezó a escurrir por los lados, ya que había empapado las sábanas y empezó a gotear la sangre por los costados de la cama, se dieron cuenta lo que le habían hecho [...] **Nadie peló a la paciente, terminó falleciendo por esta situación**, y nadie se enteró, todos lo ocultaron. Si yo me enteré fue porque estaba ahí con ella en la guardia. Simplemente fue así como “bueno, ya se murió y ya, déjenla”.*

Horacio, epidemiólogo, 29 años, Ciudad de México.

En este caso nuevamente observamos cómo en los movimientos ofensivos que llevan a cabo los médicos en las prácticas de metadeshumanización para posicionarse frente a otros médicos, los pacientes quedan invisibilizados y, en última instancia, sufren las consecuencias de estas competencias entre galenos.

Las jerarquías entre médicos no sólo están definidas por su rango administrativo, su especialidad y su masculinidad, sino también por los hospitales donde estudian y/o trabajan. Por ejemplo, entre los médicos es bien conocido que los internistas del Instituto Nacional de Nutrición son mucho más prestigiosos que los internistas de otros hospitales menos reconocidos (Castro y Villanueva, s/f). Estas desigualdades jerárquicas entre instituciones crean entornos diferenciados para las prácticas deshumanizantes y las prácticas de metadeshumanización, como evidencian los expedientes de quejas registrados en la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Mientras que en estos expedientes el IMSS aparece como la autoridad que más frecuentemente se señala como violadora de

derechos humanos en México (sumando un total de 2,185 quejas)¹⁰⁷, los Institutos Nacionales de Salud aparecen con muchísimas menos menciones (suman un total de 23 quejas entre el Instituto Nacional de Pediatría [con 5 quejas], el Instituto Nacional de Rehabilitación [con 5], el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [con 4], el Instituto Nacional de Neurología [con 3], el Instituto Nacional de Cardiología [con 3] y el Instituto Nacional de Nutrición [con 2]) (CNDH, 2018).

Los datos empíricos recopilados con el trabajo de campo también permite sospechar que la jerarquía entre instituciones crea entornos diferenciados para la deshumanización:

*[Durante la carrera] tuve contacto con muchos tipos de médicos. Por ejemplo, cuando estuve en el Instituto, yo creo que ahí hay médicos que tienen éxito, académicamente pues, son personas como muy inteligentes, y obviamente sub-sub-especialistas y el top de la medicina, y también tienen su parte de servicio porque finalmente están en el Instituto, además de que da prestigio y esto, pues es como parte del servicio porque no ganan la gran cosa y realmente están ahí la mitad de su día. Pero también me tocó estar en otras instituciones donde vi a muchos médicos frustrados que realmente hasta me hacían sentir triste porque sentía que hasta **los pacientes como que pagaban los platos rotos de un médico que no estaba contento** con lo que hacía ni con el pago que recibía ni con el sistema.*

Marina, estudiante, 23 años, Ciudad de México

Estuve más tiempo [en un Instituto] y después el internado en [un hospital de menos prestigio]. No tiene nada que ver, nada que ver. Y en el trato a los pacientes, me doy cuenta que lo que vi [en el hospital] es

¹⁰⁷ Para dimensionar este escenario cabe mencionar que debajo del IMSS aparecen la Policía Federal, la Secretaría de la Defensa y la Secretaría de la Marina, que juntas suman un total de 1,783 quejas, que son 402 menos que las del IMSS.

*más la norma, por los otros lugares en los que también roté. Ahí es totalmente despectivo y **estar sacando la chamba, pero ni siquiera por el paciente, por mi carrera. Es sacar chamba y subir.** El siguiente paso “¿qué sigue?” Y una vez que llegan a lo que ya llegaron no saben ni por qué, sino “ya estoy, pues creo que sigue la subespecialidad”. Nunca se detienen a pensar nada, nada, nada. **Y el trato [al paciente], obviamente, pues es horrible, es pésimo.***

Severino, estudiante, 25 años, Ciudad de México

No sorprende que, en las instituciones de mayor renombre, donde se concentran las posiciones de galenidad hegemónica, con médicos con más privilegios y, por lo tanto, más satisfechos, se observen menos denuncias de deshumanización de los pacientes, y que éstas más bien se concentren en clínicas y hospitales de poco prestigio, donde laboran médicos subalternos, con muchos menos privilegios y que están compitiendo por conseguir una mejor posición dentro del campo médico. Como sugiere la última cita de Severino, es en esos espacios sociales menos prestigiosos donde los médicos compiten aguerridamente en las prácticas de metadeshumanización (“es sacar chamba y subir”), y es también ahí donde se percibe que el trato a los pacientes “es totalmente despectivo [...] es horrible, es pésimo”.

Hasta ahora he revisado los daños que sufren los pacientes cuando son utilizados como territorio de lucha en los *movimientos ofensivos* de las prácticas de metadeshumanización, es decir, cuando los médicos emprenden acciones con el fin de posicionarse por encima de otros médicos. Los *movimientos defensivos* en las interacciones entre galenos así mismo resultan en mayor deshumanización de los pacientes. Los hallazgos empíricos de mi investigación ofrecen buenas razones para sostener que también se daña a los pacientes cuando los médicos subalternos se defienden o se amparan contra el descrédito y el disciplinamiento por parte de los médicos con más poder.

Ante el miedo por las repercusiones que pueden sufrir en manos de los médicos con más jerarquía por no cumplir con las exigencias de la galenidad, los internos y residentes desarrollan movimientos defensivos a costa del bienestar de los pacientes. La siguiente cita presenta un caso de este tipo:

*Me acuerdo mucho de una paciente, así de esas con aminas al tope [con dosis muy altas de medicamentos que se utilizan en pacientes muy graves para mantener las funciones vitales básicas] y bueno, estaba tan mal que ya, los dedos de las manos ya los tenía completamente cianóticos [azules] y tenía datos de choque [estado de salud muy grave]. Ella era una paciente para que ya pasara a mejor vida. Y nos anuncian de que cae en paro [cardíaco], y vamos una compañera y yo a asistir el paro. Entonces pues ya, sólo cerramos la cortina, hacemos el circo [primeros auxilios para intentar reanimar a la paciente] y ahí acabó todo. Pero no, mi compañera se puso así bien intensa, a querer sacar a la paciente del paro, y yo le digo: “¡Ya! O sea, por qué lo haces, déjala, no es recuperable”—“No, no, no, **si fallece en nuestra guardia, nos van a castigar mañana**, y vamos a tener que hacer todo el relajo y todo” [informar a los familiares, llenar el acta de defunción y hacer las notas en el expediente]. **El chiste era que nadie falleciera en la guardia para que no te pudieran recriminar nada**, sobre todo porque era el paciente de un médico adscrito que era muy especial, entonces era sí de “cómo le vas a entregar muerta a su paciente”, que de por sí. Y no es que el médico de base te lo haya dicho, si no que tú intuías o preferías no crearle problemas por el tipo de gente especial que era, pero digo, vuelvo otra vez a ese sistema de que llega el [médico] adscrito y te castiga, aún a sabiendas de que era una paciente que está a punto de morir, no importa, el chiste era que te van a castigar y entonces **haz lo que tengas que hacer para que no te castiguen**.*

Julián, cirujano, 33 años, Yucatán.

Los movimientos defensivos de las prácticas de metadeshumanización que se traducen en daños a los pacientes son resultado de esa norma para los médicos subalternos que enunció Julián al final de la cita anterior: “haz lo que tengas que hacer para que no te castiguen”. Como sugieren los siguientes dos testimonios, este tipo de movimientos defensivos incluyen acciones poco éticas que se realizan con el claro objetivo de esquivar los castigos y otras medidas disciplinarias con las que se busca que los estudiantes se transformen en galenos:

*Había un paciente que estaba muy mal, que tenía una pancreatitis terrible. Los pendientes los ponían los [médicos] adscritos, pero en algún momento los residentes decían **“ya sácalos [los pendientes], nada más para cumplir, si te piden [una muestra de] esputo [flemas], pon tu esputo [tus flemas] y cultívalo, pero ya hay que ponerlo, para que en el pase de visita esté listo”**. Entonces así, con un paciente que estaba muy mal, ¿no? Y que realmente si tenía alguna esperanza [de sobrevivir], que era mínima, era con una antibióticoterapia adecuada, y pues si hacías lo que te decían, simplemente para cubrir con el pendiente, pues obviamente no había esperanza, aunque fuera pequeña, en ese momento la anulabas. Ese es un momento feo, que dices **“¿Cómo puede ser que alguien que empieza con esto, con toda la vocación, termine por tener la necesidad de tener todos los pendientes listos, porque si no lo van a guardar [con guardias de castigo] por dos semanas seguidas?”** El residente, no creo que sea una mala persona, sino simplemente lo van a guardar dos semanas si no tiene listo el pase de visita [...] y pues obviamente dice “ya, haz lo que sea, pero que esté, porque no me quiero quedar las próximas dos semanas en el hospital”. Y a los adscritos no les importa nada [...] Es una cosa que se va reproduciendo, y se va amplificando y es horrible.*

Rodolfo, estudiante, 23 años, Ciudad de México

Cuando estaba rotando por Cirugía, pues obviamente los cirujanos lo que quieren es meter a la gente al quirófano, y para entrar, tienes que

*pasar valoración cardiovascular y valoración anestésica. Entonces un día, no sé por qué, las valoraciones no estaban y **los residentes se pusieron a falsificar todas las valoraciones anestésicas**, y yo decía, si algo pasa, pues ellos no son anesthesiólogos, igual y no pasa nada, pero pues no está bien [...] Si no estaba la valoración anestésica, pues no los dejan pasar a quirófano, y la valoración anestésica tarda un día entero, entonces ya no les daba tiempo [...] **Y pues los iban a regañar, sí los castigaban muy duro** [...] a algunos los dejaban hasta un mes en el hospital, sin poder irse a su casa, o no los dejaban entrar a quirófano igual un mes, o les quitaban la compu y tenían que hacer todo a mano. Y luego también, pues el atosigamiento, ¿no? O sea, les decían cosas muy feas.*

Andrea, estudiante, 23 años, Ciudad de México.

Así como ante el miedo al disciplinamiento los médicos subalternos aprenden que “haz lo que tengas que hacer para que no te castiguen”, ante el exceso de trabajo y la necesidad humana de descansar también aprenden a “hacer lo que sea” con tal de disminuir su carga laboral. Como vimos en el Capítulo IV, el carácter maligno que presentan algunos médicos iracundos, deshonestos, desmotivados e insensibles aparece como efecto de los costos que tiene transformarse en galeno, especialmente por el cansancio que producen las jornadas extenuantes de estudio y trabajo con las que deben cumplir los médicos. El meme de la Imagen 35 ilustra un movimiento con el que los médicos subalternos se amparan ante el exceso de trabajo y las exigencias suprahumanas que les imponen durante las prácticas de metadeshumanización.

Imagen 35. No me tocan las defunciones

1ra lección del R1 de cirugía:

No te tocan hacer las defunciones si los mandas a medicina interna antes de que mueran

Translate from Spanish

MEMES HOSPITALARIOS



Fuente: Facebook

Algunos de los médicos entrevistados reconocieron haber desarrollado un carácter maligno como consecuencia del cansancio que experimentaban. En el Capítulo IV ofrecí algunos ejemplos de esto (ver cita de Ramón en la p. 151). A continuación, presento otro:

*Yo creo que lo más inhumano que hice, y de lo que me di cuenta y dije “no, ya no lo voy a hacer”, era que **ya no les tomaba el mismo interés a los pacientes**, o sea, llegaba el paciente y era como de que intervenimos esto, esto y esto [...] y como que **me volví muy mecánico**, muy mecánico en la situación de que tiene tal herida, la voy a revisar a tal hora, pero ya no era como en un principio que “Ay, ¿cómo se siente?” y hacerle el interrogatorio muy extenso, no. Como que ya **me concretaba a hacer lo que era lo mío y ya**. Pero al día siguiente cuando ya entregabas la guardia pues te dabas cuenta de que **se te pasaron un sinfín de cosas**, que durante la curación nunca te fijaste cuanto orinó, cuánto [líquido drenó de la herida], cuántos mililitros, cosas que ya no me tomaba yo la delicadeza y que lo hacía porque ya me sentía cansado y ya quería irme a descansar.*

Enrique, estudiante, 25 años, Zacatecas

En esta cita vemos que las prácticas de metadeshumanización a través de las cuales se le imponen exigencias suprahumanas a los estudiantes tienen como efecto un nivel de cansancio tal que conlleva la desmotivación y la insensibilidad: “ya no les tomaba el mismo interés a los pacientes”. Cabe hacer notar que el carácter maligno de la galenidad no sólo produce un trato menos cordial hacia los pacientes, sino que también puede devenir en consecuencias perjudiciales. Como dijo Enrique en esta cita: “se te pasaron un sinfín de cosas” que podrían ser muy relevantes para la evolución clínica de los pacientes. Está ampliamente documentado que el cansancio bajo el que trabajan los internos y residentes resulta muy riesgoso para los pacientes (Weinger y Ancoli-Israel, 2002; Olson, Drage y Auger, 2009; Paice y Smith, 2009) y también para ellos mismos (Czeisler, 2006). A continuación, presento un caso del trabajo de campo que ilustra el riesgo que esto implica para los pacientes:

*A mí me pasó en el R3 [tercer año de la residencia], que alguien más, otro compañero había dejado castigado a uno de R2, y estaba de postguardia y de postcastigo [...] Yo iba a operar una cirugía de vesícula abierta, me dieron chance, pero me mandaron al R2 que estaba de postguardia y postcastigo, y al momento de liberar una arteria, en vez de abrir la pinza, la jaló, porque **estaba quedándose dormido, y yo a cada rato lo estaba despertando**, y, obviamente, vino el sangradero. Yo pude controlar el sangrado, pero después tuve que reoperar a la paciente para hacer la reconstrucción, porque quedó pinzado una parte de un conducto biliar. Entonces **sí es un riesgo dejar operar a alguien que no ha dormido**, la verdad, es mucho, yo ya lo viví.*

Tatiana, cirujana, 37 años, Yucatán

En el Capítulo II argumenté que muchos casos de deshumanización referidos por los estudiantes y médicos entrevistados escapaban del marco de

análisis propuesto por los psicólogos sociales, especialmente aquellos que hacían alusión a actos de negligencia, encubrimiento de errores, iatrogenia y mala praxis médica. Los resultados empíricos y argumentos presentados en esta sección me permiten sostener que estos casos no son meras consecuencias indeseables de una supuesta deshumanización funcional. Por lo contrario, muchas veces son productos secundarios de las luchas a través de las cuales los médicos compiten entre sí para posicionarse frente a sus pares.

En síntesis, además de las prácticas deshumanizantes en las que los médicos reconocen y tratan a los pacientes de manera subhumana, existen una serie de interacciones entre los propios médicos que resultan en daños adicionales para los pacientes. Éstas son las prácticas de metadeshumanización e incluyen interacciones a través de las cuales se refrendan las jerarquías de los médicos, interacciones en las que se compite por ocupar una posición más prestigiosa dentro del campo médico, e interacciones que imponen exigencias suprahumanas sobre los médicos subalternos. Como argumenté con apoyo en el material empírico recopilado para esta investigación, en la realización misma de estas prácticas de metadeshumanización los pacientes quedan invisibilizados y se cometen errores médicos, negligencia u otras formas de mala praxis que en última instancia redoblan la deshumanización de los pacientes.

CONCLUSIONES

Una sinopsis con propuestas e inquietudes

A lo largo de esta tesis probé que las teorías psicológicas de la deshumanización son insuficientes para explicar este fenómeno con toda su complejidad, pues suscriben una perspectiva neolockeana de la identidad personal y reducen sus explicaciones a nivel psicológico, de tal forma que muchos hallazgos empíricos relacionados con la deshumanización de la medicina escapan de su capacidad explicativa. No obstante, al mismo tiempo argumenté que es pertinente conservar la noción de deshumanización para dar cuenta de diferentes desenlaces que se presentan durante el encuentro clínico entre médicos y pacientes, no sólo porque de esta manera se mantiene abierto el diálogo con los profesionales de la salud que ya están familiarizados con la expresión de deshumanización de la medicina, sino sobre todo porque con esta noción se recupera la idea de que en este fenómeno están implicadas la identidades de las personas que interactúan entre sí. Esto sólo fue posible en virtud de que suscribí una teoría que define la personabilidad integrando las dimensiones biológica, psicológica y social de la identidad personal, lo que me permitió plantear que la deshumanización es un tipo de práctica en donde el ejercicio de poder de las personas que participan en ella construye identidades dañadas.

Partiendo del trabajo filosófico de Schechtman, argumenté que, en términos metafísicos, las personas somos el tipo de entidades que viven vidas-personales, las cuales consisten en una sucesión de eventos caracterizados por una interacción dinámica entre funciones y atributos biológicos, psicológicos y sociales. Esta interacción toma la forma de un conglomerado homeostático, de tal suerte que todos estos componentes contribuyen a la vida-personal y tienden a reforzarse entre sí, sin que ninguno de ellos sea por sí mismo necesario y suficiente para que la vida-personal continúe. Esto quiere decir que el

funcionamiento integrado de estos componentes es la naturaleza de la relación que constituye nuestra identidad personal.

La dimensión social de la identidad personal es fundamental para esta teoría. Schechtman recupera de Lindemann la idea de que la formación y la conservación de la personabilidad depende de una práctica-personal fundamental a la que Lindemann denomina la práctica social de la personabilidad. Ésta está conformada por cuatro elementos: 1) una procesión de estados mentales—i.e. una psique encarnada que contiene sensaciones, emociones, creencias, intenciones, actitudes, deseos, disposiciones, preferencias, etc.; 2) la expresión de estos estados mentales a través de nuestro cuerpo humano; 3) el reconocimiento de lo que se expresa; y 4) una respuesta basada en ese reconocimiento.

Las prácticas sociales de personabilidad dependen a su vez de la capacidad que tenemos las personas de hacer sentido de nuestras identidades en términos narrativos. Nosotros, los seres humanos, entendemos quienes somos a través de un conglomerado de historias: unas públicas, otras pensadas; unas grupales, otras personales; unas retrospectivas, otras prospectivas; unas narradas en primera persona y otras en tercera—todas ellas con una dimensión implícita (metáfora del iceberg). Estas historias reúnen nuestros componentes biológicos, psicológicos y sociales dentro de tramas dotadas de sentido y con un importe evaluativo y emocional que es intrínseco a ellas. Ese conjunto de historias funciona como un mostrador para las prácticas sociales de personabilidad pues establece las expectativas que tienen las demás personas sobre nuestro comportamiento, y establece también las actitudes y reacciones que tienen hacia nosotros, esto es, el trato que nos dan (metáfora del mostrador). Asimismo, ese conglomerado narrativo sirve como una lente a través de la cual experimentamos el mundo y como base para la acción (metáfora de la lente). Ese tejido narrativo es el que nos permite comprender cómo cambiamos naturalmente a lo largo del tiempo y a través de distintos contextos sociales y, a la vez, cómo seguimos siendo los mismos.

Sin embargo, algunas personas experimentan cambios profundos que no son un simple resultado del dinamismo característico del conglomerado homeostático que conforma su identidad, sino que, por lo contrario, implican una ruptura en el flujo natural de su vida-personal. Dichos cambios constituyen una transformación personal que se manifiesta a través de un desfase en las expectativas en las que se basan nuestras interacciones sociales y de experiencias de discontinuidad en el sentido de uno mismo (discontinuidad fenomenológica), en las historias que componen su conglomerado narrativo (discontinuidad narrativa) o en el concepto que tienen de sí mismos (discontinuidad semántica). Como sugieren los resultados empíricos de esta investigación, durante la formación médica los estudiantes de medicina atraviesan un proceso de transformación personal de estas características, cuyo fin es que los estudiantes adquieran la galenidad, es decir, la identidad social de los médicos. Este proceso de transformación, al cual denominé galenización, genera experiencias ambivalentes en los estudiantes, de tal suerte que a veces se expone a través de narrativas con importe evaluativo y emocional positivo, en las que la galenización se describe como una mejoría de la identidad, pero otras veces se describe con narrativas negativas que consideran que la galenización ha deformado o malignizado la identidad de los estudiantes.

En ambos casos, las narrativas de la galenización apuntan a que transformarse en médico implica volverse fuerte y expresarlo de distintas formas: preferentemente a través de un carácter autoritario, un carácter resistente y un carácter desvinculante, aunque a veces también se expresa a través del carácter maligno que representan algunos médicos iracundos, deshonestos, desmotivados e insensibles. Adquirir la galenidad supone ciertos privilegios como ocupar una posición prestigiosa en la sociedad y tener sentimientos de autovaloración positivos. Sin embargo, estos privilegios implican costos proporcionales: para transformarse en médico uno debe sacrificarse y debe resistir el desgaste físico y emocional que exige la formación en medicina. Es a través de este proceso de galenización que los estudiantes de medicina terminan por transformarse en deshumanizadores de pacientes.

El análisis de la galenización me permitió proponer una solución al problema filosófico de la persistencia de la identidad personal, con base en tres criterios para distinguir entre los cambios del desarrollo que ocurren naturalmente en nuestras vidas y la transformación personal que implica modificaciones que van más allá del dinamismo natural de nuestra vida-personal. Estos criterios incluyen: 1) un conflicto narrativo-emocional, 2) un criterio interaccional sobre las condiciones sociales que favorecen la transformación personal y 3) un criterio metafísico que se refiere a los cambios homeostáticos por los que atraviesa la persona transformada.

Con el trabajo de campo vimos que, cuando la galenidad se incorpora al conglomerado narrativo que conforma la identidad de los estudiantes, los alumnos entran en conflicto porque las nuevas historias chocan con el concepto que tenían de sí mismos, formado a partir de las historias con las que hasta entonces hacían sentido de su identidad. El conflicto narrativo-emocional se refiere a este conflicto producto del choque que se da entre la identidad representada en las historias pre-transformación y la identidad representada en las historias pos-transformación, y que se resuelve a favor de esta última. Esto implica una reorganización en el arreglo jerárquico de las historias que componen el conglomerado narrativo de la persona transformada, lo que a su vez conlleva un cambio de fenomenología. El conflicto narrativo suele acompañarse de un conflicto emocional como el que presentan los estudiantes de medicina, en quienes la prevalencia de depresión es mayor que en la población general.

La transformación de los estudiantes de medicina depende del currículum oculto de la carrera de medicina que, como planteó Hafferty, se refiere a la dimensión cultural de la educación médica, a través de la cual los estudiantes aprenden las costumbres, los rituales, los entendimientos comunes y lo que se da por sentado en el espacio social de la medicina. Esta educación ocurre bajo condiciones de aislamiento, con distorsión de ámbitos ordinarios de la vida como la alimentación y el sueño, en estructuras jerárquicas muy rígidas y mediante sistemas de castigos y privilegios—todas éstas, características de las instituciones totales descritas por Goffman. La carrera moral de los estudiantes dentro de esta

educación totalizante inicia con una etapa de expropiación de la identidad pre-transformación y concluye con una etapa de adaptación en la que se consuma la transformación de la persona. El criterio interaccional se refiere a cambios en las prácticas sociales de personabilidad que, como en el caso de las instituciones totales, operan como una fuerza social cuyo objetivo es conseguir la transformación de la persona.

Todos estos cambios narrativos, emocionales e interaccionales producen un desequilibrio homeostático entre los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la vida-personal de los estudiantes de medicina. La mayoría de los estudiantes resuelven este desequilibrio estableciendo nuevos parámetros homeostáticos en virtud de los mecanismos de diferenciación social que describió Elias para los seres humanos. El criterio metafísico de la transformación personal se refiere a estos cambios que ocurren en el conglomerado homeostático de la vida-personal de un individuo cuando se transforma. Como mostró el trabajo de campo, una proporción menor de estudiantes resuelve este desequilibrio desertando de la profesión médica, recuperando de este modo el balance homeostático previo; en estos casos no se cumple el criterio metafísico y, por lo tanto, puede decirse que esos estudiantes no se transformaron. Existe un tercer desenlace posible ante el desequilibrio homeostático que produce la educación médica: que el estudiante termine suicidándose ante la imposibilidad de adaptarse a la galenidad. Este desenlace ofrece buenas razones para sostener que los cambios metafísicos que ocurren con una transformación personal, especialmente cuando se trata de una transformación deshumanizante como ésta, pueden comprometer la continuidad de la vida-personal.

Digo que se trata de una transformación deshumanizante porque se produce a partir de que los estudiantes de medicina empiezan a participar en un tipo de prácticas sociales de personabilidad a las que denominé prácticas deshumanizantes. Éstas operan bajo la lógica de la opresión y están guiadas por narrativas grupales no humanas que representan injustamente a los grupos sociales a los que pertenecen los deshumanizadores y los deshumanizados. Nuestras identidades están conformadas por narrativas personales que nos

permiten diferenciarnos de los demás individuos y narrativas grupales nos confieren pertenencia a ciertos grupos sociales. Las narrativas grupales guían, en el sentido normativo y performativo, nuestras interacciones con otras personas: representan identidades sociales con base en estereotipos y de este modo prescriben una serie de reglas implícitas sobre quién pertenece a qué grupos sociales y sobre cómo ejecutar esas identidades. En las prácticas deshumanizantes encontramos narrativas grupales no humanas que le confieren al deshumanizador capacidades superiores a las que tenemos los humanos (narrativas suprahumanas) y al deshumanizado, capacidades inferiores a las nuestras (narrativas subhumanas). Articuladas entre sí, ambas afirman una supuesta superioridad de los deshumanizadores sobre los deshumanizados y, de esta manera, naturalizan y legitiman la opresión.

Con base en varios ejemplos empíricos defendí que las prácticas sociales de personeidad en las que participan médicos y pacientes están guiadas por narrativas no humanas y, por lo tanto, constituyen prácticas deshumanizantes. La galenidad es una narrativa no humana porque está conformada por narrativas grupales socialmente compartidas en las que se hace una caracterización suprahumana de los médicos mediante comparaciones o analogías de ellos con dioses y/o superhéroes, confiriéndoles de este modo capacidades superiores a las que tenemos los seres humanos. En oposición a la galenidad—esto es, como su categoría límite—, en el ámbito de la medicina la identidad social de los pacientes está representada por narrativas subhumanas que se transmiten espontáneamente en forma de leyendas cuya función es refrendar la posición subalterna de los pacientes en el encuentro clínico. En estas narrativas subhumanas el paciente aparece como un sujeto infantilizado que no entiende, que no decide racionalmente y que no es competente para ejercer su autonomía y cuidar de sí mismo.

Desde la teoría que propongo, la deshumanización consiste no sólo en tener una identidad conformada por narrativas no humanas, sino sobre todo en tener prácticas sociales de personeidad basadas en ellas, es decir, implica expresarse, reconocer, responder, pensar y sentir como dictan esas narrativas.

Cuando médicos y pacientes incorporan las narrativas de la galenidad y las leyendas infantilizadas de los pacientes, establecen un patrón de interacción social opresivo que se reproduce sistemáticamente, a veces de modo velado, como sucede con el paternalismo médico, y a veces de modo totalmente evidente, como sucede con prácticas de disciplinamiento a todas luces violentas como las que encontré en el trabajo de campo. Es a través de estas prácticas deshumanizantes que los deshumanizadores y los deshumanizados se sujetan a las narrativas no humanas, y de este modo son sometidos a prescripciones que se oponen a su naturaleza humana y los alienan y dañan su identidad.

En mi teoría de la deshumanización retomo la noción de identidades dañadas de Lindemann para dar cuenta de que en las prácticas deshumanizantes la identidad de los deshumanizados se daña, en primer lugar, porque al ser sujetos por otros en una identidad subhumana se les priva de oportunidades y se restringe su autonomía y autodeterminación (mecanismos externos). Y, en segundo lugar, porque cuando los deshumanizados se sujetan a sí mismos en la identidad subhumana que representa injustamente a su grupo social, entran en un estado de alienación caracterizado por la autoviolencia y, como explica Butler, crean vínculos apasionados con el poder (mecanismos internos). Estas condiciones dañan su identidad ya que: 1) los conduce a una autodenigración sistemática que compromete la dimensión afectiva de su autonomía, 2) a partir de las narrativas subhumanas con las que se identifican forman preferencias gracias a las cuales aceptan con complicidad su subordinación y 3) dichas narrativas los predisponen a actuar de tal manera que reproducen el orden social opresivo en el que están inmersos, contribuyendo así al mantenimiento y la perpetuación de las prácticas de personeidad que los deshumanizan, lo que en términos de Bourdieu corresponde con la violencia simbólica. Ejemplos empíricos obtenidos del trabajo de Castro y de mi tesis de maestría sirvieron para ilustrar que la relación de los pacientes con los médicos es ambivalente. Mientras que, por un lado, los pacientes suelen aceptar con anuencia la caracterización subhumana que los médicos hacen de ellos y forman vínculos apasionados fundados en el

agradecimiento y la admiración, los pacientes también se resisten a la identidad subhumana que los médicos les imponen.

Una contribución muy importante de mi teoría de la deshumanización es que con ella es posible afirmar que las prácticas deshumanizantes también dañan la identidad de los deshumanizadores, hecho que no había sido considerado en las teorías psicológicas sobre la deshumanización, ni en la teoría de identidades dañadas de Lindemann, ni con la noción de violencia simbólica de Bourdieu, las cuales se enfocan sólo en los efectos del poder sobre los oprimidos. Esto sucede a través de la sujeción de los deshumanizadores a una identidad suprahumana que les impone exigencias humanamente imposibles de cumplir. En el caso de los médicos, encontramos exigencias de este tipo cuando se les demanda ser infalibles, incluso cuando no han cubierto necesidades humanas básicas como comer y dormir.

La identidad de los deshumanizadores puede dañarse a través de mecanismos externos en los que la sujeción a las narrativas suprahumanas está dada por los deshumanizados (los pacientes en la deshumanización de la medicina), por otras personas externas al sistema de opresión en el que se dan las prácticas deshumanizantes (p. ej. abogados y jueces), o por los deshumanizadores entre sí (médicos sobre otros médicos). O bien, el daño puede darse por mecanismos internos en los que la sujeción a las narrativas suprahumanas está dada por ellos mismos. En este último caso, la identidad de los deshumanizadores se daña por autoexigencias suprahumanas que conducen a un ciclo de esfuerzo (por cumplir con dichas exigencias) y frustración (por no conseguirlo) que deviene en automortificación y diversas formas de autodenigración y violencia contra uno mismo. Es en este sentido que es posible afirmar que los deshumanizadores están alienados del mismo modo en que lo están los deshumanizados y, por lo tanto, que la deshumanización daña la identidad de ambos.

En la deshumanización de la medicina vemos que la imposibilidad de cumplir con las exigencias suprahumanas de la galenidad produce en los médicos

mucha mortificación, frustración y dolor, que en algunos casos los conduce a la autodenigración y a formas de violencia contra uno mismo tan radicales como el suicidio. Estas emociones negativas contrastan con la gratificación del poder y los privilegios que vienen con la condición de ser médicos. Esta mezcla de dolor y placer, de poder e impotencia, se manifiesta a través de experiencias contradictorias como las que ha descrito Kaufman para los hombres respecto a su masculinidad. Ocupar el papel del opresor en sistemas sociales deshumanizantes no se traduce en una experiencia satisfactoria de la vida, pues sus privilegios conllevan costos significativos. Para los médicos, estos costos incluyen pasar por una formación profesional totalizante que transforma su identidad, una insensibilidad generalizada que no sólo los previene de involucrarse emocionalmente con los pacientes, sino que afecta la sensibilidad general con la que experimentan su vida y una exposición reiterativa a exigencias suprahumanas que merman su salud física y mental. Esto es de lo más importante, pues explica por qué en la posición de privilegio uno no experimenta puro placer, sino que éste se acompaña con dolor. Esa mezcla de placer y dolor hace que en los deshumanizadores emerja una conciencia desventurada como la que presentó Hegel en su dialéctica del amo y el esclavo.

Por otro lado, la incorporación de las narrativas suprahumanas por parte de los deshumanizadores también daña su identidad por coartación a su autonomía. Cuando los deshumanizadores se autoidentifican con la identidad suprahumana, permiten que la lógica opresiva de las prácticas deshumanizantes actúe en su nombre, reproduciendo las estructuras sociales que les imponen las exigencias suprahumanas y a veces incluso impulsándolos a actuar en contra de sus propios intereses. En la misma línea del argumento marxista de que “la propiedad se apropia de su propietario” y su reformulación bourdiana de que hay “una estructura generadora de prácticas perfectamente adecuadas a su lógica y sus exigencias”, en los estudios sobre masculinidades se ha defendido que muchas de las acciones de los hombres se deben a la sujeción que el sexismo ejerce sobre ellos, de tal forma que, como ha apuntado Izquierdo, no son ellos los sujetos de acción, sino que su acción es un efecto de su sujeción. Con estas acciones que no son del

todo autónomas los hombres participan en prácticas violentas y de riesgo, a través de las cuales no sólo se posicionan contra las mujeres, sino también contra otros hombres, dando lugar a diferentes jerarquías dentro de la masculinidad, unas hegemónicas y otras subalternas, como ha señalado Connell.

Con apoyo en el trabajo de campo vimos que los médicos también reproducen las estructuras sociales que los deshumanizan, y que actúan en contra de sus propios intereses y toman riesgos con el objetivo de afirmar su galenidad, obtener los privilegios que ésta les confiere y posicionarse por encima de sus colegas. En el campo de la medicina existe un arreglo jerárquico entre médicos según el cual unos tienen autoridad sobre otros y que los mejores entre ellos tienen el poder de castigar o desacreditar a los que son inferiores. O dicho de otro modo, existen formas de galenidad hegemónicas y otras subalternas que son análogas a las jerarquías entre hombres. Los médicos de las especialidades prestigiosas encarnan galenidades hegemónicas porque dichas especialidades les permiten ejecutar con mayor precisión las características heroicas y casi divinas de la galenidad, mientras que los médicos generales, los salubristas y los especialistas de menor prestigio sólo pueden ejecutar formas mucho más imperfectas de la galenidad. Como ha mostrado Hinze, las jerarquías entre especialidades médicas obedecen los mandatos de la masculinidad. Todas estas coincidencias entre la masculinidad y la galenidad no sorprenden, pues la alianza histórica entre el patriarcado y la medicina moderna es ampliamente conocida. Es en este sentido que planteo que la galenidad es una forma particular de masculinidad.

La teoría filosófica de la deshumanización que desarrollé a lo largo de esta tesis sirve para dar cuenta de muchos hallazgos empíricos de la deshumanización de la medicina que escapan de la capacidad explicativa de las teorías psicológicas de la deshumanización. Además de que analiza este fenómeno relacionalmente y enfatiza la dimensión de poder en las interacciones entre deshumanizadores y deshumanizados, mi teoría también explica los casos en los que el error médico, la negligencia y otras formas de mala praxis se asocian con la deshumanización. Junto a las prácticas deshumanizantes en las que los médicos reconocen y tratan

a los pacientes de manera subhumana, mi propuesta contempla otro tipo de interacciones que se dan entre los médicos y que resultan en daños adicionales para los pacientes.

Cuando los deshumanizadores se deshumanizan entre sí al sujetarse en las narrativas suprahumanas, las prácticas deshumanizantes se reconfiguran: se convierten en prácticas de lucha entre los deshumanizadores. Éstas son las que denomino prácticas de metadeshumanización. Se trata de interacciones entre deshumanizadores que las que se reproduce la misma lógica de opresión que entre deshumanizadores y deshumanizados, pero que se limitan sólo a la sujeción que hacen los deshumanizadores entre sí a su identidad suprahumana. En estas prácticas observamos a deshumanizadores que luchan por representar y exigir los lineamientos que dictan las narrativas suprahumanas, utilizando a los deshumanizados como su territorio de lucha, de tal suerte que en muchos casos éstos quedan invisibilizados por completo. Lo que interesa de estas prácticas es que, en última instancia, producen mayor deshumanización de los deshumanizados.

Entre los médicos encontramos un patrón de interacción a través del cual se compete por ocupar una posición prestigiosa dentro del campo médico. Cuando las jerarquías entre médicos ya están afianzadas por su rango administrativo, su especialidad y por la institución donde estudian y/o trabajan, la competencia entre ellos consiste sobre todo en refrendar dichas jerarquías imponiendo exigencias suprahumanas sobre los médicos subalternos que ponen en riesgo la salud de los pacientes (p. ej. cuando se le exige a un residente participar en una cirugía a pesar de que lleva varios días sin dormir). En estas prácticas de metadeshumanización, los médicos subalternos su vez responden con acciones poco éticas (p. ej. falsificar datos en los expedientes de los pacientes) con las que buscan defenderse o ampararse contra el descrédito y el disciplinamiento por parte de los médicos con más poder. Cuando compiten entre sí médicos que ocupan posiciones de prestigio similares, muchas veces también lo hacen a costa del bienestar de los pacientes: en estos casos, los pacientes se vuelven abiertamente el campo batalla sobre el que se libran las luchas galénicas (p. ej.

cuando realizan intervenciones de riesgo para afirmar su galenidad). Como argumenté con apoyo en el material empírico recopilado, no se trata sólo de que las jerarquías médicas no permiten prevenir la ocurrencia de desenlaces perjudiciales para los pacientes, sino que en la realización misma de estas prácticas de metadeshumanización en las que los médicos se enfrentan entre sí se cometen errores médicos, negligencia u otras formas de mal praxis que en última instancia redoblan la deshumanización de los pacientes.

Con el análisis de la deshumanización de la medicina que presento a lo largo de esta tesis doy respuesta a mis principales preguntas de investigación. Por un lado, las interacciones entre deshumanizadores explican cómo es que los estudiantes que ingresan a una escuela de medicina con el deseo de ayudar a otras personas (o de aprender el funcionamiento del cuerpo humano, o de tener una profesión respetable, o de poderse asegurar un buen nivel de vida—todas ellas razones referidas por los médicos entrevistados) terminan su proceso de formación profesional transformados en deshumanizadores de pacientes. Y, por otro lado, el estudio de las prácticas deshumanizantes y las prácticas de metadeshumanización permite defender que la deshumanización de estudiantes, médicos y pacientes no sólo se relacionan de manera incidental, sino que la deshumanización de los médicos es una condición de posibilidad para la deshumanización de los pacientes.

Si bien el mantenimiento de los órdenes sociales opresivos en los que ocurre la deshumanización depende de muchos arreglos y prácticas materiales, políticas e institucionales que rebasan mi teoría sobre las prácticas deshumanizantes, considero que mis aportaciones son relevantes porque dan cuenta de un tipo de prácticas que se relacionan directamente con la construcción de las condiciones de la opresión, especialmente al moldear las identidades de las personas. De esta manera doy cuenta de cómo se viven esas técnicas de poder que forman parte de nuestras experiencias y que, como dice Foucault (1988), “se ejercen sobre la vida cotidiana inmediata que clasifica a los individuos en categorías, los designa por su propia individualidad, los ata a su propia identidad,

les impone una ley de verdad que deben reconocer y los otros deben reconocer en ellos” (p.7).

Ante este escenario parecen inútiles los esfuerzos que se han hecho desde el interior del campo médico por mejorar la calidad de la atención de los pacientes, los cuales se han enfocado en resolver los problemas que surgen en la interacción entre médicos y pacientes con medidas gerenciales y administrativas fundadas en la falsa suposición de que éstos se resolverían si abasteciéramos los servicios médicos con recursos suficientes y con profesionales con el conocimiento técnico adecuado. Aquellas propuestas de soluciones que se basan en disminuir los tiempos de espera y capacitar a los médicos para que traten dignamente a los pacientes ignoran que la identidad de unos y otros está fundada en diferencias ideológicas que impiden una interacción basada en la igualdad. Para conseguir una medicina humanizada no sólo requerimos las condiciones materiales que aseguren que médicos y pacientes contarán con los recursos necesarios para mejorar la salud de los enfermos, sino que también necesitamos deconstruir la ideología médica que confiere una identidad suprahumana para los galenos y una identidad subhumana para los pacientes.

Aunado a las acciones que se han tomado para que en el campo médico se reconozca a los pacientes como seres humanos racionales y competentes, y como ciudadanos con derechos fundamentales inviolables, una medicina humanizada requiere que reconozcamos también que los médicos son seres humanos y, como tales, no pueden ni deben intentar cumplir con los mandatos de fortaleza que exige la galenidad. Debemos reconocer que, como personas falibles, los médicos pueden cometer errores honestos y dañar a los pacientes sin dolo, pero que también pueden actuar de maneras poco éticas, cometer negligencias y mala praxis, y en esos casos deben ser imputables por la justicia. Al reconocerlos como humanos no habría argumento alguno que justificara un fuero especial para los médicos como el que reclama el movimiento #yosoy17.

Asimismo, debemos reconocer que los médicos no lo saben todo y que, por lo tanto, no tienen la autoridad para imponerse epistémica y moralmente sobre

otras personas y otras formas de conocimiento distintas a la biomedicina. Esto implica, a su vez, reconocer que otros tipos de saberes (p. ej. conocimientos locales y tradicionales) pueden ser igualmente legítimos para combatir las enfermedades, y que merecen también reconocimiento y respeto. Así, podríamos empezar a entender también que sus acciones no son milagros, que los médicos no salvan vidas, sino que trabajan en equipo junto con muchos otros profesionales paramédicos y con los propios pacientes para intentar mejorar el estado de salud de estos últimos, aunque muchas veces esto no es posible.

Si asumimos lo anterior, se desdibuja la legitimización de la educación médica totalizante. Al reconocer a los médicos como personas con sus dimensiones biológica, psicológica y social, entonces se justifica que tengan derecho: 1) a cubrir sus necesidades corporales básicas como el sueño y la alimentación—en contraste con las extenuantes jornadas de estudio y trabajo que actualmente se les exigen—; 2) a cubrir sus necesidades sociales como tener espacios e interacciones fuera del gremio médico—en contraste con el aislamiento en el que se educan y posteriormente en el que desempeñan su profesión—; y 3) a cubrir sus necesidades psicológicas que incluyen, pero no se reducen al derecho de vincularse con los pacientes—en contraste con los mandatos afectivos que impone la galenidad. Como acepta con su propio testimonio la médica Danielle Ofri (2013), los médicos sí se vinculan emocionalmente con algunos de sus pacientes, y durante su formación profesional y el ejercicio de la medicina experimentan una gama de emociones que incluyen el entusiasmo, el orgullo, la incertidumbre, la abrumación, la desilusión, el enojo, la frustración, el asco, el miedo y el resentimiento. Todas estas emociones, lejos de comprometer la objetividad de sus diagnósticos, podrían reforzarla pues, como han defendido los filósofos pragmatistas, las emociones revelan patrones de relevancia en la toma de decisiones, contribuyendo de este modo a la racionalidad. Además, como señala también Ofri, estas emociones impactan en la empatía que los médicos tienen con los pacientes y, por lo tanto, en el tipo de atención que les ofrecen.

Una medicina humanizada, por lo tanto, busca deconstruir la identidad subhumana que se confiere a los pacientes en el campo médico y también la

galenidad suprahumana en los términos que aquí planteo. Así como el feminismo libera a las mujeres de la opresión histórica a las que las ha sujetado el sexismo, y libera también a los hombres de los mandatos de la masculinidad, una medicina humanizada que deconstruya las identidades no humanas que guían las prácticas sociales de personificación en el encuentro clínico podría liberar a los pacientes de los sistemas biomédicos opresivos que históricamente los han deshumanizado, y también podría liberar a los médicos de los mandatos de la galenidad.

Por último, quisiera concluir esta tesis con una inquietud que me persigue más allá de todo este desarrollo teórico. La mayoría de los médicos que entrevisté para esta investigación me cuestionó a mí al final de nuestra conversación. Querían conocer cuál había sido mi historia al formarme como médica, si había tenido experiencias como las suyas y cómo fue que al final terminé estudiando un doctorado en filosofía de la ciencia. De igual forma, a partir de que empecé esta investigación, varios estudiantes de medicina y médicos que ejercen se han acercado a mí para pedirme consejo, pues reconocen que están desilusionados de la medicina y se cuestionan sobre la posibilidad de desertar de la profesión, como hice yo. En respuesta, a todos ellos les platicó sobre mis propias experiencias y también acerca de las historias que me compartieron otros médicos entrevistados, esperando que de este modo se sientan comprendidos y acompañados por todos los que vivimos experiencias dolorosas y mortificantes respecto a nuestra galenidad. Asimismo, les aseguro que uno puede sentirse feliz y realizado fuera de la medicina, y que colgar la bata puede ser una experiencia sumamente liberadora. No sé, sin embargo, qué alcances o consecuencias pueda tener compartir estas experiencias.

Hace unas semanas, cuando estaba redactando el último capítulo de la tesis, volvió a contactarme Natalia, una médica internista de 37 años de la Ciudad de México a quien cité varias veces a lo largo de este trabajo. Me buscó para contarme que no se encuentra bien. Tuvimos la siguiente conversación por mensajes:

— *Hola Marcia, quizás no te acuerdes de mí, platicamos hace más de un año, que estabas haciendo una investigación o algo así [...] Te cuento que el burnout me alcanzó, el estrés me tronó y ahora estoy en tratamiento con psiquiatría, hazme favor. Hiciste bien en dejar esto de la medicina por la paz, de dedicarte a lo que sea que hagas.*

— *Hola, Natalia. Claro que me acuerdo de ti!!! Estoy en la fase final de redactar la tesis y he vuelto a revisar nuestra entrevista muchas veces con detenimiento. Me da mucha pena saber que no has estado bien, pero quizás te sirva saber que no es por tu culpa, sino que es un hallazgo reincidente en mi tesis.*

— *Bueno, es algo saber que no soy la única que enloqueció.*

— *Claro que no eres la única! Y no creo que hayas enloquecido, sino que tu respuesta fue la respuesta natural ante las demandas desmedidas de la medicina.*

— *Me van a hospitalizar en el Fray Bernardino por depresión severa, no sé si vaya a poder seguir ejerciendo, ya no confío en mí. Nunca fui brillante y ahora menos. Perdona que te esté molestando con esto, sólo quería saludarte.*

Al leer este último mensaje de Natalia sentí una punzada en el estómago y empecé a llorar. Sus palabras eran casi las mismas que utilizó Zyanya en la nota que le dejó a sus padres antes de suicidarse, prácticamente al final de mi trabajo de campo. Sentí pavor de pensar que quizás la entrevista que había tenido con Natalia había desencadenado ese estado en ella. Le contesté:

—*No es ninguna molestia. Dime algo, Natalia, ¿acaso nuestra conversación tuvo algo que ver con tu desenlace? Yo no quisiera haberte alterado.*

—*No!!! Claro que no, al contrario, me ayudaste a sacar muchas cosas, te dije que no tengo amigos y tú me ayudaste a sacar muchas cosas. Al*

contrario, tengo que agradecerte la confianza porque no me conocías y me escuchaste. No pienses eso, por favor.

—Natalia, quizás quieras escuchar más sobre mis hallazgos de la tesis, quizás eso te ayude a sanar. Si quieres, podemos volver a platicar uno de estos días.

—Gracias, pero en estos días me voy a hospitalizar, es más que necesario, pero si no tienes inconveniente, me gustaría seguir en contacto contigo.

—Con mucho gusto, y te reitero mi disponibilidad para platicar cuando quieras. Uno puede sanar y reconstruirse después de la crisis por la que estás pasando. Te lo digo por experiencia. Yo también pasé por una depresión muy severa antes de dejar la profesión médica, y tras haber reconstruido mi vida y mi identidad, ahora soy muy feliz! Así que no pierdas las esperanzas!

Natalia y yo nos hemos mensajado en otras ocasiones después de ese día: ya la dieron de alta del hospital psiquiátrico, aunque continúa con tratamiento farmacológico y con muy pocas ganas de vivir. Me inquieta mucho pensar en ella, y en todos los demás médicos que están pasando por una crisis parecida. Más allá de todo el desarrollo teórico que he hecho en esta tesis, partiendo de hipótesis muy personales y con argumentos más o menos bien formados, espero que esta investigación sirva para transformar las interacciones que los médicos mantienen entre sí y con los pacientes, pues a todos nos urge tener un sistema médico que nos permita realizarnos enteramente como personas y que nos ayude a llevar una vida-personal que sea existencialmente más satisfactoria.

REFERENCIAS

- Aguirre Hernandez, R., Lopez Flores, J. F., & Flores Flores, R. C. (2011). Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*, 3(8), 28-33
- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66(1), 182-188.
- Alcorta-Garza, A., González-Guerrero, J. F., Tavitas-Herrera, S. E., Rodríguez-Lara, F. J., & Hojat, M. (2005). Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud mental*, 28(5), 57-63.
- Alienación. (2017). Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Retrieved from <http://dle.rae.es/?id=1qcHOJ0>
- American Psychiatric Association (2018) "Physician Burnout and Depression: Challenges and Opportunities". Consultado el 21 de sep 2018. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/well-being-and-burnout/well-being-resources>
- Anderson, L. (2006). Analytic Autoethnography. *Journal Of Contemporary Ethnography*, 35(4), 373-395. doi:10.1177/0891241605280449
- Anderson, P. (2018) Physicians Experience Highest Suicide Rate of Any Profession. Medscape Medical News. Consultado el 21 de sep 2018. Disponible en: <https://www.medscape.com/viewarticle/896257>
- Angoff, N., Duncan, L., Roxas, N., & Hansen, H. (2016). Power Day: Addressing the Use and Abuse of Power in Medical Training. *Journal Of Bioethical Inquiry*, 13(2), 203-213. doi:10.1007/s11673-016-9714-4
- Arellano, O. L., Escudero, J. C., & Moreno, L. D. C. (2008). Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- Aristegui Noticias (2014). Pliego petitorio de los médicos Yosoy17. Consultado 9 julio 2017: <http://aristeguinoticias.com/2306/mexico/pliego-petitorio-de-los-medicos-yosoy17/>
- Asif, S. M., & Saenz, C. (2017). Colonialist Past and Afrosurrealist Futures: Decolonizing Race and Doctorhood in Doctor Who. *Journal of Medical Humanities*, 1-14.
- Ballesteros, E. (2016) Circulación de memes en WhatsApp: ambivalencias del humor desde la perspectiva de género. EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. No. 35, pp. 21-45
- Becker, H. (2008). Boys in white. New Brunswick: Transaction Publ.

- Bellamy, C. y Castro, R. (2019) Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Revista Ciencias de la Salud*. 17(1): 120-137.
- Bellamy, C. y Villanueva M. (2015) "El proceso salud-enfermedad". En: López-Cervantes, M. (Coord.) Una reflexión crítica sobre la salud de los mexicanos. Encuesta Nacional. Colección de Los mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales. Universidad Nacional Autónoma de México. México. pp. 29-42
- Bericat, E. (2012). Emociones. *Sociopedía*. isa, 1-13.
- Bertaux, D. (1999) El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 29:1-23.
- Bertaux, D. (2005) "El análisis de un relato de vida" En: Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica. Barcelona: Ediciones Bellaterra. p. 73-102.
- Blanco, M. (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*, 9(19), 49-74.
- Blanco, M., y Castro, A. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/plwlumuj/ebalECTS/praktikak/muestreo.pdf>
- Blatti, S. (2016). Animalism. In: Stanford Encyclopedia of Philosophy, Winter 2016 Ed. Stanford University. Available at: <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/animalism/>
- Bohren, M., Vogel, J., Tunçalp, Ö., Fawole, B., Titiloye, M., Olutayo, A. et al. (2016). "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her ": A qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM - Population Health*, 2, 640-655.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.
- Borrell, R. M. (2005). La educación médica en América Latina: debates centrales sobre los paradigmas científicos y epistemológicos. In: Universidad Nacional de Rosario. Proceso de transformación curricular: otro paradigma es posible. Rosario, Arg.: Universidad Nacional de Rosario Editora.
- Bosk, C. (2005) Continuity and Change in the Study of Medical Error. The Culture of Safety on the Shop Floor. Paper number 20. Unpublished by Charles L. Bosk. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download;jsessionid=B53A30DF0751DABA180172B029F9880A?doi=10.1.1.112.385&rep=rep1&type=pdf>
- Bourdieu, P. (2000). La dominación masculina. Barcelona, Anagrama: 159p.
- Bourdieu, P. (2007). El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 456p.
- Bourke, J. (2011). What it means to be human. Reflections from 1791 to the present.(1st ed.). London: Virago.

- Brainard, A. H., & Brislen, H. C. (2007). Learning professionalism: a view from the trenches. *Academic Medicine*, 82(11), 1010-1014.
- Brüggemann, A. J., Wijma, B., & Swahnberg, K. (2012). Abuse in health care: a concept analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(1), 123-132.
- Brüggemann, A., & Swahnberg, K. (2012). Patients' silence towards the healthcare system after ethical transgressions by staff: associations with patient characteristics in a cross-sectional study among Swedish female patients. *BMJ Open*, 2(6), e001562. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001562
- Bursch, B., Fried, J., Wimmers, P., Cook, I., Baillie, S., Zackson, H., & Stuber, M. (2012). Relationship between medical student perceptions of mistreatment and mistreatment sensitivity. *Medical Teacher*, 35(3), e998-e1002. doi:10.3109/0142159x.2012.733455
- Butler, J. (1997). Sujetos de sexo / género / deseo. *Feminaria*, X(19), 1-20.
- Butler, J. (2001). Fundamentos contingentes: el feminismo y la cuestión del "postmodernismo". *Revista de Estudios de Género, La Ventana* E-ISSN: 2448-7724, 2(13), 7-41.
- Butler, J. (2012). *Sujetos del deseo* (1st ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Butler, J. (2015). *Mecanismos psíquicos del poder*. 5ª ed., Madrid: Ediciones Cátedra. 213p.
- Calderón-Le Joliff, T. (2006). La teoría del iceberg y la práctica de la alusión en los cuentos de Ernest Hemingway y de Francisco Coloane. *Acta literaria*, (32), 97-105.
- Carvallo, A. (2005). Médicos y profesionalismo: pacientes e información. *Revista médica de Chile*, 133(2), 253-258.
- Casal-Moros, N., & Alemany-Anchel, M. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 61-64.
- Casas, D., Rodríguez, A., Casas, I., & Galeana, C. (2013). Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*, 13(07).
- Castro, R. (2008). La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico. In: M. Castro Vázquez, ed., *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*, 1st ed. Sonora, México.: El Colegio de Sonora, pp.17-23.
- Castro, R. (2014) Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76 (2):167-197
- Castro, R. & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
- Castro, R., & Villanueva, M. (2018). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*, XXXVI(108):543-73.

- Castro, R., & Villanueva, M. (s/f). El campo médico en México: hacia un análisis de su estructura, sus luchas y su funcionamiento. (En dictamen para publicación).
- Center for Research in Medical Education and Health Care. (2012). Annual Report 2011-2012 (pp. 4-6). Philadelphia: Jefferson Medical College.
- CNDH (2018) Informe anual de actividades 2018. Comisión Nacional de Derechos Humanos, México. Disponible en: http://informe.cndh.org.mx/uploads/nodos/369/content/files/Anexo_2_1_F_2_Autoridades_quejas.pdf
- Connell, R. W., y Messerschmidt, J. W. (2005) Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept. *Gender & Society* 19(6): 829-59.
- Consejo, C., & Viesca-Treviño, C. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 11(1), 16-20.
- Conway, M., Singer, J., & Tagini, A. (2004). The Self and Autobiographical Memory: Correspondence and Coherence. *Social Cognition*, 22(5), 491-529.
- Cosby, K. S., & Croskerry, P. (2004). Profiles in patient safety: authority gradients in medical error. *Academic Emergency Medicine*, 11(12), 1341-1345.
- Coyle, J. (1999). Exploring the meaning of 'dissatisfaction' with health care: the importance of 'personal identity threat'. *Sociology of Health & Illness*, 21(1), 95-123.
- Creed, P. A., Searle, J., & Rogers, M. E. (2010). Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. *Social Science & Medicine*, 71(6), 1084-1088.
- Crowell, S. (2016). Existentialism. In: Stanford Encyclopedia of Philosophy, Spring 2016 Ed. Stanford University. Available at: <https://plato.stanford.edu/entries/existentialism/>
- Czeisler, C. A. (2006). The Gordon Wilson Lecture: work hours, sleep and patient safety in residency training. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 117, 159.
- Davies, G., & Allison, R. (2013). Increasing representation, maintaining hierarchy: an assessment of gender and medical specialization. *Social Thought & Research*, 32, 17-45.
- De la Garza, E. y Leyva, G. (2012) Tratado de metodología de las ciencias sociales. Perspectivas actuales. México: FCE, UAM-Iztapalapa.
- Denis-Rodríguez E., Barradas M., Delgadillo-Castillo R., Denis-Rodríguez P. & Melo-Santiesteban G. (2017) Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. *RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ.* 8(15): 387-418.
- Dennett, D. (1978) Where am I? In *Brainstorms*. MIT Press. Consultado en julio de 2018 en: <https://www.lehigh.edu/~mhb0/Dennett-WhereAmI.pdf>
- Diario Oficial de la Federación. (2004). NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado.. Secretaría de Salud.

- Diario Oficial de la Federación. (2013). NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud, Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas. Secretaría de Salud.
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). National Academies Press.
- Downes, S. (1987). Human-computer interaction: A critical synthesis: A philosophical ethnography of human-computer interaction research. *Social Epistemology*, 1(1), 27-36.
- Drop Out Club, 2018. "About DOC". Consultado en sep 2018. Disponible en: <https://www.docjobs.com/about/>
- Dyrbye L, Thomas M y Schanafelt T. (2006) Systematic Review of Depression, Anxiety and Other Indicators of Psychological Distress Among US and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81(4), pp. 354- 373.
- Elias, N. (1987). On human beings and their emotions: a process-sociological essay. *Theory, Culture & Society*, 4(2-3), 339-361.
- Ellis, C., Adams, T., & Bochner, A. (2011). Autoethnography: An Overview. *Forum: Qualitative Social Research*, 12(1).
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Excélsior. (2014). #YoSoy17: La muerte del joven que desató un movimiento nacional. Excélsior. Consultado el 9 julio 2017, en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/06/23/966856#view-1>
- Feinberg, W. (2006). Philosophical ethnography: Or, how philosophy and ethnography can live together in the world of educational research. *Educational Studies in Japan*, 1, 5-14.
- Fialkova, L., & Yelenevskaya, M. (2016). Ex-Soviet Jews: Collective Autoethnography. En J. Veidlinger, *Going to the People. Jews and the Ethnographic Impulse* (pp. 239-255). Indiana University Press.
- Flick, U. (2012) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Fnais, N., Soobiah, C., Chen, M., Lillie, E., Perrier, L., & Tashkhandi, M. et al. (2014). Harassment and Discrimination in Medical Training. *Academic Medicine*, 89(5), 817-827. doi:10.1097/acm.0000000000000200
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), pp.3-20.
- Foucault, M. (2004). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fouilloux Morales, C., Barragán Pérez, V., Ortiz León, S., Jaimes Medrano, A., Urrutia Aguilar, M. E., & Guevara-Guzmán, R. (2013). Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud mental*, 36(1), 59-65.
- Fuentes Unzueta, R., Manrique Nava, C., & Domínguez Márquez, O. (2015). Condiciones generales de los estudiantes medicina de la generación 2010 durante su Internado Rotatorio de Pregrado en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. *Acta bioethica*, 21(1), 29-36.

- Geertz, C. (1989). La interpretación de las culturas. 3ª ed., Editorial Gedisa. Barcelona, España. p. 19-40.
- Gibbs, G. "Codificación temática y categorización". En: El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Morata. p. 63-82
- Glazer, G. M., & Ruiz-Wibbelsmann, J. A. (2011). Decades of Perceived Mediocrity: Prestige and Radiology. *Radiology*, 260(2), 311-316.
- Goffman, E. (1959). The Presentation of the Self in Everyday Life. Nueva York: Anchor Books. 259 p.
- Goffman, E. (2001[1961]). Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu. 384 p.
- Goffman, E. (2006[1963]). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu. 176 p.
- Goldie, P. (2012) The Mess Inside: Narrative, Emotion, and the Mind. Oxford: Oxford University Press. 174p.
- Graue-Wiechers, E. (2011). Educación médica y los sistemas de salud. *Gaceta Médica de México*, 147(6), 517-525.
- Graue-Wiechers, E. (2015) Informe 2012-2015. Facultad de Medicina, UNAM. Recuperado el 15 de julio de 2018 a partir de: http://www.facmed.unam.mx/_documentos/informe/2015/inf_2k12_2k15.pdf
- Gutiérrez, A. (2016) Etnografía móvil: una posibilidad metodológica para el análisis de las identidades de género en Facebook. *Revista interdisciplinaria de estudios de género*, 2(4), pp. 26-45
- Gwinn, J. D., Judd, C. M., & Park, B. (2013). Less power= less human? Effects of power differentials on dehumanization. *Journal of Experimental Social Psychology*, 49(3), 464-470.
- Habermas, T., & Köber, C. (2015). Autobiographical reasoning in life narratives buffers the effect of biographical disruptions on the sense of self-continuity. *Memory*, 23(5), 664-674.
- Hafferty, F. (1998) Beyond Curriculum Reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403-407.
- Hafferty, F. & Castellani, B. (2009) The hidden curriculum. A theory of medical education. En: Brosnan, C. y Turner, B. (eds.) Handbook of the Sociology of Medical Education. [eBook] London, Routledge. P. 36-70
- Hafferty, F., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, 69(11), 861-71. doi: 10.1097/00001888-199411000-00001
- Hammersley M. y Atkinson P. (1994) "Registrar y organizar la información". En: Etnografía. Métodos de investigación. Buenos Aires: Paidós Básica. p. 161-190
- Haque, O. and Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), pp.176-186.

- Haraway, D. (1995). "Conocimientos situados: el cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial". En: Haraway, D. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*, Madrid, Cátedra. p. 313-339.
- Haslam, N. (2006). Dehumanization: An Integrative Review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), pp.252-264.
- Haslam, N. y Loughnan, S. (2014). Dehumanization and Infrhumanization. *Annual Review of Psychology*, 65(1), pp.399-423.
- Hegel, G. (2015[1807]). *Fenomenología del espíritu* (3rd ed.). Valencia: Pre-Textos.
- Hemingway, E. (1932) *Death in the Afternoon*.
- Hernández-Mata, J, Hernández-Castro, R, Nieto-Caraveo, A, y Hernández- Sierra, J. (2005). Factores de riesgo para la deserción de estudiantes en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP), México. *Gaceta médica de México*, 141(5), 445-447. Recuperado en 15 de julio de 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132005000500016&lng=es&tlng=es.
- Hine, C. (2004) *Etnografía virtual*. Editorial UOC. Colección Nuevas Tecnologías y Sociedad. Barcelona.
- Hine, C. (2016) *From Virtual Etnograogy to Embedded, Embodied, Everyday Internet*. En: *The Routledge Companion to Digital ethnography* Routlegde [ebook]. Consultado en feb 2019. Disnonible en: <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315673974.ch2>
- Hinze, S. W. (1999). Gender and the Body of Medicine or at Least Some Body Parts: (Re)Constructing the Prestige Hierarchy of Medical Specialties. *The Sociological Quarterly*, 40(2), 217-239.
- Hodson, G., Kteily, N., & Hoffarth, M. (2014). Of Filthy Pigs And Subhuman Mongrels: Dehumanization, Disgust, And Intergroup Prejudice. *Tpm: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 21(3).
- Iglesias Benavides, J. L., Saldívar Rodríguez, D., Bermúdez Barba, V., & Guzmán López, A. (2005). Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera. *Medicina Universitaria*, 7(29), 191-202.
- INSP. (2017). Brechas en la disponibilidad de médicos y enfermeras especialistas en el sistema nacional de salud. Consultado el julio, 2017. Retrieved from: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/brechas_medico_enf_esp.pdf
- Izquierdo, M. (2007). Lo que cuesta ser hombre: costes y beneficios de la masculinidad.. Lecture, Congreso SARE 2007. "Masculinidad y vida cotidiana". EMAKUDE, Donostia, 5 de Noviembre.
- Jiménez-López, J. L. y Arenas Osuna, J. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), pp. 226-240. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/22161201.1819>

- Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J., & Angeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-28.
- Joffre-Velázquez, V. M., Martínez-Perales, G., García-Maldonado, G., & Sánchez-Gutiérrez, L. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Alcmeon*, 14(1), 86-93
- Johannessen, L. E. F. (2014). The narrative (re)production of prestige: How neurosurgeons teach medical students to valorise diseases. *Social Science & Medicine*, 120, 85-91.
- Juseppe, J. E. R., Contreras, R. G., & Mercado, J. M. C. (2005). Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10(1), 25-36.
- Kaufman, M. (1994). Men, feminism, and men's contradictory experiences of power. *Theorizing Masculinities*, 142-163. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Michael_Kaufman11/publication/265182732_Men_Feminism_and_Men's_Contradictory_Experiences_of_Power_Men's_Contradictory_Experiences_of_Power/links/579c4bc208ae802facba6194.pdf
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *In Forum: qualitative social research*. 6(2), pp. 1-32.
- Kelman, H. (1973). Violence without Moral Restraint: Reflections on the Dehumanization of Victims and Victimizers. *Journal of Social Issues*, 29(4), pp.25-61.
- Kim, H., & Wohl, M. (2014). The Bright Side of Self-Discontinuity. *Social Psychological And Personality Science*, 6(2), 229-237.
- Kteily, N., Hodson, G., & Bruneau, E. (2016). They see us as less than human: Metadehumanization predicts intergroup conflict via reciprocal dehumanization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(3), 343.
- La Visión de los Trasnochados. (2018). Las residencias médicas, ¿una cárcel? Consultado el 1 de junio de 2018. Recuperado a partir de: <https://www.youtube.com/watch?v=EiUF0j6pilg&feature=share>
- Lammers, J. and Stapel, D. (2011). Power increases dehumanization. *Group Processes & Intergroup Relations*, 14(1), pp.113-126.
- Lather, P. (2008). (Post) feminist methodology: Getting lost OR a scientificity we can bear to learn from. *International Review of Qualitative Research*, 1(1), 55-64.
- Lempp, H. (2009) Medical-school Culture. En: Brosnan, C. y Turner, B. (eds.) *Handbook of the Sociology of Medical Education*. [eBook] London, Routledge. P. 126-53
- Letelier, L. M., & Moore, P. (2003). La medicina basada en evidencia: Visión después de una década. *Revista médica de Chile*, 131(8), 939-946.
- Lifshitz, A. (2014) La nueva clínica. Colección de Aniversario (150 años), Academia Nacional de Medicina: 178p. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L1-La-nueva-clinica.pdf>

- Lindemann, H. (2014). *Holding and Letting Go: The Social Practice of Personal Identities*. 1st ed. Oxford Scholarship Online.
- Lindemann, H. (2001). *Damaged identities, narrative repair* (1st ed.). Ithaca: Cornell University Press.
- Locke, J. (1982[1690]). *Ensayo sobre el entendimiento humano*. México: Fondo de Cultura
- López M, Villanueva M y Moreno B (2015) "Manantial de contradicciones". *México Social*. Abril, 2015; 57:21-27. Disponible en: <http://mexicosocial.org/index.php/secciones/especial/item/750-manantial-de-contradicciones>
- López-Cervantes, M. (coord.) (2013) *Salud Pública. Conformar un sistema integral de salud de alta calidad para toda la población*. Colección de la Agenda Ciudadana de Ciencia, Tecnología e Innovación. Academia Mexicana de Ciencias A. C. México. 55p.
- López, J. B. G., Martín, G. H., de León, S. O., Cortés Morelos, J., Pérez, V. B., & Flores-Ramos, M. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México*, 149(6), 598-604.
- Marson, S. and Powell, R. (2014). Goffman and the Infantilization of Elderly Persons: A Theory in Development. *Journal of Sociology & Social Welfare*, 41(4), p.143.
- Martí-Ibáñez, F. (1962) *The Epic of Medicine*. New York, Clarkson N. Potter. 83-98.
- Martin, R. (1998). *Self-concern: an experiential approach to what matters in survival* (1st ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Martins, H. F. (2012). Tradução e perspectivismo. *Revista Letras*, 85(1).
- Martínez M., Muñoz G., Rojas K. (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en medicina en Puebla, México. *Aten Fam*, 23(4): 145-149.
- Martínez-Lanz, P., Medina-Mora, M. E., & Rivera, E. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*, 48(5), 191-7.
- Marx, K. (2009[1844]). *Manuscritos Económicos y filosóficos*. (Retrieved from <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/manuscritos/man1.htm#1-3>)
- Mayta-Tristán, P., Carbajal-Gonzalez, D., Mezones-Holguín, E., Mejía, C. R., Pereyra-Elías, R., Villafuerte-Gálvez, J., . . . Códas, G. (2011). Situación actual y perspectivas profesionales de los estudiantes de medicina de nueve países de Latinoamérica, 2008: estudio preliminar. *Ciencia e Investigación Médico Estudiantil Latinoamericana*, 15(1).
- Melo-Carrillo, A., Van Oudenhove, L., & Lopez-Avila, A. (2012). Depressive symptoms among Mexican medical students: high prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *Journal of affective disorders*, 136(3), 1098-1103.
- Nelson, K., & Fivush, R. (2004). The Emergence of Autobiographical Memory: A Social Cultural Developmental Theory. *Psychological Review*, 111(2), 486-511. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295x.111.2.486>

- Nizama-Valladolid, M. (2002). Humanismo médico. *Rev Soc Peru Med Interna*, 15(1), 47-53.
- Norredam, M., & Album, D. (2007). Review Article: Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(6), 655-661.
- Ogden, P., Wu, E., Elnicki, M., Battistone, M., Cleary, L., & Fagan, M. et al. (2005). Do Attending Physicians, Nurses, Residents, and Medical Students Agree on What Constitutes Medical Student Abuse?. *Academic Medicine*, 80(Supplement), S80-S83. doi:10.1097/00001888-200510001-00022
- Olson, E. (2003). An Argument for Animalism. In: R. Martin and J. Barresi, ed., *Personal Identity*, 1st ed. Blackwell, pp.318-34.
- Olson, E. J., Drage, L. A., & Auger, R. R. (2009). Sleep deprivation, physician performance, and patient safety. *Chest*, 136(5), 1389-1396.
- Olson, E. (1997). *The Human Animal: Personal Identity without Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Olson, E. (2010). Personal Identity. In: *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Winter 2010 Ed. Stanford University. Available at: <https://plato.stanford.edu/archives/win2010/entries/identity-personal/>
- OMS (2014). "Constitución de la Organización Mundial de la Salud". En: *Documentos Básicos*, Organización Mundial de la Salud (OMS), 48ª ed. Italia, p.1-22. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- OMS (2018) "Patients' Rights" Consultado 8 nov 2017. Disponible en: <https://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>
- Ofri, D. (2013). *What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine*. Boston: Beacon Press.
- Ortiz-León, S., Jaimes-Medrano, A. L., Tafoya-Ramos, S. A., Mujica-Amaya, M. L., Olmedo-Canchola, V. H., & Carrasco-Rojas, J. A. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y cirujanos*, 82(3).
- Osornio-Castillo, L., García-Monroy, L., Méndez-Cruz, A. R., & Garcés-Dorantes, L. R. (2009). Depresión, dinámica familiar y rendimiento académico en estudiantes de medicina. *Archivos en medicina familiar*, 11(1), 11-15.
- Paice, E., & Smith, D. (2009). Bullying of trainee doctors is a patient safety issue. *The Clinical Teacher*, 6(1), 13-17.
- Parfit, D. (1984) *Reasons and Persons*. Oxford: Clarendon Press.
- Paul, L. (2014). *Transformative experience*. Oxford: Oxford University Press.
- Perales, A., Ortiz, P. and Nolberto, V. (2013). Estado de moralidad/inmoralidad de una escuela de medicina y un hospital público: aplicación de una estrategia de moralización. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(2), p.97.

- Pérez, C., Ardèvol, E., Beltrán, M. y Callén, B. (2003) Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. *Athenea Digital*, No. 3, p. 92-92
- Pérez Jáuregui, M. I. (2018). Síndrome de Burnout, contexto social y subjetividad.
- Pérez-Ransanz, A. (2011) "La dimensión afectiva de la racionalidad" En: Pérez-Ransanz, A. y Velasco, A. (coords.) Racionalidad en ciencia y tecnología. Nuevas perspectivas iberoamericanas. Serie del Seminario de Investigación Sociedad del Conocimiento y Diversidad Cultural, UNAM. p.431-40
- Pérez Salazar, G. (2017) "El meme como recurso expresivo: un acercamiento desde los estudios culturales" En: Pérez Salazar, G. El meme en Internet: identidad y usos sociales. (p.99-152) México: Fontamara/Universidad Autónoma de Coahuila.
- Portal de Estadísticas Universitarias. (2018). Estadistica.unam.mx. Recuperado 15 July 2018, a partir de <http://www.estadistica.unam.mx/perfiles/index.php?tipo=pr>
- Posada-Díaz, Á., Gómez-Ramírez, J. F., & Ramírez-Gómez, H. (2008). Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediátrica de México*, 29(5), 295-305.
- Prebble, S., Addis, D. y Tippet L. (2013) Autobiographical Memory and Sense of Self. *Psychological Bulletin*, 139(4), 815-840.
- Rancich, A. M., Méndez Diodati, N., Merino, S. F., Aruanno, M. E., Donato, M., & Gelpi, R. J. (2016). Conductas de engaño de alumnos de primero y tercer año de Medicina. *Investigación en educación médica*, 5(19), 164-171.
- Rees, C., & Monrouxe, L. (2011). "A Morning Since Eight of Just Pure Grill": A Multischool Qualitative Study of Student Abuse. *Academic Medicine*, 86(11), 1374-1382. doi:10.1097/acm.0b013e3182303c4c
- Reyes C., Monterrosas A.M., Navarrete A. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina, antes de iniciar el internado. *Inv Ed Med*, 6(21): 42-46.
- Ribeiro, A., & Gonçalves, M. (2010). Commentary: Innovation and Stability within the Dialogical Self: The Centrality of Ambivalence. *Culture & Psychology*, 16(1), 116-126.
- Ricœur, P. (1996). Sí mismo como otro. México: Siglo XXI.
- Romo, K. (s/f) "Padecimientos médicos: un estudio exploratorio de la experiencia de los médicos generales egresados de la Facultad de Medicina de la UNAM". Seminario Sobre Medicina y Salud. Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédicoa. Facultad de Medicina, UNAM (sin publicar).
- Rosoff, S. M., & Leone, M. C. (1991). The public prestige of medical specialties: Overviews and undercurrents. *Social Science & Medicine*, 32(3), 321-326.
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., ... & Mata, D. A. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 316(21), 2214-2236.

- Schechtman, M. (2014). *Staying alive. Personal Identity, Practical Concerns and the Unity of a Life*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press.
- Schechtman, M. (1996). *The constitution of selves*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Scheff, T. (1988). Shame and Conformity: The Deference-Emotion System. *American Sociological Review*, 53(3), 395. <http://dx.doi.org/10.2307/2095647>
- Schiebinger, L. (2004). "Más abajo de la piel: la búsqueda científica de la diferencia sexual" En: *¿Tiene sexo la mente?*. Trad. Condor, M. Madrid: Ediciones Cátedra. pp. 275-306.
- Secretaría de Salud. (2016). Acuerdo: Tabulador de becas. Ciudad de México: 2016. Recuperado a partir de http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2016/Acuerdo-Tabulador_de_Becas.pdf
- Selflessness. (2017). En.wikipedia.org. Retrieved 17 May 2017, from <https://en.wikipedia.org/wiki/Selflessness>
- Serret, E. (2011). Hacia una redefinición de las identidades de género. *Géneros*, (9), 71-97.
- Stoljar, N. (2015). Feminist Perspectives on Autonomy. In: *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Fall 2015 Ed. Stanford University. Available at: <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-autonomy/>
- Swahnberg, K., Thapar-Björkert, S., & Berterö, C. (2007). Nullified: women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 161-167.
- Swahnberg, K., Wijma, B., Hearn, J., Thapar-Björkert, S., & Berterö, C. (2009). Mentally Pinioned: Men's Perceptions of Being Abused in Health Care. *International Journal Of Men's Health*, 8(1), 60-71. doi: 10.3149/jmh.0801.60
- Televisa (2018). Pediatra de Puebla se quita la vida; compañeros señalan que sufría acoso laboral. Consultado 22 mayo 2018. Retrieved from <https://noticieros.televisa.com/historia/suicidio-pediatra-hospital-nino-poblano-acoso-laboral/>
- Turner, J., & Stets, J. (2006). Moral Emotions. In J. Stets & J. Turner, *Handbook of the Sociology of Emotions* (1st ed., pp. 544-566). United States: Springer.
- UNAM (2017). ¿Qué onda con el pase reglamentado? 2017-2018. Consultado 17 julio 2018. Disponible en: https://escolar1.unam.mx/pdfs/Pase2017_ENP.pdf
- Vanguardia. (2018). Pediatra de hospital público de Puebla se suicida; denuncian presunto acoso de sus superiores. Consultado 22 mayo 2018. Retrieved from <https://vanguardia.com.mx/articulo/pediatra-de-hospital-publico-de-puebla-se-suicida-denuncian-presunto-acoso-de-sus>
- Vargas B., Moheno V., Cortés F. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med*, 4(16): 229-235.

- Villanueva, M. (2011) *Cacaos*. 1ª ed. México, DF: Seminario de Medicina y Salud, Facultad de Medicina, UNAM. 179p.
- Villanueva, M. (2013). Grupos de Ayuda Mutua: evaluación de los procesos de comunicación de la ciencia en la prevención, manejo y cuidado de la diabetes mellitus (Maestría en Filosofía de la Ciencia). UNAM.
- Villanueva, M. (s/f) Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela. (En dictamen para publicación).
- Waytz, A. and Schroeder, J. (2014). Overlooking Others: Dehumanization By Commission And Omission. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 21(3), pp.251-266.
- Weinger, M. B., & Ancoli-Israel, S. (2002). Sleep deprivation and clinical performance. *Jama*, 287(8), 955-957.
- Wilkes, K. (1993). Real Pe Willett ople: Personal Identity without Thought Experiments. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198240808.001.0001>
- Willett, C., Anderson, E. y Meyers, D. (2015) Feminist Perspectives on the Self . In: Stanford Encyclopedia of Philosophy, Winter 2016 Ed. Stanford University. Available at: <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-self/>
- Witte, F., Stratton, T., & Nora, L. (2006). Stories from the Field: Students' Descriptions of Gender Discrimination and Sexual Harassment During Medical School. *Academic Medicine*, 81(7), 648-654. doi:10.1097/01.acm.0000232421.04170.d2
- Wolff, L. R., & Waldow, V. R. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e sociedade*, 17, 138-151.