

Muerte y subjetividad: reflexiones a propósito de la formación de los profesionales en salud

Death and subjectivity: reflections about the formation of the professionals in health

Martha Guadalupe Aguilar Pérez

Maestra en Administración, Docente Universitaria, Profesor Investigador Colegio Americano “Gipsy” de Ciudad del Carmen, México.

Prudencia del Carmen Dorantes

Maestra en Ciencias de la Enfermería, Colegio de Enfermeras de Ciudad del Carmen, México.

José Ramiro Ortega Pérez

Maestro en Psicología Clínica, Psicoanalista, Grupo de Estudios Psicoanalíticos del Carmen. México.

Correspondencia:
ortegamar3@hotmail.com

RESUMEN

En el presente trabajo señalamos la importancia de superar las posturas positivistas en la formación de profesionales de la salud y nos centramos de manera particular en el caso de la enfermería. Consideramos que mediante la lectura crítica de la epistemología de las ciencias sociales es posible

ampliar el panorama de investigación e integrar nuevas consideraciones tanto del lado del objeto como del sujeto de conocimiento. De este modo y mediante el relato de tres enfermeras en su experiencia personal con la muerte y la enfermedad intentamos demostrar la convergencia de los aspectos subjetivos y sociales en la dinámica existencial de un sujeto, y concluimos en la necesidad de abordar sistemáticamente estos aspectos en la formación académica y profesional.

Palabras clave: Epistemología - Formación profesional - Subjetividad - Positivismo.

ABSTRACT

In this paper the importance of overcoming the positivist positions in the academic training of the health professionals is pointed out, and focused specifically on the case of nursery. It is considered that through the critical reading of the epistemology of the social sciences is possible to extend the research field and integrate new considerations from the object and the subject as well. In this way and through the experiences of three nurses related to death and disease cases, this article intends to show the convergence of the subjective and social facts in the existential dynamics of a subject, having concluded on the relevance of approaching systematically these aspects in the academic and professional training.

Key words: Epistemology - Professional training - Positivism - Subjectivity.

INTRODUCCIÓN

Como señala acertadamente Jürgen Habermas (1986), el positivismo tiene el mérito de desarrollar una teoría del método, a un grado tal, que la sistematización resultante se ha confundido con el propio proceso de razonar científicamente. No obstante, el mismo Habermas señala con mucha agudeza que la forma de cientificidad desarrollada por las ciencias naturales y

promovida por el positivismo al estatuto de “LA” ciencia, no constituye más que una de las categorías del conocimiento posible (Habermas, 1986).

En tal sentido, la reflexión científica en torno a la actividad humana se beneficia grandemente cuando se supera el positivismo y se asume no sólo que la realidad es heterogénea (Kosik, 1981), sino que existen diversos modos sistemáticos de conocerla. A esos modos, denominados

ciencias, el razonamiento de corte epistemológico les resulta adecuado y beneficioso.

Actualidad de la epistemología

En primera instancia, la epistemología, entendida como el estudio de las condiciones de posibilidad de la ciencia (Piaget, 1979) o, simplemente, como teoría del conocimiento, o, mejor dicho, como estudio de los diversos tipos de conocimiento, permite la ubicación contextual, filosófica e incluso histórica de una teoría o disciplina.

La posibilidad que tenemos de ubicar las teorías y los métodos dentro del positivismo, del marxismo, de los diversos tipos de idealismos, del estructuralismo, del postestructuralismo, etc., da lugar a poner límites a la grandilocuencia y, en consecuencia, a los intentos de trascender los dominios científicos convirtiendo los procedimientos en postulados de alcance pseudo - filosófico.

De esta manera, es evidente que el modo de conocimiento exitoso en un dominio de la realidad depende para extenderse, de que los objetos de conocimiento elegidos compartan las características que tienen aquellos objetos ubicados en el contexto original.

En segunda instancia, desde los años 60s y 70s del siglo pasado, y particularmente bajo la influencia de los pensadores franceses (George Canguilhem, Gastón Bachelard, Michel Foucault) se desarrolló un movimiento que cuestionó y profundizó el mero intento epistemológico de legislar a las ciencias. Este movimiento al que podemos denominar de *regionalización*

epistemológica fue capaz de demostrar que existen disciplinas que, para constituirse en ciencias, deben realizar el pasaje por el reconocimiento de su propia originalidad.

Desde esta lógica, existen ciencias no solamente capaces de adherirse o identificarse con planteamientos epistemológicos generales, sino, también, de generar sus propios criterios de cientificidad y formas de argumentación ligadas a lo que paulatinamente se delimita como un *campo* de conocimiento propio.

Un interesante ejemplo de este proceder se encuentra en la demostración que Jacques Lacan (1994) realiza para exponer el modo como los conceptos fundamentales del psicoanálisis pueden ser identificados desde los fundamentos de la práctica misma en vez de basarlos en procedimientos teóricos generales. Para ello, primero, ubica la praxis analítica, repasa sus condiciones y forma de funcionamiento, y desde ahí va desglosando de manera progresiva las formas conceptuales que le son pertinentes. De esa forma puede romper con determinados ritos que comienzan definiendo el psicoanálisis por sus condiciones generales y no por las reglas mismas de su operación.

En ese reconocimiento, es que pueden plantearse las formas de investigación y tratamiento que son pertinentes a un determinado campo de conocimiento. Se trata de que los procedimientos respondan no a abstracciones metodológicas, sino, más bien, que se adecuen a la naturaleza de los objetos de conocimiento y a los problemas que ellos representan.

Se puede, entonces, partir de la caracterización de las prácticas, sus objetos, sus postulados y construir los

modos de abordaje pertinentes buscando, realmente, no sólo explicaciones de carácter sistemático, sino, también, la producción de verdaderas novedades y renovadas concepciones teóricas.

Un doble movimiento

Es así que, al delimitar las condiciones de abordaje de los fenómenos humanos desde enfoques no positivistas, nos vemos en la posibilidad de indagar sus formas de ocurrencia y sus mecanismos de producción desde lógicas e instrumentos capaces de responder a su tipo de legalidad y a sus formas de materialidad.

Digamos que, se produce un doble movimiento de apertura y superación. En el primero, de apertura, podemos apreciar como se supera la doble exclusión operada por el positivismo y señalada profusamente desde finales de la década de los cincuenta del pasado siglo, por autores como José Bleger (1958).

Bleger, de manera aguda, mostró que el positivismo logra su objetividad eliminando lo humano de los dos polos del proceso de conocimiento: tanto del lado del sujeto como del lado del objeto.

Por otra parte, Oliver Sacks y colaboradores (1996) demuestran en ejemplos pertenecientes a diferentes campos de conocimiento, el modo como las creencias, las ideologías o las teorías en boga pueden desempeñar un papel de obstáculo tanto para la construcción de nuevos conocimientos, como, también, para ubicar hechos conocidos en contextos explicativos precisos.

Es por ello que, un movimiento de apertura epistemológica permite no

sólo ampliar el panorama hacia desarrollos, problemáticas y métodos verdaderamente nuevos en un campo de conocimiento, sino, también, recuperar las problemáticas ya existentes, a menudo reconocidas, pero no abordadas o insuficientemente caracterizadas debido a la predominancia de la lógica positivista de la investigación.

El trabajador de la salud y sus aporías formativas

En las profesiones ligadas a la salud se puede ver con nitidez tanto el predominio de la metodología científico - natural, como, también, la coexistencia de prácticas y saberes heterogéneos, no siempre bien situados. Parecen existir, por una parte, un conjunto de prácticas, una sabiduría acumulada en la experiencia y años de tránsito en enfrentar y resolver un determinado tipo de dificultades. Sin embargo, a la hora de consagrar esos conocimientos, mediante la investigación y/o los procesos formativos, la predominancia del modelo causa - efecto los hace poco susceptibles de ser integrados o, simplemente, reconocidos.

De manera paralela, se puede observar la situación de la formación universitaria de los recursos humanos para la atención de la salud. Por una parte, no es raro encontrar a docentes formados en un doble desconocimiento: las condiciones lógicas y psicológicas que favorecen el despliegue de aprendizajes significativos (Laino, 2000). Ello lleva a que no se reconozcan suficientemente ni los mecanismos de producción de conocimientos y habilidades necesarios para abordar problemáticas en salud, ni que se

tomen en cuenta los aspectos psicológicos (cognoscitivos, emocionales y psicosociales) implicados en el aprendizaje.

La organización de contenidos, la secuencia lógica de actividades y la experiencia propia, parecen ser los modos predominantes en que los profesores abordan las tareas formativas. No obstante, parecen existir un cierto número de fracasos en los alumnos que bien pueden ser imputados o al modo como un tipo de enseñanza se dirige casi con exclusividad a quienes aprenden de determinada manera o, también, a que los aprendizajes involucran aspectos emocionales dispares, resueltos de modos diversos, y que requieren de experiencias vitales que la escuela desconoce formalmente o, bien, que no sabe como ponerlas en juego o, al menos, considerarlas.

La gran paradoja consiste en que los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales y, a menudo, los propios psicólogos) se habilitan para trabajar con sujetos humanos iguales que ellos y a quienes nadie garantiza que, aparte de la formación científico - práctica, quienes les atienden cuenten con el perfil mínimo de atributos psicológicos o con una capacidad psíquica probada que les permita tratarlos adecuadamente y así favorecer el despliegue de los recursos propios requeridos para la cura¹.

El caso de la Enfermería

Durante el año 2006 y en el marco de un ciclo de pláticas dirigidas a reflexionar acerca de la importancia de

¹ En esta dirección sería importante considerar aportes como el de Vera Goralí (Ed.). (1996). *Psicoanálisis y medicina: dolencias hacia el síntoma*. Buenos Aires: Atuel.

los aspectos psicológicos involucrados en la atención a los pacientes, se aplicó simultáneamente a 37 enfermeras el Test proyectivo Persona Bajo la Lluvia². Los resultados obtenidos, fueron sorprendentes por su homogeneidad. En el 94% de la población, se obtuvieron consistentemente tres rasgos: dependencia, inseguridad y ausencia de defensas psicológicas adecuadas en situaciones de conflicto.

En el planteamiento de la prueba, la ausencia de defensas psicológicas, o su precariedad, no implica que ante las diversas situaciones que ponen en juego las capacidades psicológicas de adaptación, el sujeto deje, en sentido estricto, las situaciones sin solución. Se trata, más bien, de que las situaciones problemáticas se abordan con un gran costo emocional, sin integrar los elementos más complejos y finos de la situación, y sin asumir a plenitud las consecuencias de los propios actos.

Es pertinente señalar, que en esta dirección, los relatos que se plantean más adelante permiten identificar los modos particulares de resolución de esta dinámica y la manera como confluyen en ella tanto aspectos históricos como subjetivos.

Lo cierto es que a este grupo profesional comprometido a plenitud con la atención y el cuidado de la enfermedad, no se le ha brindado, históricamente, la atención o, simplemente, los elementos

² Tres textos que permiten fundamentar la pertinencia y fundamentos del mencionado test, son: Querol, Silvia M.. (2004). *Evaluación Psicológica en Educación: aplicación del Test "La persona bajo la lluvia"*. Buenos Aires: Lugar Editorial.; Querol, Silvia M. y. Alcañiz, Susana I. (2003). *Selección de personal: aplicación del test de la persona bajo la lluvia y análisis grafológico del relato*. Buenos Aires: Lugar Editorial.; Querol, Silvia M. y Chaves Paz, María I. (2007). *Test de la persona bajo la lluvia: Adaptación y Aplicación*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

psicológicos apropiados para enfrentar personal y profesionalmente los aspectos psicológicos involucrados en ella. Incluso en las tareas de promoción en salud, los procesos involucrados en la construcción y apropiación del conocimiento no son suficientemente reconocidos.

Nuestra hipótesis principal consiste en que es necesario dejar atrás las limitaciones del enfoque positivista para generar verdaderas alternativas formativas y dispositivos de atención que respondan a las problemáticas reales de los trabajadores de la salud.

Ello, inclusive, favorece la construcción de formas de argumentación propia en disciplinas como la Enfermería cuya fundamentación epistemológico - metodológica se encuentra en un franco progreso.

Dos condiciones psíquicas

Tanto en lo referente a la formación de recursos humanos en salud como en el despliegue cotidiano del trabajo en situaciones comunitarias u hospitalarias, es necesario considerar la existencia de un movimiento psicológico implicado en la construcción tanto de repertorios como de actitudes activas y de protección ante entornos problemáticos.

Ese movimiento es referido por diferentes autores como *subjetivación* y corresponde al momento en que una circunstancia exterior o un elemento emocional se integran a la perspectiva del propio sujeto, es decir, son apropiados. Merced a ella es posible diferenciar, separar e integrar los componentes ligados a la responsabilidad propia en la producción de acontecimientos, o las

consecuencias de ellos, y los aspectos que no nos competen y que, por tanto, resultan accesorios o simplemente desligados de nuestro acontecer subjetivo.

Jacques Alain Miller (1998) nos permite precisar que la subjetivación corresponde al momento en que el sujeto deja de quejarse de su suerte o del papel que juegan los demás en la trama de su existencia y reconoce que, aunque sea en una mínima parte, lo que recibe de los demás y del exterior es resultado de sus propios actos.

La confianza en sí mismo, en gran medida, depende de este movimiento de subjetivación y hace posible el despliegue de recursos ante situaciones nuevas o ante aquellas que plantean dificultades, pero que, a final de cuentas requieran de un reajuste continuo de comportamientos.

Desde ahí, es posible diferenciar cuando en nuestras narraciones hablamos de aspectos construidos e incorporados y cuando, solamente, referimos eventos que sabemos su funcionamiento pero que no nos sirven ni para explicar lo que nos pasa ni tampoco como punto de partida para abordar, con confianza, las situaciones nuevas.

Es por ello que autores como Colette Soler (1995) señalan que nos es lo mismo ser o hacerse consciente de un evento que dilucidarlo, dado que, lo primero implica admitirlo, en tanto que, lo segundo requiere de la construcción de articulaciones en las cuales se inserta el evento.

De este modo, subjetivar y dilucidar funcionan como soportes de construcciones que, por lo menos, cuando se trata de repertorios ligados a situaciones prácticas y en las cuales el objeto de intervención es del mismo

talante que uno mismo, estamos absolutamente implicados y, por ende, requerimos diferenciar con claridad lo que nos pertenece y lo que es patrimonio del otro.

La cuestión del tiempo (la experiencia)

La actualidad e importancia del quehacer epistemológico permite señalar no solamente ciertas vías para reincorporar lo propiamente humano tanto en el sujeto como en el objeto de conocimiento, sino, también, integrar el trabajo reflexivo tanto en un movimiento general, llamado proceso, como también en una dinámica en la que el todo y la parte representan momentos del acontecer de un fenómeno.

En esta perspectiva, es posible integrar el horizonte de nuestro tiempo en el modo concreto de presentación del fenómeno. Es decir, se trata de incorporar el modo como diversas prácticas sociales, de añeja presencia en el mundo humano, aparecen insertas en nuevas determinaciones y en condiciones novedosas.

Rescatemos, al menos, dos dificultades contemporáneas que, directa o indirectamente, inciden en las dinámicas formativas, así sea por el sesgo de la inmanencia de lo cotidiano. Es decir, se trata de fenómenos que por su actualidad y apariencia natural aparecen como formas de vida inmediatas, naturales, producto de la propia existencia desplegada en el espacio³. Estos son; el duelo y la experiencia. Ambos coincidentes, en determinados momentos, y divergentes

o separables en otros.

Jean Allouch (1995) señala un cambio operado en el proceso de duelo en el mundo occidental, reflejado en los ritos funerarios y que tiene profundas implicaciones para la vida psíquica. Esto es, entre el ritmo frenético de la producción capitalista y la estandarización de duelo, es decir, su conversión en una norma o proceso a realizarse bajo cierto número de etapas, se encuentra una dificultad cada vez mayor para respetar la temporalidad única, personal, de la experiencia subjetiva de una pérdida. No hay tiempo para el dolor, para personalizar una despedida e incluso para desplegar el ritmo propio, la vivencia propia de la significación de la muerte del ser amado.

El superar rápido las cosas, apurando los tiempos, se convierte en la consigna a seguir. Se es sospechoso de patología si la temporalidad y la experiencia de pérdida se prolongan más allá de unas cuentas semanas.

De igual manera, la inmediatez de lo vivido sustituye dos aspectos vitales ligados al concepto de experiencia: por una parte, su consideración como discontinuidad, como corte, como momento de diferenciación de lo común (Agambén, 2001); y, por otra, como momento de decantación, de síntesis, digamos que, prácticamente, de sabiduría.

De este modo, la experiencia convertida en inmediatez sensorial se utiliza como sinónimo mismo de lo vivido y se valoriza como si se tratara del objetivo último de toda forma de trasmisión. Así, la enseñanza se ve fuertemente influida por afanes pragmáticos donde la medida última lo constituye el logro de una educación activa, multisensorial según se dice, en

³ Cornelius Castoriadis plantea, como horizonte, la posibilidad de pensar la temporalidad como Otriedad, diferente de su inclusión en una perspectiva espacial.

la que el sujeto al actuar integre la información, de una manera no pasiva.

El movimiento se toma como sinónimo mismo de actividad y el tiempo de lectura, de reflexión, e incluso de paciente acumulación, son vistos como circunstancias prácticamente obsoletas.

Se ve entonces que en lo contemporáneo la experiencia y el tiempo constituyen aspectos poco reflexionados y, como tal, integrados en muchas ocasiones más por la inercia de lo evidente que por la reflexión del contexto en que insertarán las prácticas formativas y las circunstancias en que las enseñanzas se despliegan.

Sin la integración crítica de este horizonte, será difícil considerar, y por ende resolver, las dificultades presentes en la formación de profesionales de la salud para quienes los tiempos modernos presentan dificultades adicionales que antes, prácticamente, eran posibles de soslayar simplemente por el sostén cultural que existía para la experiencia, para el dolor, para el duelo, para el tiempo subjetivo.

Historias y testimonios

Tomando esta última problemática presentaremos tres testimonios de profesionales de la salud que desde su profesión, la enfermería, reúnen la triple condición de (a) profesionales en un momento de transición disciplinaria caracterizado por una progresiva separación de los dispositivos positivistas, (b) profesionales enfrentadas cotidianamente con la enfermedad y la muerte (sea para prevenirlas, evitarlas, paliarlas o acompañarlas), y (c) mujeres destacadas en sus respectivas

generaciones y actividades.

Desarrollaremos los testimonios bajo dos supuestos conceptuales:

1. Primero, y siguiendo a G. Necochea (2005), consideramos que los testimonios narran la experiencia recordada, es decir, no lo visto y lo sentido, sino lo mediado por el tiempo, la cultura y la reflexión. Por ello, recordar implica seleccionar por parte de quien narra y su ubicación en un sentido profundo de identidad, de concordancia consigo mismo.
2. Segundo, y en acuerdo con V. De Gaulejac (2005), planteamos que en el relato se entremezclan la sociedad a la que pertenece el autor del mismo, su dinámica existencial y su dinámica subjetiva.

De acuerdo a ello, y bajo la guía de la lectura del proceso de subjetivación, planteamos los siguientes relatos.

Carmen:

Es una enfermera jubilada, hace siete años, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuya experiencia de vida se vuelca en las aulas de educación superior desde hace quince años.

En la época en que trabajé como enfermera especialista en salud pública en el Hospital General de Zona No.4 del IMSS en Ciudad del Carmen, Campeche, tuve la oportunidad de tratar con personas que padecían alguna enfermedad infecciosa y no se si afortunadamente o desafortunadamente me toco atender el primer caso de SIDA que hubo en esta ciudad, estando embarazada de mi segundo hijo (1987). Se hablaba de forma general de esta enfermedad, pero realmente se conocía poco y no había ninguna experiencia al respecto.

A las personas que tuvimos contacto con el paciente por alguna circunstancia, se nos tomaron muestras de sangre y se enviaron a la Ciudad de México para la aplicación de las pruebas que en ese entonces no se hacían en cualquier lugar de nuestro país.

¿No se sintió nunca vulnerable o tuvo miedo al contagio?

No. Nunca. Desde jóvenes, junto con otras compañeras, éramos desenfadadas, juguetonas y tomábamos la muerte como algo natural, bromeábamos mucho sobre ella. Atendimos diversas enfermedades contagiosas sin ningún miedo, atendimos casi 200 casos de tuberculosis. De hecho, de 1987 al 2001 año en que me jubilé el seguimiento de estos pacientes fue una de las muchas responsabilidades que yo asumí como sanitarista de la unidad de salud, por lo mismo durante todo ese tiempo atendí a más de 100 personas portadoras del VIH o con el síndrome ya desarrollado, hombres, mujeres, niños, adolescentes en fin, hoy creo que de todas las edades dadas las características de este padecimiento infecto- contagioso.

¿Nunca hubo alguna excepción?

Cabe mencionar que a mediados de la década de los 90s hubo un caso muy especial para mí: J. G. un chico de 19 años, alto, de piel morena clara, cabello ondulado y labios gruesos, que me recordaba fuertemente a mi hijo mayor; (en esos días entrando a la adolescencia), él, mayor de tres hijos varones de un matrimonio bastante joven.

Me convertí en la confidente de J.G., cualquier problema que tenía o situaciones que lo hacían perder la calma, acudía a mí; de las muchas cosas que compartí con él, una tan increíble

como triste fue que S., su hermano, un jovencito de 15 años también estaba infectado con el VIH, al padre un hombre lleno de ignorancia y de machismo se le tuvo que ocultar la enfermedad de ambos por mucho tiempo; todas estas situaciones y la forma como las enfrentaba hicieron nacer en mí todo tipo de sentimientos aparte de los ya identificados anteriormente como un inmenso respeto, admiración afecto y empatía, por J. G.

No sé si todos estos problemas o el mismo comportamiento del virus le provocaron varias neumonías y finalmente una encefalitis, que se lo llevó muy rápido.

¿Cómo reaccionó ante su muerte?

Por su mamá, me enteré de cómo había sido su partida, de forma valiente y digna (falleció en un hospital de tercer nivel del IMSS en la Ciudad de Mérida, Yucatán). Murió en sus brazos, (ellos pertenecen a una religión, en la que cultivan el canto) pidió a su madre le cantaré la canción que más le gustaba, con la que ella lo arrullaba cuando era pequeño, durante su relato no pude contener las lágrimas y hoy mismo que me encuentro escribiendo esta situación vivida he vuelto a llorar y a recordar la gama de sentimientos positivos que J. G. hizo nacer en mí con su actitud valiente, pues mucho tiempo sostuvo que él no se iba a morir tan fácilmente. Es terrible ver cómo jóvenes como J. G. y su hermano siguen siendo los más afectados con esta cruel pandemia del siglo XX y que a los trabajadores de la salud ante casos como el planteado nos embarga la impotencia y la desesperación, pues todo lo que hagamos para atender a estos pacientes parece tan poco o quizás lo es no lo sé.

¿A qué atribuye que Ud. no tuviera miedo a la muerte y que en lugar de pensar en que algo podía pasarle siempre parece haber predominado su vocación de servicio?

Lo he platicado con una amiga, casi una hermana. Y coincidimos en que una de las cosas que tenemos en común es que tuvimos que enfrentarnos tempranamente a circunstancias difíciles. Vivencias de pérdida, de enfrentar situaciones dolorosas muy pequeñas. La educación también fue diferente, teníamos que ser responsables a corta edad, ser respetuosas y aceptar los castigos como consecuencia de nuestros actos.

En ocasiones reflexiono con los alumnos sobre que antes comenzábamos el ejercicio profesional (recuerde que la Enfermería era una profesión técnica) con poca edad (18 o 19 años) y con pocos años de estudio, aunque eran intensos y los médicos nos trataban como si fuéramos estudiantes de medicina. Ahora, empiezan desde maternal y cuando terminan la carrera han pasado diecinueve o veinte años de escolarización, y, sin embargo, parecen saber cada vez menos y ser menos maduros.

Mary:

Tiene 30 años, un año de egresada de la Licenciatura en Enfermería, pero tres años de práctica. Se caracteriza por un enorme gusto por la práctica, por la intervención en situaciones de riesgo, emergencias, cirugías y un perfil profesional que bien puede denominarse de paramédico. Mary es una mujer cuya práctica parece ser de tal rapidez y valentía que parece no temerle a la muerte.

¿Existe algún caso cuyo enfrentamiento con la muerte le haya

impactado?

Sí, y se siente muy feo. Le cuento el caso de María, tenía 29 años, y acude al servicio de urgencias tras haberse caído sentada en unas escaleras, llega con sangrado transvaginal y dolor tipo obstétrico, es atendida por el ginecólogo el cual le dice que tiene un embarazo de 29 SDG (semanas de gestación), le diagnóstica amenaza de aborto y en las indicaciones médicas apunta preparar para quirófano y se empieza terapia medicamentosa para inducir el parto, lo cual no le es informado a la paciente. Recibo quirófano, revisando la programación quirúrgica veo que hay un legrado, preparo todo lo necesario, me dispongo a llenar los formatos necesarios con información de la paciente, entro en cuarto y me presento diciendo que soy la enfermera de quirófano y empiezo a preguntar datos, ella me responde los datos y al final me dice: pero yo estoy embarazada y no voy a entrar a quirófano, me dice señorita yo no sabía que estaba embarazada, si me hubiese cuidado.

Tras lo sucedido le comento tal vez me equivoqué de habitación, durante las siguientes horas aumenta el dolor al revisarla veo que el bebé ya está coronando, le digo no puje que ya le avisamos a su médico, en mi mente decía ¡que llegue el doctor no quiero atender el parto! , atiando el parto y al salir el bebé noto que respira, que está vivo, me quedo pasmada de la impresión. Sentí angustia y un nudo en la garganta acompañado de un escalofrío por todo el cuerpo y ganas de no haber estado presente en ese momento, yo esperaba un bebé muerto. Lo cubro para que los familiares no vean, la paciente

empieza a llorar diciendo: ¡mi bebé!, dime por favor ... ¿qué es?, comento que es un varón.

Unos minutos más tarde llega el ginecólogo, se queda con la paciente en el cuarto y yo tomo al bebe me voy con la pediatra. Lo llevamos al quirófano, le prendí la cuna térmica y la pediatra se dispuso a revisarlo le ligó el cordón y lo pesamos, pesó 350 gramos me miró y dijo: no tiene posibilidades de vivir, es muy prematuro, pregunté ¿cuánto tiempo va aguantar así?, tal vez de dos a tres horas, pero no se lo enseñes a los familiares hasta que se muera.

Se marchó, me quede con él, le empecé hablar, realmente no recuerdo que dije pero tenía lagrimas en los ojos y muchas ganas de llorar, le hice un pañal con gasa y corte un campo para envolverlo, le tomé una foto, me despedí de él, después de esto lo dejé solo y el papá me preguntó si le entregaríamos el cuerpo. Pero, para que los familiares se lo lleven tiene que pesar mínimo 500 gramos, como aun estaban el ginecólogo y la pediatra, se los comenté y me dijeron: ¡pero nos podemos meter en líos por el peso!, no se lo podemos dar, y le dije a la doctora ¿y nosotros para que lo queremos? si lo van a tirar a la basura y meterlo en un congelador. Mary para no meternos en líos vamos a hacerle acta de defunción y vamos a poner que pesó 500 gramos para que lo puedan sepultar; terminó mi turno me marché a casa y no supe más.

¿Y qué pensó sobre el evento?

Sé que mentimos, pero dentro de la tristeza sentida por el acontecimiento, me sentí aliviada que cuando menos hicimos algo que no va remediar lo sucedido pero le dimos la posibilidad de tener un funeral y que

los familiares tuvieran la oportunidad de cargarlo, besarlo, de llorarlo y enfrentarse a su pérdida.

¿Por qué cree Ud. que ha podido enfrentar la muerte de esa manera?

La enfrenté desde chica. Mi papá murió antes de que yo terminara la primaria, yo era la más chica y aunque me dejaban jugar y hacer las cosas de mi edad, yo también tenía que pasar muchas horas cuidándolo. Tuvo una agonía larga y comprendimos que era necesario que descansara ya. Desde chica fui rebelde y siempre hice las cosas por gusto, no por compromiso. Empecé dos carreras y trabajé la mayor parte del tiempo. Hasta que me decidí a estudiar enfermería supe que siempre había querido estudiar algo relacionado con la salud.

Rosa:

Cuenta con 25 años, actualmente realiza su servicio social y es catalogada como una de las mejores estudiantes de su generación. Le gusta mucho la práctica hospitalaria, particularmente el servicio de urgencias, aunque, a partir de un accidente ocurrido en las prácticas ahora no está segura de estar en condiciones de continuar su proyecto profesional.

¿Qué fue lo que le ocurrió?

Todavía lo recuerdo con mucha claridad, fue el 29 de septiembre del 2007. Estábamos realizando las prácticas integrales y ya me había enfrentado a varias situaciones difíciles. De hecho nunca tuve miedo de que me pasara nada. Me acuerdo bien, me tocaba relevar a un compañero y estaba en el área de hospitalización.

Habían siete camas, (señala un espacio imaginario como si estuviese describiendo la posición de cada una de

ellas, de izquierda a derecha), en una había un paciente con lumbalgia, en otra un hombre proveniente del Centro de Readaptación Social (CERESO) con una herida en la cabeza, una señora mayor, como de 60 años, una paciente con neumonía y en la quinta cama estaba el paciente con VIH, de hecho se trataba de una mujer.

Yo ya me había dado cuenta porque había leído el expediente... Se trataba de una mujer de 35 años, que tenía tatuajes y había tenido múltiples parejas sexuales.

Como a las 17:30 hrs. el médico me llama y acudo a auxiliarla porque se encontraba polineica y diaforética.

¿Qué significa ello?

Que se encontraba con respiración agitada y con sudor excesivo. Ya se encontraban asistiéndola el médico y dos enfermeras. El médico da la orden de entubar, y como faltaban algunos materiales en el "carro rojo", la enfermera me solicita que vaya por jeringas, cánulas y algunos medicamentos.

Lo hago con rapidez y cuando llego el médico se encuentra entubando, me tapa parte de la visibilidad y cuando estoy cerca de la cama, quizá él le hace la cabeza a un costado, hacia donde yo voy llegando, en ese momento la paciente vomita. Eran unas secreciones color verde y café, me cae de lleno en la cara e incluso siento que me entra en los ojos. Siento la vista mojada. Trato de responder con tranquilidad y continuar con el trabajo. Pienso que la paciente es primero que yo. Me dicen que vaya a lavarme y yo voy a hacerlo. Mientras me lavo pienso ¡ya me contagié!, pensé muy rápido que mi vida ya se había

terminado y pienso en todas las cosas que ya no voy a poder hacer.

Traté de llamar a mi supervisora, y ella no estaba, ese día no fue. Sólo pude hablar con una compañera que trataba de consolarme. Fue terrible, y desde entonces, aunque ya me he hecho exámenes y se que estoy bien, pienso que eso puede volver a pasarme, tengo miedo de volver a pasar por lo mismo.

¿Cómo ha logrado sobreponerse a esos pensamientos?

De hecho no me he sobrepuesto del todo, lo recuerdo y me siento muy mal. He logrado sentirme un poco mejor con la ayuda de mi madre, de mi novio y de la religión. Ahora pienso que Dios me dio una segunda oportunidad.

La cuestión pendiente

Los tres relatos pertenecen a mujeres productivas, que por su trayectoria o por su potencial, representan la síntesis de procesos sociales, culturales y subjetivos.

Pertenecen a décadas distintas, a momentos diversos del acontecer social del país y de la región, a circunstancias de vida particulares y a dinámicas existenciales propias.

Cuando Carmen se enfrenta a la muerte en su práctica profesional es una joven que vive en un país que cree en el futuro, que aún dignifica a los ancianos, que cree en la autoridad de los adultos y en la que los jóvenes contemplan la educación como un auténtico garante de movilidad y ascenso social.

El México de mediados de los años setenta, en que si bien los jóvenes han planteado nuevas problemáticas y la cultura comienza a modificarse para

dar paso a grandes cambios en materia de costumbres, hábitos y temas de discusión, presenta aún los rasgos de una sociedad confiada en el futuro y en la que existe la posibilidad de que la experiencia cuente como transmisión, como condición y como consecuencia. Quien tiene experiencia es quien ha demostrado en su hacer la capacidad para integrar, para replantear, para comprender e incluso para corregir; la experiencia no es sólo una condición de años o de mera presencia, es la condición misma de lo vivencial decantado, de lo cercano a la sabiduría. Un contexto en que la palabra tiene peso y quien tiene experiencia tiene la condición para transmitir, para argumentar y para corregir. El castigo existe, pero no es un valor en sí mismo, es un modo de poner en lo inmediato y en el cuerpo la consecuencia de lo realizado.

El México que se dibuja desde la construcción y consolidación del modelo neo-liberal, desde Miguel de la Madrid hasta Felipe Calderón, independiente del cambio de estafeta de los grupos políticos, es un país que promueve no sólo una lógica mercantil, sino, también, un progresivo deslinde de responsabilidades del gobierno hacia la sociedad civil y un modelo de pensamiento uniformizador y acrítico.

A esta inercia oficial, sin embargo, le corresponde una conformación social compleja y contradictoria. Un verdadero juego de fuerzas, según el señalamiento de Martín Jay (2003), donde a los reales y exitosos avances de las ciencias, a la apertura y creciente aceptación de la diversidad, cultural y personal, le responden los intentos de trivializar, de disolver, de fragmentar y de volver inocuo el potencial del pensamiento

crítico.

En ese contexto, la experiencia de Carmen permite establecer una relación de continuidad con un pasado reciente dignificador y un presente incierto. Mary, encuentra, merced a su propia vivencia con el dolor y la enfermedad, pero, también, a su capacidad de elegir sin mucho miedo y en una aceptación práctica de las consecuencias de sus actos, la posibilidad de relacionarse con los otros en una relación de diferencia y aceptación, sin confundirse con el otro y, al mismo tiempo, conservando la capacidad de empatía.

Mary acepta que miente, pero no se trata de una mentira para burlar a los otros o para reducirlos a meros espectadores de una infamia, no se trata pues de cinismo, se trata de una comprensión del modo como opera el duelo y de la manera como puede complicarse la aceptación de la muerte. Ello le permite también darle el lugar a las normas o las reglas que ellas merecen, es decir, que más allá de los rituales obsesivos o de los cumplimientos puramente automáticos de lo ya establecido, el sentido profundo de una regla se encuentra en su capacidad de hacer posible la convivencia humana, en su capacidad de mediar entre los hombres. Por eso sabe de la importancia, de que los padres tengan “... *la posibilidad de tener un funeral y que los familiares tuvieran la oportunidad de cargarlo, besarlo, de llorarlo y enfrentarse a su pérdida...*”.

Se trata de la misma lógica que emplea Carmen ante J.G., ella ya es una mujer que ha pasado por diferentes experiencias vitales y en las que la confianza proviene de su propia capacidad para salir airoso de ellas.

Las experiencias de ambas permiten colegir que de sus experiencias vitales han construido una vivencia subjetiva que les permite empatizar, a veces experimentar dolor, en ocasiones llorar, sufrir; y sin embargo, no se confunden con el dolor ajeno, aunque, no necesitan huir de él. Realmente han construido una posibilidad de acoger al otro.

Rosa, por su parte, aunque no tiene una gran diferencia de edad con Mary, y tampoco puede decirse que haya llevado una vida feliz y carente de sobresaltos, ha construido su relación con los demás de un modo diferente. Describe la situación con una objetividad digna de la mirada neutra del positivista, recuerda detalles, realiza conteos, compartimenta su experiencia en diferentes sectores, parece una observadora neutral, alguien que se relaciona con el mundo a partir del conocimiento. Sus observaciones sobre los demás son más bien de carácter informativo, que medios para comunicar sus vivencias, como son los casos de Mary y Carmen. No cuenta su relación con el enfermo integrando lo que él le produce, sin embargo, el evento inesperado toca su cuerpo, sin que ella puede elaborar la experiencia mas que como una situación de encontrarse invadida por las excrecencias del otro.

Rosa no puede aún integrar el evento, no puede apropiarlo, por ello, más que el pacificador olvido que sobreviene a los acontecimientos ya resueltos o tramitados, a ella le corresponde un pseudo-olvido de una experiencia que amenaza con retornar si ella no se encuentra suficientemente protegida.

CONCLUSIONES

A diferencia de los discursos positivistas de la salud y sus secuelas en aprendizajes impersonales, es necesario instrumentar aproximaciones críticas que permitan recuperar la complejidad del fenómeno humano. Sólo así será posible superar formaciones profesionales biologizantes y plagadas de apuestas simplificadoras en torno a la adquisición de habilidades o competencias laborales. Digamos que, el no integrar lo propiamente humano tanto del lado del sujeto como del objeto de conocimiento ha llevado a dos consecuencias fatales ligadas tanto a la formación de recursos humanos como a los propios procesos de construcción y generación del conocimiento.

Por el lado formativo, es evidente que mientras se conserve la *episteme* médico positivista, los contenidos tienden a lo anatómico y las formas de enseñanza hacia lo puramente informativo - instrumental. En tal caso la inclusión de contenidos sociales, grupales o psicológicos, será tangencial, secundario e incluso, tomado como un saber puramente acumulativo.

Por el contrario, la reinclusión epistemológica de lo humano - social, permite integrar categorías de análisis en las que quien aprende puede tomarse como sujeto histórico, cultural, psicológico e ir integrado el saber a su dinámica existencial. Incluirse en el fenómeno humano, subjetivar las propias experiencias de enfermedad, de pérdida. Decantar lo puramente visto o sentido, en una experiencia integradora y crítica, que nos permita comprender al otro, integrarlo sin confundirnos con él o sin

vivenciar lo que no nos pertenece.

Es evidente que ello implicaría profundizar no sólo en lectura y construcción de discursos críticos, sino, también, en la posibilidad de realizar verdaderas innovaciones curriculares en la formación de recursos humanos para la salud.

Por otra parte, y en relación a los procesos de construcción y generación del conocimiento, es evidente que la creencia positivista en la unidad y, por ende, en la universalidad del método científico han funcionado como camisa de fuerza para generar investigaciones que, antes que nada, den cabida a la profunda complejidad presente en la formación, instrumentación y quehacer de las prácticas en salud. Ello permitiría generar formas de argumentación, metodologías y estrategias de recolección y análisis de datos, que verdaderamente respondieran a la complejidad del fenómeno y no intentar reducir éste a su captación más superficial.

Es importante señalar, que el intento por superar la racionalidad positivista pasa por la profunda comprensión de los métodos como formas posibles de conocimiento, y no reducir la investigación a una simple cuestión de enfoques. Las formas de investigación son solidarias con

planteamientos ontológicos y epistemológicos de fondo, conllevan también formas lógicas y categoriales determinadas (Aguilar y Ortega, 2007).

Por todo ello, mientras no se lleven hasta sus últimas consecuencias las lecturas y profundizaciones de tipo epistemológico que requiere la formación de los profesionales en salud, estos quedarán relegados a cuestiones meramente contingentes, personales, ligadas más al azar que a la existencia de soportes formativos. Quedarán constreñidos a lo que personalmente puedan construir sin ninguna garantía de apoyo o, peor aún, sin los recursos intelectuales necesarios para producir categorías y, en consecuencia, formas de explicación que les permitan integrar sus propias angustias existenciales.

Hasta entonces, casos como el de Rosa seguirán siendo ejemplares del modo como la propia formación profesional puede presentar circunstancias y dificultades, en las que el profesional en formación queda reducido a sus propias fuerzas. Carmen y Mary son resultados exitosos. Sin embargo, ninguno de los tres casos puede afirmar que la formación les hizo posible la construcción de una forma de relación con el paciente en la que dieran cabida al dolor del otro sin enfermarse con él.

REFERENCIAS

- Agambén, G. (2001). *Infancia e historia*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Aguilar, M.G. y Ortega, J.R. (2007). Crítica al positivismo metodológico. *Revista Mexicana de Pedagogía*, 25 (96), 31-38.
- Allouch, J. (1995). *Erótica del duelo en el tiempo de la muerte seca*. Buenos Aires: EDELP.
- Bleger, J. (1958). *Psicoanálisis y dialéctica materialista*. Buenos Aires: Paidós.
- De Gaulejac, V., Rodríguez, S. y Taracena, E. (2005). *Historia de Vida: Psicoanálisis y Sociología Clínica*. México: UAQ.
- Habermas, J. (1986). *Conocimiento e interés* (Reimp.). Madrid: Taurus.
- Jay, M. (2003). *Campos de Fuerza*. Buenos Aires: Paidós.
- Kosik, K. (1981). *Dialéctica de lo concreto*. México: Grijalbo.
- Lacan, J. (1994). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis: Seminario XI*. Buenos Aires: Paidós.
- Laino, D. (2000). *Aspectos psicosociales del aprendizaje*. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Miller, J.A. (1998). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Necochea, G. (2005). *Después de vivir un siglo: ensayos de historia oral*. México: ENAH.
- Piaget, J. (coord.). (1979). *Tratado de Lógica y conocimiento científico* (Tomo I.). Madrid: Paidós.
- Sacks, O., Revles, D., Lewontin, R., Gould, S. J. y Miller J. (1996). *Historias de la Ciencia y del Olvido*. Madrid: Siruela.
- Soler, C. (1995). *Las variables del fin de la cura*. Buenos Aires: EOL.