

Pesadilla

Experiencia en hospitales

*Silvia Radosh**

¿Se pueden borrar las desagradables impresiones que causan en un enfermo, arrancado a su familia, el espectáculo de estas casas que no son para muchos sino el “templo de la muerte”?

MICHEL FOUCAULT

Resumen

Los antecedentes sobre la clínica y los hospitales (Foucault, 1978) son un fuerte fundamento de lo que sucede actualmente; sólo que hoy, de forma amplificada. Una de las diferencias que podríamos descubrir es que con los avances tecnológicos, los enfermos duran más tiempo, pero a un alto costo para el paciente; sin embargo, no necesariamente se evita su muerte. Frecuentemente esa prolongación de tiempo es inhumana. Pero curiosamente podríamos ver, por otra parte, una fragmentación de la medicina actual, una “superespecialización” de los médicos, en la que éstos, con todo y los avances tecnológicos, deben abstraerse de que están frente a un sujeto, no deben pensar ni en su edad, ni en su forma de ser, mucho menos en su sufrimiento psíquico; eso se sale del estudio de una enfermedad. Las emociones –lo afectivo– no cuentan, no podrían contar pues los médicos actuales –la gran mayoría– no saben, no quieren saber nada del sufrimiento psíquico de los pacientes.

Palabras clave: deterioro y fragmentación de la medicina, hospitalización, sufrimiento psíquico-físico, muerte.

* Profesora-investigadora en el Departamento de Educación y Comunicación de la UAM-Xochimilco.

Abstract

Background on the clinic and hospitals (Foucault, 1978) are a strong foundation of what is happening today, but today, in an amplified way. One of the differences we might find is that with technological advances, patients last longer, but at a higher cost to the patient, and not necessarily prevent his death. Often the extension of time is inhumane. Curiously we could see, on the other hand, the fragmentation of modern medicine, a “super-specialization” of doctors, in which with all and technological advances, a medic must be abstracted from that are in front, a person, should not think either its age nor in form of being, much less its mental suffering, that is beyond the study of disease. The emotions –affective– do not count, could not count because current doctors, most of them, do not know, do not want to know anything about the psychological suffering of patients.

Key words: deterioration and fragmentation of medicine, hospitalization, psychological and physical suffering, death.

No te preocupes mami... de las pesadillas se despierta un día...

¿Pero cuándo? Es muy largo, ancho, amplio y terrible el tiempo del pasar en un hospital. Los días son muy largos, no terminan, ni siquiera se distingue el día de la noche, las personas lloran, se abrazan, los diagnósticos dados en el “informe” son terribles. *Vamos a intubarlo, porque si no se muere (sic) y usted tendrá que firmar una carta en la que se hace responsable, eso sí, no es posible evitar que se agarre una infección, pero son los riesgos que hay que correr.* El paciente todavía lúcido no quiere volver a ser intubado, ya lo han hecho tres veces en el hospital anterior, lo que le impide hablar, además de ser doloroso e incómodo, una suerte de tortura, pero es “por su bien” y dirigiéndose al paciente le dicen: “mire doctor (porque el paciente es doctor), si usted no se deja intubar, tendrá que firmar una carta de responsabilidad”, “¿yo la firmo!”, responde el paciente, ese lindo residente quiso respetar al paciente y no intubarlo contra su voluntad, pero eso duró dos días y viene el informe;

usted va a tener que aceptar que se le intube, no lo podemos dejar morir, y tuve que aceptarlo y lo volvieron a llevar a urgencias y después a terapia intensiva, donde el médico de –más o menos– “cabecera” nos dice no hay nadie que no se vuelva loco en terapia intensiva, es un infierno. Es, sí, un infierno pero además está lleno de bacterias, virus y toda clase de bichos que lo pueden a uno invadir y no “queda remedio”, “pues ya se declaró una neumonía y como era fumador está muy grave”, ¿usted también fuma? Lo dice una de las enfermeras con tono sádico y rara sonrisa, como diciendo pronto la tendremos aquí; hay que conectarlo al ventilador, aunque es una lástima porque vienen más infecciones... ¡uy! Se rebela contra la máscara y contra el ventilador, habrá que amarrarlo, y efectivamente, lo amarran como a los locos de antes, y yo pienso en Foucault, ¿en qué se ha convertido la medicina actual? Llego y lo desamarro, además que lo han apretado tan fuerte que tiene las manos y pies hinchados. Ay! señora, ¿porqué lo desamarra? No ve que está delirante y agitadísimo y se quiere quitar las sondas, los catéteres; se enojan conmigo, me ven como “rara”, él quiere sentarse, pararse, caminar, yo pienso en mis adentros, ¿qué bueno que se resiste, que se rebela, eso habla de su fuerza, su oposición resulta fundamental para no morir literalmente!, ¿por qué no lo levantan y le ayudan a caminar antes que no pueda por él mismo? No señora, eso no se puede, no ve que está conectado al ventilador? ¿Pero si lo paran cerquita del ventilador? No ve que después no va a poder caminar por sí sólo? Ya le vamos a mandar a los fisioterapeutas... que desde luego no llegan más que muy tardíamente, cuando efectivamente se ha perdido todo el tono muscular. Esto sí que es un grave error de estos tratamientos, que quieren curar una cosa y enferman la otra, permiten el derrumbamiento del paciente como persona total, están muy preocupados porque no se ahogue; pero si es que se salva, le entregan a uno un cuerpo hecho hilachos, sin ninguna fuerza, lastimado, lleno de “escaras”, regresado a etapas tempranas de la vida psíquica y físicamente, en tanto se les aplica sonda urinaria con el buen pretexto de medir la orina y ver el color, pero eso permite que las enfermeras no tengan que atender al paciente y estarle llevando “el pato”, y tres meses con sonda, lleva a que el paciente empiece a tener que usar pañales geriátricos, también para las heces, pues cuando llega el “cómodo” ya es tarde... Las intubaciones dañaron realmente

la garganta, faringe y laringe, de tal forma que el paciente ya no podía deglutir cuando estaba extubado, había entonces que alimentarlo también vía sonda y se fue convirtiendo en un bebé, sufriente, dolido, imposibilitado para cualquier acto autónomo, asustado, inutilizado y muy infeliz. ¿Qué es todo esto? ¿Actos bondadosos para salvar una vida? Que si se hubiera salvado, ¿en que condiciones queda? ¿Realmente eso es vida? Esto en parte se debe a la fragmentación de la medicina actual, la “superespecialización” donde los doctores que hicieron la traqueotomía –por ejemplo– dijeron no saber si se debía realizar antes de quitarle el tubo, un estudio radiológico, *eso no nos corresponde* dijeron, y yo azorada, como también el médico de guardia me dijo no saber de lo de la fisioterapia porque el era infectólogo. *Vaya usted al departamento de fisioterapia*. ¿Qué es eso, de qué se trata? El paciente mirado por cachitos, alguien ve el pulmón, alguien –si es que llega– ve lo de la fisioterapia. Señorita –le digo– por favor párenlo, él puede, ya solito se incorpora, la convenzo, lo paran, hasta hace pasitos de marcha. *Ay! Señora es verdad que sí puede, dígales cuando vengán que lo paren*; ellas no vuelven más y yo buscando un camillero o alguien que me ayude a pararlo, el camillero me dice: *No señora, no puedo, somos muy pocos y tenemos mucho trabajo, jesa no es nuestra función!* Sigo buscando a alguien que me ayude, en el pasillo le digo a un señor que lleva un carrito y me dice *yo soy familiar, pero si quiere la ayudo*, y así lo hizo, era una odisea lograr que alguien me ayudara, lo que hizo que actualmente caminar sea muy difícil. *Doctor no se quite la máscara, ¡si se la quita lo vamos a tener que llevar a terapia intensiva de nuevo!* Como si eso no fuera para “salvarlo” sino para castigarlo; y sí, de hecho es un castigo, una suerte de tortura refinada o disfrazada de bien, y el informe dice: *mire señora su marido está muy grave, no podemos decirle nada alentador, pero igual hay que intubarlo aunque corramos el riesgo de aumentar las infecciones...* ¿pero a usted no le parece muy contradictorio el sistema médico actual donde por un lado intentan salvar al paciente y por otro le insertan bichos con los cuales realmente se puede morir? *Pero no señora* (dice el médico) *eso no son contradicciones, eso son los riesgos que se pueden tener y por los cuales ustedes tienen que firmar*. “Paradójicamente –dice Foucault– el paciente es un hecho exterior, en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración

sino para meterlo entre paréntesis” (1978:23), lo que importa es la enfermedad, no el enfermo, ese “conocimiento” en realidad es “reja que oculta al enfermo real, y retiene toda indiscreción terapéutica” (1978:24); “el pensamiento clasificador se concede un espacio esencial que, no obstante, borra a cada momento. La enfermedad no existe mas que en él” (1978:25).

Qué pesadilla, pasan los días, sigue en urgencias, ¿está ahí porque lo necesita, o surge la sospecha de que más bien porque no hay camas para llevarlo a terapia intensiva? Pero si yo tenía médicos de algún modo cercanos que me habían prometido tenerle cama, ¿qué pasó? *Ah! No, acá los que tienen el mando son los residentes, no podemos intervenir.*

Continúa Foucault:

[...] la experiencia clínica—esta apertura, la primera en la historia occidental, del individuo concreto al lenguaje de la racionalidad, este acontecimiento decisivo en la relación del hombre consigo mismo y del lenguaje con las cosas— ha sido tomada muy pronto por un emparejamiento simple, sin concepto, *de una mirada y de un rostro, de una ojeada y de un cuerpo mudo, especie de contacto previo a todo discurso y libre de los embarazos del lenguaje, por el cual dos individuos vivos están “enjaulados”, en una situación común pero no recíproca* (1978:8-9).

Es una gran verdad esto que plantea Foucault, todos en esos lugares estamos “enjaulados”, los pacientes, los familiares, los médicos e incluso los guardias que dan acceso o impiden la entrada, porque no es la hora, porque no se trae la tarjeta correcta, porque el paciente ya está en otra cama y tiene otro número (el de la nueva cama) entonces no importa el nombre, etcétera.

Hay un lugarcito para fumadores, nos sentimos francamente transgresores y suicidas, opositores talvez sin ningún chiste, pero unidos por la trasgresión, liberación de angustia, cierto placer, escape, nuestros pacientes ahogándose, con intubaciones, máscaras de oxígeno, nebulizaciones y nosotros fumando (¿pura pulsión de muerte? No la hay pura, Aparicio, gran analista, dice “no creo que se fume para matarse”, no sólo, digo yo, pero también). Y así una de las fumadoras con quien vamos siendo cómplices me dice: *Fíjese usted que no me quieren pasar a mi mamá a terapia intensiva, dicen que no está lista y lo que pasa es que no*

hay camas y ella está muy débil, el peligro es que en urgencias se infecte más, una enfermera me dice, si hay una cama pero se la quieren dar a fulana, usted no se deje pero no diga que yo le dije... Otro familiar dice “no hay nadie que esté en Urgencias que no tenga neumonía. Eso sí, los médicos se esfuerzan terrible, están todo el tiempo pendientes de los pacientes muy probablemente rebasados por el esfuerzo de salvarlos a como dé lugar, rebasados por tener que dar el “informe” sin por supuesto tener todas las respuestas para tantas preguntas de los familiares, pero teniendo que “fingir” que sí lo saben todo, es más, en ocasiones parecieran ellos mismos creerse que tienen toda la verdad del asunto. No señora, no lo podemos parar porque hay que seguir “el protocolo” son pasos que se van dando y no nos podemos adelantar. Todo sigue un protocolo, máxima burocratización, no hay forma de pensar que cada paciente podrá ser diferente.

Para conocer la verdad del hecho patológico, el médico debe abstraerse del enfermo, “es preciso que el que describe una enfermedad tenga el cuidado de distinguir los síntomas que la acompañan necesariamente y que le son propios, de los que no son sino accidentales y fortuitos, tales como los que dependen del temperamento y de la edad del enfermo”. Paradójicamente el paciente es un hecho exterior en relación a aquello por lo cual sufre; la lectura del médico no debe tomarlo en consideración sino para meterlo entre paréntesis (Foucault, 1978:23).

La generalización es absoluta, no se puede de ninguna manera pensar en caso por caso, las diferencias no existen y si existen hay que pasarlas por alto, no hay enfermos sino enfermedades, se debe seguir “el protocolo” que es obedecer paso por paso lo previamente programado para cada enfermedad y frente a mis preguntas y protestas los médicos y enfermeras me ven como alguien insano y que no comprende las normas de los hospitales, se ha hecho de la experiencia médica una “estructura necesariamente circular, paradójica y autodestructora de la mirada” (1978:25). Hay demasiados pacientes, pocas camas, pocos camilleros, insuficientes medicamentos y sin embargo hay alta tecnología y muchos estudiantes residentes que anhelan prepararse ahí, institución de alto prestigio, que lo merece pero padece de lo que todos estos institutos sufren, no sólo a escala nacional sino mundial. *No se preocupe señora, verá usted que primero Dios va a salir*, dice “un familiar”, pues hay una

salita para “familiares” que deben estar ahí todo el tiempo pendientes también, por si se les pide una medicina (GENERALMENTE CARÍSIMA) o por si se le debe hacer alguna intervención que debe ser firmada por aquello de quien tendrá la responsabilidad... no importa el tiempo, pueden ser meses y no es seguro que salga; ¿se *constituye un grupo* con esos familiares? Sí, efímero pero con algunas características de los grupos, tienen una meta común: salvar a su familiar, de algún modo están fuertemente unidos, incluso identificados, por la angustia de posible muerte de sus pacientes, por lo altísimo de los costos, pues aun cuando se cobra diferenciado dependiendo del nivel socioeconómico, justo para cada uno de esos niveles todo es enormemente caro, creándose lazos muy solidarios, donde todos están dispuestos a ayudar al otro; todos sufrimos juntos, por ejemplo por no poder dormir (algún familiar siempre debe estar en la sala de espera, esperando –valga la redundancia– o que le pidan autorización para realizar un “procedimiento” difícil y riesgoso, o también para pedir un medicamento que no lo tiene el hospital y resulta muy problemático dormir sentados o en el suelo, o cuando no hay tanta gente se pueden usar varias sillas de “cama”. Esto de algún modo hace que los familiares sufran junto con sus pacientes y a su vez “compartan” la responsabilidad de su mejoría o empeoramiento, y si no se tiene el dinero suficiente para un medicamento tan caro, hay “mecanismos” de posible ayuda, pero... de muy difícil acceso, puede no llegar a tiempo. *Ay! doctora* (me dice un familiar) *¡ya le dio delirio!* *¿se le va a quitar?*, *¿al de usted le dio?* No hay ninguna persona que entre a terapia intensiva y no se diga a urgencias, que no le dé “delirio”, vienen los psiquiatras, hay que darle un antipsicótico, *Ay!* Por favor no lo “dopen”, *a los psiquiatras no nos gusta dopar a la gente*, *¿usted es psicoanalista?* Y ponen cara de que yo qué sabré de esas cosas, *este no es un delirio como los otros*, ¿qué sabrán ellos del delirio? Y sí, le dan un antipsicótico y el delirio no cede gran cosa, pero eso sí le produce rigidez en el brazo derecho y temblor, ah! Los famosos efectos secundarios... ¿Qué no se podrá implementar una sala de terapia intensiva donde haya menos bichos, menos infecciones, menos delirio? Pienso que este es un tema de radical importancia para ser investigado, la doble cara de los “procedimientos riesgosos” que en gran medida se convierten en iatrogénicos, como bien dice el dicho: “estuvo peor el remedio que la enfermedad”. *¡No hay prisa señora!* Y

yo le digo hay prisa económica y *prisa subjetiva*, y me ven como si estuviera yo también loca y delirante y la verdad que sí, que estaba yo enloquecida de dolor, de angustia, sufrimiento psíquico y económico, todo sin saber si el paciente va a sobrevivir y cómo, ya el paciente no tiene la lucidez para decir si desea vivir o que lo dejen morir, y esa es una decisión en esos momentos muy difícil de tomar, casi imposible y menos para quien ha leído *Ámsterdam*, de Ian McEwan, donde dos amigos se ponen de acuerdo para ayudar a morir al otro si se ven imposibilitados para decidir, pero... las consecuencias no son fáciles, o son desastrosas; las emociones, lo afectivo no cuenta, no podría contar pues los médicos actuales, la gran mayoría no saben, no quieren saber nada (dicho por un estudiante de medicina) del sufrimiento psíquico de los pacientes, la psicología médica como materia de estudio ha desaparecido o es tomada por cortos lapsos de tiempo y vista de modo superficial, la implicación del médico no debe pensarse, los estudios de Bleger, de Balint, de Devereux y tantos otros son ignorados, incluso como veíamos anteriormente, el médico debe abstraerse de que está frente a un sujeto, no debe pensar ni en su edad, ni en su forma de ser, mucho menos en su sufrimiento psíquico, eso se sale del estudio de una enfermedad, para pasar al estudio del enfermo, no el de la cama número tal: para entrar al hospital preguntan ¿cual es el número de su cama?, rara vez preguntan por el nombre del paciente: “en los hospitales por sus duras condiciones no queda lugar alguno para la sensibilidad ni de los pacientes ni de los médicos” (Martínez, 2008:18). *Mi papá estuvo aquí seis meses, la cuenta fue altísima y nos lo llevamos muerto, si nos hicieron cuotas de pago, ahora quieren salvar a mi mamá y ella me dice, ¿tú me quieres hija? Entonces déjenme ir, me quiero despedir de mis nietos...* relataba una “familiar” súper eficaz que nos dio toda clase de datos de farmacias, cuidadoras, información de lo económico, en fin, ¡un lujo! Una colega psicóloga de la UAM-Iztapalapa que no se animaba a obedecer el deseo de su madre, cada día le hacían nuevos exámenes, los médicos insisten en seguir descubriendo qué otros padecimientos tienen los pacientes aunque en realidad han empezado a morir, pero su conducta investigativa y su deseo de “salvar” al paciente, sea como sea y cueste lo que cueste (material y psíquicamente) y aunque el paciente ya no lo desee. Es todo un tema de suma complejidad el de la culpa;

causa mucha culpa al familiar el sólo pensar que talvez ya no se pueda hacer más y “dejarlos ir”, la madre de esa colega con la que compartimos mucho sufrimiento y pesar, falleció, ¿será como dice Levinas, es la culpa tan sólo por la “sobrevivencia”?

Arnoldo Kraus, en “Medicina, ciencia y ficción”, apunta:

Pienso que Julio Verne se hubiese fascinado con los avances que hoy suceden en la medicina y, quizás, siguiendo su línea, habría tomado la pluma para escribir acerca de los nexos entre ciencia y ficción. El auge de la biotecnología, el crecimiento sin límites de muchas ramas del conocimiento médico, la demanda de una sociedad cada vez más hambrienta por retrasar la vejez, y cuyo ideario es borrar del cuerpo humano las enfermedades, han devenido avances médico-científicos otrora inimaginables (*La Jornada*, 2 de abril de 2008).

También, y sobre todo, subraya que esto plantea preguntas éticas, hay que reflexionar en la bioética junto con el avance de la biotecnología. *Ah! Pero este sí es un hospital muy bueno, gracias a Dios que lo tengo aquí, ya verá usted cómo se va a curar, por cierto ¿usted no necesita X medicina? Porque la vamos a comprar en mayoreo y así nos la dan más barata y ya verá... será lo que Dios quiera...* Yo pienso que esta fuerte creencia “salva” al hospital, y provee al familiar de consuelo y resignación, al final de cuentas Dios queda como el principal responsable, si se salva Dios lo ayudó, si se muere fue porque Dios así lo quiso... también lo salva de la propia y fuerte ambivalencia que surge frente a tanto pesar, trabajo, desgaste psíquico y material que puede llevar al deseo de una muerte más rápida, no sólo para que “ya descance y no sufra el paciente”, que es lo que generalmente se dice, ah! ya descansó... sino algo por demás impensable, por el descanso propio, en parte impensable de nuevo por la culpabilidad que ocasiona el quedar vivos... ¿qué tan responsables nos sentimos... o somos?

El otro me individúa en la responsabilidad que tengo de él. La muerte del otro que muere me afecta en mi identidad misma de yo responsable [...] hecha de indecible responsabilidad. Es esta mi afición por la muerte del otro, mi relación con su muerte. Esta es, en mi relación, mi deferencia hacia

alguien que ya no responde más, una culpabilidad ya –una culpabilidad de superviviente (Levinas, en Derrida, 1998:17).

Mire señora, hay que hacerle la traqueotomía, no queda remedio, ya no se le puede intubar más, si no, se muere. ¿Y ya no va a poder hablar más? Más adelante... probablemente sí... yo pienso que la voz es uno de nuestros instrumentos de trabajo... pero ¿qué hacer? No parece quedar más remedio que aceptar la traqueotomía y ah! Se libera de la intubación, pero tampoco puede hablar; él, desesperado, habla y habla y se enoja porque no se le oye su voz, intento que escriba para lograr comprender lo que está diciendo, pero las manos le tiemblan, están hinchadas y rígidas (por el antipsicótico).

El otro que se expresa me es confiado (y no hay deuda respecto al otro –pues lo debido es impagable: jamás queda uno exento). [Más adelante se hablará de] “un deber más allá de toda deuda” para el yo que no es lo que es, singular e identificable, sino por la imposibilidad de hacerse reemplazar allí donde, sin embargo, “la responsabilidad para con el otro”, “la responsabilidad de rehén” es una experiencia de la sustitución y del sacrificio (Levinas, en Derrida, 1998:17).

Lo debido es impagable pero jamás queda uno exento... esto es parte del horror frente a tanto sufrimiento y finalmente frente a la muerte... “responsabilidad de rehén” son palabras que expresan tal como yo me sentía, responsable y rehén y la deuda física, material, tangible, es decir, en pesos y centavos, también resulta impagable, ¡pero capaz no es esa la que pesa tanto!

¿Cómo empezó todo esto?

1. El paciente empezó con mareos, mal equilibrio y mal caminar, también dificultad para subir y bajar escaleras, para esto lo vio el neurólogo (de pasadita), lo envió con un otorrino, no tenía gran cosa, le dieron medicinas comunes para los mareos y siguió igual.

2. Lo vio otro neurólogo, pensó que era el corazón, lo vio un cardiólogo, dijo que no, que su corazón estaba bien, le hicieron estudio de columna cervical y apareció como “chueca o torcida” y a punto de presionar la médula, dijeron que era urgente operarlo de columna, que era riesgoso, pero más riesgoso no operarlo, con esta amenaza (ahí estuvo la trampa) se decidió la operación que tuvo éxito en sí, pero desde que salió de la sala de operaciones se empezó a ahogar y de ahí todo el viacrucis por terapia intensiva, urgencias, intubaciones, le hicieron cinco, parecía que ya estaba bien y se volvía a ahogar y lo volvían a intubar hasta que le hicieron la traqueotomía, semanas con comida vía nasal, sin comer, sin tomar agua y desesperado, loquito, se arrancaba todo, con sonda vía urinaria, máscaras de oxígeno, etcétera. La pesadilla fue grande; empezó a estar mejor, a comer papillas y se complicó saliendo el alimento por la tráquea, quitaron de nuevo la comida oral, finalmente le quitaron el tubo de la tráquea y nos vinimos para casa, lo que fue grandioso pero se le atora sobre todo el agua y líquidos y a veces la comida. Ahora hay dos hipótesis, una que puede tener una fístula entre tráquea y esófago y habría que estudiarlo... como paciente ambulatorio en un hospitalito porque si regresamos a Nutrición de ahí no sale en meses (si es que sale) y estamos superendeudados en Médica Sur, pagando mensualmente a tarjetas de crédito y ahora endeudados también con Nutrición... en fin, la otra hipótesis médica es que el problema sea la deglución, entonces antes de volverlo a invadir, consultar un otorrino y ver si él puede ayudar.

Las preguntas irremediables que surgen son: ¿un paciente de 76 años con trayectoria de fumador desde hace 50 años, estaba en condiciones de ser operado con anestesia general de larga duración?, ¿se le hicieron estudios respiratorios adecuados (porque sí se le hicieron) para un caso así?, ¿lo lógico no era pensar que tendría graves problemas respiratorios, talvez mucho más graves que antes de ser operado?, ¿cuándo los médicos dicen es riesgoso pero hay que hacerlo, qué están pretendiendo?, ¿entrar en un hospital privado porque ahí está el mejor cirujano de columna, sin tomar en cuenta el nivel económico, a qué irrealidad corresponde? Le preguntamos al neurólogo: ¿cuánto tiempo cree que pueda estar

internado? *Unos tres, cuatro días*, respondió el médico, ah! Entonces el seguro de la UAM puede alcanzar. En tres o cuatro días se terminó el seguro (que es muy inseguro) y en 10 días la cuenta se elevó a setecientos mil y pico de pesos; cada día costaba alrededor de ¿cuánto?, en qué cabeza estábamos para haber llegado a eso, si nuestros ahorros no llegaban ni a cuatrocientos?, mismos que se fueron en eso y nos “aceptaron” un crédito con tarjetas de familiares y amigos para que pudieran dejar salir al paciente, excuso decir que ya estando la ambulancia y los camilleros por él, no me daban la cuenta final por si había otros “pequeños gastos”. La mujer que me hizo el crédito me dijo: “lléveselo señora, ¡esto es un pozo sin fondo!” Corrimos hacia un hospital ¿público?, ¿semi-público?, ¿semi-privado? Del que el paciente era “cuentahabiente” pero con seguro, lo que hizo que ingresara con nivel siete (el más alto), en una semana y media la cuenta era de cuatrocientos mil y pico ¿pero qué es esto?, ¿sólo los ricos pueden ser atendidos?, nos favorecieron con bajar al nivel cuatro, pues ya no había más seguro, ¿qué deuda tenemos ahora? 230 mil y pico ¿con qué la pagamos? Siendo que además el paciente sigue enfermo en casa, requiere medicinas, oxígeno, médico, alimentos, etcétera. Por más que la pesadilla intrahospitalaria terminó (y terminó porque no volveremos más a un hospital), la pesadilla aún sigue...

Pero sí volvimos... duró con grandes esfuerzos casi tres semanas en casa, cuidadoras, medicinas, toda clase de tanques de oxígeno, comida especial, todo en papillas, pañales, el poco dinero que ganaba se iba como agua, no podíamos dormir, pienso ahora que él no quería y no podía dormir, sentía la muerte muy cerca, tenía altísimos niveles de angustia, todo lo asustaba, parecía un bebé, pero un bebé angustiado que nunca tiene reposo, él sabía que dormir era morir, hasta que no pudo más y amaneció desfalleciente, vino el doctor, *hay que llevarlo al hospital...* ¿qué horror!, ¿empezar de nuevo? ¿A qué íbamos al hospital? ¿A tratar de salvarlo! Se estaba ahogando, ya el oxígeno no le alcanzaba, pero ¿volverlo a intubar? Él quiso ir... fuimos, no lo intubaron, dijeron muy honestamente los médicos, que ya no tenía caso hacerlo sufrir tanto, ya parecía no haber remedio; sin embargo, le pusieron el famoso “Bi-Pab”, una máscara que avienta el aire, es decir que a fuerza (literal) hace respirar al paciente... todo comenzó de nuevo, él se quería arrancar esa máscara, lo amarraron, el protocolo empezó a seguirse como

está marcado, exámenes y exámenes, piquetes múltiples, de nuevo sin palabras o yo sin palabras también porque tales horrores no son descriptibles en cuanto a lo emocional, podemos decir tristeza, rabia, furia, impotencia, ¡auxilio! Ayyy!!! Bien dice Foucault que el hospital crea “la enfermedad de la enfermedad” y el camino a la muerte:

El hospital es una solución anacrónica que no responde a las necesidades reales de la pobreza y que estigmatiza en su miseria al hombre enfermo. Debe haber un estado ideal en el cual el ser humano no conocerá ya el agotamiento de los trabajos fatigosos ni el hospital que conduce a la muerte [y citando a Saint Just nos dice] un hombre no está hecho ni para los oficios, ni para el hospital, ni para los hospicios: todo esto es horrible (1978:72).

Finalmente se murió, como dice Levinas: se quedó sin palabras, la muerte es la no respuesta.

Bibliografía

- Kraus, A. (2008), “Medicina, ciencia y ficción”, *La Jornada*, 2 de abril.
 Levinas, E. (1998), en Derrida J. *Adiós a Emmanuel Lévinas. Palabra de acogida*. Trotta, Madrid.
 Martínez, C., “Vicisitudes del nacimiento a la profesión médica. Una experiencia con estudiantes de la UAM”, *La reconstrucción de vínculos en el ámbito universitario* (en proceso de edición).
 Foucault M. (1978), “El nacimiento de la clínica”, *Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI Editores, México.
 Semo, I. (2009), “La paranoia y sus facturas”, *La Jornada*, 2 de mayo.