

**ENTRE LO EVIDENTE DEL CUERPO DOLIENTE Y
LOS ARCANOS DE SU PATETISMO**

ETNOGRAFIA

DE PRACTICAS CONTEMPORANEAS PARA REHABILITACION
DE "PANDILLEROS" VICTIMAS DE DOLOR FISICO Y EMOCIONAL
EXCLUIDOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y OBJETO DE AYUDA INTERNACIONAL HUMANITARIA

AUTOR:

OSCAR PAIPILLA AUZA

Código: 200117069

DIRECTOR:

PROFESOR CARLOS ALBERTO URIBE

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
MAESTRIA EN ANTROPOLOGIA
Primer Semestre de 2004**

A ALICIA, mi querida madre, por aportar
a esta tesis, dosis grandes de Amor,
desde su lecho de dolor.

A AGUSTÍN, mi padre, por nuestras
enriquecedoras conversaciones,
iluminadoras de esta obra...

INDICE

INTRODUCCIÓN

Sobre las Maneras Fragmentarias de Entender y Atender hoy el Dolor	Pg. 5
Develando la Tensión o Asimetría Esencial que Afecta a Todos los que Giramos en Torno al Tema del Dolor	Pg. 8
Sobre el Contenido de la Monografía	Pg. 20

CAPÍTULO I: FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y REFLEXIVOS

Referencias al Contexto en el que Operan las Prácticas Clínicas para el Alivio del Dolor	Pg. 23
Michael Foucault y la Crisis de la Medicina	Pg. 24
La Medicalización Indefinida	Pg. 29
La Economía Política de la Medicina	Pg. 31
La Biohistoria: Cientificidad y Eficacia de la Medicina	Pg. 32
Convergencias y Divergencias con los Planteamientos de Foucault	Pg. 35
La Intención Reflexiva del Texto Etnográfico: Mi Posición Como Etnógrafo, Un Preámbulo al Diálogo con El Otro	Pg. 39

CAPITULO II: EL DOLOR NARRADO DESDE EL PODER DE LA MIRADA MEDICA

Observación Inicial a las Instalaciones del Proyecto	Pg. 43
Valorando las Pérdidas o Limitaciones Físicas de los Usuarios	Pg. 49
Las Rutinas de la Terapia	Pg. 54
La Valoración del Impacto Emocional	Pg. 58

CAPITULO III: EL DOLOR NARRADO DESDE LAS EMOCIONES CONTROLADAS

Observando los Procesos Grupales	Pg. 63
Talleres Dirigidos a los Lesionados Menores	Pg. 63
Taller: Conociéndonos	Pg. 64
Taller: Construyendo Futuro	Pg. 67
Talleres Dirigidos a los Lesionados Mayores	Pg. 68
Taller: La Autoestima	Pg. 69
Taller: Buscando Alternativas	Pg. 71

CAPITULO IV: EL DOLOR NARRADO DESDE LA INFRACCION DEL SECRETO “SAGRADO”

Taller: Recuperándonos	Pg. 76
Taller: Conflictos Relacionales	Pg. 91
Pureza, La Historia de un por Siempre Lamentado y Fallido Presagio: “Ella Se Muere y el Se Salva”	Pg. 93
Primera Disquisición del Psicólogo Frente a la Historia Dolorosa de Pureza: A La Búsqueda de Paradojas	Pg. 96
Historias Anónimas: La “Liga” de Los Lamentos	Pg. 97
Segunda Disquisición del Psicólogo en Torno a las Historias Anónimas	Pg. 98

CAPITULO V: EL DOLOR NARRADO DESDE LOS CONTEXTOS “ALEJADOS” DE LA INTERVENCIÓN CLINICA

Trabajando con las Voluntarias	Pg. 105
Primera Capacitación: “Trabajando Nuestros Cuerpos”	Pg. 107
Segunda Capacitación: “El Trauma Cráneo-Encefálico”	Pg. 109

Los Funcionarios del Proyecto de Rehabilitación o de
un Momento Final para Relajarnos o Quizá Angustiarnos Pg. 111

CAPITULO VI: DEVELANDO EL DOLOR OCULTO Y FORMULANDO INCONCLUSIONES A PARTIR DE LO DEVELADO

Re-ilustración del Título: La Aparición del Estado,
la Práctica Humanitaria en Entredicho y el Doliente
Desplazado a una Tierra de Nadie Pg. 114

Los Conocidos y Factibles Evaluadores del Texto Etnográfico y
su Influencia Sobre el Mismo Pg. 122

In-conclusiones temporo-espaciales

Primera In-conclusión: El Tiempo de los Dolientes y
su Contraposición con el Tiempo de la Clínica Pg. 126

Segunda In-conclusión: El Espacio de los Dolientes y
su contraposición Con el Espacio de la Clínica Pg. 127

Bibliografía Pg. 130

INTRODUCCIÓN

Sobre las Maneras Fragmentadas de Entender y Atender Hoy el Dolor

En el transcurso de la historia moderna de Occidente el dolor ha venido siendo descrito, analizado y comprendido de manera fragmentada, bien sea priorizándose el punto de vista del doliente, exaltándose el análisis de los “responsables” de atenderlo o en casos aislados fomentándose la comprensión crítica de quienes han intentado estudiar las interacciones entre afectados y tratantes. El estudio que aquí se presenta intenta evidenciar las fisuras y las brechas que separan las formas de considerar y comprender el dolor y para ello emprende un recorrido etnográfico por los lugares de la clínica desde donde se enuncia las prácticas y los discursos que ofrecen solución a los afectados. También mira el comportamiento de los afectados en relación con las ofertas clínicas y rastrea los “remanentes” del dolor una vez que los dolientes se han beneficiado de tales prácticas.

El lugar escogido para la observación y participación etnográfica, un proyecto liderado por una institución internacional de ayuda humanitaria, resultó ser bastante propicio en cuanto a que bajo el mismo techo se despliegan prácticas, más o menos afines, más o menos contradictorias en relación con la consideración del tema en cuestión: el dolor. Allí es factible observar muy de cerca la rutina propia de la rehabilitación física fundamentada en la exposición del cuerpo agredido y contrastarla de inmediato con las prácticas que se realizan en el salón contiguo, las del manejo de las emociones fundamentadas en el ocultamiento (mediante un acto de confesión con el profesional) del alma afligida. También en el mismo lugar se realizan talleres en que los dolientes son adoctrinados para un adecuado manejo de las limitaciones físicas y de auto-control de las emociones, que contrastan con otros talleres en que los usuarios del proyecto se empoderan para reflexionar sobre sus circunstancias particulares en relación con el dolor, la limitación física, la aflicción emocional y la perduración del ambiente violento que

les condujo a tales circunstancias. Estos talleres en que los usuarios se muestran fortalecidos llegan a funcionar como verdaderos rituales en cuanto al logro de una práctica proscrita: la violación del secreto profesional tanto por profesionales como por usuarios. Hecho gratificante para ambos en cuanto que permite sublimar la tensión evidenciada en las prácticas cotidianas entre lo que dicen que hacen bajo el influjo de los modelos y protocolos de rehabilitación y lo que hacen bajo el influjo de la interacción cara a cara en que terminan involucrados.

Son justamente estas tensiones entre prácticas establecidas y prácticas vinculantes las que permiten ir evidenciando las fisuras crecientes entre el dolor como hecho clínico y el dolor como realidad antropológica. Al primero se le confiere un estatuto de cientificidad mediante el cual el mismo dolor es susceptible de análisis e intervenciones. Al segundo se le concede un estatuto de reflexión que puede emitir conceptos sobre el dolor al considerarse el mismo como una especie de realidad inherente y definitiva en la especie humana.

Ciertamente, las fisuras detectadas y descritas en el proyecto de rehabilitación a partir del ejercicio etnográfico, se amplían en magnitudes alarmantes y se convierten por fuera del mismo proyecto (valga decir en el terreno de la violencia urbana cotidiana atendida por organismos del Estado) en verdaderas brechas, o mejor dicho, en abismales vacíos en los que ya no es posible encontrar trazo alguno de planes integrados de atención y donde las víctimas de la misma funcionan bajo la lógica del “sálvese quien pueda”.

Un ejercicio de ampliación de los hallazgos etnográficos explicitados en la presente monografía conduce a hablar del doliente en genérico, en lugar de Angel o Pureza, verdaderos protagonistas de esta historia. Al tiempo que nos lleva a hablar en abstracto de políticas de salud dirigidas a considerar al dolor como inmanejable consecuencia de una violencia desbordada, en reemplazo de protocolos de atención instituidos por un organismo internacional que ha venido

sustituyendo a las entidades oficiales de salud en sus obligaciones de asegurar y brindar atención a las víctimas de la violencia urbana.

Hablar desde el lugar donde se pronuncia la voz dolorosa del otro (etnografía) o desde el despacho donde se profiere la voz alentadora y mitigadora de tales dolores (políticas públicas de salud), sin intentar vincular o poner en diálogo estas voces es confinar el dolor bajo la sombra en que hasta hoy permanece oculto.

Las voces dolorosas de los Otros son las que han permanecido más débiles frente a los dispositivos de control enunciados desde los discursos y las prácticas clínicas explicados por Foucault y sintetizados en el primer capítulo. Develar estas voces dolorosas y visualizar las brechas que por ahora impiden una necesaria interlocución de saberes, aquellos que se diseñan en las academias científicas y en los despachos ministeriales y aquellos que se construyen y convalidan en las experiencias del mundo de la vida, son preocupaciones centrales de la presente monografía.

En develar las voces dolorosas de víctimas de la violencia urbana en el Distrito de Aguablanca (Cali, Valle) y los discursos del personal humanitario que ha querido hacerse responsable de atenderles me ocupó a lo largo de los capítulos II, III, IV y V. En ilustrar cómo estas voces están por ahora, para el caso particular de Colombia, confinadas a permanecer bajo la sombra dedico el capítulo VI. A lo largo de estos capítulos, al etnógrafo le interesa particularmente develar la presencia de una tensión esencial que polariza a los actores involucrados en este complejo asunto de comprender las vivencias del dolor y sus diferentes dispositivos de intervención e impide apreciar el fenómeno en su verdadera magnitud; restringiéndolo a un asunto de prácticas altruistas, que con modernas tecnologías, consiguen sofisticar la herencia caritativa que conserva aun la medicina occidental como legado de las prácticas hospitalarias instituidas por las órdenes monacales en la edad media.

2. Develando la Tensión o Asimetría Esencial que Afecta a Todos los que Giramos en Torno al Tema del Dolor

La etnografía realizada como trabajo de campo y como texto que aquí se presenta, sigue los lineamientos propuestos por Rosana Guber (2001: 124) quien afirma: *“El llamado posmoderno a la reflexividad supuso que el etnógrafo debía someter a crítica su propia posición en el texto y su relato (account) del pueblo en estudio, bajo el supuesto de que lo que estamos capacitados para ver en los demás depende en buena medida de lo que está en nosotros mismos. Para James Clifford, entre otros, la reflexividad es no sólo un instrumento de conocimiento, sino también de compensación de las asimetrías entre Occidente y el Otro. Pero esta reflexividad ocurre, para este y otros autores, al nivel de la práctica textual y de la representación escrita”*.

Ciertamente, el trabajo de campo ilustrado en los capítulos II y III es resultado de una posición privilegiada en la que se me otorgó el poder de observar a los beneficiarios del proyecto, sin que los mismos se percatasen como observados al integrarme y “camuflarme” dentro de un equipo terapéutico oferente de servicios de rehabilitación física y emocional. Como resultado de ello es posible advertir cierta asimetría al final del relato etnográfico. Aunque durante el trabajo de campo intenté al máximo observar como etnógrafo, los beneficiarios del proyecto siempre se me presentaron como pacientes (excepción de una salida “lúdica” como ejercicio de conocimiento de la ciudad, en la que me pude desprender de mi papel como médico). En consecuencia muchos de sus comportamientos traducen una presión que de manera más o menos conciente siempre estuve ejerciendo sobre sus cuerpos y que se manifiesta en sumisión frente a mis interpelaciones, comentarios, gestos, etcétera. Sin embargo, también es cierto que en muchos momentos (particularmente en los talleres realizados en el proyecto, espacio en el que los jóvenes beneficiarios se socializan por fuera de los dispositivos de la

clínica¹ y tienen la oportunidad de establecer relaciones más espontáneas y cercanas entre ellos) logré que el “camuflaje” funcionase mucho mejor. Tales momentos son los más tenidos en cuenta en la elaboración del texto etnográfico.

En consecuencia con la asimetría establecida, el texto está elaborado en dos momentos: El primero recoge lo observado en el trabajo de campo, mediante la traducción sistemática de lo anotado en el diario de campo y la selección de los relatos menos sesgados por mi presencia. El segundo momento entabla un diálogo con el texto producto del trabajo de campo, intentando compensar las asimetrías establecidas con el Otro.

Acerca del Primer Momento Etnográfico

Antes de entablar un diálogo con el texto etnográfico y con aquellos Otros que aparecen a medida que el mismo texto se va desplegando, es necesario reconocer de manera reflexiva mi posición en el estudio. Esta posición está demarcada por dos circunstancias particulares: 1) mi historia personal en relación con el tema del dolor llena de indagaciones teóricas, reflexiones académicas² y propuestas de prácticas alternativas al ejercicio convencional de la medicina³ y, 2)

¹ Dispositivo en la acepción que Foucault (1968: 184-186) le da al término: “*en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo, que implica discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medida administrativa, enunciados científicos; proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas (...)* En segundo término, lo que quisiera señalar en el dispositivo es justamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre esos elementos heterogéneos. (...) En tercer lugar, por dispositivo entiende una especie de formación que, en un momento histórico dado, ha tenido como función principal la de responder a una urgencia. El dispositivo tiene pues una función estratégica dominante (...) El dispositivo está entonces siempre inscrito en un juego de poder, pero también siempre ligado a uno o unos bornes de saber, que nacen allí pero que igualmente lo condicionan.”

² Estas consideraciones son fruto de un largo camino recorrido y nutrido de revisiones a los pensadores considerados hitos en la materia: Michael Foucault, David Morris, André le Breton, Arthur Kleinman, Veena Das y Víctor Frankl entre otros.

³ Algunas de estas propuestas "alternativas" fueron objeto de estudios previos (lamentablemente inconclusos) desde perspectivas más o menos cercanas al trabajo etnográfico aquí desarrollado: Estudio de la Conformación de la Clínica del Dolor del Instituto de Seguros Sociales (un análisis desde la Sociología de la Ciencia); Proyecto Participante de Universidad Nacional de Colombia (recopilación de narrativas del dolor como aporte a un acercamiento a las dinámicas Culturales producto de la relación entre La Universidad Nacional de Colombia y los habitantes de la Localidad de San Cristóbal) Proyecto de Intervención Sistémica con Familias Víctimas de Violencia Intrafamiliar en el Centro de Salud del Barrio Ramajal atendido por profesionales y funcionarios de la misma Universidad Nacional (en curso); Proyecto de acceso primario a

mi situación ambigua como etnógrafo durante el trabajo de campo realizado. Ambas circunstancias (desarrolladas con mayor profundidad en el capítulo I) me definen y en consecuencia determinan el ejercicio etnográfico realizado durante el trabajo de campo (capítulos II, III, IV y V), así como el rumbo final del diálogo conducente a un “develamiento” en lo que considero particularmente problemático de abordar en el doliente a partir de los saberes construidos sobre su dolor, aflicción y enfermedad, y de lo que sobre ellos pueda dar cuenta el mismo doliente. Asunto abordado en el último capítulo y objeto propiamente dicho del segundo momento etnográfico.

Acerca del Segundo Momento Etnográfico

El segundo momento etnográfico aunque se evidencia con mayor fuerza en el capítulo VI, en realidad se despliega a lo largo de toda la etnografía. Justamente, éste segundo momento surge con el ejercicio de reorganizar el texto etnográfico en capítulos que paulatinamente van identificando la presencia de aquel Otro con quien se quiere entablar diálogo. Este ejercicio permite sin duda reconocer mejor las identidades de los dolientes y plasmarlas de manera creciente desde el segundo hasta el quinto capítulo mediante una organización de los discursos que permite diferenciar los discursos enunciados por el doliente de aquellos formulados en su nombre, destacándose para ello un tipo diferente de letra cuando se advierte que alguno de los dolientes acentúa su protagonismo en el curso de las conversaciones.

Ciertamente, a lo largo de la etnografía es posible ir advirtiendo un giro en torno a lo que se pretende describir. En principio son los dispositivos clínicos sujetadores de los cuerpos quienes dominan la escena. Al final, son las voces de los dolientes, buscadoras de sentido a las historias de violencia, lamento físico y perturbación emocional, las que toman el dominio en la conversación.

salud por parte de la población desvinculada del Sisben en el municipio de Quibdó (etnografía de cuatro comunidades desplazadas al municipio de Quibdó y trabajo precursor de la presente monografía).

De esta manera, la etnografía se identifica con la tensión entre lo empírico y lo trascendental profundamente considerada por Foucault (1998: 310-313) e intenta fundamentarse en un discurso incluyente del sujeto, del Otro etnografiado con sus identidades particulares, en un afán por resolver tal tensión. Para el caso, resulta útil recordar algunos apartes del pensamiento de Foucault en relación con la tensión mencionada (Foucault 1998: 312):

“...El pensamiento moderno no ha podido evitar el buscar el lugar de un discurso que no sería ni del orden de la reducción ni del orden de la promesa: un discurso cuya tensión mantendría separados lo empírico y lo trascendental, y permitiría, sin embargo, señalar uno y otro a la vez; un discurso que permitiría analizar al hombre como sujeto, es decir, como lugar de conocimientos empíricos pero remitidos muy de cerca de lo que los hace posibles y como forma pura inmediatamente presente a estos contenidos; en suma, un discurso que desempeñaría, en relación con la casi estética y la casi dialéctica, el papel de una analítica que las fundamentaría a la vez en una teoría del sujeto y les permitiría quizá articularse en este tercer término, intermediario, en el que se enraízan a la vez la experiencia del cuerpo y la de la cultura.

En sintonía con lo evidenciado por Foucault como característico del pensamiento moderno, la etnografía desarrollada se fundamenta en un análisis de lo vivido y más específicamente de aquello que los discursos pueden decir acerca de tal experiencia. Foucault se detiene en este hecho particular de la modernidad y dice al respecto (Foucault 1998: 312):

“...Un papel tan complejo, tan sobredeterminado y tan necesario le fue otorgado en el pensamiento moderno al análisis de lo vivido. En efecto, lo vivido es a la vez el espacio en el que se dan todos los contenidos empíricos a la experiencia y también la forma originaria que los hace

posibles en general y designa su enraizamiento primero; permite comunicar el espacio del cuerpo con el tiempo de la cultura, las determinaciones de la naturaleza con la pesantez de la historia, a condición, empero, de que el cuerpo y, a través de él, la naturaleza, sean dados primero en la experiencia de una espacialidad irreductible y de que la cultura, portadora de la historia, sea experimentada primero en lo inmediato de las significaciones sedimentadas.”

Tamaña complejidad se transfiere al ejercicio etnográfico del doliente. Observar, participar y describir las situaciones evidenciadas y compartidas con los dolientes víctimas de la violencia urbana resulta una tarea difícil de ejecutar sin caer en una doble trampa: de un lado exaltar la situación del afectado a partir del empirismo vigente que lo hace objeto de análisis, hasta encarnarlo en el mismo discurso que lo analiza. Del otro lado, sobreestimar como única explicación del dolor, los arcanos que esconden promesas históricas de salvación y liberación o ante el agotamiento de las mismas, la exaltación personal o colectiva del triunfo total del sin sentido. Arcanos que, como el mismo Foucault lo expresa, son la herencia cultural de una trascendencia obligada a definirse, con el advenimiento de la modernidad, ya no por sí misma, sino por su opuesto: el saber de la naturaleza hecho naturaleza, el positivismo en contraposición a lo escatológico (Foucault 1998: 312):

“Puede comprenderse muy bien que el análisis de lo vivido se haya instaurado, en la reflexión moderna, como una disputa radical entre el positivismo y la escatología; que haya intentado restaurar la dimensión olvidada de lo trascendental; que haya querido conjurar el discurso ingenuo de una verdad reducida a lo empírico y el discurso profético que al fin promete ingenuamente la venida a la experiencia de un hombre. Ello no quita que el análisis de lo vivido sea un discurso de naturaleza mixta: se dirige a una capa específica pero ambigua, demasiado concreta para que pueda aplicársele un lenguaje meticuloso y descriptivo, demasiado retirada

sin embargo sobre la positividad de las cosas para que se pueda escapar, a partir de allí, de esta ingenuidad, discutirla y buscar sus fundamentos. Trata de articular la objetividad posible de un conocimiento de la naturaleza sobre la experiencia originaria que se esboza a través del cuerpo; y de articular la historia posible de una cultura sobre el espesor semántico que a la vez se oculta y se muestra en la experiencia vivida”.

La tensión evidenciada por Foucault en estos fragmentos seleccionados de *Las Palabras y las Cosas* entre empírico y trascendental, positivismo y escatología, estética y dialéctica, espacio del cuerpo y tiempo de la cultura, se corresponde con la tensión esencial que plantea la presente monografía entre lo evidente del cuerpo sufriente y los arcanos de su patetismo. Tensión que emerge cuando el cuerpo, presa de dolor físico y sufrimiento emocional, es puesto en escena y considerado como asunto institucional y objeto de preocupación pública. Se trata de una tensión entre lo que se sabe del dolor a partir del conocimiento que la ciencia ha construido de los cuerpos mutilados, abusados, maltratados o afligidos y lo que los dolientes viven en carne propia como víctimas de un dolor que, lejos de las categorizaciones propias del saber científico, produce emociones, reflexiones y comportamientos alejados de la racionalidad y el auto-control exigidos y proclamados por la clínica.

El autor, inmerso en el universo de la práctica clínica del dolor e influido por el conocimiento fruto de la reflexión etnográfica ha tenido que vivir también en carne propia esta tensión y como consecuencia, más o menos evitable, ha quedado atrapado en el ejercicio de observar la continua oscilación en que se mueven los jóvenes “beneficiarios” del proyecto humanitario yendo de un polo al otro de la tensión mencionada.

Pero esta tensión no se agota en su enunciación, pues no se trata tan solo de un fenómeno problemático encontrado por la mirada o el análisis de un observador participante en una población particular al que la literatura antropológica y

etnográfica ha dedicado hasta el momento pocas páginas. Si la tensión fuese únicamente un producto evidenciado por el investigador solo bastaría con que este reconociese “su descubrimiento” y que se dedicase luego a estudiarlo desde los puntos que le resultasen más llamativos, estableciendo para ello categorías de análisis mediante las cuales lograrse construir una sólida y contundente propuesta teórica. En cambio, la tensión considerada desborda los límites de una elaboración teórica puesto que involucra en la misma trama a profesionales tratantes del dolor físico y emocional, a jóvenes víctimas del mismo en un contexto de cruda violencia urbana y al etnógrafo oscilante entre las experiencias e interpretaciones que esos dos grupos de actores dan al evento que los convoca: la vivencia, superación o mitigación del dolor.

Pero ¿qué significa que profesionales, beneficiarios de un proyecto y etnógrafo estén involucrados en una misma trama? ¿Por qué este estar involucrados impide al investigador seleccionar situaciones que considere más relevantes en el ejercicio etnográfico para formular contundentes y certeros postulados teóricos (propios del nivel argumentativo y analítico,) que trasciendan el nivel del trabajo descriptivo?

El estar involucrados en la misma trama significa un compromiso de lealtad con los Otros Sujetos del estudio y con lo que en común construimos. Desde esta perspectiva tanto el dolor físico como el sufrimiento emocional no son asuntos que los jóvenes traen como relato o testimonio de sus experiencias dolorosas, ni tampoco lo que los profesionales aportan desde sus respectivas áreas de conocimiento para intentar solventar o mitigar tales situaciones dolorosas, sino aquello que resulta de la interacción entre los primeros y los segundos. De ser solamente lo primero sería suficiente con realizar unas entrevistas, a profundidad, a jóvenes víctimas del conflicto urbano, afectados físicamente o perturbados emocionalmente por la violencia inflingida sobre sus cuerpos, y con los testimonios recogidos armar un *corpus* teórico que fuese capaz de dar cuenta de una “identidad particular” de éstos jóvenes, a partir de la cual se facilitase la

comprensión del dolor que flagela a esta población. Si fuese únicamente lo segundo bastaría con tomar unos protocolos de manejo del dolor físico y del trauma emocional utilizados por la institución humanitaria y hacer un análisis exhaustivo y riguroso de tales instrumentos, intentando, por ejemplo, develar los dispositivos de poder que movilizan tales protocolos para “moldear” el cuerpo a definiciones y manejos del dolor en los que se seleccionan determinadas categorías, en detrimento, por supuesto de otras.

Si se toma en cambio, como asunto relevante, en la consideración y comprensión del dolor, la interacción que se desarrolla en el lugar donde *profesionales y jóvenes mudan sus vidas*, con todo lo que estas palabras pueden representar (recuerdos, frustraciones, luchas, convicciones, decepciones, esperanzas, etc.) resulta fácil advertir cómo ocurre un cambio en el objeto del estudio y cómo se pasa de una indagación preocupada por lo que hace, dice y piensa el Otro, a un estudio centrado en entender qué estamos haciendo juntos.

Lo anterior exige, como ya lo mencioné un compromiso de lealtad con los Otros Sujetos del estudio. Compromiso que no es otra cosa que el cumplimiento de un acuerdo tácito entre **profesionales, usuarios y etnógrafo**, en el que los **profesionales** se comprometen a “ofertar” sus conocimientos, los **usuarios** a apropiarse de los mismos, tomando y dejando lo que consideran más pertinente en el proceso de recuperación de sus cuerpos y sus emociones, y el **etnógrafo** a plasmar en el texto cómo estas dinámicas construyen un entramado de relaciones que redefinen las concepciones del dolor que ambos grupos de actores tenían por separado.

Pese a la coacción ejercida por este pacto “sagrado”, el etnógrafo reconoce cierta vulnerabilidad que lo pudo hacer proclive a dejar a un lado los procesos auto-reflexivos propios del sentirse interpelado por las situaciones que observaba y en las que participaba y colocarse en una situación privilegiada para analizar desde allí la tensión descubierta y considerada por el mismo como profundamente

problemática. Abandonando su papel auto-reflexivo, el etnógrafo pudo haber apelado a criterios de mayor “cientificidad” y dedicarse a analizar el problema de fondo considerando por separado el discurso sobre el dolor y la vivencia significativa del mismo. En consecuencia, dos etnografías pudieron ser posibles en lugar de la que aquí se presenta. Una que tratara sobre las prácticas y los discursos clínicos, sobre el despliegue de tácticas de poder sobre el cuerpo y vigilancia de comportamientos considerados como desviados y la otra centrada en describir la “esencia dolorosa” de aquellos jóvenes objeto de discursos y prácticas científicas.

Hechas estas aclaraciones, vale la pena explicitar las actividades en las que jóvenes, profesionales y etnógrafo construyen entramados de relaciones sociales y mediante las cuales las experiencias corporales de dolor y emocionales de sufrimiento se refuerzan, se cuestionan o modifican sin que los actores sean totalmente concientes de ello.

Todas las actividades giran en torno a la intención manifiesta por parte de todos los actores de buscar mejoría total o parcial a las limitaciones físicas generadoras de dolor y a los síntomas emocionales indicadores de aflicción, y que son los motivos iniciales de consulta de los jóvenes “pandilleros” que acuden a la institución humanitaria.

Para lograr esta deseada mejoría, los profesionales conformados por un equipo de médico, fisioterapeutas, enfermera, psicólogos, educadoras y trabajadora social, planean, organizan, despliegan y evalúan actividades en las que cada profesional pone en juego sus competencias en su área particular de dominio profesional. Al equipo profesional le interesa tener un control total de las actividades desplegadas sin que ello implique un dominio absoluto sobre los jóvenes dispuestos a ejecutarlas. Para ello los profesionales clasifican a los jóvenes consultantes dentro de dos grandes categorías, a saber: 1) Los lesionados mayores, es decir, aquellos que han sufrido lesiones de considerable magnitud como traumas craneanos con

daño cerebral que llevan a incapacidades cognitivas, emotivas, coordinativas, motoras, sensitivas, etc.; traumas medulares que en la mayoría de los casos producen invalidez definitiva; y traumas de extremidades de importante magnitud como amputaciones o deformidades severas de los miembros superiores o inferiores. Y 2) Los lesionados menores, en los que quedan incluidos todos los jóvenes con heridas en cualquier parte del cuerpo de fácil y pronta recuperación.

De otra parte, los jóvenes se comportan como hilos que van tejiendo una red de significados locales mediante los cuales definen y redefinen constantemente el dolor y sus diversas formas de considerarlo y manejarlo. Ciertamente, los jóvenes pese a ser identificados dentro de uno de los dos grupos objeto de terapia y de participar activamente en prácticas establecidas en protocolos clínicos para cada lesión particular, establecen sus propios itinerarios, pues les interesa en ocasiones, acompañar a un “parce”, involucrarse de lleno en el tratamiento de rehabilitación de un compañero con una lesión de mayor magnitud, en ocasiones por altruismo puro y otras veces como recurso anticipatorio al presumirse reincidentes en la escalada de violencia que les afecta. Son justamente las alianzas que se establecen en estos itinerarios terapéuticos y las emociones que ellas suscitan las que llevan a los jóvenes a una constante reapropiación de la reflexión y la vivencia del dolor, dificultándose para el análisis una separación tajante entre estas dos esferas.

También vale la pena resaltar como en dichos itinerarios se difumina una posible “identidad” de los jóvenes que acuden a la institución humanitaria. Las procedencias territoriales de los mismos, los móviles de la acción violenta en que estuvieron involucrados, la presunción de culpabilidad o inocencia, las emociones ligadas con la culpa o el sentimiento de venganza pasan a un segundo plano. En aquel momento ellos dejan de ser los protagonistas o antagonistas de unas historias violentas para “convertirse” en agentes comprometidos con la transformación de sus propios cuerpos. El interés es aumentar el grado de flexibilidad de una articulación, aumentar el umbral del dolor a sensaciones que

resultan particularmente molestas, mejorar la coordinación de un movimiento, etcétera. En síntesis, lograr el óptimo de funcionalidad como indicio innegable de verdadero bienestar. El dolor se convierte entonces en una variable más o menos calculable que varía de individuo a individuo en conformidad con el logro de las metas estipuladas. En consecuencia, el dolor moldeado por las intervenciones de rehabilitación física se establece, se replica, se alivia o se magnifica a través de ejercicios comparativos entre los jóvenes y no por prácticas de percibirse a sí mismos.

Pero la construcción de una nueva identidad juvenil que gira exclusivamente en torno al adiestramiento y ajuste del cuerpo a los estándares de la terapia no es óbice para la consideración de otras formas de identidad de lo juvenil. Solo que aquellas otras formas quedan suspendidas, permanecen latentes en los espacios y tiempos del acondicionamiento corporal y solo se hacen “manifiestas” en momentos posteriores, en el espacio terapéutico privado de la consulta psicológica.

De esta manera, se movilizan en el escenario dos lecturas del cuerpo, una realizada desde la intervención pública de ese cuerpo y otra efectuada desde la intervención individual. Un observador desprevenido y recién llegado al trabajo de campo que inmediatamente empezara a observar el despliegue de los profesionales, de las máquinas y de los mismos jóvenes sobre sus propios cuerpos fácilmente podría concluir que el centro de atención humanitaria modifica la identidad corporal del joven al “hacerles ver” sus cuerpos como una pertenencia que debe cuidarse y no como un arma que debe inmolarsse para conseguir a cambio otros bienes juzgados como imprescindibles en aquella cultura juvenil de predominancia y dominio masculino, por ejemplo: *la percha* o ropa nueva y de marca, *el chango* o arma doméstica, *el motor* o motocicleta “bien engallada”, el imprescindible *botello de blanquito* para referirse al aguardiente con el que se pactan y cierran las *vueltas*, es decir, los negocios, y finalmente, todo *el visaje* (billeteras, pulseras, alhajas) con el que pueden atraer a las *nenas*, grupo en el

que se incluyen todas las mujeres jóvenes, o asegurar a la *chacha*, que es excluida del grupo anterior para constituirse en la novia o la mujer.

Pero, en realidad, el joven de la barriada no renuncia a esos otros valores, más bien los oculta en el despliegue de los cuerpos a través de toda la parafernalia terapéutica establecida. Sin embargo, en la institución humanitaria un lugar permanece abierto para el asomo de esos valores que confieren identidad y sentido. Se trata del consultorio psicológico, allí los comportamientos de los jóvenes, sus jergas particulares, sus emociones, sus creencias, sus filiaciones son develadas, pero siempre con el compromiso del terapeuta de mantener todo lo divulgado en el más absoluto hermetismo.

Aquí toma fuerza el pacto “sagrado” entre profesionales y jóvenes consultantes. Por fuera de las sesiones de consultoría individual, el joven se comporta en conformidad con las dinámicas que impone el proceso de rehabilitación física, allí el escenario es completamente transparente. En el consultorio psicológico en cambio operan con máxima intensidad los fenómenos de transferencia y contratransferencia propios de estos encuentros. Es fácil advertir como los comportamientos de psicólogos y jóvenes consultantes cambian luego del encuentro terapéutico, los profesionales de la salud mental suelen lucir un aspecto de cansancio extremo, los jóvenes aparecen pensativos, inquietos, algunas veces taciturnos. Sin duda alguna que allí también se define y redefine constantemente el dolor o mejor dicho la aflicción emocional para no confundirlo con aquel otro dolor objeto de interés de la rehabilitación física. Por supuesto, la aflicción que martiriza la psique de los jóvenes, con sentimientos encontrados de culpa, rabia, impotencia, tristeza, resistencia, abandono, conformidad, desesperación, etcétera, cambia, para bien o para mal, en conformidad con las circunstancias de los encuentros terapéuticos.

Pero estos encuentros no duran toda la vida y después de los mismos, los jóvenes consultantes retoman con mayor o menor rapidez sus propios itinerarios en el

proceso de rehabilitación. De vuelta de la reflexión individual al mundo cotidiano de la institución se instalan de nuevo en una máquina de poleas o solicitan a la enfermera que excave la profundidad de alguna herida, pero tales procedimientos no producen el olvido y lo tratado en el espacio “sagrado” se encarna en la psique para no dejar en adelante de rumiar.

El proceso de rehabilitación continuará con más sesiones de terapia física y psicológica en orden al logro de metas previamente estipuladas y pocas veces alcanzadas. En este proceso opera la instalación cada vez más profunda de la paradoja o tensión señalada en esta monografía como problemática. Jóvenes en tratamiento de rehabilitación física y psicológica, terapeutas, y etnógrafo estudioso de estos procesos, todos en común, cercados de un lado por lo que han dado por evidente en la comprensión e intervención del dolor y del otro lado por los arcanos de una cultura juvenil vulnerada y silenciada por el ruido de las armas. Esta tensión se acrecienta dramáticamente cuando el silencio absoluto de la consulta terapéutica magnifica el proceso privatizador que conquista con creces el ámbito de la salud pública e impide las propias expresiones de la cultura juvenil como mecanismo para exorcizar el horror que permanece latente en estos contextos urbanos de violencia.

3 Sobre el Contenido de la Monografía

La presente monografía consta de seis capítulos. El primero es un preámbulo al trabajo de campo ilustrado en los capítulos segundo al quinto. Este primer capítulo es un ejercicio reflexivo en el que intento definir los barrenos que me “circunscriben” como etnógrafo. Los siguientes capítulos se preocupan por ilustrar las intervenciones de la clínica, la recepción y el rechazo de los usuarios a las mismas, las conversaciones que se alejan del tema de la clínica, acudiendo para ello a discursos más o menos profanadores del secreto pactado con el profesional. Veamos con más detalle el contenido de cada uno de estos capítulos:

El Capítulo II destaca las intervenciones soberanas de la clínica sobre los cuerpos de los afectados por la violencia urbana. Las voces de los dolientes son prácticamente imperceptibles, hecho que resulta comprensible si se aprecia la sumisión de los usuarios a la narrativa tecno-científica y administrativa dominante.

En el capítulo III se advierte un aumento en el volumen de las conversaciones pero que no llega a ser lo suficientemente alto como para romper el pacto tácitamente acordado entre los profesionales de la salud mental y los dolientes: la prohibición de violar el secreto compartido en el ámbito privado e íntimo de la consulta terapéutica. El capítulo III es un murmullo que esporádicamente algún usuario se atreve a quebrantar, mostrando con ello la fragilidad del secreto (la violación del secreto se identifica en este capítulo con la letra cursiva).

El capítulo IV testimonia la presencia de voces fidedignas y audibles con las que los usuarios se acercan a una dimensión de lo ritual y superan el opresivo secreto (casos que se ejemplifican en letra negrilla). Finalmente el capítulo V da cuenta del mismo proceso por parte de los profesionales (también ilustrado en negrilla).

El capítulo VI propone reconsiderar lo encontrado como problemático en la etnografía al intentar transpolar los hallazgos de la misma a un contexto más grande y más complejo como es el caso colombiano. Para ello apela a algunos recursos “visuales” como re-ilustrar el título de la monografía utilizando algunos colores que dan mejor cuenta de lo que las palabras dicen por sí solas. Sólo una lectura concienzuda de la etnografía permite entender el significado de los colores seleccionados para ilustrar de nuevo el título en un mundo fascinado por los “mágicos” efectos que produce la intervención y el juego con la imagen. Pero el acto de colorear y reflexionar en torno a lo coloreado, al tiempo que ofrece algunas certezas, al delimitar mejor la situación de quienes padecen hoy en Colombia la infame injusticia del dolor desatendido, resulta insuficiente para matizar las zonas que separan un color de otro y para iluminar lo que queda en la zona sombreada. Ante tal limitación dejo de lado el color y apelo nuevamente al recurso del uso más

adecuado de las palabras. Gracias a ello, encuentro una construcción gramatical que me permite describir de manera más acertada lo que percibo que estaría sucediendo con el espacio y el tiempo del doliente. Coordinadas que construyen su volátil realidad y que la clínica decidió arrebatarnos en un acto adicional de violencia. La construcción gramatical a la que me refiero la denomino inconclusiones. Lo afirmado bajo estas construcciones aunque lo presumo como verdadero, por el momento conserva la volatilidad del tiempo y el espacio de los dolientes y debe ser convalidado por la propia experiencia de ellos y del posible diálogo que ellos entablen desde sus saberes particulares con otros saberes. Sólo entonces podré suprimir el prefijo in al término in-conclusión y de esa manera satisfacer a la clínica molesta por ahora con mi confesa inexactitud.

CAPITULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y REFLEXIVOS

Referencias al Contexto en el que Operan las Prácticas Clínicas para el Alivio del Dolor

A pesar de los asombrosos avances terapéuticos para el manejo del dolor y de sus supuestas causas, nunca antes se habían registrado tantos casos de sufrimiento físico y dolor emocional. La proliferación de pacientes en clínicas y consultorios privados y de usuarios en Instituciones Prestadoras de Salud (I.P.S.) que hacen parte del sistema oficial de salud afectados por esta verdadera epidemia de dolor⁴ ha organizado a equipos de médicos y de otros profesionales que los apoyan en una verdadera cruzada contra el dolor. Sin embargo, estos equipos jamás han considerado la posibilidad de que el mismo sistema en el que están inmersos sea causa suficiente para explicar el dolor y sufrimiento que intentan combatir.

Quienes conforman estos equipos expresan una extrema convicción de pertenencia, de entrega altruista y simbólica al hospital que les formó, un hospital que exaltan como icono egregio de la práctica médica, aunque uno de ellos, sin duda el más representativo, haya dejado de existir⁵. Definitivamente médicos y otros profesionales de la salud marcan su territorio. Habitados a vivir en el hospital desde los años mozos y de ser este escenario lugar de vida y de trabajo alejado casi por completo de los demás mundos sociales, no encuentran otra alternativa que extender sus vidas en el mismo hospital una vez culminada la etapa de preparación. Al no poder hacerlo fielmente (continuar en contacto con sistemas complejos de valoración de pacientes que funcionan siguiendo una lógica piramidal en la que el doliente es visto sucesivamente por estudiantes y

⁴ Morris (1991) en su libro *La cultura del dolor* no solo plantea la necesidad de considerar el dolor como una enfermedad, y no como un síntoma. El autor va más lejos y propone considerar el dolor como la epidemia por excelencia de finales del siglo XX.

⁵ Para el caso es paradigmático el cierre del Hospital San Juan de Dios, quienes allí se formaron, añoran nostálgicamente la práctica clínica que creció con el siglo XIX y logró su esplendor en la segunda mitad del XX, antes de ser apabullado por la reforma legislativa que tuvo que enfrentar la salud hace ya diez años.

profesionales de diferentes niveles de conocimiento antes de llegar a ser objeto de la mirada del gran Maestro), simplemente intentan replicar el escenario. De suerte que aquellos que logran “contaminarse” menos de los mundos sociales externos, podrán mantenerse más seguros en el territorio que han demarcado con sus símbolos y sus prácticas (la bata blanca, el fonendoscopio, el manual de terapéutica como constante texto de consulta, la terminología científica, el hablarse y tratarse siempre entre ellos como doctores, etc.). La seguridad que confiere este territorio demarcado, conduce a que nunca sea puesto en tela de juicio, sobretodo, por los mismos doctores, que argumentan fundamentos “científicos” para explicar su quehacer. Es necesario una mirada de fuera por parte de alguien que haya podido escapar a la certidumbre que confiere el título de Doctor en medicina, para develar cómo las prácticas instituidas sobre el cuerpo para ofrecerle curación o alivio terminaron siendo prácticas de sometimiento del mismo. Este develamiento fue hecho por Michel Foucault⁶ luego de un exhaustivo estudio de las prácticas médicas desde el siglo XVI hasta nuestros días.

Michel Foucault y la Crisis de la Medicina:

Michel Foucault es pionero en relacionar las prácticas médicas de la modernidad con intereses de poder propios de quienes legitiman, ejecutan y con ello detentan dichas prácticas. Foucault descubre y describe el proceso de consolidación de una nueva forma de mirar los cuerpos que llamó **mirada clínica**. Bajo el foco de esta mirada el cuerpo deja de ser considerado como una estructura profundamente ligada a la combinación de los diferentes elementos que pertenecen a la

⁶ En efecto, Michel Foucault es un representante –por excelencia- de este tipo caracterológico de personaje que se rehúsa a formar parte de las estructuras de poder y prefiere develarlas. Con respecto, por ejemplo a las prácticas médicas, su principal biógrafo (Didier Eribon) ilustra como el padre de Foucault predestinaba a su hijo al rol de cirujano y su prologuista Christian Ferrer: a “*La vida de los hombres infames*” (1990) comenta: “*Sus primeras armas intelectuales las vela ante las puertas de la clínica psiquiátrica y del hospital general y sus pasos lo conducen a indagar y desbaratar los discursos sociales sobre la enfermedad mental, la medicalización de la sociedad y las relaciones entre psiquiatría y derecho penal. ¿No habrá sido la caja de herramientas “teóricas” el disfraz astuto de maletín de galeno? La pluma, se sabe, puede ser tan filosa como un bisturí y entre las metáforas trilladas del léxico crítico es bien conocida la licuefacción de la tinta en veneno. En la mesa de trabajo del filósofo el escalpelo burilaba el papel. Y si bien que la coincidencia de vida y obra es, no pocas veces, arbitraria, no es del todo impertinente especular cómo el escritorio de Foucault se transformó en quirófano y la vivisección en estrategia intelectual*”.

naturaleza (concepción de la *physis* aristotélico-galénica) y empieza a ser percibido como una masa de carne que puede ser disecada y comprendida a partir de los diversos tejidos que la conforman.

David Morris en su libro *La cultura del dolor* ilustra con precisión el concepto foucaultiano de mirada clínica y lo relaciona con el tema del sufrimiento al analizar detenidamente la vida del Marqués de Sade y su íntima relación con el sexo y el dolor. Al respecto dice Morris (1991:259-260):

“En toda Francia los reformadores argumentaban con fuerza a favor de una nueva visión médica que renunciara a las “explicaciones hipotéticas” y a los “sistemas imaginarios” – que se asociaban con la educación tradicional de los médicos- y se concentrara en experimentos científicos y en observaciones clínicas. La vida de Sade coincide con la revolucionaria serie de sucesos y de descubrimientos en la medicina francesa que Michael Foucault ha llamado “el nacimiento de la clínica”. Esta audaz reestructuración del pensamiento médico trascendió la práctica de la enseñanza clínica que muy rápidamente había desplazado a la moribunda medicina académica que se enseñaba en París. Implicaba un énfasis nuevo en las artes, antaño desdeñadas o subordinada, de la farmacia y la cirugía. Estas profesiones, hasta entonces calificadas de mero comercio, gozaban ya de un status elevado: poseían conocimientos y técnicas que permitían penetrar la superficie opaca del cuerpo. Se había abierto un nuevo espacio para la medicina.

No solo un nuevo espacio: el alterado paisaje de la medicina resultó inseparable de un nuevo modo de ver y de hablar. La comprensión de la enfermedad procedía ahora mediante investigaciones que destacaban los procesos interiores. “Las autopsias empezaron a ser rutinarias –nos dice un historiador-, y las causas de las enfermedades empezaron a verse concretamente en tumores, abscesos, úlceras, inflamaciones y hemorragias situadas dentro del cuerpo”. Hitos de esta nueva “mirada” clínica (como la llama Foucault) son la instrucción en cirugía clínica que dictaba Desault en el gran anfiteatro que consiguió en el hotel-Dieu; los estudios de Pinel sobre la enfermedad mental diseñados para establecer correlaciones entre las pasiones y la fisiología; el sistemático estudio de los tejidos que efectuó Bichat y que alteró las nociones médicas sobre los órganos internos y colaboró a fundar la histología. Incluso – y por más utópico que parezca- el cierre de todas las escuelas francesas de medicina en los años posrevolucionarios entre 1792 y 1794 y las

exigencias prácticas de una medicina de combate distinta durante las guerras napoleónicas, ayudaron a crear una distancia decisiva con el pasado. París, durante los años de prisión de Sade, superó a Leyden y Edimburgo y se convirtió en el centro de un nuevo y moderno pensamiento médico.”

La explicación de Morris permite advertir cómo con el advenimiento del pensamiento científico característico de la modernidad, la mirada clínica construye el cuerpo ilustrado y como signo prototípico del mismo, el atlas de anatomía que lo representa⁷.

En concordancia con la explicación anatómica, el dolor empieza a ser entendido como una perturbación (una anomalía) en la conformación de las estructuras que aparecen ordenada y repetitivamente en el atlas. **La mirada clínica construye también el dolor clínico.** Desde entonces, el dolor clínico dará cuenta de un “cuerpo desordenado”, susceptible de ser corregido mediante el retorno de ese cuerpo a su estado primigenio (el que viene expresado en el atlas) a través de prácticas de sometimiento propias de lo que Foucault (1990:85-86) llama el “despegue” médico y sanitario del mundo desarrollado y que el mismo autor agrupa bajo tres vertientes: 1) “La medicalización, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se viesen englobados, a partir del siglo XVIII, en una red de medicalización cada vez más densa y más amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina”; 2) “La economía de la salud, o sea, la integración del mejoramiento de la salud, los servicios de salud y el consumo de salud en el desarrollo económico de las sociedades más privilegiadas”; y 3) “La biohistoria, es decir, el efecto en el ámbito biológico de la intervención médica; la huella que puede dejar en la especie humana la fuerte intervención médica que comenzó en el siglo XVIII”. Estos tres tópicos, parodian a la perfección una sentencia del catecismo católico: son tres eventos distintos y una sola medicina verdadera.

⁷ Para el caso, son paradigmáticos los Atlas de Anatomía de Testut y de Latarge, bajo cuyos parámetros, numerosas generaciones de médicos han sido adiestrados.

Foucault menciona los tres puntos anteriores como fenómenos o eventos de una misma realidad, a saber, el modelo de funcionamiento histórico de la medicina a partir del siglo XVIII cómo explicación viable a la crisis actual de esta disciplina⁸. Creo, no obstante, que lo que viene sucediendo en los últimos treinta años es la disolución de la historia de la medicina en la eficacia demostrada por los modelos propios de la economía de la salud y en la prosperidad asegurada por la biohistoria, y no la resolución histórica de su crisis mediante una aparente reconfiguración de sus prácticas en torno al desarrollo de un sistema médico y sanitario fundamentado en el progresivo auge de la medicalización. En otras palabras, la crisis del modelo médico occidental se deja descubrir como crisis de la medicalización, pero esto no afecta la consolidación del modelo económico de salud como paradigma vigente y poderoso y el progresivo avance de la ciencia y las técnicas médicas cómo responsables del espectacular despegue histórico propuesto en el siglo XVIII. Las promesas hechas por la próspera economía de la salud y por los exitosos logros tecnocientíficos que han beneficiado a las comunidades de punta, dentro de esta lógica desarrollista, hacen pensar que no existe crisis alguna y que la medicalización solamente es un evento circunstancial en el proceso.

El dolor físico y emocional que sufren cada vez más personas va en contra de estas suposiciones y manifiesta la gravedad misma del proceso de medicalización que si bien obedece a un proceso histórico, sus consecuencias más dramáticas se vienen viviendo en el presente. Paradójicamente, el proceso de medicalización progresivo y destinado a colonizar “exitosamente” todas las esferas de la vida, deja por fuera de su ámbito al dolor y sus víctimas intentan, en consecuencia, refugiarse en aquellos pocos reductos que no han sido cubiertos por el proceso medicalizador (algunas sectas religiosas, guetos, grupos de individuos

⁸ Se trata de la crisis actual (aquella que es propia desde finales del siglo XX) de la medicina planteada por Ivan Illich (1996:39-45) en y que señala como punto central del debate la individualización progresiva de la medicina y el descuido de la misma como práctica social. Noción que Foucault cuestiona al ejemplificar, mediante concienzudos rastreos históricos, cómo la medicina desde el siglo XVIII es eminentemente social y en consecuencia la crisis actual no es realmente actual, sino que sus raíces históricas deben buscarse en la práctica social de la medicina.

desinteresados por seguir viviendo y en consecuencia practicantes de las actividades más temerarias, etc), y en menor medida en asociaciones organizadas para censurar y oponerse a este proceso de medicalización absoluta de la vida (movimientos sociales de discapacitados, “enfermos”, consumidores de sustancias “tóxicas”, hombres, mujeres y homosexuales resistentes a los discursos medicalizadores de la sexualidad, etc.).

En concordancia con este grupo creciente de dolientes, no plantearé el problema de la crisis de la medicina en los términos en los que lo enuncia Michel Foucault, pese a estar muy de acuerdo con este autor en lo hasta aquí expuesto. Foucault (1990:71), al cuestionar a Ivan Illich, plantea que la crisis de la medicina debe considerarse de la siguiente manera: *“El problema no debe ser el de si se requiere una medicina individual o social, sino el del modelo de desarrollo de la medicina a partir del siglo XVIII, cuando se produjo lo que podríamos denominar su “despegue”. Este “despegue” sanitario del mundo desarrollado fue acompañado de un desbloqueo técnico y epistemológico de considerable importancia de la medicina y de toda una serie de prácticas sociales. Y son estas formas propias del “despegue” las que conducen hoy a la crisis. La cuestión estriba en saber: 1) ¿Cuál fue ese modelo de desarrollo? 2) ¿En qué medida se puede corregir? 3) ¿En qué medida puede ser utilizado actualmente en sociedades o poblaciones que no experimentaron el modelo de desarrollo económico y político de las sociedades europeas y americana? En resumen, ¿Cuál es el modelo de desarrollo? ; ¿Puede ser corregido aplicado a otros lugares?”*

Estas preguntas, fueron ampliamente contestadas por el mismo Foucault y sin duda las respuestas ayudan a entender la crisis de la medicina desde una perspectiva histórica. Sin embargo, considero que dicha crisis es mucho más compleja, y aparte de las preocupaciones por el tema social expresadas por Illich o de las consideraciones por el devenir histórico planteadas por Foucault, es necesario tener en cuenta las reflexiones hechas por los mismos afectados de la crisis, los más o menos inmersos en el proceso de desarrollo médico y sanitario de

Occidente. Estas preguntas son al tiempo el eje conductor del trabajo de campo desarrollado en los siguientes capítulos. Las dos primeras preguntas parten de los mismos planteamientos foucaultianos con el ánimo de constatar en los sufrientes sus descripciones acerca de la mirada clínica. Las dos siguientes preguntas se van alejando del modelo foucaultiano al dejar de lado las consideraciones históricas del problema y adentrarse en cambio en la observación y reflexión etnográfica en torno al mismo problema de la crisis de la medicina, la medicalización y el proceso creciente de desatención del sufriente: 1) ¿Replican los sufrientes en la cotidianeidad de las prácticas terapéuticas en las que participan, lo ilustrado por Foucault cuando relaciona la mirada clínica con el sometimiento de los cuerpos a discursos de poder más o menos ocultos?; 2) ¿Manifiestan sus cuerpos actitudes o comportamientos que se alejan del adiestramiento propio de la mirada clínica?; 3) ¿Tienen los dolientes un suficiente poder de convocatoria para dar testimonio de sus sufrimientos y con ello proponer cambios en este devenir histórico de progreso?; 4) ¿Son los referentes simbólicos de sus culturas de origen lo suficientemente sólidos para ofrecer sentido a sus dolores y sufrimientos como consecuencia de un fracaso en el modelo de desarrollo ofrecido? Respuestas a estas preguntas pueden ser rastreadas en el texto etnográfico explicitado en los capítulos II, III, IV y V, y reflexiones más profundas en torno a lo que considero hallazgos etnográficos pueden evidenciarse en el texto concluyente ilustrado en el capítulo VI. Pero antes de entrar de lleno en materia etnográfica es importante profundizar un poco más en la medicalización, la economía de la salud y la biopolítica.

La Medicalización Indefinida

Para Foucault, la medicalización indefinida es resultado del rebosamiento del ámbito propio y campo tradicional de la medicina a saber: la atención a la demanda del enfermo definida por (1990:75) *“su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de*

actividad, definido por un territorio de objetos denominado enfermedades y que da un estatuto médico a la demanda”.

En la actualidad, la medicina responde a motivos diferentes a los de la demanda del enfermo. En lugar de ello, la medicina se impone al individuo, como acto de autoridad. Foucault ejemplifica varios casos, en los que esto acontece con relativa frecuencia: 1) las prácticas de tamizaje para detectar enfermedades en la población, sin que se requiera para ello la solicitud del enfermo; 2) las labores de peritaje en las que el médico otorga su concepto profesional en orden a que se declare una sentencia judicial; 3) la normativización de comportamientos sexuales dándose por aceptado que las anomalías sexuales no son enfermedades; 4) las actividades emprendidas para garantizar la salud del individuo como el saneamiento del agua, las condiciones de vivienda o el régimen urbanístico, asuntos que no están exclusivamente vinculados con las enfermedades.

Al respecto, Foucault es más explícito cuando dice (1990:76): *“Si bien es cierto que los juristas de los siglos XVII y XVIII inventaron un sistema social que debería ser dirigido por un sistema de leyes codificadas, puede afirmarse que en el siglo XX los médicos están inventando una sociedad, ya no de la ley, sino de la norma. Los que gobiernan en la sociedad ya no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema de la normalidad”.*

Sin embargo, no sólo lo más característico, sino también lo más preocupante es “que la medicina de los últimos decenios, además de ocuparse de otros aspectos distintos de los pacientes y las enfermedades, comienza a no tener campo exterior... En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un territorio exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso.” Sin embargo, como lo ilustraré adelante, resulta cada vez más

paradójico que los asuntos inherentes a la disciplina médica (aquellos que tiene que ver con las demandas directas de los enfermos en relación con sus síntomas) son menos objeto de consideración de la propia medicina. Cuando menos, el abordaje del cuerpo enfermo mediante el saber médico se difumina en medio de la creación de múltiples sistemas de atención en los que este cuerpo “necesitado” resulta desbordado, y en consecuencia su dolor pasa desapercibido, frecuentemente magnificándose sin que los responsables de las nuevas ofertas medicalizadoras y también sus consumidores (los usuarios) tengan plena conciencia de este hecho.

La Economía Política de la Medicina

La investigación histórica característica de Foucault, le permite también comprobar cómo desde el siglo XVIII la medicina y la salud fueron presentadas como problema económico. Así por exigencias económicas, ligadas a una epizootia (y no una epidemia), surge la Real Sociedad de Medicina demostrando con ello cómo los problemas económicos fueron los que motivaron el comienzo de la organización de la medicina.

Pero, para Foucault, lo que resulta llamativo en la actualidad es el hecho de que la medicina se vinculó con los grandes problemas económicos a través de un aspecto distinto del tradicional. Así (1990: 80-81): *“En otro momento lo que se exigía a la medicina era el efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como a un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna. En la actualidad la medicina entronca con la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en la medida en que se convirtió en objeto de consumo, en producto que puede ser*

fabricado por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros –los enfermos posibles y reales- adquirió importancia económica y se introdujo en el mercado.

Pero la importancia del desarrollo de esta economía política no solamente radica en la transformación que a partir de ello ha tenido la salud como práctica de consumo y por ende en franca competencia con otros bienes “comerciales”. También, en el reforzamiento sobre la disciplina de los cuerpos, que ya no se ejerce únicamente desde una necesidad hecha mandato por preservar lo que se determina como “normalidad”, sino desde la inculcación del deseo por conformar el cuerpo a determinados patrones estéticos. Hecho explicado por Foucault del siguiente modo (1990:81): *“El cuerpo humano se vio doblemente englobado por el mercado: en primer lugar en tanto que cuerpo asalariado, cuando el hombre vendía su fuerza de trabajo, y en segundo lugar por intermedio de la salud. Por consiguiente el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico, puesto que es susceptible a las enfermedades y a la salud, al bienestar o al malestar, a la alegría o al sufrimiento, en la medida que es objeto de sensaciones, deseos, etcétera.”*

La Biohistoria: Cientificidad y Eficacia de la Medicina

El término biohistoria acuñado por Foucault encierra dos significados, uno explícito y otro implícito relacionado con la noción de riesgo médico. El primero es definido por el propio filósofo cuando dice (1990:71-72): *“lo que surge desde comienzos del siglo XX es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, no en la medida de su ignorancia y falsedad, sino en la medida de su saber, en la medida en que constituye una ciencia.(...) En cambio, lo que resulta mucho más interesante y plantea el verdadero problema es lo que podría denominarse no la iatrogenia, sino la iatrogenia positiva, los efectos médicamente nocivos debidos no a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de una sustancia, sino a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional. En la actualidad los*

instrumentos de que disponen los médicos y la medicina en general, precisamente por su eficacia, provoca ciertos efectos, algunos puramente nocivos y otros fuera de control, que obligan a la especie humana a entrar en una historia arriesgada, en un campo de probabilidades y riesgos cuya magnitud no puede medirse con precisión”.

Para ilustrar estos casos cada vez más frecuentes de iatrogenia positiva, Foucault cita como ejemplos el creciente problema de la resistencia bacteriana que afecta de manera creciente a una mayor proporción de la población, al perturbar no solamente el ecosistema no solo del individuo sino de la propia especie humana, que queda expuesta a ataques contra los que el organismo anteriormente estaba protegido. El filósofo francés concluye (1990:75): *“En definitiva, no se sabe a lo que conducirán las manipulaciones genéticas efectuadas en el potencial genético de las células vivas, en los bacilos o en los virus. Se tornó posible técnicamente elaborar agentes agresores del organismo humano para los que no hay medios de defensa ni destrucción. Se pudo forjar un arma biológica absoluta contra el hombre y la especie humana sin que simultáneamente se desarrollaran los medios de defensa contra esta arma absoluta. Esto hizo que los laboratorios estadounidenses pidieran que se prohibieran las manipulaciones genéticas que actualmente pueden realizarse. Así pues, entramos en una dimensión bastante nueva de lo que podría denominarse riesgo médico”.*

La biohistoria ilustra el proceso y el punto a los que hemos llegado con el avance científico y técnico del saber médico y su aplicación sobre los cuerpos. Pero no puede decir nada certero sobre el futuro y debe confirmarse apenas con enunciar ciertos riesgos. Estos riesgos están implícitos en el concepto mismo de la biohistoria y son más o menos la probabilidad del logro de una panacea para muchas afecciones del cuerpo y de las emociones, al tiempo que la amenaza apocalíptica que como Frankenstein terminará dando muerte a su propio creador.

Para Foucault, el riesgo médico es (1990:73-74) *“el vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina, no es nuevo, sino que data del momento en que un efecto positivo de la medicina fue acompañado, por su propia causa, de varias consecuencias negativas y nocivas. Este fenómeno característico de la historia de la medicina moderna adquiere actualmente una nueva dimensión en la medida en que, hasta los últimos decenios, el riesgo médico concernía únicamente al individuo que podía morir en el momento en que iba a ser curado. A lo sumo se podría alterar su descendencia incierta, es decir, el dominio de la posible acción negativa se limitaba a una familia o una descendencia. En la actualidad, con las técnicas de que dispone la medicina, la posibilidad de modificar el armamento genético de las células no solo afecta al individuo o a su descendencia sino a toda la especie humana; todo el fenómeno de la vida entra en el campo de acción de la intervención médica. No se sabe aun si el hombre es capaz de fabricar un ser vivo de tal naturaleza que toda la historia de la vida, el futuro de la vida, se modifique”.*

Por supuesto que el advenimiento de este nuevo tipo de riesgo médico genera incertidumbre ante la posibilidad de cuerpos desanclados de los controles y las disciplinas tradicionales. Así, la biohistoria advierte de las consecuencias de los progresos de la ciencia y la técnica médica: un mayor control sobre los cuerpos a través de mecanismos más sutiles e inciertos como la manipulación genética. Esta incertidumbre hace mella en un grupo cada vez más numeroso de académicos e intelectuales, que prevenidos de los peligros intentan negociar con los máximos representantes del avance tecno-científico de la medicina en orden a procurar los mejores logros en control o curación de una dolencia individual; por ejemplo, con los menores efectos sobre el total de la población, situación bastante difícil si atendemos a las palabras anteriores de Foucault. El discurso de advertencia y de negociación de los académicos con los manipuladores de los genes, por ejemplo, se ha extendido vastamente y en la actualidad ya conforma una disciplina conocida como Bioética. En consecuencia la biohistoria también genera la bioética y ella se instala también como un discurso de control sobre los cuerpos. En este

caso particular, los cuerpos quedan sometidos a la advertencia del riesgo, a la inminencia de una catástrofe que afectaría la vida futura, y a la visión romántica de un pasado mejor.

Este discurso bioético ha permeado ya la opinión y el sentir del común de las personas y se deja ver en la siguiente descripción de Foucault (1990:75): *“Una serie de fenómenos, como el rechazo radical y bucólico de la medicina a favor de la reconciliación no técnica con la naturaleza, temas como el milenarismo y el temor a un Apocalipsis de la especie, representan de manera difusa, en la conciencia de las personas, el eco, la respuesta a esta inquietud técnica que los biólogos y los médicos empiezan a demostrar en cuanto a los efectos de su propia práctica y del propio saber. El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no sólo por sus consecuencias inmediatas para el individuo o para un grupo de individuos, sino para la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual”*.

Convergencias y Divergencias con los Planteamientos de Foucault

Resumiendo los planteamientos de Foucault, medicalización, biohistoria y un creciente influjo de la economía de la salud advienen como legado de la medicina del siglo XVIII, y prometen “perfeccionarse” para perpetuar y superar los éxitos alcanzados entre finales del siglo XIX y la primera mitad del XX. Foucault, cita el plan Beveridge como el hito contemporáneo que dispara el “éxito” actual de la medicina, pero a mi juicio, dispara también su contra-cara, la “crisis” actual de la medicina.

Como ya se ha explicado, para Foucault, la crisis debe entenderse en este devenir histórico. Se requiere en consecuencia una consideración profunda de los fenómenos que llevaron, por ejemplo, a que se desarrollaran determinados enfoques en medicina en lugar de otros. De igual manera, para comprender la

“crisis” actual es necesario rastrear históricamente los sucesos que llevaron a que no se cumpliera con la promesa de erradicar la enfermedad y el sufrimiento a partir del momento mismo del “despegue” médico sanitario. Se requiere igualmente entender los riesgos actuales, aquellos propios de una medicina de consumo, dentro de una perspectiva que deje ver el proceso creciente de intervención de la economía política en la definición de asuntos que se iniciaron con la conveniencia de cuerpos saludables para la fuerza de producción, hasta el momento actual de moldeamiento plástico de los cuerpos en concordancia con ciertos modelos estéticos que suscitan intercambio comercial. Finalmente, las consecuencias propias de la medicina como práctica potencialmente nociva, deben ser vistas a la luz de los desenlaces en el tiempo que día a día hablan por ejemplo de las consecuencias no previstas de la manipulación genética, en comparación con un ayer anhelado románticamente por muchos donde a lo sumo un error de prescripción no pasaba de ser un accidente fortuito.

Otros autores como Ivan Illich⁹, centran su explicación de la crisis “actual de la medicina” en el hecho de que esta disciplina ha venido obedeciendo ciegamente los preceptos de un nuevo sistema de salud orientado a la atención individual de los usuarios en detrimento de las prácticas (propias de una medicina pública) dirigidas a la preservación de un ambiente externo (ecológico y social) sano.

Desde mi perspectiva puedo afirmar que, pese a las frecuentes discusiones entre representantes de una explicación histórica de la medicina y pregoneros de una justificación social, ambas “escuelas” tienen fundamentos lo suficientemente sólidos para aportar posibles salidas a la crisis que denuncian y que resulta mucho

⁹ La obra clásica de Ivan Illich, después de treinta años de publicada sigue siendo vigente. Al respecto la editorial de la revista Archipiélago en su número 25 dedicado a la salud y la enfermedad presenta a Illich como portador de un mensaje “donde, con voz radical y sin contemplaciones continúa su inquebrantable lucha contra el cuerpo quebrantado por la medicina.” Y el mismo Illich rememora su famosa obra diciendo: “La frase inicial de *Némesis médica* era una acusación: “la medicina institucionalizada ha llegado a convertirse en una grave amenaza para la salud”. Resulta extraño que esta frase pudiera sorprender y disgustar en 1974. Hoy es un tema trillado. Sostenía “que el profano y no el médico tiene la perspectiva y el poder efectivo de parar la epidemia iatrogénica actual”. El mismo congreso que animó a 2300 físicos a trabajar en el superacelerador ahora hace lo que yo pedía. “Reclama su propio control sobre la percepción, la clasificación y la toma de decisiones médicas” ¿De qué me quejo entonces?”

más importante la superación de explicaciones mono-causales. En lugar de ello, resulta perentorio abrir el abanico de explicaciones a la presente crisis. Cuantas más maneras de entender el impasse actual de la medicina tengamos, más posibilidades habrá de encontrar salidas al mismo.

Por tal motivo propongo, como aporte a la consideración del problema planteado por Foucault e Illich, una explicación centrada en consideraciones antropológicas y validadas “localmente” mediante un estudio etnográfico. A partir de mi conocimiento antropológico y etnográfico, puedo afirmar que la crisis actual de la medicina es también una crisis de sentido. Es decir, una pérdida de los referentes simbólicos que tiene el común de las personas de la salud y la enfermedad en relación con las ofertas hechas desde la medicalización creciente, la intervención económica de la salud y las promesas de la biohistoria.

Tal pérdida de referentes simbólicos es posible evidenciarlo, por ejemplo, a través de estudios comparativos de pueblos que Foucault llamaría menos desarrollados en el proceso de “despegue” médico y sanitario. De estos últimos emergería con relativa facilidad información sobre sistemas de salud alternos en los que creencias, ritos, instituciones, prácticas y roles particulares de cada persona, entre otros, estarían continuamente surtiendo a los individuos con “herramientas” para entender, comunicar, manejar, curar o mitigar la enfermedad o la dolencia.

Pero los estudios comparativos no son propósito de este estudio. Lo que aquí interesa no es el contrastar sino más bien el develar las situaciones de dolor y enfermedad que se presuponen problemáticas en una sociedad que, como ya se anotó, parece carecer de referentes de sentido cuando enfrenta este tipo de situaciones dolorosas para el cuerpo o el espíritu. La premisa etnográfica que señala la importancia de observar desde la perspectiva del Otro, resulta ser inmensamente útil en este cometido, al igual que los estudios antropológicos preocupados por intentar comprender el vacío evidenciado en las carencias de sentido frente a situaciones tan complicadas y frecuentes como las calamidades

personales, familiares y sociales a causa de conflictos bélicos¹⁰. De otro lado, la dificultad para expresar lo indecible en una sociedad poco o nada receptiva a los relatos de lamento y donde el cuerpo doloroso como consecuencia de enfermedades crónicas ligadas con el progreso (diabetes, artritis degenerativas, invalidez a causa de complicaciones circulatorias, etc.) es motivo de vergüenza, derrota y rezago en la carrera por el éxito¹¹

En consecuencia, la etnografía que a continuación se expone diverge y converge al mismo tiempo con los planteamientos de Foucault. Diverge en el método (etnográfico, en lugar de histórico) y en el acento que este método pone no en la tendencia temporal sino en el testimonio (trans-temporal) del sufrimiento y el dolor, de los cuales son objeto un número creciente de “ciudadanos” contemporáneos y que ponen en vilo los avances de la medicina occidental y exacerbaban una crisis que los sectores oficiales y humanitarios presuponen resuelta.

De otra parte, el estudio etnográfico desarrollado converge con los planteamientos de Foucault en el reconocimiento de un devenir histórico que concede importante valor a la explicación de la crisis actual de la medicina, y que resulta particularmente útil para entender las limitaciones crecientes de esta disciplina en dar cuenta del dolor físico y emocional que engloba cada vez más afectados. Converge también en la aceptación de “categorías” propias del proceso histórico particular del “despegue” de la medicina en occidente, tales como la medicalización, la economía de la salud y la biohistoria. Finalmente reconoce correspondencias entre tales categorías y los hallazgos en los relatos etnográficos que ilustran la replicación de la mirada clínica dos siglos después y a millares de kilómetros de distancia del Hotel-Dieu; señalan las actitudes y comportamientos corporales que se alejan del adiestramiento de la mirada clínica pero que no alcanzan a ser lo suficientemente fuertes para conferir sentido personal o colectivo

¹⁰ Ejemplo de ello son los estudios antropológicos de Veena Das (1997)

¹¹ Casos analizados con profundo detalle por Arthur Kleinman (1994).

a la dolencia, limitación o enfermedad; anuncian narrativas orales o corporales mucho más estructuradas y capaces de dar testimonio de un sufrimiento individual o social que cuestiona el devenir histórico de la medicina hacia el tan mentado progreso; y finalmente, dan cuenta de lo indecible, es decir, de todas aquellas circunstancias en las que lo puesto en escena no puede ser corroborado por ninguna categoría histórica o social y sencillamente cae en el vacío de sentido experimentado por tantas personas, y es entonces objeto de interés de una mirada antropológica capaz de dar mejor cuenta de estas circunstancias.

La Intención Reflexiva del Texto Etnográfico: Mi Posición como Etnógrafo, Un Preámbulo al Diálogo con El Otro

Tal como lo mencioné en la introducción, mi papel como etnógrafo resultó bastante complicado. En ningún momento llegó a ser fácil la intención de camuflar la postura de poder como médico, al tiempo que era factible beneficiarme de la misma. Era indudable que esta postura me otorgaba un lugar privilegiado para observar las dinámicas del “pequeño mundo” etnografiado y marcado por el dolor físico y el sufrimiento emocional. Más que complicado, mi papel era ambiguo, pues “debía” comportarme como un médico vinculado a un equipo de rehabilitación e incorporar en mí todos los formalismos del ejercicio de esta disciplina (uso de una indumentaria particular, manejo de un lenguaje tecnificado para entenderme con mis colegas, dar instrucciones y formulaciones a los pacientes con cierto aire de autoridad, etc.), al tiempo que me identificaba por completo con los fundamentados teóricos recién explicados.

Sin embargo, un hecho relevante me ayudó a manejar mejor este sentimiento de ambigüedad: el tomar plena conciencia de mi situación privilegiada de poder. En efecto, resultaba sorprendente la reiteración del equipo terapéutico de empoderarme en el papel de médico, cuando todos los integrantes del mismo equipo conocían y estaban advertidos de mi trabajo como etnógrafo. Por supuesto que esta “presión” del equipo por lograr un importante desempeño en mi papel

como médico no era del todo gratuito. El participar como médico daba mayor seguridad al equipo en lo concerniente a la toma de decisiones clínicas, pues ante la ausencia de este tipo de profesional en la institución (pese a desarrollarse prácticas en extremo medicalizadas), el recurso frecuente era “negociar” con el usuario acerca de la necesidad de consultar con un médico (externo a la Institución) ante la presencia o persistencia de síntomas determinados. En correspondencia con el resultado de dicha “negociación”, proceder o no a remitir a un hospital de la red pública, asunto también difícil de realizar por un profesional de salud no médico. Mi presencia como “médico” ayudaba a llenar esta brecha y como resultado inmediato el equipo terapéutico podía estar más tranquilo. Pero para ello era necesario que los miembros del equipo reiteraran constantemente mi “compromiso” de despliegue en las labores médicas y de esta manera sortearan la presunta amenaza de que yo incurriera en un temido extravío etnográfico.

Fue justamente la toma de conciencia del poder que me fue otorgado al ser presentado a los usuarios como figura de autoridad científica, lo que me llevó a reconocer y re-examinar, en las prácticas médicas que me disponía a realizar, la mirada clínica descrita por Foucault. Especialmente el hecho de verificar en mi propio cuerpo y en las relaciones entabladas a través del mismo, la anulación ejercida sobre los usuarios al sujetarlos a un “poder” proveniente de mis diagnósticos, mis decisiones y mis pronósticos clínicos.

Por supuesto, que tal toma de conciencia no solo me llevó a reconocer el tan mentado y molesto poder, sino que también me condujo a desarrollar mecanismos que intentaran equilibrarlo en orden a encontrar una postura más ética. Parodiando a Levinas, más en sintonía con el rostro del Otro. Así que de manera más o menos consciente fui alternando la mirada clínica con otro tipo de mirada alterna: **la mirada antropológica o etnográfica** que traduzco en el texto ilustrado en los siguientes capítulos.

Pronto me di cuenta que esta **mirada antropológica o etnográfica** ya la había agudizado en otros escenarios y era propia de alguien que habiendo participado en la vida hospitalaria y habiéndose apartado de la misma (por eventos coyunturales en su vida y en su formación profesional), desde tiempo atrás había empezado a considerar lo familiar del hospital como extraño y lo extraño de este mundo hospitalario como familiar. Sin embargo, el ejercicio permanecía inconcluso, al no haber llevado con anterioridad un juicioso registro de lo observado y mucho menos profundizar en lo consignado a través de una práctica reflexiva que estuviese encarnada en el mismo texto.

La mirada antropológica que fui agudizando en el trabajo de campo, al igual que la mirada clínica, centraba el foco de atención también en el cuerpo. Pero a diferencia del ejercicio clínico, con la mirada antropológica empezaba a abandonar la consideración del cuerpo como algo neutral que se podía “abordar objetivamente”, mediante los sentidos de los facultativos. Cuando estos resultaban insuficientes, la mayoría de las veces, por medio de sondas, imágenes, lecturas de gases y fluidos etc. Iniciaba un proceso simultáneo y de mayor complejidad de entender y explorar el cuerpo dentro de un proceso sucesivo de cambios, mediante los cuales el mismo negocia continua y reiteradamente el sometimiento o la liberación de los poderosos dispositivos de control ampliamente descritos en el segundo capítulo, más o menos evadidos en el tercer capítulo e intentados superar en el cuarto y quinto capítulos.

Ciertamente, esta mirada antropológica surgía en el momento mismo del trabajo de campo como un recurso extraordinario para ver lo imperceptible desde la mirada clínica. Para apreciar en profundidad el proceso de “metamorfosis” de los cuerpos en sus “negociaciones” con los dispositivos de control instaurados, aquellos que definen y delimitan en consecuencia la realidad del dolor de los usuarios a los parámetros de la medicina científica, basta un breve repaso a lo comentado páginas atrás. Recordar, por ejemplo, como el cuerpo de la clínica moderna (siglo XIX en adelante) ha estado sometido a diferentes prácticas

hospitalarias, administrativas, biohistóricas y psicológicas mediante las cuales la percepción personal y social del cuerpo (aquella apropiada desde los referentes simbólicos de las culturas de origen y desde las modificaciones hechas a las mismas a partir de las experiencias personales), se ha modificado (en el sentido de generar cambios metamórficos) y reemplazado por una percepción homogénea fundamentada en los preceptos de la clínica, la racionalización, el avance tecnocientífico y el autocontrol de las emociones.

La mirada etnográfica agudizada en este estudio, busca en consecuencia centrar su foco de atención en los vacíos que van quedando en el sucesivo proceso de cambios en la percepción corporal, que los usuarios experimentan en un intento por expresarse a sí mismos y ante los Otros por fuera de los preceptos de la clínica. Estos vacíos se manifiestan en lenguajes verbales y corporales de insatisfacción, vergüenza, duda, dolor, sufrimiento, rebelión o sumisión resaltados en el texto etnográfico. En últimas, estas actitudes corporales cuestionan el sometimiento del cuerpo que ha generado la mirada clínica como hito fundamental en la historia de la medicina occidental y resaltan la voz del Otro. Esta última es la voz de todos los que permaneciendo con su dolor físico y emocional, continúan en la sombra que va dejando los crecientes procesos de medicalización adelantados por las instituciones oficiales del Estado y emulados por las organizaciones humanitarias.

CAPITULO II

EI DOLOR NARRADO DESDE EL PODER DE LA MIRADA MEDICA

Observación Inicial a las Instalaciones del Proyecto

Al llegar a la sede del proyecto es fácil advertir que se está frente a una institución de servicios médicos; la fachada blanca de un immaculado aséptico, contrasta con el llamativo logo rojo que identifica a la institución internacional de ayuda humanitaria. Una reja en la entrada que mantiene cerrada con candado y la mayor parte del tiempo custodiada por un vigilante de cara amable, también tipifica el lugar y le da cierto aire de privacidad. Un antiguo aviso más oculto da cuenta de la historia del lugar antes de ser ocupado por la institución altruista. Antes era otro centro de salud, el centro de salud conocido como Doña Lola, que funcionaba como extensión de las actividades comunitarias de la Defensa Civil. Este centro, al parecer por las infranqueables presiones de la ley 100 de 1993, no tuvo la capacidad de “modernizarse” a tiempo y entrando en desventaja en la competencia creada por un nuevo mercado de salud, fue quebrando paulatinamente. En el curso de dos años se vio obligado a clausurar del todo sus servicios. De suerte que el lugar al igual que la historia de los jóvenes que lo frecuentan comparte el mismo fantasma de la “liebre”, nombre con el cual los jóvenes se refieren a las deudas no saldadas.

Justo al lado de la reja de entrada se ubica otro aviso, que solemos ver con frecuencia en las ambulancias de los hospitales públicos: se trata de una metralleta cruzada por una línea transversal roja que señala la prohibición de abrir fuego. La metralleta está bellamente ilustrada y puede despertar envidias en aquellos que apenas pueden acceder a un chango¹². Inmediatamente se traspasa la reja divisoria, se encuentra uno con un pequeño patio usado para la recepción y espera de los usuarios y sus acompañantes. Frente a esta sala se ubica una

¹² Nombre dado a las armas hechizas de fabricación casera al parecer en muchos lugares del Distrito.

primera oficina dotada de una ventana amplia que da contra el patio. A través de la ventana se observa a la trabajadora social, profesional quien tiene entre sus funciones recibir a los usuarios que vienen por primera vez.

Adyacente a la oficina de Trabajo Social se ubica la oficina de la recepcionista encargada de manejar los archivos de los usuarios. Esta oficina se mantiene la mayor parte del tiempo cerrada, con el fin de proteger celosamente los armarios que “guardan” los secretos consignados en las Historias Clínicas. Secretos que sin duda son muy pocos, ya que las historias observadas muestran un esquema en el que se codifican procesos, y a excepción de una pequeña nota de enfermería, se excluyen narrativas de experiencias personales. *Stricto sensu*, para mí estas historias son más una guía de entrevista dirigida, en cuanto consigna los datos que le interesa indagar al profesional tratante reduciéndolos a variables del tipo presente, ausente; o del tipo leve, moderado o severo, entre otras categorías.

Los usuarios nuevos son recibidos dos tardes en la semana (martes y jueves). A la primera cita los usuarios acuden desplegando sus propios recursos. Los lesionados menores llegan caminando, conduciendo una bicicleta o valiéndose del transporte público masivo (bus, colectivo, o “jeep”); los impedidos para caminar suelen llegar en taxi, luego de varios intentos por convencer al taxista para que los conduzca hasta la sede del proyecto. Mientras los usuarios se quejan de la insensibilidad de los taxistas, varios taxistas me han comentado sobre sus criterios para iniciar una carrera: estudian de arriba abajo el cliente para evitar al máximo una posibilidad de atraco; los discapacitados pueden ser vistos como señuelo puesto por otros para la realización de un robo. Una vez que el usuario llega al proyecto, cruza la reja y se encuentra con el patio donde de acuerdo con el número de personas que estén demandando el mismo servicio, puede ser atendido inmediatamente por la trabajadora social o ser invitado a esperar. En el pequeño patio, el usuario puede observar hacia la oficina de la trabajadora social, al tiempo que esta profesional va midiendo el volumen de pacientes que llegan en la jornada. De acuerdo con ello va calculando si el volumen se ha incrementado,

se ha disminuido, o permanece igual con respecto a una media que se calcula juiciosamente al final de la semana. Quienes ingresan se distribuyen sin saberlo en lesionados menores y mayores, y cada uno ocupará un espacio específico en el patio de espera. Los lesionados menores se ubican en una banca “de iglesia” que reposa contra la pared. Los lesionados mayores hacen lo propio, justo en la mitad del patiecito donde se les facilita “anclar” sus sillas de ruedas. Desde allí quedan mirando hacia la silla donde se han ubicado los lesionados menores, y justo al lado de los mismos, hacia un gran espejo sobrepuesto a una puerta de vaivén. De tal manera que fácilmente la primera impresión que tiene el lesionado mayor es la de verse a sí mismo frente a frente en una silla de ruedas y ver al lado a un posible “parce”, o más difícilmente a un agresor que tuvo mejor suerte que él.

Cuando la trabajadora social calcula que ha llegado el suficiente número de usuarios nuevos (dando un pequeño margen de espera a los que suelen llegar tarde), les invita a seguir al espacio que se abre detrás de la puerta de vaivén. De repente emerge ante sus miradas expectantes un salón amplio con otro espejo más grande que el anterior y que cubre toda la pared del fondo. Esta pared se encuentra dividida por una barra (utilizada para estiramientos musculares) incrustada en la pared y que la atraviesa horizontalmente. Las otras paredes están decoradas con afiches de la Alcaldía Municipal diseñados todos en los últimos años de la década de 1990 con diferentes mensajes e imágenes ingeniosas que invitan a la población a adoptar comportamientos no violentos. Me llaman la atención en particular dos “afiches”: uno que cuestiona la analogía que parecen realizar los jóvenes entre comportamiento violento y masculinidad, y otro que incluye de manera atrayente una metralleta dentro de un código de barras para ilustrar el mercado de las armas. Pero más me llama la atención que los usuarios no detienen su mirada en ninguna de las imágenes decorativas y propagandísticas que sobreabundan en el salón principal y en los salones contiguos donde proseguirán su valoración.

En el salón principal la trabajadora social da la bienvenida a los usuarios. A partir de este momento los pacientes inician un proceso de “enculturación”¹³; recibirán información acerca de la institución médica humanitaria privada más grande del mundo y luego se les hará saber sus derechos y deberes. El salón principal que por lo general permanece libre de obstáculos para la libre movilización de los usuarios se reorganiza para este evento y se adapta al estilo de un salón de clases: sillas plásticas dispuestas en hileras donde se ubican los lesionados menores dejando espacios libres entre ellas para la acomodación de sillas de ruedas que “sostienen” a los lesionados mayores. En el frente del salón, un telón para proyecciones y una mesa donde se acomoda un retroproyector para el inicio de la “clase magistral”. La clase se inicia con la presentación de la misión universal de la institución, destacándose el compromiso humanitario, de neutralidad y de no-discriminación como estandartes de la institución. A continuación, la trabajadora social presenta unos acetatos viejos y desactualizados¹⁴ que ilustran los lugares de América Latina y Colombia donde la institución adelanta misiones humanitarias. El rostro de los usuarios permanece plano frente a estas explicaciones. La ubicación geográfica de los proyectos en el globo terráqueo parece no decirles mucho. Posteriormente la presentadora explica a los usuarios los objetivos concretos del proyecto y el plan a seguir dentro de la institución. Por primera vez se menciona la clasificación sobre la cual descansa el plan operacional del proyecto (lesionados mayores y menores), y el rostro plano de los usuarios cambia por uno de actitud reflexiva (las cabezas bajas, las miradas hacia el espejo o hacia sí mismos) intentando seguramente identificarse dentro de uno de estos dos grupos.

A continuación, la trabajadora social, explica el recorrido que los pacientes seguirán a lo largo del tratamiento de rehabilitación: ellos serán atendidos en primera instancia por Trabajo Social o por la trabajadora social (la presentadora

¹³ En términos de incorporar a sus culturas propias de jóvenes (y en una menor proporción adultos) barriales afectados por el conflicto urbano, conceptos propios de la cultura médica occidental

usa indistintamente la presentación de los servicios por áreas o por profesionales, para destacar el enfoque disciplinar con el que la institución orienta sus servicios), con el fin de obtener información sobre asuntos personales y familiares que ayudan a determinar qué necesidades básicas están satisfechas, cuáles no y qué posibles usuarios pueden beneficiarse de otras redes de apoyo que operan en el Distrito de Aguablanca o en la Ciudad de Cali. Enseguida los usuarios deben ser evaluados por Fisioterapia (o por el fisioterapeuta) donde se determinará el plan de trabajo a seguir y el número aproximado de sesiones a realizar. Los usuarios que presentan heridas de piel por el evento traumático son atendidos por Enfermería (o por la enfermera), quien se encargará de evaluar dichas heridas y hacer las curaciones pertinentes a cada caso. De allí pasarán a la Evaluación Psicológica (o con el psicólogo), para que en mutuo consentimiento decidan sobre la necesidad de soporte emocional. De acuerdo con estas evaluaciones cada usuario entrará dentro de un plan de trabajo y se les especificarán unos horarios para acudir a las sesiones de rehabilitación.

Una vez informados los usuarios sobre sus posibles itinerarios dentro del programa, reciben una última instrucción acerca de lo qué deben demandar y cómo deben comportarse. El proyecto denomina a esta información la enunciación de derechos y deberes, y justifica la aplicación de esta estrategia para la preservación de un clima de convivencia en el interior de la institución. Sin embargo, durante mi estadía no vi ningún procedimiento que diera seguimiento y al final evaluara el cumplimiento de los mentados derechos y deberes.

Como corolario al ejercicio de la explicación de los derechos y deberes, debo mencionar el énfasis discursivo en los segundos en detrimento de los primeros. La explicación de los derechos (en palabras de la trabajadora Social: “los derechos son derechos que tienen las personas como ciudadanos a ser respetados y tenidos en cuenta”), pasa desapercibida y subyuga a los usuarios en una actitud

¹⁴ Prácticamente todos los países de América Latina figuran en el listado, cuando muchas misiones han sido cerradas en varios países en los últimos años y cuando para el caso de Colombia aparecen también lugares ya cerrados y no figuran los proyectos abiertos recientemente.

pasiva y poco pro-activa (casi el único requisito es llevar sus cuerpos. En cambio, la explicación de los deberes implica un compromiso activo por parte de los usuarios: 1) Cumplir con los horarios asignados; 2) cancelar telefónicamente y justificar su inasistencia a las citas y actividades programadas¹⁵; 3) respetar las normas de convivencia (ver adelante) y ofrecer un trato amable, tanto a los usuarios como al personal que labora en la institución; 4) garantizar el apoyo de un familiar en el proceso de rehabilitación (como acompañante en las actividades de terapia y trabajos grupales y para movilizar al paciente hasta el vehículo, se hace énfasis en que el conductor no se debe bajar del vehículo); 5) cuidar los implementos y equipos del centro; 6) asistir al centro de rehabilitación haciendo uso de una buena higiene personal y utilizando ropa cómoda para la terapia física.

Como complemento a estos deberes es necesario que los usuarios cumplan unas normas de convivencia: 1) No deben portar armas; 2) no deben agredir a usuarios y/o funcionarios; 3) no deben sustraer ningún objeto ajeno de la institución; 4) no deben consumir drogas o alucinógenos en el centro. Por último deben 5) informar a cualquiera de los funcionarios acerca de situaciones irregulares que sucedan dentro de la institución.

Sin embargo, los usuarios no advierten este énfasis en los deberes y consienten con facilidad el cumplimiento de sus obligaciones. Además queda en el auditorio la impresión que las normas de convivencia enunciadas son patrimonio de una cultura de convivencia patrocinada por la institución internacional (normas que promulga una institución para ser cumplidos dentro de sus instituciones), cuando en realidad todas son mandato constitucional y (exceptuando el consumo de sustancias que puede realizarse sin exceder la dosis personal y el salvo-conducto de armas legitimado para algunos por las instituciones de seguridad del estado) deben ser exigidos y obedecidos en cualquier parte del territorio nacional.

¹⁵ Asunto que pone en cuestión la mentada neutralidad de la institución, cuando se sabe de la probabilidad alta de que algunos usuarios se ausenten temporalmente del programa a causa de vinculaciones con actividades al margen de la ley.

De otra parte, considero que otros mecanismos deben ser rastreados para explicar la convivencia pacífica que día tras día se respira en las instalaciones de la institución: ¿Llegan los usuarios a ciegas? ¿Irían con el conocimiento de que su agresor o su agredido se encontraría en el mismo lugar de tratamiento? Cuando tanto el agresor como el agredido constituyen una gran amenaza al pacto de convivencia por temor a la retaliación o a la demanda, y siendo los jóvenes del sector esencialmente territoriales, ¿se plantean más bien pactos externos tácitos de quien pisa primero el proyecto será el beneficiario del mismo? De ser afirmativo, cabe preguntarnos por las redes de información que circulan con respecto a la presencia o ausencia de usuarios en el programa, y cuestionarnos también por el abandono súbito de usuarios que vienen logrando un adecuado proceso de rehabilitación.

Valorando las Pérdidas o Limitaciones Físicas de Los Usuarios

Una vez que la trabajadora social consigna los principales datos de identidad¹⁶, el paciente es evaluado por Fisioterapia y para el caso de este estudio por Medicina (parte de mi postura participativa en el estudio)¹⁷. Los usuarios son invitados a seguir a un cuarto contiguo al del salón donde recibieron la presentación inicial. Este cuarto está provisto de dos camillas para valoración de los pacientes, una máquina pequeña con rodachines de forma similar al electrodoméstico de una casa (estilo lavadora o secadora) y que sirve para preparar los paquetes calientes que serán aplicados luego a los pacientes. Finalmente en la esquina opuesta se ubica otra “camilla”, diferente a las anteriores, llamada camilla de bipedestación y que se utiliza para girar a los pacientes desde la posición de acostados hasta una

¹⁶ Me refiero a datos de identidad ciudadana, mediante los cuales se certifica que el señor xx efectivamente es el señor xx, pero que en realidad (aparte de algunas características físicas) poco dicen sobre quien es verdaderamente el señor xx (identidad antropológica) y se concentran más en hablar sobre las características del lugar que habita el señor xx (dime donde vives y te diré quien eres).

¹⁷ Valga el caso aclarar que las valoraciones hechas por mí siguieron todos los parámetros que observé en el fisioterapeuta en valoraciones anteriores y que procure al máximo evitar introducir ingredientes de lo que consideraría una valoración antropológica aplicada al campo de la medicina.

posición que remeda la posición de pie¹⁸. Esta camilla me hace recordar los camastros inquisitoriales en los que eran torturados los herejes. Por supuesto, que los jóvenes no conservan este referente y se ubican sin temor en este “extraño” artefacto. En efecto, se trata de una tabla que normalmente yace en la posición horizontal sujeta en su parte media por un sistema giratorio que permite rotar del todo la tabla hasta ubicarla en una posición vertical. Complementa este sistema una serie de cinturones que permiten sujetar al paciente contra la tabla, un soporte para los pies que sostiene al paciente al girarlo hasta la posición vertical y unos cojines que amortiguan las zonas del cuerpo que van quedando sometidas a presión durante el mecanismo giratorio.

Como complemento a este mobiliario, las paredes exhiben carteles de la alcaldía que promocionan un comportamiento no violento. Estos de nuevo pasan desapercibidos para los usuarios. Complementa los carteles de la alcaldía otra imagen que ilustra la conformación neurológica del cuerpo humano. Este atlas, es tenido “un poco más” en cuenta por los nuevos usuarios. Dos pacientes, del total de asistentes a 5 sesiones de inicio observadas (aproximadamente unos 30), se detuvieron en el esquema ilustrado en la pared e intentaron explicar o cuando menos ubicar su lesión en correspondencia con la imagen ilustrada.

En la valoración física de los pacientes se indaga por el mecanismo de la lesión, las partes del cuerpo comprometidas, el tiempo transcurrido entre la injuria y el inicio de la rehabilitación, los tratamientos anteriores (cirugías, terapias, prescripción de medicamentos), el concepto que recibieron de los médicos tratantes especialmente en términos de pronóstico y las complicaciones que han tenido luego de haber sido dados de alta del tratamiento inicial en urgencias u hospitalización.

¹⁸ El paciente no alcanza a estar en una posición totalmente vertical, y conserva un ángulo con respecto al piso de aproximadamente unos 20°.

Luego de recopilados estos datos los usuarios son “sometidos” a un examen físico. El fisioterapeuta es muy hábil en lograr una rápida empatía con sus pacientes, les llama por su nombre, les tutea respetuosamente intentando hacerse más cercano a ellos, les explica en un lenguaje no científico la naturaleza de la lesión. Valora las limitaciones motrices y sensitivas del cuerpo y las alteraciones las ilustra en un esquema que viene codificado en la historia clínica. La valoración física es complementada con una serie de preguntas dirigidas a indagar la capacidad de movilización y autonomía que tiene el usuario en su vida cotidiana. Saber por ejemplo, si puede realizarse el aseo personal sin ayuda; si puede alimentarse por cuenta propia; si puede pasarse de la cama a la silla de ruedas; si ha desarrollado mecanismos para controlar el dolor y puede calcular la magnitud del mismo, etc. Todas estas preguntas tienen un puntaje de acuerdo con la respuesta y junto con la valoración física permite precisar un indicador final que habla del porcentaje de pérdida en las funciones valoradas.

Un breve instructivo que ha sido incorporado a la Historia Clínica permite entender los parámetros medidos por el indicador y la utilidad del mismo en el seguimiento de los pacientes durante el curso de la rehabilitación. Sin embargo, es parte de la reserva del profesional tratante y se distancia del criterio de valoración que utiliza el paciente, quien apela únicamente a su subjetividad para medir el progreso, el estancamiento o el deterioro de su propio proceso.

Una vez terminada de llenar la Historia Clínica se clasifica al usuario en una de las siguientes categorías: 1) Lesionado mayor; 2) Lesionado menor; 3) Otro tipo de lesión o dos o más lesiones, y 4) Sin lesión. Al mismo tiempo se establece el plan de tratamiento a seguir de acuerdo con la categoría correspondiente y en caso de los lesionados mayores se programa los días y el sitio en que la buseta de la institución habrá de recogerlos.

Cuando el lesionado presenta lesiones en su piel, es valorado también por Enfermería. La valoración por Enfermería es una de las más difíciles de describir

en el presente estudio sin caer en el peligro de un sesgo propio de la observación-participativa. Sin embargo este sesgo, es más factible de controlar luego de ser reconocido. En efecto, una auxiliar de enfermería en su proceso formativo ha sido enseñada a callar en presencia del médico, ella tan solo está obligada a acatar las órdenes del doctor. De ahí que resulte comprensible entender el papel “instrumental” que cumple esta funcionaria en presencia del médico.

Su papel con el nuevo usuario se limita a realizar el procedimiento para el cual demanda atención, la mayoría, únicamente retiro de puntos. En varios pacientes “sometidos” a este procedimiento he visto cómo una serie de actitudes corporales se repiten durante el retiro de las suturas. Para tal fin, la enfermera invita a seguir al paciente a su consultorio, el cual, se encuentra separado del salón donde se realiza la presentación inicial del proyecto, por unas puertas giratorias similares a las puertas de cirugía de los hospitales de mayor complejidad.

Vale la pena mencionar la presencia de un pequeño patio justo al lado de la entrada al consultorio de la enfermera. Este patio posee una máquina ensamblada con un mecanismo de poleas de los cuales cuelgan unas pesas que algunos usuarios levantan para fortalecer los músculos comprometidos. Sin embargo el lugar también es frecuentado por la presencia de un “altar” erigido a la Virgen María, justo detrás de la máquina mencionada. La estatuilla de la Virgen es decorada con flores frescas que se renuevan con frecuencia. Varios pacientes justo antes de entrar al consultorio de la enfermera miran hacia la imagen de la Virgen, se persignan y aceleran luego su paso de entrada. Una vez atravesadas las puertas giratorias se advierte el olor típico de los hospitales: soluciones desinfectantes son vertidas sobre la camilla del paciente una vez que la enfermera termina un procedimiento. El olor característico seguramente recuerda a muchos pacientes su estancia hospitalaria; para muchos, sin duda, no muy afortunada al haber sido víctimas del sistema de atención hospitalario caracterizado por el

tratamiento despersonalizado y por la estigmatización¹⁹ que suelen imputarle a los lesionados por la violencia urbana.

El consultorio de la enfermera está dividido en dos partes; al fondo se ubica un escritorio grande donde la funcionaria lleva un juicioso inventario de los materiales utilizados en cada procedimiento y consigna las intervenciones ejecutadas. Frente al escritorio se ubica una vitrina que contiene los materiales necesarios para las curaciones de las heridas; al fondo un armario grande de madera guarda el material calculado para un consumo de tres meses. La otra parte del consultorio es donde se practican los procedimientos. Consta de un planchón grande en forma de ele que reposa sobre la pared anterior y lateral del consultorio. El planchón, elaborado en baldosa lisa, imita en todo a los grandes planchones asépticos de los hospitales; posee un lavamanos y lavabrazos profundo en acero inoxidable que la enfermera sagradamente utiliza antes y después de cada procedimiento para la primera función (lavado de manos). Frente al planchón se ubica la camilla en la que se ubica el paciente y al lado de la misma yace un estante pequeño con rodachines (carro de curaciones), en donde la enfermera ubica los elementos calculados para cada procedimiento. Enseguida se ubica una caneca de basura en la que se van depositando los desechos propios de cada procedimiento para ser luego enviados al Hospital Carlos Holmes donde serán sometidos a un proceso de destrucción.

Luego de ser acomodado el paciente en la camilla, la enfermera toma del carro de curaciones el material pertinente al procedimiento a efectuar, realiza una limpieza exhaustiva de la herida, efectúa un intercambio de palabras con el paciente en los que da las instrucciones sobre el procedimiento y procede sin dubitaciones a realizar su trabajo. La enfermera se concentra en la herida. El paciente lleno de ansiedad hace un gesto de dolor justo antes que la enfermera inicie el retiro de los

¹⁹ Dentro del estigma cabe anotar la tendencia a considerar a todos los lesionados como pertenecientes a bandas de sicariato, consumidores empedernidos e irrecatables de sustancias psicoactivas y jóvenes con personalidades sociopáticas que poseen ya un largo expediente de cuentas por aclarar al sistema oficial de justicia.

puntos; en el momento que siente el material frío y metálico sobre su piel, voltea la cara con la intención firme de no mirar el procedimiento. Luego el paciente me mira buscando en mí un gesto de aprobación ante su comportamiento (que seguramente interpreta como una actitud “cobarde o de debilidad” magnificada al ser atendido por una mujer). Yo percibo su ansiedad e intento mitigarla hablándole de algo ajeno al procedimiento. Rápidamente la intervención llega a su fin, la enfermera muestra el hilo retirado con cara de satisfacción, el paciente sonrío también con una mezcla de satisfacción y vergüenza. No se menciona nada con respecto al cuidado de las heridas, seguramente por el buen proceso de cicatrización de las mismas.

Las Rutinas de la Terapia

Para llegar a la primera rutina de terapia los usuarios entran en contacto con dos personas más de la institución: los conductores que a diario penetran por todos los rincones de la Comuna 14 para recoger a los discapacitados mayores. Antes de observar-participar en las rutinas diarias de terapia es importante describir la rutina del recorrido, pues ella habla mucho de la disposición de los usuarios para iniciar las prácticas de rehabilitación.

El recorrido en cualquiera de las dos busetas (cada una tiene una ruta previamente asignada que corresponde con la zona norte y la zona sur del distrito) ha resultado desde mis puestos de observación (en los viajes que hice me ubique en diferentes sitios: al lado del conductor, en alguna de las sillas que dejaba libre algún paciente, en el piso de la buseta en el lugar donde este se eleva para dar espacio a la llanta trasera) igual de tedioso. Las calles que observaba me resultaban monótonas al ver la repetición constante de casas en proceso de remodelación siguiendo el proceso de urbanización histórico del Distrito, la transición de tugurios a barrios urbanizados y comercializados por cadenas de vendedores informales en torno a los cuales se organizan ventas callejeras que producen caos vehicular y peatonal. Este caos se va atenuando en la medida que

el carro se acerca a la frontera para mi sutil, pero para los demás viajeros, evidente, que separa el Distrito de la ciudad de Cali. Las fronteras entre los barrios me resulta aun más imperceptible. Yo solamente logro advertir el cambio de frontera por los comentarios de los usuarios, quienes con frecuencia señalan un sitio, un negocio, un transeúnte al que de inmediato le adscriben el territorio de pertenencia. Son comentarios muy puntuales porque casi todo el tiempo, los viajeros, luego de un dificultoso abordaje del vehículo, recorren el camino, taciturnos, hundidos en sus propias reflexiones. Pareciera que se rehusaran a mirar las calles que seguramente les invocan “malos recuerdos”. El recorrido de regreso resulta para mí más tedioso. Sin duda que el tedio del paisaje se corresponde con el cansancio de la jornada que compartimos silenciosamente quienes viajamos en el vehículo. En cada regreso a los hogares de los usuarios, es inevitable traer consigo fragmentos de historias de cada uno de los jóvenes atendidos. Las calles que observo en el recorrido son como esos jóvenes, "anónimas" a pesar de los esfuerzos mediáticos por volverlas noticia de consumo.

Generalmente, cerca de la hora calculada (9:00AM), arriban las busetas a las instalaciones del proyecto. La operación de descenso es más sencilla: hay un amplio espacio de maniobra, a diferencia de las calles estrechas donde tiene que abordar una buena cantidad de pacientes, y se cuenta con la ayuda del vigilante y el soporte de sillas de ruedas y caminadores que facilitan el acceso al lugar. Los pacientes son descendidos de los vehículos y van siendo acomodados en camillas, colchonetas y frente a la barra de estiramientos. Aunque se procura que todos los pacientes pasen por todas las sesiones (de acuerdo con el protocolo) lo que observo con más frecuencia es que los pacientes tienden a permanecer en el mismo sitio donde inicialmente se instalaron y que más bien son los funcionarios del área de fisioterapia (dos fisioterapeutas, una auxiliar de fisioterapia, una educadora, una o dos voluntarias), y los dispositivos terapéuticos (compresas de calor, hielo, electroestimuladores transcutaneos, equipos de emisión de ultrasonido, pesas portátiles, etc.) los que se mueven en torno a ellos, al tiempo que algunos de los acompañantes de los usuarios (por lo general familiares muy

cercanos) sirven de eslabones en esta cadena. Sin embargo, existen desplazamientos inevitables, como pasar a la camilla de bipedestación, ir a la cinta de marcha, a la bicicleta estática, a las pesas con polea o a las barras paralelas. Desde luego no todos los pacientes circulan por estos servicios y parecen estar más destinados a los que van por una fase intermedia o avanzada de rehabilitación. En efecto, el protocolo habla de tres fases en el proceso de rehabilitación: una fase inicial, una fase intermedia y una fase avanzada. El conocimiento de estas fases es dominio de los profesionales, los pacientes y las voluntarias se limitan a seguir las indicaciones de los fisioterapeutas y aunque tienen bastantes elementos subjetivos para precisar el grado de avance en el proceso rehabilitatorio no dan respuesta de conocimiento de la fase en que se encuentran.

En resumen, en las rutinas diarias de fisioterapia es frecuente observar tres tipos de desplazamiento: 1) Los que hacen los funcionarios de la institución intentando atender al mismo tiempo al mayor número de usuarios. Una funcionaria explica mejor esta idea cuando dice “nos toca multiplicarnos”; 2) los que hacen los usuarios que van por lo que creo ha de ser una fase intermedia o avanzada de recuperación (desconozco los parámetros de paso de una fase a la siguiente). Estos usuarios se mueven de dos maneras a veces siguiendo las recomendaciones del fisioterapeuta que les da la instrucción del ejercicio o actividad a realizar durante determinada cantidad de tiempo, o en su defecto contando hasta determinada cifra y en otras ocasiones siguiendo su “propia rutina” deambulando de máquina en máquina al compás de las exigencias y limitaciones de sus cuerpos y del ritmo impuesto por las conversaciones entre ellos; y 3) los que realizan los discapacitados más severos, quienes como anotaba antes permanecen más en una situación estática y de acuerdo con sus demandas ponen a girar mayor o menor número de funcionarios y dispositivos en torno a ellos. Sin embargo, algunos desplazamientos pequeños (estiramientos musculares, levantamientos de pesas portátiles, ejercicios contra resistencia con la ayuda de las voluntarias o un familiar) se realizan en sus sitios de acomodación.

Curiosamente estos sitios de acomodación son respetados por cada uno de los usuarios de suerte que en la siguiente sesión cada usuario se ubica en el mismo lugar de la sesión anterior, hecho que observe cómo se repetía sistemáticamente durante todo el tiempo de la observación-participante, y que corrobora la gran predeterminación territorial que cohesiona tanto a estos usuarios.

Finalmente, es factible mencionar un cuarto desplazamiento –que intencionalmente- lo he considerado aparte, en cuanto que no corresponde con un desplazamiento en masa sino que tan solo compromete a un fisioterapeuta. Este profesional reconstruye los pasos de los tres desplazamientos anteriores y va “lanzando” una mirada de barrido para cerciorarse que las rutinas se estén haciendo de la manera correcta. De suerte que muchas veces, debe de detenerse en un procedimiento, volver a explicarlo, cerciorarse que ha sido bien entendido y fortalecer a la auxiliar, a la educadora, a las voluntarias o a los familiares en la supervisión del mismo. Por supuesto, que cuando este desplazamiento de reforzamiento del fisioterapeuta se multiplica por un número creciente de usuarios, el sistema de funcionamiento simplemente se desborda y la intención de corroborar si todos los usuarios están en lo correcto se vuelve inalcanzable. Hecho, que observé en dos oportunidades ante un aumento inusitado en la demanda, frente al cual, los funcionarios no tuvieron otra respuesta diferente que atender la sorpresiva demanda desbordada, seguramente en consideración al principio institucional de la no-discriminación y al temor a generar cierto grado de descontento por parte de los usuarios. En charlas informales que sostuve posteriormente con cada uno de los funcionarios del equipo de fisioterapia constaté como cada vez es más frecuente la presentación de estas demandas inusitadas, y cómo lo que era excepcional tiende a volverse costumbre, asunto que les preocupa notablemente.

La Valoración del Impacto Emocional

La mirada clínica se extiende más allá de los dominios del cuerpo. Sólo que de forma más sutil. Los dispositivos de valoración que permiten catalogar el nivel de “disfunción” de los beneficiarios del proyecto también se movilizan en la evaluación de lo que los psicólogos llaman el grado de afectación mental. Estos dispositivos fueron mucho más difíciles de detectar en el estudio etnográfico dadas las barreras impuestas desde una construcción científica que homologa los datos de la clínica con una información que sólo debe circular entre los profesionales y que llaman secreto profesional. De igual manera, la etnografía también posee sus propias reglas²⁰ que vale la pena recordar en orden a intentar un diálogo de saberes. Estas reglas son: limitarse a observar y participar en todo aquello que el grupo legitima y abstenerse de hacerlo en aquellas actividades que tienen un carácter tabú. Es así como durante mi estancia fui invitado a observar y participar en discusiones relacionadas con la evolución física de determinados usuarios, a valorar el nivel de progreso o de deterioro de alguna herida o a opinar con respecto a los logros obtenidos en determinado taller. Como contraparte, puedo mencionar dos actividades en que mi presencia podría resultar sospechosa o amenazante en el otorgamiento del mencionado *rapport*, a saber: 1) las consultas de psicología, por su carácter sagrado de privacidad, y 2) las reuniones administrativas, en las que debido a mi desvinculación reciente como empleado de la institución internacional, mi papel resultaba altamente ambiguo²¹.

Para efectos de la descripción de lo que puedo llamar movilización de dispositivos de control mental es suficiente con considerar la primera de las dos actividades amenazantes del *rapport*. En efecto, el espacio de la valoración psicológica tiene para mí un carácter sagrado e infranqueable que recuerda de una parte las

²⁰ Pautas que se acostumbran seguir en los estudios de observación participante y que en teoría todo etnógrafo debe realizar en la consecución de lo que en la antropología se ha denominado “*el rapport*”.

²¹ Antes de iniciar esta investigación, mi relación con la institución internacional era la de un empleado que tenía como compromiso contractual la ejecución de funciones médicas y administrativas previamente definidas. Por diversos motivos tomé la decisión de renunciar a mi cargo y desarrollar el presente estudio de

prácticas de la confesión del pecado propias de la religión católica,²² y de otra, la orientación cada vez más individualizante de la medicina occidental magnificada por la práctica psicoanalítica. Lo que ocurre en los pequeños consultorios de los psicólogos (casi diseñados para que únicamente quepan el profesional y su paciente) solamente lo sabrán estas dos personas y lo que libremente cada uno de ellos quiere manifestar en un momento posterior.

Sin embargo, para comprender un poco más en detalle las prácticas de valoración del impacto emocional de los usuarios quedan un par de recursos adicionales que de manera indirecta brindan información muy valiosa²³. Se trata de las historias clínicas y de los talleres colectivos. Con respecto a las historias clínicas vale la pena recordar que la elaboración de las mismas equivale a un ejercicio clasificatorio en el que el profesional se limita a llenar unas casillas que corresponden con las características otorgadas al usuario evaluado. De tal manera que el individuo involucrado en acciones violentas es más factible de ser controlado y por ende rehabilitado si su comportamiento se ajusta con una de las siguientes categorías: 1) dificultades interpersonales; 2) depresión; 3) stress postraumático, o 4) ajuste emocional. El despliegue de estas categorías es la llave que guarda los secretos particulares de cada usuario. Así, las experiencias profundamente dolorosas de Angel o Pureza (ver capítulo IV) pierden su potencia narrativa otorgante de sentido y pasan a ser la expresión de una esencia particular que ha invadido a Pureza: la depresión. O la manifestación de un comportamiento “patológico” que perturba a Angel: las dificultades interpersonales. Estas categorías vueltas dispositivo para guardar el secreto son de tal efectividad que ni siquiera los mismos usuarios portadores de tales distintivos llegaron a reconocerse

una manera más “independiente”. Sin embargo algunos compañeros de trabajo y usuarios de los servicios continuaban relacionándose conmigo como si fuese un empleado más de la institución.

²² De acuerdo con Foucault (1976:84): “Al convertir la confesión en un signo, y la sexualidad en algo que debe interpretarse, el siglo XIX se dio la posibilidad de hacer funcionar los procedimientos de la confesión en la formación regular de un discurso científico.”

²³ Me refiero a recursos disponibles desde mi propio ejercicio como observador-participante. Desde luego que por fuera del mismo se puede apelar a otros métodos como entrevistas en profundidad a los psicólogos y a los consultantes o etnografías reflexivas elaboradas, por ejemplo, por los mismos psicólogos.

bajo las mismas²⁴. Es necesario aclarar que estos “entrevistados” son una minoría con respecto al número de usuarios evaluados en la primera sesión. Sin embargo, a juzgar por lo observado en los talleres grupales (segundo recurso para obtener información indirecta de las experiencias emocionales de los pacientes en relación con el evento traumático), es fácil advertir cómo en los mismos se intenta a toda costa encontrar una especie de “contra-llave” (una gran paradoja que, como explicaré adelante, se desarrolla en dos partes) que libere a los usuarios del pacto tácito, secreto, y recíproco entablado en la consulta privada con el profesional de la salud mental. En consecuencia los usuarios que participan en los talleres deben: 1) hablar de los hechos sin nombres propios para evitar juicios o acusaciones y 2) analizar lo sucedido para entre todos intentar sacar una o varias enseñanzas que permitan manejar mejor futuras situaciones en un contexto donde la violencia urbana parece agravarse cada día.

Ciertamente, los usuarios que asisten a los talleres deben hablar hipotéticamente, deben imaginarse como si fueran partícipes de una situación violenta cuando en realidad lo han sido -y la mayoría de las veces de manera terriblemente trágica-. Deben en consecuencia usar un lenguaje neutral (como aquel que se maneja en las disciplinas científicas), asunto bastante complicado por dos razones: 1) la dificultad de emplear otro lenguaje diferente al personal para explicarse a sí mismos y a Otros el drama cotidiano que se ven afrontados a vivir, y 2) la duda que les asalta al hablar o describir una acción violenta desprovista de su protagonista. Si lo logran: traicionan el secreto (primera parte de la paradoja advertida). La acción violenta confesada en la terapia y catalogada por el psicólogo en la historia clínica, ya no es la de ellos, sino un asunto útil (del que se valen los talleres) para enseñar y aprender.

²⁴ Me refiero aquí a jóvenes entrevistados en mi ejercicio etnográfico luego de haber pasado por la valoración psicológica. Aunque en realidad se trata de conversaciones informales en la sala de espera o en el salón antes de iniciar los talleres. En aquellos espacios indagaba a los jóvenes por presencia de síntomas relacionados con su salud emocional, los que me reportaban síntomas eran invitados a expresar sus conocimientos sobre categorías nosológicas (como las que se usan en el proyecto) en que pudieran encajar los síntomas expresados.

De otra parte, los profesionales que convocan, organizan y facilitan el proceso de los talleres colectivos, deben intentar asesorar a los usuarios o como dice la educadora, “darles línea”, con el fin de empoderarlos en lo que actualmente el saber profesional llama resolución de conflictos. Pero, para hacerlo efectivamente, deben evitar por completo la utilización del lenguaje científico que se antoja tan fácil para comentar, analizar y sistematizar los casos de los usuarios. En otras palabras, la efectividad del taller depende de la violación del secreto (segunda parte de la paradoja advertida). Los profesionales son efectivos en lograr esta “agresión” cuando de manera más o menos sutil citan el ejemplo de un usuario antiguo (que nadie conoce²⁵) que resulta siendo, prácticamente en todo, similar a los casos vividos por los asistentes al taller.

En consecuencia, los talleres desarrollados en el proyecto (unos más que otros: los considerados en el capítulo IV en comparación con los descritos en el siguiente capítulo), representan el lugar y el tiempo del ritual. Solamente allí se permite la violación del secreto por parte de todos los usuarios y de los profesionales. Pero, como todo ritual tiene un acceso restringido: en teoría todos los usuarios pueden asistir a los talleres; sin embargo, en el ejercicio etnográfico me percaté que solamente una fracción relativamente pequeña de usuarios (si se compara por ejemplo con la totalidad de pacientes valorados individualmente por Fisioterapia, Enfermería y Psicología) llega a asistir a los mismos en términos de proceso. Una buena proporción de usuarios asisten a una primera sesión en orden a satisfacer la curiosidad que todo ritual suscita. Allí se dan cuenta que en orden a lograr un proceso completo de aprendizaje, útil en el proceso de rehabilitación (objetivo manifiesto de los talleres), deben cumplir con una cuota de participación o aporte en términos de manifestar opiniones, creencias, situaciones o anécdotas particulares y preferiblemente discutir y generar nuevas reflexiones en torno a lo que detecten como problemático en el proceso mismo de la rehabilitación. Esta cuota es seguramente considerada por muchos como un muy alto precio a pagar

²⁵ La mayoría de los casos ejemplarizados y de los que se puede aprender mejor, corresponden (al igual que en las clínicas médicas) a los de las personas ya fallecidas.

por la violación del secreto. En consecuencia deciden no asistir y mantenerse fieles a la conservación del secreto pactado tácitamente con los profesionales.

CAPITULO III

EL DOLOR NARRADO DESDE LAS EMOCIONES CONTROLADAS

Observando los Procesos Grupales

A lo largo del presente capítulo se considerará con más detalle los procesos grupales resaltando a través de la mirada etnográfica los comportamientos rituales que se destacan en el proceso de “terapia colectiva”. Lo anterior implica un giro en el enfoque de la mirada. El capítulo anterior agudizaba el ojo en la captación de los dispositivos propios del proyecto para anclar el cuerpo que yace doliente, es decir el cuerpo clínico²⁶. Este capítulo en cambio dirigirá la mirada al cuerpo que se mueve sufriendo y rastreará también los dispositivos de control erigidos desde el proyecto para controlar dicho sufrimiento: el relato de las experiencias traumáticas y el manejo profesional de las emociones en espacios y tiempos convocados para tal fin y que cumplen con las especificidades del ritual.

Talleres Dirigidos a Los Lesionados Menores

Los lesionados menores acuden a una serie de cuatro talleres cuya temática es anunciada al principio de la sesión. Estos talleres se realizan los días miércoles en el segundo piso de las instalaciones del proyecto, donde, de entrada se localiza un amplio salón destinado a reuniones. Al fondo del mismo, de manera más o menos escondida, van apareciendo las oficinas de los funcionarios que trabajan en el área administrativa, cuatro en total, y una cafetería en donde los funcionarios establecen relaciones sociales espontáneas y privadas de toda la funcionalidad que caracteriza a las demás relaciones entabladas en los respectivos puestos de trabajo. Complementa el segundo piso una bodega para el almacenamiento de materiales médicos, de aseo y oficina y una terraza que funciona como lavandería de algún material (toallas y sábanas) utilizado en la atención de los pacientes.

²⁶ El término clínica se deriva del vocablo griego *Kliniké* que significa lecho. Con el desarrollo paulatino de la medicina la clínica fue haciendo referencia a la enseñanza del arte médico practicado junto a la cama de los enfermos.

Aunque los talleres se realizan de acuerdo con una secuencia particular en concordancia con lo que los terapeutas consideran como un proceso de menor a mayor complejidad, a continuación expondré los hallazgos etnográficos evidenciados en los talleres siguiendo una lógica diferente. De tal manera que en este capítulo haré mención de los talleres en los que la mirada clínica definitivamente predominó y apenas permitió algún espacio para que los dolientes se atrevieran a lanzar opiniones en un intento por encontrar sentido a sus dolencias. En el siguiente capítulo consideraré aquellos talleres en que el lenguaje corporal y los relatos tuvieron un papel mucho más relevante. Es decir aquellos talleres en los que un verdadero despliegue de ritual lograron cumplir el cometido de violar el secreto de la clínica.

Taller: Conociéndonos

La sesión se inicia con la presentación de los cuatro talleres en un intento de que los asistentes comprendan que se trata de un proceso y no de charlas puntuales. En términos de proceso, los talleres han sido diseñados para que los asistentes elaboren cambios a partir del reconocimiento de su situación actual y busquen alternativas orientadas a un mejor futuro. Siguiendo esta lógica, el primer taller se titula “Conociéndonos”; el segundo “Recuperándonos”; el tercero “Construyendo Futuro”, y el cuarto un “Mundo por Conocer”. Cabe sin embargo, cuestionarnos si el tiempo que manejan los usuarios coincide con el de la planeación organizacional de una institución médica internacional, y si efectivamente esto ocurre preguntarnos, por ejemplo, como estarían preparándose los jóvenes para el cuarto taller o siendo menos ambicioso para el encuentro de la siguiente semana.

De cualquier manera, el concepto de proceso parece ser algo flexible y se refleja en la ejecución misma de los talleres. Por ejemplo, se evidencia cómo en el primer taller se reacomodan ciertas temáticas en orden a lograr una mayor movilización del grupo. Durante aquella sesión, el psicólogo se percató del poco

nivel de participación de los asistentes y decide dar un giro al taller invitándoles a considerar temas que en teoría se abordarían en un taller posterior. El giro propuesto por el psicólogo resulta efectivo, la participación cambia dramáticamente; los jóvenes, quienes en principio muestran un gran temor o vergüenza para hablar acerca de sí mismos, de sus experiencias personales, de sus proyectos a futuro, son en cambio mucho más fluidos para manifestar sus conocimientos en los temas que el psicólogo introduce, como ejemplo para explicar lo que es una estadística²⁷. Igualmente los usuarios no solamente dan un giro en la conversación sino también en sus posturas corporales. De la rigidez que se suele advertir en los ambientes académicos, se pasa a una actitud más descomplicada en que cobran vida expresiones gestuales de admiración frente a las cuestiones ignoradas.

Las diferentes clases de lesión por violencia física, los tipos de armas que se utilizan, la clasificación de los agresores, el móvil de la lesión, eventos que en conjunto el proyecto ha definido como categorías de análisis y como tal son susceptibles de mediciones estadísticas, se convierten entonces en el tema principal de reflexión de este primer taller. Cabe llamar la atención que estos temas también han sido una preocupación central del proyecto en general, hecho que se refleja en el esfuerzo constante por mantener actualizada una base de datos que da cuenta de cómo se han comportado estas variables en el curso de los últimos tres años. En este esfuerzo están comprometidos todos los funcionarios, quienes en las reuniones semanales del equipo de trabajo destinan la mayor parte del tiempo, por no decir todo, a recoger los datos nuevos para incluirlos dentro de las variables mencionadas.

²⁷ En el proyecto se ha venido fortaleciendo una tradición para explicar la violencia del sector en términos cuantitativos, hasta el punto de ser tema de un taller que plantea a los jóvenes la posibilidad de explicarse a sí mismos la violencia de acuerdo con estos derroteros. Este hecho, lo considero como espada de doble filo, ya que si bien puede posibilitar la apertura de los jóvenes hacia nociones desconocidas, por otra parte puede anular o marginalizar aun más sus propias experiencias y construcciones explicativas en torno a un fenómeno donde cabe también la opción por el rechazo a teorizar sobre la violencia y considerarla únicamente desde las experiencias inefables del dolor y la muerte.

Es común encontrar en casi todos los eventos grupales alguien más conocedor o más experimentado en el tema que se esté considerando y los talleres en que participé-observé no fueron la excepción. Bastaba ver las dinámicas de respuesta a las preguntas formuladas por el psicólogo para percatarme de este hecho. El psicólogo se dirigía a los participantes invitándoles a que narrasen sus propias experiencias, siguiendo en este proceso casi siempre un mismo orden, iniciando las preguntas por su izquierda y recogiendo en círculo las opiniones de todos los participantes. Efectivamente, se destacaban las respuestas mucho más elaboradas de un joven que hacía mención (de manera algo exhibicionista frente al grupo y en especial frente a su novia, quien asistía en calidad de acompañante) de haber conocido en algún momento de su vida a personas vinculadas con redes delictivas organizadas que operaban en el distrito de Aguablanca. *Sus comentarios sobre tipos de armas y móviles capaces de producir severas lesiones corporales causaba admiración en los más jóvenes del grupo, quienes lo miraban con mezcla de estupor y fascinación. Sin embargo, dos jóvenes que mantenían la mayoría del tiempo silenciosos, participando apenas con breves monólogos, ante las motivaciones del psicólogo para que comentaran sus experiencias, prefirieron resistirse y mantener una postura rígida. Uno de ellos mostraba un inquebrantable gesto de agresividad, mirada severa hacia los demás asistentes y seriedad implacable que sostenía aún en los momentos de hilaridad. El otro, por el contrario, manifestaba una actitud de ensimismamiento corporal magnificada por puntuales intervenciones salpicadas de temor, vergüenza y duda. Ambos, decidieron abandonar el recinto con el "pretexto" de bajar al servicio de enfermería y solicitar el retiro de los puntos con los que, escasos días atrás, habían sido suturadas sus heridas.* Menciono pretexto entre comillas porque quizá, para los jóvenes, el procedimiento demandado revestía el carácter de una urgencia médica que no podía dar más espera.

Taller: Construyendo Futuro

El tercer taller dedicado a la reflexión sobre la construcción de futuro, de nuevo toma un rumbo incierto. Esta vez a causa de una enfermedad aguda del psicólogo, quien con un proceso incipiente de infección respiratoria hace valiosos esfuerzos por no aplazar el taller pese a la baja asistencia en aquel día. El psicólogo se vale precisamente del bajo “quórum” para invitar a los presentes a reflexionar sobre el motivo de la baja participación y proponer mecanismos para aumentar la convocatoria. Un joven opina que los talleres deben ser más cortos (normalmente están planeados para un día completo con almuerzo incluido). Los demás no asienten. Tal vez algunos vienen por el almuerzo que se ofrece (de hecho, en tono de broma, dos reclamaron aquel día el almuerzo, que no se ofreció cuando ante la agudización de los síntomas del psicólogo fue necesario recortar el taller a media jornada). Otros proponen que los talleres deben tener actividades deportivas (el psicólogo toma nota y asiente en silencio). Finalmente otro plantea un problema de “competencia” cuando afirma que muchos no vienen por que a la misma hora se emite por televisión en uno de los canales privados de mayor sintonía el programa “Pandillas, Guerra y Paz”. El psicólogo pide a los asistentes que le cuenten la serie. Todos narran fragmentos diferentes y muy puntuales de la misma, alguien señalando el televisor sugiere que puede ser vista, el psicólogo presa de una tos paroxística encuentra en el programa su mejor aliado (de esta manera tendrá que hablar menos). De inmediato se realizan las conexiones necesarias y se dispone el auditorio para la observación del dramatizado.

A medida que la película va rodando el psicólogo va destacando en el pizarrón diálogos y preguntas que suscitan discusión. Por ejemplo, uno de los personajes de la serie es calificado como hampón a lo que el protagonista responde diciendo: “es que yo soy más que eso”. En otras escenas se detallan diferentes experiencias que viven los presos en la cárcel. El psicólogo sabiendo que algunos de los asistentes han estado en reformatorios, pregunta por las diferencias que imaginan entre estos y una cárcel. Más adelante la serie destaca varias tomas en que el

punto central de la discusión es el dinero, el fracaso, y el éxito, escenas sobre las que el profesional llama a reflexionar con las siguientes preguntas: ¿supuestamente, sí se tiene dinero, se tiene todo? ¿Los ricos son felices?

Terminado el dramatizado, los jóvenes se dedican a renarrar las escenas y a exaltar los comportamientos y las acciones de algunos de los protagonistas. El psicólogo invita a centrar la discusión en torno a las preguntas anotadas por él en el tablero. Los jóvenes contestan a las mismas con monosílabos del tipo sí, no o de forma evasiva con un de pronto. *La única pregunta que suscita algún grado de participación es la de la plata: ¿si se tiene dinero, se tiene todo? La mayoría coinciden que no, ejemplificando que cuando logran hacer una vuelta (actividad delincencial) aunque consiguen la plata que necesitan muchas veces no logran lo que quieren (satisfacer a la mamá solventándole alguna necesidad material), “por que las cucas no les reciben plata robada”. Todos se comparan en torno a esta situación y parece haber consenso. Otros, sin embargo, callan, quizá por vergüenza. Se conoce en el proyecto de muchos casos donde ocurre exactamente lo opuesto: las madres han enseñado a delinquir a sus hijos y los presionan cuando la situación económica es peor de lo usual.* Terminados estos comentarios, dos jóvenes interrumpen y avisan su retiro para ir a enfermería. Con un quórum aún más reducido el grupo empieza a diluirse. Algunos continúan haciendo comentarios puntuales del dramatizado. El psicólogo dando muestras de agravamiento de su malestar da por terminada la sesión.

Talleres Dirigidos a los Lesionados Mayores

Estos talleres se llevan a cabo una vez a la semana (viernes en la mañana) en un pequeño salón ubicado justo al lado de la entrada a las instalaciones del proyecto. Los participantes son recogidos en sus casas por la buseta de la organización Médica. Al llegar van accediendo directamente al pequeño salón y anclan sus sillas lo más próximo a las paredes para permitir la acomodación de los demás participantes. Si el grupo no es muy grande (6-8 personas), se logran ubicar en

círculo y todos pueden observarse. En el frente del salón se localizan los facilitadores del taller: el psicólogo y la educadora, junto a su principal herramienta de trabajo, el papelógrafo.

Al igual que con los lesionados menores, el taller inicia con un ofrecimiento panorámico de los temas que serán considerados en el transcurso de las siete siguientes sesiones. De nuevo llama la atención pensar en la concepción del tiempo para el lesionado medular, quien en el plano de su propio cuerpo tiene una verdadera regresión a la etapa del recién nacido. El discapacitado medular debe intentar recomponer su esquema de motricidad y sensibilidad corporal a partir del remanente de fibras nerviosas que lograron preservarse, inicia una lucha por el equilibrio como la que todos tuvimos que sortear en la temprana infancia. De otra parte debe procurar hacer conscientes los reflejos vesicales y rectales inconscientes en búsqueda de lograr un efectivo control de sus esfínteres que les permita una mejor entrada a la vida social. Creo que este es el afán diario de estas personas y que lejos están la mayoría de la elaboración de planes temporales a mediano y largo plazo como los que estamos abocados a seguir los ciudadanos actuales de la modernidad.

Taller: La Autoestima

Una vez presentada la carta de navegación se entra en tema con el primer tema del taller: La autoestima. Se invita como se hizo con el concepto de estadística en el taller de lesionados menores a que el participante defina este término. De nuevo “la bola va rotando” y cada cual debe decir algo con respecto a la palabra. Uno de los asistentes rompe la ley del juego y dice que prefiere “pasar”. Esta actitud genera risas en los demás participantes. La educadora se une y compara la respuesta con el juego de dominó donde es permitido pasar.

Ninguna definición logra salir de la trampa de la palabra compuesta (auto-estima: estimarse a sí mismo repiten casi todos de manera diferente). Nadie dice

estimarme a mí mismo. Las respuestas son completamente externas al interlocutor y remedan la lección que se le da a un profesor, a pesar de no evidenciarse ningún tipo de autoridad en el discurso de los facilitadores. Diríase que se trata de una actitud corporal y conceptual que casi todos hemos heredado de la infancia y que repetimos con frecuencia en toda reunión de carácter institucional. El tema en cuestión no pasa por la piel de los asistentes. Es justamente la dinámica de encontrar definiciones la que nos distancia en últimas del ámbito más privado de la conversación informal entre familiares y amigos, condición indispensable para narrar experiencias dotadas de sentido.

Buscando que los participantes asimilen mejor el concepto de auto-estima los facilitadores elaboran una serie de seis preguntas que frecuentemente observo en los manuales de exitología: ¿Cuál ha sido el mayor logro mayor logro en tu vida? ¿Qué tenías qué perdiste? ¿Qué es lo que más valoras de tu vida? ¿Si tuvieras que irte hoy lejos de tus amigos y familiares porqué te gustaría ser recordado? ¿Qué crees que es lo que más le gusta a los demás de ti? ¿Cuál es tu aspiración o deseo más grande en la vida? Sin embargo, las respuestas que los usuarios dieron no se asemejan a las que se suelen encontrar en estos mismos manuales.

Las narrativas de los participantes giraron todo el tiempo en torno al evento traumático. En medio de estos discursos me preguntaba sobre la posibilidad de romper este “círculo vicioso de lamentos” en el curso mismo del taller, invitando a los participantes a que construyeran siquiera hipotéticamente un discurso positivo (máxime cuando a muchos les he visto, reír, bromear y divertirse en las sesiones de terapia). Creo que la autoestima debe pasar por un ejercicio discursivo que estimule la fuerza performativa que tiene la palabra para transformar la narrativa cíclica y reiterativa de tragedia en oportunidades de aprendizaje, participación y testimonio creados por la misma palabra.

Inevitablemente, el taller de auto-estima se transformó en la crónica de una tragedia anunciada. Lamentos van, lamentos vienen en la boca de todos los

participantes, en dos oportunidades interrumpidas por el llanto fácil de una asistente y del llanto vergonzoso de otro que obligó al psicólogo a hacer una reflexión sobre el derecho que tienen los hombres a llorar.

Llama también la atención el profundo distanciamiento entre auto-estima y placer. Efectivamente, en ningún momento se consideró la posibilidad de hablar o reflexionar acerca del placer. ¿Qué papel juega en la vida de los discapacitados? ¿Se le niega de manera similar a como se niega la sexualidad del niño y del adolescente temprano? ¿Son los discapacitados seres asexuados? ¿Sus tragedias personales y dolores crónicos les incapacita de sentir placer?, o más bien, ¿Existe acaso, toda una pulsión erótica que nuestra cultura no reconoce al discapacitado y en consecuencia no permite la enunciación de lenguajes performativos de la sexualidad de estas personas?²⁸ Creo que los profesionales deberíamos sentarnos a reflexionar sobre estos temas en la generación de insumos para lograr no que se hable acerca de la auto-estima sino que se genere auto-estima en los participantes.

Taller: Buscando Alternativas

Con este taller se inicia un ciclo de dos talleres llamado recomposición. El taller es un cine foro y se inicia con una breve explicación de la educadora acerca de lo que es un cine foro. Los asistentes expresan gestualmente haber entendido la explicación, con lo que de inmediato se pasa a la proyección de la película. Se trata de un dramatizado inglés (doblado al español) llamado el Jardín Secreto.

A continuación ofrezco un breve resumen de la producción cinematográfica por ser pieza central en la discusión sostenida durante este taller. La película narra la historia de una niña de origen inglés quien vive cómodamente junto a su familia en

²⁸ Sin duda estas preguntas y otras relacionados ya han sido consideradas por los participantes en la “charla educativa” sobre sexualidad, pero las herramientas allí adquiridas no las vinculan con el tema de la auto-estima, los facilitadores tampoco manifestaron la necesidad de recordar lo compartido y aprendido en la

la lejana India, hasta que es víctima de un devastador terremoto que acaba con la vida de sus padres. La niña es trasladada de nuevo a Inglaterra en condición de víctima de la catástrofe y allí es recibida por una familia noble que le ofrece “tutela y protección”. La infancia de la niña se desarrolla en un castillo habitado por una servidumbre cohesionada por las normas victorianas de la época, mientras que la nobleza está prácticamente ausente. Un pequeño niño lisiado es el máximo representante de esta nobleza. El niño se encuentra enfermo desde su nacimiento como consecuencia de un parto difícil en el que pierde a su madre. El padre a causa de estos acontecimientos, decide ausentarse dejándose absorber por una vida dedicada a los negocios. Su contacto con el menor es mínimo, tan sólo para garantizar una seguridad material mediante la supervisión de los exagerados cuidados del ama de llaves. La niña que llega a ser parte de ese nuevo hogar es confinada a cuidar de sí misma. Toda la servidumbre está volcada en la atención del menor postrado en cama desde su nacimiento. Inconforme con esta situación, la niña va develando todos los secretos del castillo, bellamente representados por un jardín “mágico” que sirve de inspiración a la menor. Pero en realidad los secretos subyacen a cada personaje: el menor lisiado, el ama de llaves, el padre ausente, el jardinero y su hijo (único aliado de la niña en su misión), el médico del menor y la demás servidumbre. Es justamente la develación de tales secretos la que va permitiendo redefinir la vida del menor de manera diferente. La discapacidad deja de serlo para convertirse en debilidad; el desarraigo de la niña se convierte en siembra en aquel maravilloso jardín; la sobreprotección del ama de llaves la convierte paradójicamente en una sierva desobediente frente al poco progreso del amo enfermo, etc. La película termina con la vuelta a una vida victoriana socialmente aceptada por todos los habitantes del castillo, mediante la readjudicación de roles en torno a un niño sano y a un padre que por vez primera asume la muerte de su esposa y decide hacerse cargo del cuidado de sus hijos al incorporar a la menor dentro de un cálido seno familiar.

charla de sexualidad, quedado en consecuencia, para todo el auditorio, separadas por completo las consideraciones sobre auto-estima y sexualidad.

Terminada la película la socióloga (la educadora tiene formación en sociología) ofrece a los asistentes la siguiente invitación: “miremos la película y qué relación tiene con sus procesos de duelo”. Las respuestas son evidentes. Los lamentos no se hacen esperar y uno a uno van contando de nuevo su triste historia (aquella que lloraron en el taller de auto-estima y la misma que dramatizaron en el taller de conflictos relacionales), frente a la repetición de estas narrativas. Una intempestiva incomodidad me invade al verme y sentirme consumidor de historias tristes, incomodidad que intento evadir reflexionando (en silencio) en torno al papel de la niña en la película. Ella no hace sino redefinir todo el tiempo la enfermedad del menor en términos de debilidad primero (mediante un eficaz recurso verbal) y luego de ausencia de luz y de calor (rehuyendo esta vez al lenguaje y forcejeando contra la rigidez corporal del niño postrado en un intento exitoso por sacarlo de su oscuro y frío letargo). Con ello logra evidenciar las trampas tendidas por un lenguaje coercitivo (el del médico y el del ama de llaves). Esta reflexión me suscita dudas del modo como se viene adelantando el taller, de manera que contrasto el papel de la niña con la pregunta de la facilitadora, y concluyo: si la niña evade la trampa del lenguaje, la educadora cae en la misma cuando invita a hablar a los participantes sobre sus procesos de duelo.

Pero, por fortuna para mí (al no querer continuar con el ciclo de consumir historias tristes) y para los convocados al taller (que esperan herramientas del mismo para posicionarse con mayor fortaleza en el proceso rehabilitatorio), la socióloga deja de lado las largas y repetitivas reflexiones psicológicas que suscitó la pregunta “capciosa” y decide orientar la discusión hacia el terreno de su dominio, es decir: lo social.

En efecto, un giro bastante interesante toma el taller cuando la socióloga pregunta: “en la comunidad todas las personas manejan angustias y sin intención de obrar de mala fe, como le ocurre al ama de llaves en la película, ocurre que muchas veces no saben como manejar una situación tan complicada. *¿Cuales son esas personas para el caso de cada uno de ustedes?*”

Las respuestas permiten ver la organización de redes de apoyo a las que los usuarios dotan de sentido. *Varias respuestas surgen. Una usuaria habla de su hijo, comenta como su relación con él mejoró dramáticamente luego de su accidente. Otros participantes hablan de Dios y señalan como “a través de él se siembra y luego se recoge de personas que uno menos cree”. Otro también se identifica con Dios, pero pone en duda aquello de la ayuda de otras personas. Al respecto dice: “primeramente Dios y luego.... bueno, algunas amistades, pero son muy contaditas. Más bien una hija a quien quiero darle lo que a mí no me dieron. Quiero que sea alguien en la vida”. Uno más se adhiere a la confesión de fe y afirma: “siempre el de arriba y la fe que uno tiene, pero mi mamá, siempre es la madre”. Otro señala a la esposa que está a su lado “mostrando” una profunda cara de agotamiento. Otro sentencia: “nadie; yo mismo”, luego calla durante un momento y corrige evasivamente: “Todos, mi esposa, mis hijos, mi hermano...”, Otro dice: “Mi mama y mi tío, mi tío, mi tío..” Y finalmente el más joven afirma: “un amigo que es mi pareja”. Nuevamente surgen las comparaciones entre unos y otros solamente que esta vez no gira en torno a sus cuerpos lesionados o alrededor de la historia más dolorosa sino que empieza a involucrar familiares y amigos y a Dios como recursos dadores de sentido. Lamentablemente llegados a este punto de la discusión (por algunos imprevistos de tipo logístico que retrasaron todas las actividades del proyecto en aquel día), el taller se da por terminado, cuando apenas los asistentes, como los protagonistas de la película, se disponían a entrar en el Jardín Secreto.*

Sin embargo, queda en el ambiente una atmósfera de satisfacción que se confirma en las caras sonrientes de los asistentes. Esta “transformación” de los rostros merece un par de comentarios:

- 1) Pese a que la socióloga pregunta por apoyos en la comunidad, todos los asistentes refieren apoyo de sus familiares o amigos más cercanos. Queda la duda de las relaciones que tejen con organizaciones barriales y

comunitarias (las voluntarias, por ejemplo), con ONGs distritales y municipales y con organizaciones del Estado, que aunque presentes con compromisos y acciones variables en diferentes zonas del distrito, parecen otorgar pocas reservas de sentido a las personas con discapacidad.

- 2) Es importante también indagar con más profundidad en las relaciones que buena parte de los usuarios establecen con las instituciones religiosas, puesto que sus relatos parecen evidenciar verdaderos bancos de sentido. En efecto, parece haber en los discursos mágico-religiosos recursos lingüísticos, que ofrecen la posibilidad de lograr giros significativos en la reconstrucción de identidades descentrando el discurso en torno al evento trágico como demarcador único de vidas “frustradas” y proponiendo otros centros gravitatorios que con igual o mayor magnitud resultan otorgantes de sentido. En consecuencia los recursos lingüísticos “adaptados o readaptados” advienen como recursos terapéuticos grupales y por qué nó comunitarios (si los mismos usuarios logran comprometer en el proceso a las redes locales de apoyo existentes) de enorme significación en estos contextos deprimidos.

CAPITULO IV

EL DOLOR NARRADO DESDE LA INFRACCION DEL SECRETO “SAGRADO”

Taller: Recuperándonos

Este taller (en correspondencia con lo comentado atrás sobre la flexibilidad) en realidad no es *stricto sensu* un taller sino una salida institucional, de carácter recreativo y cultural, que los jóvenes, de manera más pragmática, sencillamente llaman paseo. El objetivo del mismo es que los jóvenes usuarios del proyecto conozcan y se familiaricen con algunas alternativas que ofrece la ciudad para el manejo del tiempo libre, el esparcimiento en actividades culturales y la capacitación y vinculación a oportunidades laborales relacionadas con el embellecimiento de la ciudad²⁹.

El “taller” se inicia con una breve sesión en las instalaciones del proyecto en donde se informa el itinerario de los sitios a visitar y se pactan algunos acuerdos por parte de los asistentes al “paseo”. En el grupo en el que tuve la oportunidad de observar-participar, los jóvenes establecieron los siguientes compromisos: 1) mantenerse unidos como grupo; 2) crear ambiente de paseo (un llamado a ser mas alegres y menos solemnes); 3) participar en las visitas y preguntar todas las inquietudes; 4) “no meter vicio” (traducido por el psicólogo como no consumir sustancias psicoactivas -S.P.A.-); 5) respetar los peatones (“no recocharlos”), y 6) higiene (no arrojar basura).

Una vez “conscientizados” los usuarios de los compromisos, procedimos a abordar un bus alquilado por la institución para la realización del recorrido anunciado, a saber: Visita a Corjucali, almuerzo, visita al parque de San Antonio y al mirador de Belalcázar, recorrido del Centro Cultural Comfandi y regreso a las instalaciones del

²⁹ Llamo embellecimiento a lo que la corporación visitada designa en su volante de propaganda como servicios, a saber: aseo y mantenimiento de edificios, mantenimiento de parques y zonas verdes, limpieza de canales y aguas residuales y reforestación.

proyecto. El inicio de la salida fue un tanto “aparatoso”, en cuanto que el conductor del destartado vehículo no conseguía la manera de poner en marcha el motor. Intentó mediante severos empujones desbloquear la palanca de los cambios. Desesperado por los intentos fallidos decidió bajar apresuradamente del vehículo y dar una mirada al motor, la caja, la transmisión. Mientras tanto los participantes hacían intentos por cumplir el segundo pacto, solicitaban música y aceite para la caja, que continuaba oponiéndose a las improvisadas maniobras del conductor convertido en mecánico. Otros se resignaban y veían con tristeza que definitivamente el paseo se iba a echar a perder. El psicólogo mostraba en su rostro y en el movimiento agitado de sus piernas señales de preocupación. Finalmente, un golpe de suerte, en la serie de empujones y la caja pudo ser desbloqueada. Un arrancón en seco nos sacaba de la ansiedad al tiempo que el carro iniciaba una marcha temblorosa y muchos continuábamos dudando de la capacidad del carro para cumplir con los destinos anunciados.

De presenciar la lucha por la marcha pasamos a observar la pelea por la audición de la música solicitada. A la “tartala” le habían adaptado un equipo de sonido que a simple vista mostraba buena fidelidad, unos parlantes grandes en los dos extremos del bus y un descontrol en el volumen nos hacían sentir por breves momentos en una discoteca. Después el volumen se tornaba casi imperceptible, y el conductor a la vez que conducía intentaba con sus manos gruesas graduar las delgadas perillas del ecualizador. El resultado era “nefasto”, la música apenas se percibía, los jóvenes resignados se envolvían en sus propias contemplaciones y a pesar de mirar por las ventanas todo el tiempo, permanecían impávidos ante el desfile de personas, carros, calles, casas, edificios, y en general todo el paisaje, que se iba “trasformando” a medida que el bus salía del Distrito y se dirigía hacia el norte de Cali.

Pese a los temores por la condición del vehículo, pronto llegamos al primer destino. Se trataba de una corporación creada por jóvenes de sectores populares para jóvenes de los mismos sectores. Las oficinas de esta corporación se localizan

en una zona “exclusiva” de Cali. Un pequeño jardín antecede la entrada elegante al edificio. Allí nos acomodamos mientras el psicólogo anunciaba nuestra llegada. Mientras tanto, uno de los más jóvenes del grupo con una acentuada mirada paranoica me confesaba su temor a identificarse en la portería, al tiempo que justificaba su temor describiendo como en su corta carrera de violencia **“ya se había echado dos tombos” y lo andaban buscando “pa’ quebrarlo”**. Por fortuna para él y para el cumplimiento del itinerario planeado, en la portería no fue solicitado ningún documento de identidad. Entramos en masa y nos distribuimos en dos grupos para subir. Me incluí en el primer grupo intentado tranquilizar a una de las jóvenes que manifiesta un susto desmesurado por tomar el ascensor. Sin embargo el movimiento del elevador pasó desapercibido y a la joven parecía molestarle más el estrecho contacto con sus compañeros que el desplazamiento en el “vacío”. Los demás jóvenes la miraban como pidiendo una explicación a ese susto “infundamentado”, la joven disimulaba su nerviosismo mientras yo recreaba en mi imaginación el accidente del que ella fue víctima al recibir un bala perdida que estaba dirigida a un amigo suyo que se encontraba cercano.

Al arribar al noveno piso unos líderes de la corporación juvenil nos dan la bienvenida y nos invitan a seguir a una elegante sala de juntas. Los jóvenes se acomodan con dificultad en las confortables sillas de oficina dispuestas alrededor de una mesa elaborada en una madera muy fina al tiempo que perciben con admiración la vista de la ciudad a través de los grandes ventanales. Pasado algún tiempo parecen sentirse confortables con el ambiente climatizado y aséptico que hace olvidar el intenso calor de la ciudad congestionada.

La sesión se inicia con la intervención del psicólogo que invita a alguno de los jóvenes asistentes a presentar el proyecto de la institución médica internacional. Un joven toma la palabra y define el proyecto con sus propias palabras: **“Es un grupo de apoyo, sin ánimo de lucro, para jóvenes discapacitados que hayan sido heridos, se le prestan servicios de terapia y psicología.”** El psicólogo añade que además de estas intervenciones se lleva a cabo un proceso psicosocial

que busca integrar a los jóvenes con instituciones de apoyo, según las necesidades de cada joven, y que ese era precisamente el motivo de la visita, contactarlos con aquella institución abanderada del desarrollo juvenil en sectores populares de la ciudad. Seguramente, muchos de los jóvenes allí presentes estarían interesados en saber sobre los proyectos implementados y en escuchar las ofertas de la Corporación, haciendo enseguida mención de uno de ellos que ya se había vinculado a la capacitación en informática.

El presidente de la Corporación escucha las palabras del psicólogo al tiempo que organiza unos papeles y da algunas órdenes de trabajo a otros jóvenes. Enseguida, toma la palabra, y sin hilar con lo expuesto por el psicólogo inicia su discurso en el que va revolviendo en una misma narrativa, su experiencia personal con la de la Corporación. Habla de su adolescencia transcurrida en una zona de ladera (Terrón Colorado) que desde su punto de vista comparte los mismos problemas de violencia que hoy soporta Aguablanca. Pero, gracias a la organización comunitaria y a la capacidad de convocatoria de los vecinos del sector se propusieron no soportar más la situación de violencia que tanto les perturbaba y emprendieron las primeras tareas por trabajar en pro de la comuna y de la ciudad convocando a los jóvenes de la comunidad a participar en las mejoras de sus propias viviendas y de las zonas comunes, al tiempo que difundían una campaña para acabar con el consumo del “vicio”.

El discurso en pretérito hace pensar que ya no existen problemas en Terrón Colorado, información que se contradice con las noticias de los diarios locales y con los reportes de violencia elaborados por la Secretaría de Salud. Seguramente la violencia habrá disminuido, concretamente en el sector donde habita o acaso mejor, habitaba, el presidente de la Corporación. Pero, ¿es este hecho, garantía de que replicando el modelo se logren controlar situaciones de violencia similares? El discurso del líder parece confirmar esta presunción. La narrativa no hace otra cosa que expresar experiencias propias que buscan mimetizarse con la situación de violencia de los jóvenes asistentes. Luego va girando sutilmente para

convertirse en el discurso político propagandístico que hace alarde de los éxitos obtenidos en la actual administración de la ciudad, hasta el extremo de asegurar con absoluta convicción que todo lo logrado por la Corporación se debe al alcalde de turno, afirmación que para la mayoría de los que se mueven en los avatares de las relaciones políticas resultaría preocupante, al ser *vox populi*, el desprestigio de este funcionario público al final de su gobierno.

En medio de la propaganda política, el presidente expone la clasificación de los tipos de jóvenes con los que trabaja la Corporación. Afirma: “se manejan tres clases de jóvenes: los que no tienen problemas con sustancias psicoactivas; los que tienen problemas con estas drogas y los que han caído”. Esta tercera categoría no queda bien expuesta. El Presidente parece temer herir ciertas susceptibilidades en los muchachos presentes y simplemente retoma el hilo de la charla volviendo de nuevo a proclamar las virtudes del alcalde saliente.

Frente al discurso “demagógico” del Presidente destacan los intereses puntuales de cada joven. Dos de ellos se sacan el mugre de las uñas al compás del discurso sobre la Corporación y su éxito político. Otra presta más atención a los fragmentos del video que otro líder prepara para presentárnoslo, y otros maquinan como acceder a las ofertas de la Corporación sin tener que ser identificados. **El psicólogo percibe esta inquietud y habla de casos hipotéticos de jóvenes que podrían estar en esta situación. Inmediatamente Angel, el más joven del grupo, toma la palabra y da testimonio de tener en el momento deudas con la justicia que le obligan a ser un ciudadano anónimo. Los líderes juveniles de la Corporación, lo interpelan con la mirada, Angel se defiende alegando que los crímenes cometidos obedecen a una “presión” por tener que mantener a su señora (una joven, al igual que él, menor de edad) y a su futuro hijo. Los demás jóvenes miran al confeso muchacho con mezcla de confusión y admiración, Angel descansa y relaja su cuerpo luego de la declaración dada.** En adelante será el protagonista de la salida y gran parte de las interacciones girarán en torno a él. El presidente refuerza el descanso del

muchacho diciendo que la corporación maneja estos casos con “bajo perfil” y que no tiene nada que temer. Angel persiste desconfiado y dice que solicitará apoyo utilizando el nombre de su hermano. Los líderes asienten sin palabras, apenas moviendo sus cabezas. Los demás jóvenes parecen estar más tranquilos con aquella garantía del manejo de los casos con “bajo perfil” y en conjunto consignan sus datos personales en una hoja que le llaman “ficha técnica”, requisito inicial para una posible vinculación con la Corporación.

El Presidente solicita permiso para retirarse. Está tramitando un proyecto y debe salir. Encarga a otros líderes para que nos enseñen el video institucional y otros filmados en las jornadas de mantenimiento de parques y zonas verdes. Los jóvenes del proyecto observan los videos, al tiempo que llenan la “ficha técnica”. Los videos muestran una conglomeración de jóvenes que la Corporación llama “sin oportunidades”, trabajando en la limpieza de parques en diferentes comunas de la ciudad. Los líderes especifican el lugar cada vez que hay un cambio de toma. En todos los lugares se hace lo mismo, cortar maleza, recoger basura, cortar el prado, bordear los caminos de los parques. La escena se repite una y otra vez. Muchas veces el cambio de lugar pasa desapercibido hasta que lo advierte el líder cuando identifica en la pantalla a un joven que pertenece a tal comuna. La observación entrecortada es interrumpida por la llegada de otro líder, quien toma el lugar que ocupaba el Presidente.

Este líder saluda efusivamente y procede también a dar su testimonio. A diferencia del presidente no ha sido víctima, sino más bien victimario de la violencia urbana. Habitante en su infancia y adolescencia de Siloé, se enroló en algunos grupos armados del sector y cometió actos “indebidos”. Pero: “Dios, que es bueno y misericordioso lo rescató de ese bajo mundo y le señaló el camino del bien”. Logrando abandonar su vida pasada empieza a trabajar por la paz. Conoció el trabajo de la Corporación y encontró convergentes las propuestas de esta institución con algunas acciones que él por cuenta propia había emprendido con otros compañeros de la Comuna 20 (seguramente compañeros de credo, a juzgar

por la fuerte carga mágico-religiosa del discurso de este líder) y pronto compartieron esfuerzos para extender el trabajo de la Corporación a toda esta Comuna. El líder continúa presentando el trabajo de la Corporación de manera similar a como lo hizo el Presidente, sólo que los agradecimientos no hay que dárselos al Alcalde sino a Dios, único llamado a juzgar nuestras acciones. Dichas estas palabras, **Angel que ha permanecido todo el tiempo asustado con que se descubra su identidad como “trasgresor de la ley” interpela diciendo: “Si tantas cosas han pasado y si uno no se muere es que Dios lo tiene para algo bueno”**. El líder consiente esta afirmación y la complementa diciendo que lo importante es ser sincero consigo mismo. Minutos más tarde estaría indicándoles a los muchachos sobre la conveniencia de no presentarse con cachucha y camisa por fuera a una solicitud de trabajo y que él los podía asesorar bien en estos aspectos de presentación personal. Luego de este generoso ofrecimiento pide disculpas de similar manera a como lo hizo el Presidente y se retira. Los demás líderes intentan mitigar el silencio que queda cuando salen los que llevan la vocería de la Corporación. De inmediato, suben el volumen al sonido, se ubican rápido en las imágenes que circulan en ese momento y orientan al auditorio indicándole el lugar correspondiente de cada escena filmada. Una joven encantada con el documental no se inmuta. Los demás jóvenes la miran al tiempo que estiran sus cuerpos y bostezan. El psicólogo lee estos cuerpos y dice que debemos continuar el recorrido hacia la siguiente estación programada.

Por fortuna para todos, nos dirigimos luego a un restaurante ubicado también en el norte de la ciudad. Se trata de un amplio restaurante donde se combina la sazón vallecaucana, con la disposición francesa tipo buffet y el mercadeo de las comidas rápidas de las cadenas norteamericanas. Para completar la hibridez aportamos al lugar el consumidor del Distrito.³⁰

³⁰ Si bien, los jóvenes del distrito son consumidores de otros tipos de bienes. En especial la ropa deportiva que ellos llaman de marca (hay una preferencia por la ropa Nike) y particularmente las zapatillas que parecen otorgar un valioso status de poder y distinción.

El almuerzo no estuvo privado de incidentes. **A la llegada un vendedor ambulante de mangos entra en discusión con Angel. La discusión parte de un choque de miradas que a ambos les molesta. No hay intercambio de palabras, remeda una amenaza entre animales cuando uno invade el territorio del otro. Finalmente Angel increpa al vendedor diciéndole: “¿que me mirás?”. El de los mangos contesta “¿qué, no te gustó?”** Luego de este intempestuoso cruce de palabras, se pasa a la acción agresiva. El vendedor enseña su cuchillo. Angel, para sorpresa de todos los convocados a la salida, incumple con el pacto de no estar armado y saca del interior de su pantalón un arma puntiforme. Acto seguido realiza un movimiento que remeda el inicio de las competencias de esgrima. El vendedor da una mirada rápida y encuentra a los demás muchachos como posibles aliados de Angel. Luego balbucea unas palabras ininteligibles y para fortuna de todos se retira con sus mangos a otra parte.

Pasado este incidente todos intentamos disminuir el estado de tensión y ansiedad que permanecía latente en el ambiente, sumergiéndonos en nuestros propios platos de comida. Sin embargo resultaba muy difícil apartarle la mirada a Angel, quien decide de nuevo realizar un comportamiento diferente al de la “gallada”. Prefiere no almorzar y pide en cambio que le empaquen la comida. Otro joven le sigue en esta demanda diciendo que no tiene hambre. Buscando relacionarme con Angel indago por su estado y le pregunto si acaso él también permanece sin hambre. Su repuesta es afirmativa. Viene entonces a mi mente aquella teoría biologisista de la violencia que explica la agresión por descargas simpáticas motivadas por el hambre. Siento satisfacción “académica” al poder invalidar empíricamente esta teoría y me animo a profundizar en el asunto: **“¿entonces almorzará más tarde, al llegar a su casa? Su respuesta es igual de inmediata a la anterior: “No, se lo voy a llevar a mi señora”.** Intentando seguir la velocidad de las respuestas del muchacho le increpo: “ah... ella no almuerza hasta que Ud. llegue con el almuerzo”. De nuevo una respuesta inmediata: **“No, ella ya debe estar almorzando, solo que le va a gustar mucho verme**

llegar con este almuerzo”. El diálogo se cierra. No encuentro de manera veloz algún comentario para sostener la charla.

Ya de salida, se presenta un nuevo incidente. Esta vez Angel queda exonerado. Otros dos jóvenes que habían pasado la mayor parte del tiempo desapercibidos, son interpelados por los vigilantes del lugar. Estos con franco abuso de autoridad cuestionan la presencia de los jóvenes en el lugar y les advierten que es mejor que salgan del mismo para evitar problemas. Efectivamente, los jóvenes dando muestras de una habilidad para solucionar problemas, solicitan la intermediación del psicólogo, quien acude a donde los vigilantes y explica la actividad realizada. Los guardianes avergonzados solicitan disculpas. En silencio me pregunto: ¿cómo pueden acceder estos jóvenes a otros espacios diferentes a su territorio demarcado (propósito de la salida) en ausencia de un respaldo institucional?

Nos dirigimos enseguida al parque de San Antonio. El bus se adentra por las calles estrechas de la ciudad vieja. La arquitectura colonial, los edificios considerados como patrimonio arquitectónico de la ciudad, parecen decir poco o nada a los jóvenes. Todos prefieren concentrarse más en la música que de nuevo alcanza un nivel bastante alto.

Llegamos al parque en medio de una alegre algarabía que crea una atmósfera de tranquilidad. Esta aumenta con la calma que se respira al apreciar desde lejos la bulliciosa ciudad. El psicólogo invita a los asistentes a ubicar sus respectivas casas desde la distancia. Unos completamente perdidos no logran atinar. Otros más orientados rastrean el edificio más alto al oriente y por medio de él se guían para ubicar el área inmensa de Aguablanca. El desconcierto es mayor cuando el psicólogo pregunta por el número de habitantes que tiene la ciudad y el Distrito. Unos dicen que diez mil, otros que veinte mil y como en una subasta van subiendo los números. El mejor postor calcula un número de cien mil. Solo uno se aparta de la “subasta” desfasada y afirma con seguridad: “Cali tiene entre dos y medio y tres

millones de habitantes”³¹. Los demás jóvenes escuchan e intentan comprender la desmesurada cifra, el psicólogo asiente y recuerda la segunda parte de la pregunta: “¿y en Aguablanca cuantos hay?”. Frente a las repuestas tan erradas de la primera pregunta ninguno se atreve a lanzar una cifra. Ni siquiera quien acertó con los habitantes de Calí, puede calcular la cifra para el Distrito. El psicólogo afirma que en Aguablanca vive aproximadamente un cuarto de la población de Cali, es decir unos 700.000 habitantes, pero que posiblemente este número está aumentando por la recepción masiva de desplazados en el sector. Inmediatamente todos empiezan a hacer mención de personas desplazadas conocidas, mencionan las colonias nariñense y del Pacífico como las más numerosas, olvidándose del número citado asimilan que es un número exagerado y creciente de población con la que deben “convivir”.

Los jóvenes pronto se cansan de los cálculos demográficos y de los esfuerzos del psicólogo por crear una reflexión acerca de la ciudad. Sugieren continuar la charla a medida que caminan hacia la loma que domina el parque. En el camino los jóvenes se dispersan, se establecen conversaciones en grupos más pequeños y el tema propuesto se difumina como la ciudad que va quedando a las espaldas. Una pareja de enamorados que miran con romanticismo la ciudad, se sorprenden con la venida de los jóvenes. De inmediato se refugian en su carro y emprenden el descenso. Los jóvenes parecen ignorar esta escena. Quizá estén acostumbrados a que la gente les huya; algunos parecen utilizar la estrategia de generar temor para dominar sobre el otro. Cuando los demás huyen seguramente reafirman con satisfacción la eficacia de dicha estrategia.

En un punto del camino el grupo se divide en dos: un grupo que toma el camino empinado, escalando para ello un muro conformado por rocas apiladas y que restringe el paso al peatón que sigue los caminos demarcados por la Institución que cuida del parque, y otro grupo que prefiere dar un rodeo y seguir los senderos

³¹ Calculo algo más realista pero en realidad también desfasado. Cali de acuerdo con la información suministrada en el Foro Internacional Ciudad, Cultura y Convivencia (Nov 26-28 de 2003) cuenta con 2.250.000 habitantes, de los cuales 250.000 son desplazados.

peatonales. En breve tiempo, todos nos reunimos en lo alto de la loma. Los jóvenes recorren con sus miradas todo el territorio y deciden apropiarse del mismo trepando los palos de mango y arrojando desde arriba los frutos todavía inmaduros. Uno de los muchachos se corta el pie en el ejercicio. La sangre que sale de su herida no parece producirle impresión alguna que le impida continuar con la conquista de los frutos ocultos.

La repartición de los mangos se realiza de manera espontánea y sin dificultades. Casi todos seleccionan el fruto más apetitoso e inician la degustación del mismo. Algunos se sientan a descansar luego del desmedido esfuerzo y contemplan el remanente de un monumento y una zona plana alrededor en forma de plazuela. Alguien comenta que allí se practican ritos satánicos y que lo que queda en pie es el soporte de una virgen descabezada que luego fue reemplazada por el gran triángulo. **El “joven protagonista” de los incidentes anteriores vuelve a llamar la atención diciendo que alguna vez hizo presencia en uno de estos ritos. Afirma que ahí violan y sacrifican a jóvenes vírgenes y que lo mismo hacen con los fetos en proceso de formación. Estos actos según “el conocimiento” del joven solamente se realizan en las noches de octubre y noviembre. En la narración el joven se ubica como observador del ritual y queda la duda si llegó a participar activamente en estos actos. Por supuesto queda también una enorme incertidumbre frente al megalómano discurso pronunciado.**

Los asistentes no terminan de escuchar las “experiencias satánicas” del joven protagonista y haciendo gestos de rechazo hacia el mismo emprenden el camino de descenso. El joven apenas se queda con una de las muchachas a quien ha venido “cortejando” en el curso de la salida. El psicólogo aprovecha el momento para llamar la atención del muchacho rebelde y “disloco” y le invita reflexionar sobre los incidentes en que ha incurrido a lo largo del día, en particular, sobre el hecho de venir armado, infringiendo los pactos establecidos desde el principio de la jornada. Al respecto el profesional pregunta si acaso es necesario portar un arma para una salida en que todos nos conocemos. **El joven se defiende**

argumentado que tan pronto sale de su casa nunca se sabe que puede suceder y que parte del saberse cuidar (acaso: ¿alguna interpretación propia de lo que para él es la auto-estima?), consiste en portar siempre un arma camuflada. La necesidad de alcanzar a los jóvenes que habían iniciado el descenso (en cumplimiento del pacto de permanecer todos juntos) obliga a cerrar la reflexión en ese punto. Sin duda, creo que en algún momento del proceso, el tema en cuestión será retomado.

Tomamos el descenso, **el joven protagonista seguía defendiéndose, volvía a repetir su discurso de ser buscado por las autoridades al estar inculcado de tres homicidios. Hablaba que pronto daría fin a esa situación, aprovechando el gran parecido que tiene con su hermano de 14 años, tramitaría una nueva identidad haciéndose pasar por este menor.** En ese momento aceleramos el paso y dejamos cavilando al joven con su última idea disparada.

Abordamos el bus y nos dirigimos a otro mirador de la ciudad donde se erige un monumento al fundador de la ciudad, Sebastián de Belalcazar. La intención seguramente era retomar el tema de reflexión acerca de la ciudad. Esta vez no son los jóvenes quienes se oponen, sino la lluvia que se desata apenas nos acomodábamos en el lugar. Los muchachos encorvan sus cuerpos con las primeras gotas y en una actitud de molestia por el clima se refugian rápidamente en el bus. Vale la pena recordar que en Aguablanca, a diferencia de la zona cercana a los cerros occidentales de Cali, el temporal de lluvias prácticamente no existe.

Nuestra última estación para tranquilidad de los muchachos es en un espacio cerrado, el Centro Cultural Comfandi. Antes de ingresar a este recinto, Angel vuelve a llamar la atención, esta vez, comentando su urgencia de cumplir con una cita y manifestando su intención de no proseguir la visita y retirarse del grupo, incumpliendo una vez más los pactos acordados en la mañana. Ninguno de los muchachos protesta la decisión del joven evasivo y por el contrario exhiben en sus

rostros gestos de aprobación y una actitud menos vigilante de sus cuerpos una vez que el joven desaparece sin despedirse.

Una vez en las instalaciones de centro cultural, fuimos prontamente atendidos por un “guía” de la institución, un “cucho”³² que con facilidad trasgrede los límites de la edad y logra con prontitud interactuar con los muchachos. Intenta ser uno más del parche. El primer sitio de la visita es la sala de exposiciones. Justo a la entrada de la misma se ubican unos baños, que luego de la larga jornada de traslados resulta infranqueable. En masa los jóvenes entran a los excusados. Al contrario de otros grupos sociales, la evacuación de los esfínteres no exige el más mínimo gesto de intimidad. Ante la congestión, por ejemplo, dos jóvenes comparten al tiempo el mismo sanitario. Todos conversan en voz alta a través de las típicas divisiones que separan un baño de otro en las instalaciones de uso público. Pronto se arma un verdadero jolgorio. Algunos deciden comer otro de los mangos traídos de San Antonio, labor que realizan en dos o tres mordiscos. Más se demoran intentando descifrar el mecanismo que activa los lavamanos. Se trata de un dispositivo electrónico, propio de lo que ahora se llaman construcciones inteligentes, que seguramente ninguno de ellos había visto antes. Finalmente alguno por accidente descubre el mecanismo. Todos encantados le siguen. La “inteligencia” de la máquina opera diferente a la de los seres humanos. Los jóvenes intentan interrumpir la salida del agua pasando de nuevo la mano por el censor, con lo que consiguen activar de nuevo la fuente. Luego de jugar un buen rato con el “extraño mecanismo”, deciden retirarse del todo y encuentran, como por arte de magia, que unos segundos después de retirarse, la salida del agua se interrumpe definitivamente.

Los jóvenes abandonan el baño al tiempo que continúan con la misma bullaranga que los vincula entre sí. El guía interrumpe la algarabía haciendo una señal de silencio que *ipso facto* es obedecida por los jóvenes. El itinerario por la sala de

³² Para los jóvenes, “cucho” es toda persona que comparte o sobrepasa la edad de los padres, así es muy fácil encontrar en el Distrito un buen número de “cuchos” que no sobrepasan los 35 años, cabe anotar que es un término designativo y no despectivo.

exposiciones se inicia con la visita a una muestra grande de modelos diferentes de aviones que resume la historia de la aviación comercial y militar en Colombia y el mundo. Los muchachos se deleiten mirando modelo por modelo, se agachan y pegan sus caras y sus dedos a las vitrinas en un intento por alcanzar los aviones, al tiempo preguntan al guía sobre determinado modelo, quien responde generosamente y establece un diálogo interactivo con ellos. Las muchachas se muestran un poco parcas, participan poco, establecen un contacto más distante con los aviones. Una se siente más atraída por los carteles de la sala contigua que anuncia los próximos estrenos cinematográficos. Lentamente se va desplazando hacia dicha sala y se embelesa mirando los carteles más de cerca. El guía la baja de su ensueño, invitándola a que se una de nuevo al grupo y ofreciéndole un tiempo más adelante para contemplar, junto con los demás, aquellas imágenes que tanto le han atraído.

La explicación de los modelos aeronáuticos se extiende por otro tiempo, el diálogo se prolonga y cobra mayor interés cuando se llega al último módulo donde se exhiben los modernos aviones que utilizan actualmente las superpotencias para “solucionar” los cada vez más frecuentes conflictos internacionales e interculturales. Un par de jóvenes parece dominar mejor el tema, calculan con bastante certeza la velocidad del aparato y el alcance de los proyectiles lanzados. Otro toma el papel de un experimentado estratega y planea un hipotético operativo. En aquel momento la guerra urbana se olvida y juegan como niños pequeños “inocentemente” a la otra guerra abstracta, indefinible y apenas conocida a través del distorsionador “encantamiento” que producen los parcializados medios de comunicación³³. Uno de ellos me comenta su sueño de haberse enrolado en la fuerza aérea para maniobrar uno de los helicópteros exhibidos. Acto seguido pienso en la gran ironía que ilusionó a este joven: salir de una guerra para entrar en otra que otorga más status.

³³ El guía pregunta en repetidas ocasiones a los jóvenes, si ellos han visto tal o cual modelo de avión militar que con frecuencia se ilustran en la sección internacional de los noticieros televisivos.

A continuación pasamos a la sala que tanto había atraído a una de las muchachas. De nuevo ella inicia su idílico viaje a través de las imágenes. Su novio le acompaña y parece transportarse junto a ella. Pronto empiezan a hacer comentarios sobre lo maravillosa que deben ser aquellas películas anunciadas para los días sábados. El guía los invita a venir y hace la cuña que únicamente cuesta “quinientos pesitos y muchas ganas de querer superarse y salir adelante.” Los papeles se invierten y esta vez son los demás hombres los parcos a participar en una reflexión sobre aquellos carteles cinematográficos cargados de hermosos dibujos y fotografías. El guía nota el poco interés de los muchachos en esta sala y nos anuncia la visita a otro lugar donde conoceremos a unas personas ejemplares y especiales.

Subimos un piso más y nos dirigimos a la sala de lectura para invidentes. El guía saluda y nos presenta a una mujer que desde hace mucho tiempo es cliente asidua de la sala. Nos invita a mirar su habilidad para consultar textos, leer mediante el método Braille e interactuar con un moderno dispositivo que conectado a un computador realiza algunas traducciones del video al audio. Los jóvenes observan maravillados éste y otros ejemplos de otros invidentes. El guía invita a reflexionar sobre lo observado. Todos en coro, concluyen que deben estar agradecidos por tener sus cuerpos completos pese a las adversidades de sus injurias menores. Pero cuando estos jóvenes observan a los invidentes, ¿qué es lo que en realidad consigue robarles la atención? Ellos sin duda, en el mismo proyecto, han visto muchos casos ilustrativos de lesionados mayores con una excelente capacidad de recuperación, ¿Por qué estos casos del proyecto, y otros seguramente que conocen de vecinos y amigos, no los traen a colación? ¿Existe acaso un status de rehabilitación de acuerdo con el tipo de discapacidad y con el móvil de la lesión? Y ¿cómo se ven ellos mismos? ¿No es equiparable la ceguera con las cicatrices de sus cuerpos, muchas veces en zonas visibles como cabeza, cara, cuello, antebrazos y manos motivo de discapacidad por el estigma que generan en un contexto urbano donde estos jóvenes representan el temor?

La cuarta estación en la visita al centro cultural es la sala de lectura para adultos. Allí el guía enseña a los muchachos como consultar el catálogo de informática donde se registran los libros que posee la biblioteca. El guía lanza una pregunta desprevenida para aterrizar la enseñanza teórica a un ejemplo concreto: “¿que quieren consultar?” Uno de los muchachos contesta de inmediato: “a William Shakespeare”. El guía deletrea el apellido del insigne dramaturgo Inglés. En orden de hacerlo comprensible para los demás muchachos, la base de datos arroja un resultado de setenta y algo de textos encontrados. El joven solicitante se entretiene paseándose por cada uno de los títulos seleccionados. El guía repite de nuevo la cuña esta vez de manera didáctica preguntando a los muchachos cuánto cuesta la consulta de los libros. Los jóvenes contestan calculando diferentes precios. El guía abre de par en par sus ojos y dice: cero pesos, solamente las ganas de aprender y da un espaldarazo de apoyo al joven que continua con su mente perdida en medio de los textos shakesperianos. Y complementa la pregunta con otra más espontánea: “¿Cuándo pueden venir a consultar los textos?” Esta vez no da tiempo a que los muchachos contesten y lanza la respuesta de inmediato, “cada vez que se les dé la gana”. Luego explica esta respuesta, simulando confiarles un secreto, diciendo que las puertas del centro están abiertas para ellos en cualquier momento que lo estimen necesario. Estas últimas palabras del guía, tienen un verdadero efecto performativo sobre los muchachos. El resto de la tarde el Centro Cultural queda dispuesto para las inquietudes de ellos, y en efecto la visita a la sala de música y de juegos se convierte en el espacio de una verdadero interacción entre ellos en torno a las ofertas musicales y lúdicas. En ese momento el guía, el psicólogo y yo como etnógrafo, no éramos más indispensables. El Centro era de ellos y para ellos.

Taller: Conflictos relacionales

En la segunda semana de talleres para lesionados mayores se considera el tema de los conflictos relacionales, para abordar tal tema el proyecto ha previsto la

realización de un psico o sociodrama³⁴ en el que la mitad del grupo convocado representa el momento del conflicto o accidente que les produjo la discapacidad y la otra mitad representa la situación seis meses después del evento traumático.

Este segundo taller, junto con el primero, forma parte de la fase inicial que el proyecto denomina de adaptación, aunque resulta bastante trabajoso encontrar nexos conectores entre estos dos primeros talleres. Hecho que lo confirman los mismos asistentes al segundo taller. En efecto, cuando el psicólogo les solicita que hagan un recuento del primer taller, la mayoría prefieren ceder la palabra y quienes deciden opinar apenas ofrecen recuerdos vagos con respecto a lo considerado en la semana anterior. Esto quizá tenga que ver con la metodología rígida, académica y centrada en definiciones cognoscitivas que preponderaron en aquella primera sesión. Para solventar el impasse de la carencia de memoria, el psicólogo llama a la tranquilidad y dice a los asistentes que el ejercicio propuesto para la fecha permitirá hilar el tema de la autoestima y el de los conflictos en torno a una reflexión sobre el proceso de adaptación que cada uno de ellos viene viviendo.

Sin más preámbulos, el facilitador del taller invita a los asistentes a que conformen dos grupos, enseguida da las instrucciones de lo que haría cada uno de los grupos. En seguida solicita que cada grupo decida que momento quiere representar (el presente o el de meses atrás cuando se padeció la lesión). El más joven del grupo toma la vocería por sus compañeros y decide que ellos representarán el momento del accidente. El psicólogo asiente y dirigiéndose al otro grupo les dice en trono de broma que lamenta que el primer grupo se les haya adelantado y que ellos en consecuencia deberán representar el momento actual.

A cada grupo se les ofrece un tiempo aproximado de diez minutos para planear el sociodrama. Durante ese tiempo el psicólogo se retira y me invita a acompañarlo.

³⁴ El psicólogo da el instructivo de la actividad que se realizará en el taller y utiliza, para tal fin, indistintamente el término psicodrama y sociodrama, siendo realmente este último el que se desarrolla a lo largo de la sesión.

Subimos a la cafetería y allí me explica el modo como él maneja “sus tiempos en los talleres”. En el primero está todo el tiempo junto a ellos; en el segundo se retira durante esos diez minutos recién otorgados; en el tercero se ausenta aproximadamente tres veces, y en el último realiza salidas y entradas subsecuentes. Con este proceso afirma que los asistentes van ganando autonomía.

De regreso al pequeño salón de reuniones, me dispongo a observar la “performance” de los “improvisados” actores. El resultado es una verdadera “obra de teatro” que consigue una profunda movilización no observada antes en las demás actividades (individuales y grupales) en las que les había acompañado. Por tal motivo, intentaré describirla detalle por detalle.

Pureza, La Historia de un por Siempre Lamentado y Fallido Presagio: “Ella Se Muere y El Se Salva”

El primer grupo decide representar los acontecimientos relacionados con el accidente que una de ellos había sufrido cerca de diez años atrás. El caso que se escoge para representar es el de la persona más destacada en ese grupo en términos de participación en las conversaciones, capacidad de interpelación a los otros participantes y ciertas características “histriónicas” con las que magnifica su relato. Los actores son cuatro: Pureza la protagonista quien actúa su propio caso; el actor que con asombrosas cualidades de desdoblamiento representa al homicida, al paramédico y a la policía; otro, con una participación bastante pasiva, que toma el papel del esposo de la protagonista, y finalmente, un último actor que asume la “encarnación” estelar del médico, resaltando su frialdad y sus comentarios de irónica desesperanza. Todos de manera desordenada introducen a un quinto personaje que es la hermana y los amigos de la protagonista.

La escena inicia con la marcha de Pureza y su esposo, quienes se movilizan en un carro, según la descripción “muy lujoso”, por una avenida bastante transitada

de Cali. La mujer porta en su cuello y en sus manos numerosas alhajas que tiempo atrás “ya costaban millonadas”. Frente a este relato, uno de los observadores del otro grupo se adelanta a la descripción del crimen e intenta explicar la causa del mismo diciendo: “claro, dio mucho visaje”³⁵. Pureza continúa haciendo gestos de exhibir sus joyas y relata luego como infortunadamente los detiene un semáforo en rojo. En el mismo momento se acerca un desconocido para robarles. Ellos al parecer se resisten. El homicida entra en escena emitiendo un par de sonidos fríos: “pum, pum”, al tiempo que su actuación se desvanece con el eco de este par de monosílabos.³⁶ Pureza bañada en sangre le dice a su esposo que la han matado; éste la tranquiliza diciéndole que están vivos y que toda va a salir bien. En ese momento el actor de los múltiples papeles interrumpe los lamentos de la mujer y recurre a otra onomatopeya, las sirenas de una ambulancia que se anuncian en la lejanía y ganan intensidad a medida que se acerca al sitio del accidente.

Enseguida Pureza es socorrida por el paramédico. A la escena también llegan unos policías que al parecer “ayudan” a montar a los heridos en la ambulancia. Pureza denuncia que en las maniobras para subirla al carro de emergencias es golpeada en muchas partes de su cuerpo y arrojada al interior de la ambulancia sin ningún tipo de cuidado. Al respecto dice: “**no fue tanto la bala sino los golpes**”. De nuevo el actor remeda la bulla de la ambulancia a medida que se aleja rumbo al hospital.

La escena siguiente se dramatiza en la sala de urgencias, donde la pareja es valorada por el médico de turno. Este, luego de un rápido examen, anuncia su frío y calculado pronóstico: “**ella se muere y él se salva**”. Terminada esta sentencia Pureza mira a su esposo y advierte en él los últimos estertores. A los pocos minutos muere. El hecho es confirmado por el médico quien se acerca al recién

³⁵ Dar visaje, en el contexto de los jóvenes hace alusión a llamar exageradamente la atención de uno o varios espectadores.

fallecido, advierte la ausencia de signos vitales y olvidando su primera sentencia pronuncia otra, esta vez, sin temor a equivocarse: “se murió”. Los actores no escenifican ninguna representación de dolor con la muerte del esposo. Inmediatamente saltan a otra escena que ilustra el papel que suele protagonizar la policía en estos casos. **Pureza es asediada por los uniformados quienes preguntan insistentemente sobre los móviles y posibles autores del crimen. Otro más atrevido, le pregunta qué a cuál cartel pertenece. Una aseadora se compadece de Pureza y le ofrece agua. Los policías insisten en el interrogatorio. La mujer con angustia y con rabia prefiere “disimular” que se encuentra inconsciente; en palabras de ella: “de verme tan confundida no hago sino hacerme la dormida”.**

Pronto llegan algunos amigos al hospital y proponen trasladarla a otro hospital (seguramente privado, tratándose de una mujer que ostenta tener mucho dinero). El médico de turno dice que no hay razón para trasladarla puesto que de cualquier manera ella se muere. Otro médico se opone a este comentario y le dice a su colega: **“déjela que se la lleven a morir a otro lado”**. La escena se interrumpe con la llegada de la hermana (representada por la misma mujer herida) quien entra en pánico y grita: “¿por qué la mataron?”. Pureza herida al ver la angustia de su hermana sale de su estupor y le dice: **“calláte que estoy aquí.”** El auditorio ríe y la representación finaliza para dar paso a la actuación del segundo grupo.

En el taller la representación de las actuaciones “creadas” (tal vez mejor vividas) por los usuarios, ocurrió una detrás de la otra. Posteriormente el psicólogo animó a los participantes a que reflexionaran sobre sus propios papeles y sobre el sociodrama en general. Con fines ilustrativos he decidido separar ambas historias, aunque en la práctica los asistentes al taller continuamente estuvieron saltando de uno a otro caso y centrándose en los móviles de las historias. Haciendo énfasis en los momentos de mayor dramatismo y confusión, poco analizaron los casos en

³⁶ En el proyecto he escuchado otros relatos similares del momento del acto homicida y nunca he escuchado términos como lo mató, o términos más de la milicia organizada como dar de baja, en cambio una onomatopeya para nombrar lo innombrable aparece como recurso, el conocido “pum, pum”.

términos de un antes y un después, propósito esencial del taller. A continuación muestro las reflexiones hechas con respecto a la historia narrada por el primer grupo y más adelante ilustraré la segunda historia con su respectivo análisis.

Primera Disquisición del Psicólogo Frente a la Historia Dolorosa de Pureza: A La Búsqueda de Paradojas

Las reflexiones siempre surgieron tras una reflexión del psicólogo en torno a algunos puntos del sociodrama que le llamaron bastante la atención al evidenciar en ellos claras paradojas.³⁷ Al respecto dice: “En primer lugar el doctor (para referirse al médico de urgencias) dice que el paciente no se salva, pero después se salva”. Luego anota que “el médico hace un viraje en su manera de actuar y que le gustaría saber las razones por las cuales este profesional hace ese viraje”.

Pureza llama la atención sobre un malentendido en la interpretación de la actuación y precisa que se trata de dos médicos. El razonamiento del psicólogo para explicar psicoanalíticamente el viraje se va por el momento al piso. En efecto, un primer médico que la atiende le toca ver como la paciente va perdiendo el habla, continúa con hemorragia al tiempo que confirma un daño en los pulmones, argumentos que la paciente supone suficientes para dar pocas esperanzas de que se salve. Es tiempo después que otro médico la valora y le dice que sí se salva. La paciente completa su relato diciendo “sucede que con estas palabras (las del segundo médico) hay una esperanza de vida”. El psicólogo hace una reflexión en torno a este discurso de la esperanza e insiste en la presencia de un viraje, se trata de un paso de las esperanzas a los temores, verdadero sentimiento que se evidencia en toda la escena. Como las veces anteriores el facilitador termina su breve reflexión lanzando una pregunta: “¿qué se siente en ese momento cuando

³⁷ La orientación psicoanalítica del psicólogo le lleva a buscar paradojas en los discursos que escucha y en las escenas que ve. Aplicando al caso el discurso de la (objetividad) de Humberto Maturana: muchas paradojas se encuentran si muchas Paradojas se buscan. Las paradojas que “pesca” el psicólogo descubren el inconsciente del paciente e indican una intención diferente a la que el propio discurso afirma. Por ejemplo hablar de esperanzas para referirse a temores. Las paradojas, en cambio, desde un análisis antropológico

un profesional es capaz de decir eso?” (Se refiere a la sentencia de muerte). Pureza hace memoria (intenta encontrar algún sentimiento intenso en el momento mismo del drama) y dice: “**no, solamente pedí agua**”. El psicólogo la increpa: “¿por qué?” Ella responde automáticamente: “me dio mucha sed”. El psicólogo contraataca: “y ¿no entró en pánico?” Pureza responde: “no”. El psicólogo lanza una sentencia “eso es lo que la salva”, olvidando su intención inicial de cuestionar justamente las sentencias enunciadas por el médico. Prosigue con su análisis psicoanalítico y dice “el personaje está tratando de comprender la situación, en ese momento tan angustiados, el tomar agua es símbolo de querer salvar la vida”. Advirtiéndose enseguida otra paradoja, porque también el tomar agua la hubiera podido matar. Por fortuna, dice el psicólogo, “no tenía tiros en el estómago”.³⁸

La siguiente paradoja sobre la que el psicólogo llama la atención es la escena en que la paciente “comatosa” salva del pánico a su hermana quien desesperada la da por muerta. De nuevo el profesional comenta esta escena mostrándola paradójica y lanza una invitación para que el auditorio opine en concreto sobre esta situación. Los participantes, sin advertir la presencia de una paradoja, simplemente vuelven a explicar lo acontecido, a saber: que la hermana estaba tan angustiada que teniendo al lado a quien buscaba, simplemente no la veía y que necesitó que Pureza “resucitara” para poder calmarse.

Historias Anónimas: La “Liga” de Los Lamentos

Para presentar el segundo “sociodrama”, los protagonistas idearon un reportaje. Un actor hace el papel de “periodista”. Los demás, tres en total, actúan su propio papel en la vida real. El entrevistador inicia preguntando al paciente por su

representan la carencia expresiva que toda lengua posee para lograr la más cercana coincidencia posible entre el significado y el significante.

³⁸ Se advierte aquí el mito difundido popularmente de que una persona en estado de gravedad provocado por una herida abdominal no puede ingerir siquiera un sorbo de agua sin que de inmediato se produzca la muerte. Hecho que es factible, por supuesto que existe un riesgo mayor de broncoaspiración, pero el mito consiste en la generalización de todos los casos y en la ligazón con la posibilidad de complejizar la explicación de la muerte. Para este caso concreto, por ejemplo, quedaría la duda si la muerte fue producida por el tiro disparado por el maleante homicida o por el sorbo de agua suministrado por la benévola mujer.

situación actual. Con tono apesadumbrado el discapacitado contesta que todo se lo tienen que hacer. Enseguida agradece a la organización médica internacional por la encomiable labor desarrollada. El reportero repite la misma pregunta a la esposa del paciente entrevistado. La esposa como haciendo eco de las palabras anteriores del enfermo, se riega también en agradecimientos y elogios para la institución internacional y enseguida agradece también a amigos y familiares y principalmente a Dios. Finalmente incluye todos estos agradecimientos en un discurso religioso que le permite dar testimonio de su fe. El “periodista” gira el imaginado micrófono hacia un tercer familiar (el tío de otro paciente lesionado quien como integrante del primer grupo hace ahora de observador) y lanza la misma pregunta. El tío parece no entender la pregunta, o prefiere no hablar acerca de sí mismo y empieza a referirse a su sobrino en los siguientes términos: **“(yo) le había advertido que andara bien, a veces estas cosas (refiriéndose a la discapacidad de su sobrino) son necesarias para que aterricemos”**. Enseguida se dirige a su sobrino y le ofrece su mesiánico apoyo. Y es que el tío pertenece a una confesión cristiana que también busca dar testimonio de la fe a través de la proclamación de discursos con un alto contenido de sentencias morales principalmente extraídas de la Biblia. Entonces le dice que va a estar con él todo el tiempo, que el Señor lo va a levantar y de manera algo confusa solicita una liguita (ayuda), para después afirmar que su sobrino no hay que desligarlo sino tan solo desatarlo un poquito.

Segunda Disquisición del Psicólogo en Torno a las Historias Anónimas

1) Buscando Asociaciones Libres a Partir de una Palabra Polisémica

El psicólogo se dirige hacia su principal herramienta de trabajo (el tablero) y haciendo un gesto de disponibilidad para anotar los aportes de los participantes pide a los mismos que mencionen los recursos de apoyo encontrados en la historia. El paciente menciona los amigos, la esposa recuerda los familiares, el entrevistador de común acuerdo con el tío hacen referencia a la “liga”. El

psicólogo pide que se amplíe esta idea de la liga. El tío explica que la liga es algo que lo mantiene a uno. **Tras la definición menciona el caso de su sobrino que va a estar atado a la enfermedad, a la silla de ruedas, al dolor. El entrevistador da un segundo concepto y dice que la liga es la platica con la que le pueden ayudar a él (refiriéndose al enfermo). Completa la idea diciendo: “cuando uno roba pide al que cae la liguita” (una especie de limosna que atenúa el acto antisocial). Luego agrega que la liga tiene otro significado y es el que figura en el diccionario y que traduce amigo sexual, pero que en el dialecto de uno (el morroco)³⁹ se le cambia el sentido. Para hacer más rebuscadas las dilucidaciones en torno a esta palabra, el tío empieza a hablar del “desligar”, que significa tratar de levantar y es precisamente lo que quiere hacer con su sobrino, desligarlo para que se mejore.**

El psicólogo escucha todas las reflexiones en torno al término y escribe en el tablero la palabra polisemia. Enseguida afirma que todos los que han dado una explicación del término, tienen razón, puesto que hay palabras que al tiempo significan muchas cosas y señala con el marcador la palabra anotada. A continuación escribe debajo de la palabra “liga”, la palabra dependencia, y debajo de la palabra “desliga” la palabra independencia y solicita a los asistentes que hablen sobre lo que les viene a la mente al escuchar estas palabras. Pero antes enriquece la palabra polisemia, diciendo que el ligar puede tener inconvenientes sí indica que la persona no se ayuda a sí misma y que el desligar puede asociarse con varias formas de colaborar o ayudar.

Los participantes miran el tablero e intentan asociar las palabras que aparecen unidas por líneas verticales y horizontales (polisemia, ligar, desligar, dependencia e independencia). Un usuario toma la palabra y dice que todo lo que allí aparece está relacionado con la terapia (refiriéndose a los servicios de atención que recibe

³⁹ Muchos jóvenes se autodesignan por su forma de hablar como “Morrocos” haciendo referencia a un área particular del Distrito llamada Marroquín.

en el proyecto). Otro encuentra relación con el apoyo espiritual. Uno más menciona lo psicológico, y alguien concluye recordando la presencia de los amigos. A manera de síntesis el enfermo de la segunda historia dice: **“es la comunicación que le ayuda a uno muchísimo”**. La esposa complementa el hallazgo del esposo dando un ejemplo y un contraejemplo: **“Eso nos pasó a nosotros que nos gastamos mucho dinero en xxx (otra fundación), en cambio en esta institución se siente uno como en su casa”**. Luego ríe y concluye: **“de aquí no nos queremos ir”**. Otro usuario complementa diciéndoles a la pareja: **“pues vivan en esta pieza (refiriéndose al salón de reuniones), traigan el T.V. para acá”**.

El psicólogo recoge la idea de la comunicación expresada por el paciente y manifiesta que esta comunicación requiere del ejercicio de la escucha para no volverse ruido. Complementa recordando que la escucha implica tiempo y es justamente este tiempo el que ayuda a cargar.

2) La Parodia de la Queja y el Hallazgo de Una Hipótesis Explicativa

Sin atender las recomendaciones de la escucha, los asistentes continúan conectados con los comentarios anteriores de la pareja acerca de la comunicación como principal ayuda. Convencido de esto, el enfermo vuelve y narra su historia personal que minutos atrás había representado en forma de documental. Destaca en esta ocasión la experiencia negativa que tuvieron (incluye a su esposa quien le acompañaba a las terapias) en otra fundación: **“eso de llegar y que le den a uno una palmada, eso da rabia.”** La queja parece estar más centrada en considerar que quienes le atienden vean el caso como trivial que en el propio acto “agresivo” de la palmada, pues la esposa hace la mímica de dar unas palmaditas en la espalda de su esposo recordando el molesto momento. La esposa, esta vez sin invitación del psicólogo, analiza el caso del fracaso en la otra institución: **“al paciente hay que darle confianza y sentir el dolor ajeno. Hay gente que no siente el dolor de uno. La gente no piensa en el humano”**.

Entonces, Pureza comenta otro caso similar: **“aquí no más (señala a la sala de fisioterapia) me tocó ver que el paciente se iba a caer y, advirtiéndolo a un funcionario, dijo: vea a ver que al joven se le quedó el pie enredado”**. Sus gestos dan a entender que su solicitud por que el paciente fuera atendido en el momento no fue tomada en cuenta, situación que inmediatamente compara con su caso personal: **“A mi no sabían ni como cogerme. El hijo mío se angustiaba que yo pegara gritos. La cañera a mí me la dañaron. Un policía cogía pa’ ca, otro pa’ ya y me tiraron a la camioneta, pero por la sangre me les resbalaba y suya’ al suelo otra vez”**. La esposa que venía analizando la desatención de las instituciones y metiéndose en el delicado tema del dolor del otro, retoma la palabra y continúa elaborando una demanda bastante estructurada: **“Nos falta capacitación, los muchachos la necesitan. Vivimos en una violencia y debemos estar preparados. No hay ambulancia cuando se necesita. A mi esposo, por ejemplo, cuando fueron a tomarle un examen fuera del hospital (resonancia magnética), lo mandan con un anesthesiologo invalido (lo expresa en términos peyorativos), en una ambulancia sin sirena y se desconecta el oxígeno y nadie se da cuenta”**.

Pureza interrumpe nuevamente para ilustrar el análisis con otro caso empírico. Esta vez ejemplifica a su marido, quien estuvo cuatro días detenido por llevar un herido. El comentario se extiende hacia los taxistas. Todos al tiempo comentan una experiencia negativa con este gremio. El psicólogo introduce el orden y ejemplifica cómo ahora hay un movimiento de protección a los taxistas para que arreglen con un familiar (en términos de no hacerse responsable por el herido). Concluye con una idea que deja inconclusa: **“tenemos una sociedad que prejuzga y hay elementos muy difíciles de manejar como el miedo...”**. Con estos comentarios, el psicólogo quiere invitar al auditorio a que se pongan en la situación de los taxistas. Un asistente analiza el caso y dice: **“ellos también tienen su lógica y debemos pensar que este es el mundo”**.

La procesión de quejas continúa. La asistente que más demandas ha hecho retoma la discusión y se traslada del caos en las calles al que hacía referencia (donde muchos heridos mueren o se complican más por mala atención o carencia de transporte) para empezar a hablar acerca de la deshumanización de los hospitales: **“... es como en el hospital, que le dicen a uno, a usted se le pierden las piernas y un poquito más arriba, la mayoría (refiriéndose a los médicos) dicen: va a quedar así. Ellos han estudiado pero saben que también la embarran”**. Enseguida ilustra otra evidencia empírica, su propio caso: **“El doctor ahora me ve y me dice, pero usted no duraba ni seis meses y cuando me vio en caminador me dijo: y ¿por qué esta parada? Porque además era gorda y podía tener muchas escaras y nunca he tenido una”**. La ausencia de escaras impresionó más al médico quien ante el relato de la paciente solo se atrevió a responder con un sorprendente y evasivo **“¿Cómo....?”** La usuaria concluye esta remembranza diciendo que en 10 años no hizo terapia puesto que el médico que la atendió en aquel momento le dijo: **“Si usted dominó el genio de su marido, ya puede dominar su cuerpo”**⁴⁰. Terminado este testimonio adicional a la larga historia de la paciente, todos sorprendidos (al igual que el médico tratante de la usuaria), comentan la historia personal de sus escaras y empiezan a compararlas en términos de duración, tamaño, profundidad, localizaciones y tratamientos con lo cual se retoma el tema elusivo del dolor.

“Yo al principio no sentía nada, con las terapias recuperé y ahora sí siento los dolores. Son quemazones, como si me pusieran una plancha caliente”, comenta un paciente que había estado la mayor parte del tiempo callado y continúa: **“un médico me decía que como hacía para dormir con esas tres escaras tan graves (en la región glútea y en la zona lateral de ambas caderas de suerte que la única posición en que las escaras quedaban libre de**

⁴⁰ Se advierte en este testimonio dos situaciones interesantes: 1) La capacidad preformativa de la palabra, en donde las instrucciones del médico, aparentemente hirientes para la usuaria (más adelante la misma paciente informaría sus graves y constantes malentendidos con su esposo hasta el punto de intentar asesinarlo), logran

contacto era la de permanecer boca-abajo)". Otro usuario toma la palabra y dice: **"la mía era un huequísimo, mi hermana echaba hasta límpido para desinfectarla y eso olía maluco"**. El psicólogo (en su afán psicoanalítico por conectar las historias con las pulsiones del tanatos) interrumpe y pregunta: "¿Saben por qué?", Contesta de inmediato: "porque está infectado, es carne que se está pudriendo". La paciente de las evidencias empíricas no podía pasar desapercibida en el tema de las escaras. Frente a la ausencia de las mismas para compararse, cita el caso de un conocido: **"un viejito que me tocó ver cómo lo torturaban; le quitaban los pedazos para que dijera dónde estaba la plata (los familiares al parecer se peleaban su herencia). Yo llamé a la policía que se metió y el señor se murió podrido, podrido"**. **"Sí, eso se mueren", comenta otro usuario, imitando las tan criticadas sentencias de los médicos.** Otro usuario que en ese momento está afectado por unas escaras muy severas y su esposa, miran y escuchan con angustia esos comentarios y se abstienen de participar en el ejercicio de las comparaciones.

Ante tantas comparaciones, al psicólogo le interesa resaltar las individualidades. Destaca entonces el caso de uno de los presentes, quien "le pasó el problema que tenía escaras pero también sensibilidad. Ocurrió que un coagulo de sangre le subió al cerebro produciendo un daño cerebral que le impedía controlar el dolor". El usuario asiente con su cabeza y complementa diciendo con satisfacción que ya le está saliendo tetica, expresión con la que designan a la carne que va naciendo en buen estado.

El taller se cierra con una reflexión del psicólogo en la que sintetiza el gran caudal de información movilizada en aquella sesión. Al respecto el profesional ofrece una disertación académica, en la que se dirige más a mí que a los asistentes⁴¹: "a nivel de psicología el paciente está en una etapa de negación. La primera pregunta que

por el contrario movilizarla y retarla a una superación por sus propios medios. 2) La asombrosa recuperación de la paciente por medios diferentes a los institucionalmente ofrecidos.

⁴¹ Seguramente en un taller que no tenga la presencia de un evaluador, las conclusiones se ofrecen usando un lenguaje más popular y una disertación menos académica.

se hace es: ¿qué va a pasar conmigo? ¿Voy a volver a caminar? Pero la respuesta es no. Miren como en la negociación ya se introduce el elemento de negación. En ese proceso deja de interesarse en lo que le pasa, en lo que tiene y en lo que viene. Lamentablemente, esas respuestas (refiriéndose a las desesperanzadoras noticias de los médicos) no ofrecen nada. Mi hipótesis es que la negación no arranca en el paciente sino en el contacto inicial con el médico.”⁴²

⁴² Descubrimiento asombroso para un “psicoanalista” quien entrenado en la formulación de explicaciones esencialistas encuentra en el caso ilustrado un impasse para justificar el mecanismo de negación desde este modelo (psicoanalítico) y propone hipótesis que de tiempo atrás han venido planteando los representantes de las escuelas sistémicas.

CAPITULO V

EL DOLOR NARRADO DESDE LOS CONTEXTOS “ALEJADOS” DE LA INTERVENCION CLINICA

En el proyecto de rehabilitación pocos son los espacios y tiempos que los trabajadores de la salud tienen para relacionarse en términos diferentes a los establecidos por la intervención terapéutica de los usuarios. En el trabajo de campo encontré nítidamente dos espacios para el logro de esta manera particular de relación social –de carácter extra-terapéutico- en la que se fortalecen los lazos de amistad, se entretajan comportamientos fuertes de colegaje y se pactan formas jerárquicas de relación en torno al mayor o menor dominio de saberes en el campo de la rehabilitación física y mental. Estos dos espacios son: el espacio de la cafetería que funciona como un “muro de los lamentos” en el que los trabajadores exteriorizan sus emociones, y el espacio de los talleres dirigidos a voluntarias en el que los profesionales intentan socializar sus conocimientos y destrezas en el área del saber que particularmente dominan.

En el espacio de la cafetería emerge con frecuencia la voz del Otro con una intensidad más o menos profunda. En el espacio destinado al entrenamiento de las voluntarias, predominan en cambio los relatos y los cuerpos que enfoca la mirada clínica. En consecuencia los relatos ilustrativos de las relaciones sociales de los profesionales se considerarán en detalle en el siguiente capítulo y los concernientes a las prácticas destinadas a la formación de las voluntarias se ilustran a continuación.

TRABAJANDO CON LAS VOLUNTARIAS

El grupo de voluntarias está constituido desde 1999, a partir de entonces tiene apenas una identificación natural claramente definida. Pues, pese a sus esfuerzos

no ha conseguido personería jurídica⁴³. Si bien en el grupo se da la “participación” de algunos pocos hombres (solo tuve la oportunidad de ver a uno, totalmente desvanecido en medio de una mayoría femenina), el carácter del grupo y lo que le confiere su identidad particular es una reivindicación de la participación femenina como aporte fundamental en la solución de conflictos. En efecto, estas mujeres se caracterizan como “luchadoras” proactivas frente a las circunstancias violentas que les ha tocado vivir. Si bien lo anterior podría parecer una opinión prejuiciada, la observación participante da cuenta de lo contrario y evidencia como estas mujeres se las arreglan para enfrentar los conflictos violentos con los que con frecuencia se topan. En efecto, en sus relatos resaltan su ubicación particular (como mujeres organizadas, proactivas y con un sólido respaldo institucional), que les confiere poder para “retar” o cuando menos ser contestatarias de las acciones violentas. Muchas narran por ejemplo, como un intento de atraco u otros tipos de acción violenta que con frecuencia perpetúan ciertos jóvenes pandilleros se ve frustrada frente a su presencia. Resaltan además, cómo de amenazadas pasan a ser protegidas por estos grupos, máxime cuando dentro de los mismos grupos existe la presencia de un parce en delicado estado de salud y bajo la “supervisión” de alguna de estas valerosas mujeres.

Contrasta el papel proactivo (propio de los grupos precursores de los nuevos movimientos sociales) que juegan estas mujeres en sus comunidades, con el papel pasivo que desempeñan en los “talleres”. De igual manera contrastaría con lo que el proyecto esperaría de ellas al convocarlas a participar en talleres. Efectivamente, si entendemos estos talleres como estrategia pedagógica que convoca a un grupo en torno a una serie de actividades en las que las participantes elaboran algo propositivo (en términos de actividades, campañas,

⁴³ En efecto, el grupo de mujeres voluntarias es reconocido y auto-reconocido en las diferentes comunidades donde hacen presencia a partir de una organización espontánea de las mismas. Desde 1999 han venido aunando esfuerzos y solicitando apoyo institucional para lograr un reconocimiento como personas jurídicas que hasta el momento han resultado infructuosos. Valdría la pena en un estudio ulterior (grupos focales) rastrear las razones de este “fracaso”, pues el mismo, puede dar cuenta de las posibilidades de valorar el impacto a largo plazo del proyecto en términos negativos, cuando ante la falta de una organización legalmente reconocida se dificulta la consecución de recursos necesarios para garantizar, supervisar, corregir, retroalimentar y hacer de puente entre los usuarios dados de alta y la institución médica internacional.

servicios, planes, programas, proyectos, etc.) con herramientas concretas que se facilitan a través de un proceso pedagógico previo o incluido en los mismos talleres. En ambos casos: como espacio para la organización política de las mujeres y como lugar para el fortalecimiento pedagógico de habilidades inherentes a sus actividades, encuentro diluida la participación proactiva de las voluntarias.

A continuación documento las dos actividades (talleres) en las que observé-participe con las voluntarias:

Primera Capacitación: “Trabajando Nuestros Cuerpos”

La convocatoria al taller corresponde a una invitación para reflexionar y percibir los propios cuerpos intentando identificar la fatiga, las contracturas, los bloqueos, las tensiones, como resultado de trabajos forzados y de procesos continuos de somatización, en orden a dar alivio a los padecimientos mencionados mediante el aprendizaje de técnicas propias del masaje de relajación.

Sin embargo, la primera parte de este taller quedó desvirtuada al disolverse la valoración de los estados somáticos de cada una de ellas en una evaluación de carácter administrativo, que resultaba de particular interés en aquel momento. Esta “evaluación” se hizo con preguntas no estructuradas mediante las cuales el coordinador pedía a las voluntarias una libre versión de sus opiniones con respecto a situaciones concretas de su trabajo⁴⁴. **Vale la pena destacar la intervención de una de ellas, quien con un relato entrecortado y con gesticulaciones proclives al llanto, resaltaba su frustración por la reciente muerte de uno de sus pacientes.** El coordinador decide dar un giro lingüístico a la conversación (en un posible esfuerzo por procurar tranquilidad a la mujer perturbada) y troca el discurso sobre la muerte que había quedado suspendido en

⁴⁴ El Nuevo coordinador del proyecto quería conocer a las voluntarias e indagar con respecto a sus trabajos en términos de facilidad de acceso a los domicilios de los pacientes, condiciones de seguridad, dificultades con el manejo que los usuarios o sus familiares hacen de sus lesiones, disponibilidad de tiempo para el voluntariado y presencia en la institución.

el ambiente por el de calidad de vida, al que resalta como uno de los objetivos fundamentales a alcanzar, sin precisar a que tipo de discurso de calidad de vida está haciendo referencia⁴⁵.

Una vez concluida la evaluación administrativa, queda apenas el tiempo justo para el aprendizaje de las técnicas del masaje relajante, dándose por supuesto que la reflexión del cuerpo y desde el cuerpo había sido abordada en la discusión administrativa.

Para la enseñanza de las técnicas de masaje, la facilitadora despliega su facilidad y conocimiento del cuerpo a través del tacto, e invita a las asistentes a realizar una tarea similar procurando permanecer siempre en contacto con la piel del otro. Luego impregnando sus manos en un aceite propio, al que le atribuye propiedades que no posee el aceite de uso institucional, empieza a ejemplificar los tipos de movimientos que en forma secuencial se deben ir realizando para conseguir la deseada relajación corporal. Las voluntarias se agrupan en parejas, cuyos miembros se realizan mutuamente un masaje intentando poner en práctica las instrucciones de la facilitadora. En la distribución se me asigna una pareja que en tono burlesco manifiesta su resistencia de dar masaje a otra mujer. Prefiere un hombre y la facilitadora encuentra en mí, al “conejillo de indias”. La experiencia del masaje (o mejor de ser masajeado por una de las voluntarias), resultó sumamente interesante en cuanto me permitió contrastar la disposición corporal de la voluntaria con aquella desplegada por la facilitadora. En efecto, está última me “utilizó” de modelo para explicar las diferentes técnicas de tacto, movimientos y presión de las manos sobre el cuerpo. Las diferencias resultaban abismales entre el masaje ilustrativo de la facilitadora y el mimético de la voluntaria, pese a que la mujer “aprendiz” seguía muy bien las instrucciones. Sólo bastó un gesto

⁴⁵ Tratándose de un “experto” en el campo administrativo llama la atención que el coordinador del proyecto hablara eufemísticamente de la Calidad de Vida sin hacer ninguna distinción al utilizar reiterativamente tal término. Al respecto valdría la pena preguntar: ¿Se refiere el coordinador al concepto de calidad de vida sostenido por las instituciones oficiales (encuesta nacional de Calidad de Vida que ha sido patrocinada por el Banco Mundial) o por el contrario está haciendo referencia a posturas críticas como las planteadas recientemente por Amartya Sen y sus colegas economistas?

participativo de mi parte, para que la mujer diera muestras de estar adquiriendo un buen dominio de la técnica. Fue indicarle mis puntos dolorosos justo en la mitad de los omóplatos y extendiéndose desde allí hasta los hombros y el cuello como consecuencia de largas jornadas frente al ordenador traduciendo mi diario de campo. El comentario logró sacarla del contexto académico y del respeto exagerado al estar manejando el cuerpo del doctor y sirvió de impulso para empezar una conversación ilustrativa de las dificultades de su trabajo comunitario. A medida que fluía la conversación fluían también (sin darse cuenta) sus manos. **Una “confesión” del desvanecimiento de mi dolor empoderó a esta mujer en su papel proactivo como terapeuta y logró sacarla de su papel pasivo y repetitivo que hasta el momento había actuado en el taller.**

Segunda Capacitación: El Trauma Cráneo- Encefálico

Este “taller” me recuerda los famosos C.P.C⁴⁶ en los que tuve la oportunidad de participar durante mis estudios de medicina en calidad de estudiante y médico interno. Efectivamente, la dinámica es la misma, la traducción de los acontecimientos clínicos en texto, el análisis a partir de una concienzuda lectura del caso de los procedimientos realizados al enfermo (tanto diagnósticos como terapéuticos), la presentación al grupo convocado de las diferentes interpretaciones del caso y la elaboración final de conclusiones y recomendaciones por parte de las autoridades en la materia, todo dentro de un marco protocolario que legitima el avance de la ciencia y el conocimiento.

Desconozco si los organizadores del “taller”, han participado de las dinámicas propias de los C.P.C., pero independientemente de ello, encuentro en este evento particular propensión de otorgarle estatuto de científicidad a los asuntos tratados. Así por ejemplo luego de ser presentado un caso clínico de un usuario que ejemplifica un traumatismo craneo-encefálico con compromiso del lóbulo frontal

⁴⁶ Se denomina C.P.C (Clinical Pathological Cases) a la reunión semanal que se realiza en los hospitales universitarios para analizar las causas de mortalidad de los casos confusos.

del cerebro derecho, se pide a las voluntarias que definan las estructuras comprometidas en esta paciente. En orden a obtener respuestas dentro del mentado estatuto de cientificidad, se pide que respondan dentro de un esquema de tres preguntas: **1) ¿Qué le pasa al paciente?; 2) ¿Qué daños físicos y emocionales sufrió el paciente?; 3) ¿Por qué el paciente presentaba los daños mencionados en la respuesta anterior?** Cabría preguntarnos que senderos habría recorrido la discusión en el supuesto que se hubiese invitado a reflexionar sobre el caso abierta y espontáneamente. ¿Habrían aparecido otras interpretaciones de la enfermedad, quizá permeada por los conocimientos mágico-religiosos propios del contexto? ¿Habríamos conocido formas diferentes de abordar la dolencia, diferente a la del modelo anatómico-patológico? ¿Tendríamos mejores herramientas para aproximarnos a los modos como se maneja el dolor, las limitaciones, las complicaciones inherentes al accidente desde los mundos locales que ellas representan?

De otra parte, es fácil advertir que el estatuto de cientificidad buscado compromete por igual también a las participantes. Es así como el fisioterapeuta, quien con habilidad aterriza los conceptos al entendimiento del común de las personas, es interpelado por una de las voluntarias quien no satisfecha con la explicación “coloquial” pide al experto que le defina de nuevo lo que significa espasticidad. A lo que el fisioterapeuta responde: **“es la rigidez muscular que se produce como consecuencia de un daño en la neurona motora superior”**. La respuesta que parece dejar un poco confundido al expositor es altamente satisfactoria para la voluntaria, quien consigna en su cuaderno la definición enunciada. Una intervención de otra voluntaria llama la atención sobre el mismo aspecto. Esta vez el interpelado es el psicólogo (o doctor para las voluntarias), a quien le preguntan: **“Como es que se dice al llanto de una persona cuando llora mucho y no para”**. Ante esta pregunta el psicólogo mantiene un rato pensativo intentando encontrar la palabra científica que recogiera y diera explicación precisa del ejemplo ilustrado por la voluntaria. **Al no encontrarla, con el mismo tono de solemnidad con el que ha venido hablando y diferenciando las funciones**

cerebrales de motricidad, percepción, comprensión y expresión, y su modo de manejarlas cuando están trastornadas,⁴⁷ el psicólogo dice: “¡Llanto! no hay otra palabra”. Otras voluntarias vuelven a su contexto y echan mano de otros términos como lloradera, chilladera, falta de resina... sí, de resignación dice en últimas otra voluntaria, produciendo una liberación del ambiente académico como requisito indispensable para dar por terminada la sesión.

Los Funcionarios del Proyecto de Rehabilitación o de un Momento Final para Relajarnos o Quizá Angustiarnos

Como coda a este texto dejaré a un lado a los usuarios y me concentraré en el ritual de preparación para el trabajo del día, en el participan la mayoría de los funcionarios justo antes de la llegada de los pacientes. Los trabajadores arriban en su gran mayoría a las instalaciones del proyecto en las dos busetas de la institución. Uno tras otro se aproxima a la cafetería ubicada en la zona posterior del segundo piso. Cada uno improvisa un desayuno con productos traídos desde sus casas o comprados en la panadería del frente. El desayuno es un tanto relajado puesto que existe el tiempo suficiente mientras llegan las busetas que transportan hacia el lugar a los lesionados mayores. Hay tiempo para comentar someramente las noticias del día anterior en relación con el proyecto, las actividades realizadas por alguno de los miembros, la situación del Distrito, la ciudad, el país, encontrando como tema preferido y reiterativo las conversaciones en torno al fútbol, haciendo mención al equipo de la institución, y al campeonato de los equipos profesionales del país. Este tema convoca con facilidad a los hombres, algunas mujeres intervienen puntualmente en esta conversación. El tema inicia y se diluye con la misma facilidad. Los interlocutores se encuentran

⁴⁷ Tratándose de un ambiente en que, de acuerdo con los hechos descritos, se pretende garantizar el estatuto de científicidad vale la pena mencionar una idea que a mi modo de ver quedó en el ambiente: La concepción del funcionamiento cerebral como un computador (de hecho el psicólogo utiliza esta metáfora) que guarda en su interior paquetes de información distribuida cuidadosamente en múltiples compartimentos. Idea preocupante, cuando todos los aportes de las neurociencias justamente van en sentido contrario comprobando que el cerebro, a diferencia del computador, no opera con lógicas binarias y que posee una enorme capacidad para generar nueva información a partir de bloqueos neuronales, es decir de seguir flujos estocásticos (como los que describe la física cuántica) para crear “orden” a partir del “caos”.

entusiasmados luego de manifestar su adhesión al equipo de su preferencia. La charla queda en suspenso esperando los resultados del próximo cotejo. Se olvida por el momento que jóvenes de la zona, al igual que jóvenes de toda la ciudad, con frecuencia riñen por el equipo que despierta sus pasiones. El mismo evento provoca situaciones pasionales que van desde la agresividad declarada que se vive a diario en las calles, hasta la euforia tranquilizante que vive el hincha del equipo ganador cuando con su discurso es capaz de despertar cierta envidia frente a su “rival” de turno.

Pero también se habla, por ejemplo, de las energías negativas que emanan determinados usuarios. Efectivamente, este tema surge cuando uno de los profesionales manifiesta su particular dificultad para atender un usuario. Muchas veces, en medio de la congestión de pacientes, el profesional inconscientemente ha ignorado la presencia de este “molesto” paciente. Sin embargo, pronto cae en cuenta y regresa a prestarle la atención necesaria. Este comentario suscita por parte de los demás profesionales que escucharon el testimonio una cascada de comentarios de carácter mágico. Todos concuerdan en afirmar que las energías negativas existen y que emanan del cuerpo humano siendo más perceptibles en determinado tipo de pacientes. La charla toma un viso esotérico y da lugar a la manifestación de diferentes testimonios relacionados con el tema de las malas energías. La reflexión inicial sobre el paciente se diluye con la conversación hacia temas más triviales. En aquel momento quise volver a centrar el tema en torno a este usuario tan “perturbador”, no sólo para quien da el testimonio sino para otros profesionales que asienten con su cabeza y se identifican con percibir el mismo tipo de energía. Lamentablemente, mi intento fue en vano. Acababa de llegar la buseta con los usuarios. Era hora de ponernos las batas blancas e iniciar el trabajo de aquel día.

Sin embargo, en mi memoria permanece esta conversación y en mi experiencia intersubjetiva mi relación con este usuario. Lo que los profesionales mencionaron como energías negativas, para mí no es otra cosa que la manifestación real de un

cuerpo que por todos sus poros no habla otra cosa sino de su muerte lenta y segura. Al no ser que introduzcamos en la reflexión otras nociones de pensamiento mágico-religioso como el concepto de milagro, cuyos relatos también abundan con frecuencia en muchos de los usuarios del proyecto.

El usuario que genera temor lo hace, a mi modo de ver, confrontándonos con la muerte a través de su cuerpo. Efectivamente, las “malas energías” son perceptibles: piel cérea, fría y sudorosa, contextura demacrada, pupilas opacas, rostro pálido e inexpresivo casi fosilizado, cabello y uñas creciendo desordenadamente como se observan en las momias precolombinas, tronco y extremidades espásticas anunciando la rigidez cadavérica, abdomen brillante que parece reventarse en torno a la cicatriz quirúrgica que le alarga la agonía.

La antipática muerte ronda en un sitio erigido como fuente de salud. Tal es el imaginario popular que el común de las personas tiene de los centros de salud. Los profesionales son los encargados de apartarla. Para lograrlo codifican el cuerpo en términos científicos que lo hacen aprehensible e inteligible. Cuando las codificaciones fallan, surge el discurso seudocientífico que se acerca al pensamiento mágico. Hablar de las malas energías no se distancia mucho de considerar los maleficios advertidos por el chamán. El proyecto es un lugar al que confluyen usuarios con una gran diversidad de procedencias de culturas populares, en donde las explicaciones mágicas de la enfermedad abundan por doquier. Los profesionales interactúan con estas creencias desarrollando discursos pseudocientíficos que indudablemente afectan (seguramente en algunos casos para bien y en otras para mal) la percepción de la enfermedad y del usuario.

CAPITULO VI

DEVELANDO EI DOLOR OCULTO Y FORMULANDO INCONCLUSIONES A PARTIR DE LO DEVELADO

Re-ilustración del Título: La Aparición del Estado, La Práctica Humanitaria en Entredicho y el Doliente Desplazado a Una Tierra de Nadie

Si se mira con más detalle el texto etnográfico desplegado en los capítulos anteriores, es posible apreciar la aparición de otros actores hasta ahora invisibles o talvez mejor invisibilizados por la preocupación central (quizá obsesiva) en describir a los actores directamente involucrados en la escena del dolor: los usuarios y profesionales vinculados al proyecto de rehabilitación a víctimas de la violencia urbana. Estos otros actores son: el Estado colombiano, los organismos de ayuda internacional humanitaria y el doliente en genérico desplazado. Actores que parecieran estar juntos si se lee el largo título de la monografía presentado en la portada pero que se resaltan separados si sometemos el mismo título a un proceso de coloración:

ETNOGRAFIA

DE PRACTICAS CONTEMPORANEAS PARA REHABILITACIÓN
DE "PANDILLEROS" VICTIMAS DE DOLOR FÍSICO Y EMOCIONAL
EXCLUIDOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y OBJETO DE AYUDA INTERNACIONAL HUMANITARIA

Las frases cubiertas bajo el tricolor colombiano (que está hoy tan de moda) muestran lo que se logra apreciar del dolor desde el balcón patriota: "Prácticas de pandilleros excluidos de la seguridad social". Ciertamente, frase tan estigmatizante parodia la visión poderosa con la que las entidades oficiales dominan hoy aquel molesto dolor que es incontrolable. Las víctimas de éste, lo son por sus prácticas y por sus identidades. Se trata de prácticas que (al no estar insertadas en una economía de producción altamente competitiva y de consumo desaforado) no se

corresponden con la “obligación” que tiene todo colombiano: trabajar y trabajar para producir y relucir el amarillo símbolo de las riquezas obtenidas. Pero estos individuos que desarrollan prácticas en contravía de una generación de aportes para un “beneficio de todos los colombianos”, no sólo son víctimas del dolor inmanejable por su actividad “ilícita” sino también por una identidad impuesta: ellos son “pandilleros”, “ciudadanos” ahogados no en el azul esperanza del Atlántico y del Pacífico, sino en el azul oscuro y profundo de la depresión y la sin salida que confiere esta identidad que deteriora. Los pandilleros por ser justamente eso, y por realizar prácticas que no enriquecen el amarillo oro, son en consecuencia excluidos de la seguridad social (aunque en teoría se divulgue el éxito que ha tenido el aumento de cobertura por parte del Sisben). Tal exclusión aparece bajo la sombra del rojo para recordar otras maneras de derramar la sangre. Ello ocurre cuando un prócer se inmola por su patria, pero también cuando un ciudadano anónimo que se encuentra excluido de los potenciales beneficios de las políticas públicas y de los intercambios de producción legitimados por las prácticas económicas vigentes, se ve abocado a luchar contra lo establecido y contra sus congéneres en una búsqueda desesperada de la supervivencia que llega al punto final de derramar la sangre por tal cometido.

En el otro extremo del título encontramos otras palabras relucidas que ilustran bajo el azul inmaculado (color emblemático de las “Naciones Unidas”) el siguiente mensaje: “Rehabilitación físico y emocional (mediante) ayuda internacional humanitaria”. Este mensaje manifiesta la intencionalidad de la gran mayoría de organismos internacionales comprometidos, hoy día, frenéticamente con la ayuda humanitaria. El propósito de los mismos es rehabilitar en cualquier momento y en cualquier lugar a todo afectado por perturbaciones físicas y/o emocionales sin preguntarse nunca por la identidad de la víctima (no en sentido físico sino antropológico)⁴⁸ y en consecuencia mucho menos por la probabilidad de estar

⁴⁸ La identidad física se reduce a las características genotípicas y fenotípicas que confieren una identidad única a cada persona; estas características dan cuenta de que todo ser humano es susceptible al dolor físico y al sufrimiento emocional pero (a diferencia de la identidad antropológica) no dicen nada de cómo cada ser

produciendo la víctima (con sus acciones altruistas) en lugar o además de “socorrerla”.

En medio del tricolor patrio y del azul universal, las sombras ocultan otro mensaje: “víctimas objeto de dolor contemporáneo”. Estas víctimas lo son a consecuencia de una enorme carencia que entidades oficiales y organismos internacionales comparten en la comprensión del dolor. Por esto motivo resulta indispensable ver con más detalle el poder que estas entidades tienen para delimitar sus campos respectivos de acción y exaltar con ello las prácticas clínicas y económicas de salud, la intervención efectiva y oportuna de la enfermedad y el moldeamiento de los cuerpos dentro de la lógica de la prevención. Al tiempo que señalan como responsable de cualquier fracaso, de un lado, a la inhabilidad de “algunos” en saber sortear exitosamente los obstáculos que el proceso creciente de administración de la salud tiende, obligando a las personas a “deambular” por trámites cada vez más engorrosos (se mencionan con detalle más adelante), y del otro lado, a los “caprichos” de los dolientes, quienes, pese a la imposibilidad de franquear estos obstáculos oficiales, cuentan con la valiosa colaboración de los servicios de ayuda internacional humanitaria.

Estos “caprichos” en realidad indican la resistencia propia de los dolientes en aceptar una oferta de servicios de salud que los presiona de manera más o menos sutil a dejar a un lado el significado social, cultural que históricamente le han asignado al dolor y la enfermedad mediante una construcción profunda de sus propios cuerpos, a cambio de aceptar acriticamente el sometimiento de esos mismos cuerpos a dispositivos de control que se dirigen en primera instancia al individuo necesitado y luego al resto de la población, por ejemplo, tratamientos médicos que se cambian y recambian permanentemente, dentro de un ciclo vicioso que alimenta el pretexto de la atención individualizada y que luego se

humano se las “arregla” con formas particulares de dolor y sufrimiento en concordancia con prácticas, normas, creencias incorporadas a partir de su(s) grupo(s) cultural(es) de pertenencia y/o referencia.

masifican como panacea para la industria que los promueve y como signo de distinción, para la población que los consume.

Como resultado de lo anterior, un número creciente de individuos infortunados y caprichosos es destinado (como antiguamente los leprosos exiliados) y objetivado cómo las víctimas contemporáneas del dolor, frente a ellas y sus necesidades, las instituciones prestadoras de servicios médicos se presumen inocentes y ajenas de ofrecer cualquier intervención, cuando contradictoriamente han medicalizado los demás ámbitos de la vida.

Ciertamente, existe un dolor físico y emocional que escapa al poder de las disciplinas instauradas para controlarlo: El dolor objeto de intervenciones humanitarias y estatales en menor medida es diferente del típico dolor somático encarado por la medicina y del tradicional sufrimiento del alma enfocado por diferentes escuelas psicológicas como carencia, trauma, conflicto, desadaptación, etc. El dolor que queda deambulando en esta “tierra de nadie”, no es abordable por el proceso de medicalización creciente. Las modernas instituciones de la salud (públicas y privadas) no logran darle alivio; las técnicas psicopedagógicas fundamentadas en las terapias que fomentan el auto-conocimiento y auto-control consiguen con frecuencia privarlo de significado, y las acciones humanitarias generalmente fundamentadas en el saber de las ciencias humanas y sociales suelen objetivarlo como caso típico de testimonio.

Justamente, el problema central que propone considerar la presente monografía como conclusión es el hecho de que tanto la visión patriótica como la transcontinental excluyen un gran número de dolientes, pese a su confesa intencionalidad de abarcar a toda la población desprotegida y desfavorecida. En efecto, tal como se mencionó, una tendencia “patriótica” fuertemente centrada en la riqueza y en el trabajo que la genera (en el oro, en los bienes materiales) impele a los ciudadanos a producir y consumir bienes y servicios mediante los cuales se impulsa y se transforma la economía. El dolor no escapa a esta lógica y su “contra”

puede ser comprada mediante el consumo de antidepresivos, analgésicos, pólizas de seguros de salud y acceso creciente a prácticas temerarias y disipadoras del tedio. La patria, sin embargo, concedora de la situación desventajosa de muchos individuos para entrar en el vertiginoso ritmo de la producción y el consumo, ofrece generosamente la posibilidad que ellos accedan a estos “talismanes” (analgésicos, antipsicóticos, antidepresivos⁴⁹, “psicoterapias”⁵⁰, etc.) contra el dolor, mediante la afiliación a un sistema de beneficios que desde la ley 100 de 1993 se llama Sisben.

En teoría todo nacional en situaciones de precariedad económica tiene derecho de acceder al Sisben. Sin embargo, en la práctica es común observar tres grupos de personas con una alta probabilidad de quedar excluidos por siempre de este sistema de beneficios que cubre a la población paupérrima o “subsidiada”. En primer lugar, está la multitud de personas pobres, que día tras día son rechazadas por funcionarios tecnócratas que verifican que los solicitantes cumplan con los criterios de selección que establece el sistema. Estos criterios de selección se convierten en verdaderas barreras, pues ocurre con frecuencia que las encuestas (hechas al solicitante y en ocasiones a otros miembros de su grupo familiar) resultan mal aplicadas, que los documentos de identificación necesarios para la vinculación se encuentran detenidos en algún punto del tortuoso trámite, o que la afiliación resulta invalidada por una suscripción previa en el lugar de origen, al que con mucha probabilidad no se regresará como consecuencia de amenazas ligadas al conflicto que se vive con mayor intensidad en muchas zonas rurales del país.

En segundo lugar, igual proporción de personas no acuden a inscribirse al Sisben simplemente por cuestión de practicidad pues consideran que, ante los síntomas repetitivos que expresan el malestar de sus cuerpos, sencillamente es menos complicado el acceso a un medicamento, por ejemplo, consultando al boticario

⁴⁹ Los beneficiarios del Sisben solo pueden acceder (en teoría) a los antidepresivos y antipsicóticos de primera generación, para muchos psiquiatras considerados obsoletos. En la práctica aun estos tienen que ser comprados casi siempre por el doliente.

(hecho que de todas maneras tendrán que hacer con la receta del médico en caso de estar afiliados). De otra parte, este mismo grupo poblacional cuenta con “vinculaciones” a otros sistemas de salud que resultan mucho más accesibles y con una enorme diversidad de ofertas frente al dolor por el que se consulta (van desde el conocimiento natural de las plantas hasta el exorcismo practicado por chamanes, hechizeros o brujas para erradicar el “espíritu” causal del dolor y la enfermedad).

Finalmente un tercer grupo jamás intentará “sisbenizarse” por un temor a las retaliaciones tan frecuentes en las zonas de violencia, con el agravante, que tal temor difícilmente se hará conciente por parte de los individuos que conforman este grupo y en consecuencia se escudaran con facilidad en los motivos explicados para el segundo grupo.

En resumen, quienes se encuentran en un estado absoluto de indefensión para afrontar el dolor y el sufrimiento de sus cuerpos son los no acogidos por la Patria, aquellos que además de venir siendo víctimas por generaciones de la precariedad económica terminan siéndolo también de la pertenencia a grupos “organizados”. Pues las acciones que suelen emprender estos grupos para mitigar la precariedad que les aflige son frecuentemente asociadas con prácticas consideradas como delictivas, antisociales o perturbadoras de las buenas conductas, independientemente que estén o no vinculados con los grupos oficialmente reconocidos como violentos.

Los individuos que hacen parte de estos grupos excluidos del sistema que podría protegerlos del dolor y el sufrimiento, se enfrentan también al drama doloroso de estar obligados a “reconocer” que sus prácticas de sobrevivencia son prácticas perversas y premeditadas. Una posible afiliación a un sistema que les “proteja” del dolor no sería otra cosa que un trueque de “protección” en ciertos ámbitos (dolor

⁵⁰ Se trata en realidad de caricaturas de psicoterapia. Puesto que en los quince minutos que la ley prevé para este tipo de atención solo es posible parodiar burdamente la práctica de una verdadera psicoterapia.

físico, depresión emocional, enfermedad o traumatismos físicos a consecuencia de acciones violentas), por desprotección en otros (particularmente en el de la salud mental deteriorada por un quiebre en la identidad cuando se presiona al individuo afectado a reconocerse como “malhechor” en un contexto donde con frecuencia es más víctima que victimario).

Trueque en el que, sin duda, perdería el potencial beneficiario del sistema si se atiende a la teoría vitalista pregonada en la actualidad por muchas prácticas circunscritas bajo el grupo de las denominadas medicinas alternativas y en particular por la homeopatía. Esta teoría vitalista sostiene que el cuerpo (entendido como unidad somato-psíquica) se desequilibra desde los órganos más periféricos (la piel, las mucosas, los órganos emuntorios, etc.) en un intento natural, como mecanismo de defensa, por preservar los más centrales (los órganos encargados de las funciones del entendimiento, la voluntad el juicio y las emociones: el cerebro y sus conexiones nerviosas y hormonales). La teoría vitalista, en coincidencia con los modernos descubrimientos de la psiconeuroinmunología, critica los manejos terapéuticos enfocados a mitigar estas manifestaciones periféricas o externas sin atender las reacciones naturales del cuerpo humano y sostiene que tales prácticas terminan a largo plazo exacerbando y cronificando las dolencias. En consecuencia el dolor físico severo, intolerable y crónico, el dolor resistente a las disciplinas medicalizadoras, sería la reacción corporal establecida con el fin de evitar la insanía mental o espiritual y sería al tiempo consecuencia de un dolor físico y emocional que no fue adecuadamente exonerado por los mecanismos de defensa propios del cuerpo, sino seguramente silenciado por la potente industria farmacéutica supresora de síntomas. Por tanto afiliarse a un sistema de salud centrado en el ofrecimiento de “calmantes” orgánicos para un sufrimiento del cuerpo y el alma a consecuencia de una grave calamidad que afecta la persona, la familia y la comunidad y que ofrece poca cosa o nada en la preservación de la salud mental, es salir perdiendo.

En contra-cara a la difícil situación de los integrantes de grupos estigmatizados, organismos internacionales ofrecen ayuda más oportuna (consistente en “curación” o alivio del dolor físico o emocional del afectado⁵¹) al obrar “neutralmente” y no pedir información alguna con respecto a la actividad de la persona que solicita ayuda. Como consecuencia de este criterio de “neutralidad”, la intervención de los organismos internacionales se dirige a la “curación” de cuerpos congelados física y emocionalmente por las carencias sufridas a lo largo del tiempo. Los cuerpos congelados física y emocionalmente son los mismos que a diario se exhiben en las revistas humanitarias y que dan testimonio de la injusticia, la opresión, y la insensibilidad de muchos sectores de la sociedad. Estos cuerpos desprovistos y carentes de prácticamente todo, son objeto de intervenciones mediante las cuales se procede a suplir sus necesidades siendo las más frecuentes el alimento, el calor (abrigo físico y afectivo), el hogar, la salud (un cuerpo necesitado de fármacos) y la educación. Como tabula rasa los cuerpos objeto de atención son “atiborrados” con estos nuevos “recursos”. El pasar por alto las diferentes situaciones que llevaron a estas carencias, en nombre de una neutralidad de conveniencia (que permite intervenir sin manchar, confundir o diluir los colores patrios), alimenta en últimas una ética “benefactora” que redunde en bien (en términos de prestigio y de ganancias económicas) para este tipo de instituciones que suplantán con frecuencia las responsabilidades de los organismos oficiales. Al fin de cuentas, los dos tipos de instituciones se retroalimentan con sus acciones obligatorias y humanitarias y ello les impele a continuar sus prácticas altruistas “juntos pero no revueltos”.

Las palabras sombreadas (ojalá no sombrías) son el destino de todos los afectados por las insuficientes y fragmentadas prácticas “obligatorias” y/o voluntarias instauradas hasta ahora. En el momento los sujetos que conviven a diario con situaciones donde impera la violencia urbana como forma típica de

⁵¹ Los organismos internacionales intentan curar el dolor físico y emocional descrito en este estudio con potentes calmantes. Argumentan que estos son efectivos, pero que no están al alcance de la mayoría de las personas y adelantan acciones de denuncia para intentar frenar esta inequidad. Una lectura del cuerpo desde

sobre-vivencia, permanecen bajo la sombra y son objeto de múltiples reflexiones y prácticas que intentan explicarlos en relación exclusiva con los hechos y las circunstancias trágicas que han tenido que padecer. Pero esas reflexiones y prácticas no se formulan y realizan en el vacío sino que también son objeto de análisis en la academia y de formulación de políticas en los despachos. Con lo cual, aparecen dos actores más en escena y que conservan un puesto relevante en el cierre de la presente monografía: los académicos y los planeadores y ejecutores de políticas públicas considerados en el siguiente aparte.

Los Conocidos y Factibles Evaluadores del Texto Etnográfico y su Influencia Sobre el Mismo

Es inevitable huir de los patrones descritos por Foucault cuando hace mención del influjo de la medicalización creciente y del uso de la economía política de la medicina en los demás procesos de la vida. Uno de esos procesos es precisamente el estudiar –entendido como actividad académica- y el escribir como fundamento material de tal actividad. Así, una vez que el ejercicio de la escritura se culmina, se requiere al igual que en los procesos clínicos concluidos una valoración por otros. Estos otros se organizan dentro de una comunidad científica para dar aval a una teoría o descubrimiento clínico no sólo en pos del mentado avance de la ciencia y el conocimiento científico, sino también en garantizar la continuidad de las mismas prácticas que les convoca y vincula.⁵² Prescindiendo de la precisión histórica acerca del momento exacto en que esta “costumbre evaluadora” se hizo ley, es indudable que en la actualidad todo saber que reafirme, cuestione o niegue los paradigmas actuales del conocimiento debe someterse al escrutinio de quienes han trajinado más en el tema en cuestión. Este hecho tiene notorias consecuencias para el tipo de estudio como el que aquí se ha presentado, puesto que aparece en la escena un Otro del que hasta ahora no se

otra perspectiva como la planteada por la teoría vitalista es sencillamente anti-científica y un cuerpo en sufrimiento es en consecuencia un cuerpo deteriorado en algunos de sus tejidos y susceptible de reparación.

⁵² Al respecto se refiere con amplitud de detalles Thomas Kuhn en la estructura de las revoluciones científicas.

había advertido su presencia y que adviene como “extraño”. Pero esta extrañeza presenta la ambigüedad de alguien que pese a haber permanecido “ausente” en el diálogo con el Otro etnografiado, en realidad, siempre ha estado allí condicionando el diálogo a través de la formación ejercida sobre el etnógrafo y de los vínculos y expectativas que este mismo mantiene con el saber que se emite desde la academia. Así pues, resulta indispensable reconocer en el texto etnográfico la presencia de terceras personas que tiempo atrás de la valoración formal del estudio influyeron “virtualmente” en la elaboración del mismo.

En consecuencia, este trabajo, y el diálogo que expresa con el Otro etnografiado, no escapa a esta lógica y ha sido diseñado con la intención de ser leído por y desde la academia. Sin embargo, antes del cierre y de considerarlo lo suficientemente elaborado para la validación académica final quiere advertir que pretende algunas intenciones adicionales: la validación por el Otro etnografiado (segunda persona de la etnografía en los capítulos II y III y primera persona en los capítulos IV y V) y por profesionales inmiscuidos en la planeación y ejecución de políticas públicas de salud en relación con el preocupante tema del dolor. Lo anterior conduce a dos preguntas obligadas: ¿Es útil el trabajo aquí realizado para que dolientes y promotores de políticas públicas en atención del sufrimiento y el dolor intenten comprender la situación en la que cada uno de ellos se ubica? ¿Puede tal comprensión facilitar un diálogo entre afectados y “responsables de su manejo” que intente sacar de la sombra el problema del dolor medicalizado y en consecuencia desatendido o, para ser menos violento, atendido parcialmente?

A partir de lo escrito y observado durante mi trabajo de campo en Aguablanca puedo atreverme a formular una respuesta por ahora inconclusa: el texto etnográfico es susceptible de varios cierres en relación con quien se quiere interlocutar. En el caso particular del presente estudio, tres son los Otros mencionados con quienes se pretende establecer un diálogo de saberes: El académico, el doliente y los representantes de las instituciones cuidadoras.

En consideración con tales interlocutores considero que el texto etnográfico está post-maduro para un encuentro con los directamente involucrados en la escritura (los dolientes), maduro para una sustentación en el ambiente tensionante⁵³ de la academia y prematuro para una inevitable confrontación con los planeadores, administradores y ejecutores de las actuales políticas de salud.

Ciertamente, el texto etnográfico presentado resulta concluso para la valoración académica y en lo poco que resta intentará olvidarse de la misma para centrarse en la manifiesta “nueva” preocupación: la in-conclusión del texto para el doliente (por exceso) y para aquellos “responsables” de atenderles (por defecto). In-conclusión por exceso para los dolientes, que quieren hablar desde lo expresado en el ejercicio etnográfico pero haciendo caso omiso al texto por considerarlo la materialización de un saber que siendo en principio la manifestación del saber propio de los dolientes, termina siendo ajeno a los mismos, al someterse a una valoración académica que transforma los sujetos etnografiados en objetos de estudio. In-conclusión por defecto para los profesionales que intervienen en algún nivel entre la planeación y la ejecución de políticas públicas en salud y cuyo trabajo les condiciona a estar pensando siempre en referentes “universales”. Es justamente esta pretensión de “universalidad” la que se constituye en obstáculo para que los profesionales accedan de lleno al texto etnográfico. En consecuencia, éste apenas pueda permanecer (esperemos que no por largo tiempo) medianamente abierto.

Esta idea de in-conclusión por defecto me resulta más fácil de explicar acudiendo de nuevo al recurso etnográfico: terminado el trabajo de observación-participante, la institución internacional me solicitó la presentación de un diagnóstico preliminar del proyecto de rehabilitación, a una institución departamental especializada en la valoración de impacto de proyectos enfocados a la prevención e intervención sobre la violencia. Es importante mencionar que esta institución goza de un muy

⁵³ Tensionante en cuanto a lo advertido con anterioridad: la influencia del saber académico sobre el etnógrafo y la confrontación que sufre el mismo de ser más o menos dependiente de este saber y de su aplicación en los encuentros con el etnografiado y en la traducción de estos encuentros en el texto.

buen reconocimiento en la región y tiene una fuerte incidencia en la planeación de políticas en el Departamento. Lo expresado por mí en aquella reunión fue una síntesis de lo ampliamente explicitado en la presente monografía. La retroalimentación que los profesionales hicieron a mis comentarios no sorprende. Manifestaron gran interés y hasta cierta fascinación por el “exotismo” con el que perciben a los dolientes etnografiados, pese a mi esfuerzo por no hacer otra cosa que describirlos como sujetos que se resisten al panoptimismo de la mirada clínica y de las crecientes formas de medicalización de la economía política. Los profesionales entendían en aquel momento (y dudo que tres meses después sus opiniones hayan cambiado) la resistencia de los dolientes no como una apremiante expresión de la necesidad que ellos sufren por resignificar sus vidas privadas de sentido luego del hecho violento, sino como un recurso habilidoso que exhiben para llamar la atención y renegociar las relaciones con los profesionales de la salud en un intento por hacerlas más horizontales. El problema para ellos no está en los dispositivos de control de los cuerpos que se ejercen desde procesos hegemónicos fundamentados en la eficacia de la mirada medicalizadora, sino en una carencia o lentitud en la marcha hacia la democratización que deberían tener tales procesos. Asienten en la importancia de fortalecer al doliente, pero no para que cuestione la mirada y los procesos de la clínica, sino para que se matricule en ella de manera más obediente. De tal forma, que éste modelo tienda hacia una universalización deseada, pero seguramente también exigida.

Como in-conclusiones al problema enunciado: la carencia y desbordamiento del texto que corren paralelos, sólo me resta enseñar las brechas que el mismo texto identifica y que en últimas son las que dificultan una buena posibilidad de diálogo con y entre los interlocutores identificados. Estas brechas penden de una vivencia radicalmente diferente del tiempo y el espacio por parte de los actores involucrados en tan deseado y necesario diálogo.

In-conclusiones Temporo-espaciales

Primera inconclusión: El Tiempo de los Dolientes y su Contraposición con el Tiempo de la Clínica

Este tiempo es el de la inmediatez. Los cuerpos necesitados y las almas afligidas no dan espera. Las voces otorgantes de sentido a la calamidad y a la violencia que mutila los cuerpos y fragmenta las emociones “revientan” en cualquier momento, sólo basta con “crear” un espacio ritual que pervierta los secretos de la clínica. Los dispositivos creados por la clínica y por las políticas públicas inspiradas en ella⁵⁴, para mostrar su eficacia en el control de la angustia que emana de los lamentos y quejidos de los dolientes se mueve en otro tiempo. Es también el de la inmediatez. Pero esta, no es entendida como pulsión inaplazable por consolidar una identidad y desde la misma expresar la inconformidad con los abusos y las ignominias padecidas por no hablar en el plano aun más diferido de las injusticias. En cambio la inmediatez que se proclama desde la política pública como urgencia, es afán obsesivo por apartar a la portadora del mensaje de que el fracaso clínico es inminente: la siempre inoportuna muerte. Si esta logra ser erradicada del recinto de la urgencia ya no existe inminencia alguna a la cual temer. Todo lo demás es diferible, susceptible de ser aplazado en el tiempo (lo que en clínica se llama manejo expectante y que el doliente traduce por el coloquial: “esperar a ver que pasa”) y desplazado en el espacio (lo que en la economía política de la medicina se llama red de referencia y contrarreferencia de clientes y en el lenguaje coloquial ser considerado la “papa caliente” de la que todos se deshacen). Desde la clínica se desconoce que el doliente sigue creando y recreando la escena de la muerte, para advertir al clínico que esa posibilidad permanece allí latente y para denunciar que los dispositivos instaurados ante un proclamado triunfo (el destierro de la muerte) solo consiguieron devolver al afectado a una situación de barbarie en la que se “reencarna” debilitado, es decir

⁵⁴ Ejecución de los mandatos proclamados desde la ley 100 de 1993 y desde los decretos contradictorios 412 de 2000 y 3394 de 2000.

mutilado, deformado o inhabilitado en su integridad física o perturbado, frustrado o desconectado en su capacidad emotiva y relacional.

Por la discordancia entre los tiempos de la inmediatez surge una primera brecha entre el doliente y los dispositivos instaurados para atenderle. Pero este vacío, no tarda en ser “llenado” por los organismos internacionales, que despliegan recursos en abundancia para instaurar o reinstaurar los dispositivos que un “Poder no poderoso” se quedó corto en instituir. En consecuencia, al “llenarse” la brecha, el fundado y proclamado trabajo humanitario replica el poder que desplaza a los dolientes de su concepción propia del tiempo y del espacio y los ubica en una órbita donde el dilema es salvar a toda costa la vida que se monitoriza y dejar a la deriva del doliente la vida que se significa y resignifica en las coordenadas descuidadas del lugar y de la historia.

Segunda Inconclusión: El Espacio de los Dolientes y su Contraposición con el Espacio de la Clínica

El espacio de los dolientes es el espacio de la precariedad. Las actividades que simbolizaban el contacto con la vida, aquellas propias de los negocios callejeros, resultan siendo ajenas. El discapacitado por razón de un evento violento no lo es por las lesiones sufridas. Lo es por la sanción social y por la persistencia de la violencia de la cual fue víctima. Estas dos circunstancias, más que el impedimento físico, impiden la movilización auto-asistida (uso de prótesis, sillas de ruedas, etc.) del doliente y la reincorporación del sujeto al parche con el que se identificaba. Desde el mundo de la clínica el espacio del doliente también es visto como precariedad. Sólo que el acento está puesto en la precariedad del cuerpo y no en la del contexto en que ese cuerpo es factible que se mueva. Los cuerpos mutilados, lacerados, heridos, muertos y redimidos, en síntesis, limitados se quedan cortos para moverse en el contexto relacional del parche callejero o del rebusque legítimo o ilegítimo de acuerdo con lo normativizado por la economía del consumo. Estos cuerpos se traducen en una interminable narrativa de lamentos

que se expresan en cualquier momento para cuestionar de nuevo a la clínica y para intentar redefinirse y situarse en un mundo que luego de reconocido resulta extraño, inmanejable, inabarcable.

Los espacios creados por los dispositivos de la clínica colonizan los otros espacios de la vida en un proceso de medicalización creciente. Son espacios instaurados para intervenir el cuerpo y readaptarlo al mundo que dominaba el doliente antes de resultar víctima de la acción violenta. Los espacios deben ser replicados en las casas. La clínica perpetua mecanismos de vigilancia (promotoras de salud) que deambulan por sectores del Distrito, habitualmente vedados a otras personas, para alentar y de paso vigilar a los lesionados que se rehabilitan en sus casas con elementos precarios que remedan el instrumental moderno y versátil del centro de rehabilitación.

El sujeto que rechaza readaptar su cuerpo al espacio histórico con el que ya poco o nada se identifica es censurado desde el espacio de la clínica como afectado por un trastorno mental. Las categorías diagnósticas de enfermedad mental crean entonces un segundo anclaje para sujetar al individuo con serios problemas en su proceso de rehabilitación. El cuerpo queda doblemente controlado, se vigila la capacidad de readaptarse al espacio histórico fomentando el incremento de la movilización, la comunicación y el autodomínio de las funciones corporales, al tiempo que se supervisa que las emociones no elaboren una “mala jugada” en este proceso. Para tal fin el individuo debe auto-estimarse, expresar sin censuras sus temores, deseos, sueños, frustraciones y todo lo susceptible de ser ilustrado en un espacio de socialización de las experiencias violentas.

Desde la planeación y ejecución de políticas públicas en salud, inspirada de nuevo en la incuestionable efectividad de la clínica, el nuevo y limitado espacio del individuo, aquel que se ofrece como contingente refugio al drama de la violencia, no es considerado. El espacio de la precariedad es desplazado por el artificio de la casa convertida en hospital. Si el individuo puede replicar en su casa, los dominios

del cuerpo “aprendidos” en la institución hospitalaria se considera que el individuo ha logrado llegar a un buen nivel de re-adaptación.

La clínica termina sentenciado al doliente de padecer un trastorno en la percepción del tiempo y el espacio. El primero está distorsionado al no percibir la “inmediatez” del tiempo como inminencia por salvar la vida. Al espacio le acontece cosa parecida cuando el doliente confunde un contexto que limita y anula sus opciones de vida y no repara en su cuerpo limitado como consecuencia de haber sido víctima de la violencia urbana.

BIBLIOGRAFÍA

Textos Citados en la Monografía

Foucault, Michel. *El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica*. Editorial Siglo XXI Editores, 1989

Foucault, Michel. *La Vida de los Hombres Infames*. Ediciones La Piqueta, 1990

Foucault, Michel. *Las Palabras y las Cosas*. Siglo XXI Editores, 1998

Guber, Rosana. *La Etnografía. Método, Campo y Reflexividad*. Norma, 2001

Héller, Agnes y Fehér, Ferenc. *Biopolítica. La Modernidad y la Liberación del Cuerpo*. Editorial Península, 1995

Illich, Ivan. *Patogénesis, Inmunidad y Calidad de la Salud Pública*. En Revista Archipiélago No 25: En la Salud y en la Enfermedad Pgs. 39-45. Editorial Archipiélago, 1996

Kleinman, Arthur. *Pain and Resistance. The Deligitimation and Religitimation of Local Worlds*. University of California Press, 1994

Kuhn, Thomas. *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Fondo de Cultura Económica, 1996.

Le Breton, David. *Antropología del Dolor*. Seix Barral, 1999

Morris, David. *La Cultura del Dolor*. Editorial Andrés Bello, 1991

Textos Consultados en el Proceso de Investigación

Aguirre, Angel (Ed.). *Etnografía. Metodología Cualitativa en la Investigación Sociocultural*. Alfaomega-Marcombo, 2004

Armstrong, David. (1984) "La opinión del paciente" en: *De la Cuesta, Carmen*. Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina. P. 223-247. Editorial Universidad de Antioquia, 1999.

Attali, Jacques. *El Orden Caníbal Vida Y Muerte De La Medicina*. Planeta, 1981 (1979)

Bibeau, Gilles. *¿Hay Una Enfermedad En Las Américas?* 43 – 70 En: *Cultura Y Salud En La Construcción De Las Américas*. Reflexiones sobre el sujeto social. ICAN, 1993

Bonica, John. *The management of pain*. Lea & Febiger 1990.

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic. *Respuestas por una Antropología Reflexiva*. Capítulos 2 y 3 Grijalbo, 1995.

Clifford, James y Marcus, George (ED.). *Retóricas de la Antropología*. Ediciones Júcar, 1991

Clifford, James y Marcus George. *Writing Culture. The Poetics And Politics Of Ethnography*. University of California Press, 1983

De la Cuesta Benjumea, Carmen. *Salud Y Enfermedad. Lecturas Básicas En Sociología De La Medicina*. Editorial Universidad de Antioquia, 1999

Deleuze, Gilles. *Foucault*. Editorial Paidós, 1987

Denzin, Norman. *Interpretive Ethnography. Ethnography Practices for the 21st Century*. Sage Publications, 1997

Elias, Norbert. (1977) *El proceso de la civilización*. Fondo de Cultura Económica. México. 1ra. Reimpresión de la 2da. Edición en español (1994)

Elias, Norbert *Sociología Fundamental*. Editorial Gedisa. Barcelona, 1970

Elias, Norbert *La civilización de los Padres y Otros Ensayos*. Universidad Nacional-Editorial Norma. Bogotá, 1998

Elias, Norbert (1982) *La soledad de los Moribundos*. Fondo de Cultura Económica. México 2da. Edición en español, 1989.

Focault, Michael. *Enfermedad Mental Y Personalidad*. Paidós, 1991

Focault, Michael. *Hermeneutica Del Sujeto*. Piqueta, 1994

Frankl, Viktor. (1984) *El hombre doliente*. Herder, 1990

Gadamer, Hans-Georg. (1993) *El Estado Oculto De La Salud*. Gedisa, 1996.

Geertz, Clifford. (1973). *La interpretación de las culturas*. Gedisa, 1997

Geertz, Clifford. (1983) *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Paidós, 1994.

Geertz, Clifford. *El Antropólogo Como Autor*. Paidós, 1989

- Goffman, Erving. (1963) *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu editores, 1998.
- Golub, Edgar. *Los Limites De La Medicina*. Andrés Bello, 1996 (1994)
- Good, Mary Jo DeVecchio ; Good, Byron ; Brodwin, Paul ; Kleinman, Arthur, *Pain As Human Experience: An Anthropological Perspective*. University of California Press. 1994
- Jackson, Jean. *Camp pain. Talking with chronic patients*. University of Pennsylvania Press, 2000.
- Kleinman, Arthur. *Illness Narratives. Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books 1988.
- Lolas Stepke, Fernando. *Más Allá Del Cuerpo*. Andrés Bello, 1997
- Ludewig, Kurt. *Terapia sistémica. Bases de teoría y práctica clínicas*. Editorial Herder, 1996.
- Marcus, George y Cushman, Dick. *El Surgimiento de la Antropología Postmoderna*. Gedisa, 1992
- Martín Zurro y J.F. Cano Pérez.(1994) *Atención Primaria. Conceptos organización y práctica Clínica*. Mosby/Doyma libros. Madrid. 3ra. Edición.
- Minello, Nelson. *A Modo de Silabario. Para Leer a Michel Foucault*. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, 1999.
- Morey, Miguel. *Lectura de Foucault*. Taurus, 1983.
- Pedersen, Duncan. *La Construcción Cultural De La Salud Y La Enfermedad*. 143–152 En: *Cultura Y Salud En La Construcción De Las Américas. Reflexiones Sobre El Sujeto Social*. Santafé de Bogotá, ICAN, 1993
- Pedraza, Zandra. *En Cuerpo Y Alma*. Bogotá, Universidad de los Andes. 1999
- Pinzón, Carlos, Garay, Gloria y Suarez, Rosa. *Cultura Y Salud En La Construcción De Las Américas*. Santafé de Bogotá, Colcultura. 1995
- Sandblom, Philip. *Enfermedad y Creación*. México, FCE. 1995 (1982)
- Sontag, Susan. *La Enfermedad y Sus Metaforas y El Sida y Sus Metaforas*. Taurus, 1996 (1977)
- Viveros, Mara y Garay, Gloria. *Cuerpo, Diferencias Y Desigualdades*. Compilación del "Simposio Cuerpo, Diferencias y Desigualdades, llevado a cabo en el contexto

del VIII Congreso de Antropología, diciembre de 1997, en la Universidad Nacional de Colombia". Santafé de Bogotá, Centro de Estudios sociales. C.E.S., 1999.

Vera Weiler. (1998) (compiladora) Figuraciones en proceso. Universidad Nacional / Universidad Industrial de Santander.

Revista Daedalus,. *Social Suffering*. Cambridge, American Academy of Arts and Science, Winter, 1996