

Relatos del no-cuidado

Stories of non-care

Claudia S. Krmpotic

Centro Argentino de Etnología Americana / CONICET
csk@fibertel.com.ar

Resumen

Este texto procura reflexionar teóricamente acerca de algunas de las condiciones por las cuales la vocación hacia el cuidado se convierte en negligencia, descuido, dolor y muerte. Para ello consideramos las asimetrías presentes en las relaciones sociales, puestas de manifiesto en la distribución social del conocimiento como en el ejercicio del poder. En el cuidado del pediatra, del pastor bautista y de los padres hacia sus hijos, hallamos manifestaciones que identificamos como patologías del cuidado, a través de narraciones obtenidas en diversos contextos de investigación, a partir de fuentes primarias y secundarias, dando cuenta de la responsabilidad que tienen estos actores en la esfera pública cuando asumen un rol de cuidadores, sea en el marco de un espacio institucional como familiar. Sus expresiones además remiten a las tres fuentes discursivas fundantes de la vida moderna como son el pensamiento científico, el religioso y el de la vida cotidiana, e ilustran los distintos modos de conocer que coexisten en la vida moderna.

Palabras clave: patologías del cuidado, poder, distribución social del conocimiento

Abstract

This paper aims at promoting theoretical reflection on some of the conditions under which the vocation to care about others becomes negligence, carelessness, pain and death. To this end, we consider the asymmetries in social relations, evinced by both the social distribution of knowledge and the exercise of power. In the care of pediatricians, Baptist pastors and parents taking care of their children, we find manifestations we identify as pathologies of care, through narratives obtained from primary and secondary sources in different research contexts. These narratives reveal the responsibility of these actors in the public sphere when they take the role of caregivers, whether in the context of an institutional space or within a family. Their verbalizations also refer to the three types of knowledge —scientific, religious and everyday-life— which are foundational discursive sources of modern life. Likewise, they illustrate the different types of knowledge that coexist in modern life.

Keywords: pathologies of caring, power, social distribution of knowledge

Introducción

Como todas las relaciones sociales, las de cuidado se inscriben en experiencias atravesadas por asimetrías en la distribución social del conocimiento como en el ejercicio del poder. Motivados por la descripción de tres situaciones en las que la vocación hacia el cuidado se convierte en negligencia, descuido, dolor y muerte, analizamos estas manifestaciones que identificamos como patologías en el cuidado del otro.¹

El cuidado del pediatra, el cuidado del pastor bautista y el cuidado de los padres son objeto de problematización en la medida que asumen responsabilidades públicas que se desenvuelven tanto en un marco familiar como institucional. Las narraciones fueron obtenidas en el marco de tres investigaciones acreditadas, a partir de datos recogidos de primera mano mediante la observación y entrevistas abiertas, extensas y recurrentes, como de reelaboraciones provenientes de otras investigaciones. En todos los casos preservamos el anonimato de los entrevistados, quienes accedieron mediante el consentimiento informado.

Los casos que presentamos a continuación denotan rasgos y contenidos que permiten connotar algunas dimensiones en la relación de cuidado. En la reflexión teórica que nos proponemos llevar adelante, nos concentraremos en las asimetrías presentes en las relaciones sociales derivadas de la distribución social del conocimiento como del ejercicio del poder. Lejos de agotar el análisis sobre el tema, las experiencias a analizar remiten a las tres fuentes discursivas fundantes de la vida moderna como son el pensamiento científico, el religioso y el de la vida cotidiana, e ilustran los distintos modos de conocer que coexisten en la vida moderna.

El estudio de las diversas manifestaciones del cuidar recoge no sólo registros de la teoría social y la filosofía, sino también las categorías *emic* que reflejan los distintos sentidos del cuidar. En ese marco, y considerando que los registros narrativos están permeados tanto por el sentido común (científico) y las subjetividades, buscamos dis-

¹ Una primera versión de este material con otro título fue presentada como comunicación breve en las XX Jornadas Interdisciplinarias de la Fundación ICALA, Río Cuarto, Córdoba, 2015. Se agradece la lectura minuciosa y las observaciones manifestadas por el par evaluador, que fueron consideradas en la redacción de la versión final de este artículo, como a los editores que han procurado asegurar los estándares propios de la comunicación científica.

tinguir cómo las asimetrías modernas atraviesan nuestra cotidianeidad, y pueden en parte explicar la desviación enfermiza, esas patologías del cuidado que señala Boff (2011) en términos de negación, obsesión y descuido.

Fundamentos

Conceptualizamos el cuidado en términos ontológicos, es decir, en tanto *a priori* de toda actitud existencial. “Sin cuidado dejamos de ser humanos”, señala Boff (2011: 34) al poner en escena la perspectiva filosófica. Si el ser humano no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte, se desestructura, pierde sentido y muere; y de allí nuestra vulnerabilidad e interdependencia. El cuidado entonces es previo a toda situación, formando parte de un modo de ser esencial, siempre presente e irreductible a cualquier otra realidad anterior. En ese sentido “el cuidado es el resultado de muchos actos pequeños y sutiles, conscientes o inconscientes que no se pueden considerar que sean completamente naturales o sin esfuerzo (...) ponemos en el cuidado sentimientos, acciones, conocimiento y tiempo” (Aguirre, 2007: 191). El *modo-cuidado* se distingue del *modo-trabajo* pues supone una relación sujeto-sujeto en lugar de sujeto-objeto, en el que se coexiste con otros en base a una relación con fines de convivencia en lugar de dominio (Boff, 2011). En consecuencia, cuidar implica intimidad, acogimiento, preocupación, ternura vital, cordialidad, compasión.

La perspectiva aquí asumida excede por lo tanto el registro económico y jurídico del cuidado que se observa en las conceptualizaciones que circunscriben muchos de los debates en la actualidad. Al tratarlo como obligación legal remite a una externalización de las obligaciones y sanciones, y supone -al menos- un desplazamiento de la internalización de normas sociales de asistencia y cuidado. Por otro, cuando el cuidado refiere a las *bases invisibles del bienestar* (Batthyany Dighiero, 2013) sitúa la reflexión en el espacio socio-económico dado por la intersección entre mercado, familias y Estado, restringiendo el análisis a un problema de distribución de costos y cargas del cuidado entre las distintas esferas.

En lo que refiere a la derivación en *patologías del cuidado*, adoptamos el camino de la acción más que de la experiencia. Esta es una distinción ‘artificial’, que alude en principio a que ante similares experiencias, la acción puede variar, mientras combina la experiencia propia con las acciones de los demás, e incluye voluntad, libertad,

motivos, intenciones. Los casos seleccionados ilustran tres fenómenos que Boff (2011) identifica como: i) la negación del cuidado esencial, cuando describe el trabajo depredador, la búsqueda del poder sin frenos, la auto-afirmación con exclusión de otros, y el maltrato de personas, de la casa, de la cosa pública y de sí mismo; ii) la obsesión por el cuidado, cuando se refiere a su exacerbación, por el narcisismo y la vanidad, por el perfeccionismo inmovilizador; y iii) el descuido, es decir, el cuidado como carencia, el desorden, la incompletud.

También nos referimos a relaciones asimétricas como condición de las relaciones de cuidado bajo estudio, tanto en lo que respecta a la distribución social del conocimiento como al ejercicio del poder. Respecto de la distribución del conocimiento, en la tarea del diario vivir, necesitamos de los saberes de los otros. Sabemos que el mundo vital no es totalmente comprensible, que existe un acervo de conocimiento disponible para todos pero que no está integrado, y que muchas veces se presenta como una yuxtaposición de sistemas de conocimientos más o menos coherentes y hasta incompatibles. Tal como lo desarrolló Schutz (1974), el conocimiento está *distribuido socialmente*, y ello no depende sólo de condiciones sociales, sino además, de la motivación y de nuestros intereses prácticos que hace que valoremos la eficacia de los procedimientos aunque sepamos muy poco acerca de cómo operan, del porqué, de sus orígenes. Los padres, en los casos seleccionados, ilustran el *conocimiento del hombre común*, funcional, suficiente, por momentos ritual, que confía mientras no ocurra algún tipo de interferencia particular. Por su parte, la figura del pediatra representa un *conocimiento experto*, también limitado a un campo restringido (la especialidad) aunque fundado, claro y nítido y que se expresa en afirmaciones cimentadas en lugar de suposiciones vagas. La expectativa social radica justamente en ello: voz autorizada que me permite conocer y clasificar con la convicción de lo cierto, las razones del malestar. El pastor bautista refleja un *conocimiento trascendente y espiritual*, con una religiosidad que ha trasuntado en un proceso de secularización del que forma parte; busca explicación de lo inexplicable y afirma su creencia en la fe contribuyendo a las reflexiones de sentido común y vital en la vida cotidiana. En cualquier caso, el pecado así como los efectos de la acción demoníaca superan muchas veces la voluntad del individuo, quien en ese contexto juega un papel secundario. Su interacción con las ciencias está siempre presente, dando cuenta de la continuidad de formas explicativas de base teológica en el saber científico (Löwith, 2007). El análisis de las narrativas de

sufrientes demuestra cómo las fronteras entre lo secular y lo religioso son imperceptibles, mientras sus protagonistas combinan ambos recursos en las interpretaciones de la propia vida y sus pesares.

Tales conocimientos están allí, socialmente disponibles, aunque se encarnan en el momento que se les asigna un grado de significatividad. Vinculado a nuestros intereses, se reflejan en los diversos roles sociales que asumimos simultáneamente, y estructuran un orden jerárquico: primero estará la familia, luego el plan de trabajo, vivir el momento o priorizar el largo plazo, etc., en definitiva, todo lo que conforma nuestros ámbitos de significatividades. Retomando a Schutz (1974) existen unas *significatividades intrínsecas* que son el resultado de nuestras elecciones, de nuestras decisiones espontáneas, que hasta cierto punto podemos controlar y cambiar; y otro conjunto de *significatividades impuestas*, en tanto sometidas a sucesos que nos afectan pero que son ajenas a nuestro control, en el sentido de ‘ser arrojado al mundo’ (tal lo expresa Heidegger) como aspecto inherente a la condición humana. Lo interesante de esto en relación a los cuidados es que cuanto mayor es la distancia social, cuanto más anónimo sea el otro en la relación de cuidado “y menos discernible para el copartícipe el lugar que aquel ocupa en el cosmos social, tanto menor es la zona de significatividades intrínsecas compartidas y tanto mayor la zona de las significatividades impuestas” (Schutz, 1974: 127); lo que conduce al hecho que “cada vez somos menos dueños de determinar por nosotros mismos lo que es y lo que no es significativo para nosotros” (Ibídem: 128).

El ejercicio del *poder*, entendido como un medio de comunicación simbólicamente generalizado, no se interpreta como dependiente de la acción directa e interferencia por parte de quien lo detenta sobre la persona sujeta al poder. Así, el poder no es propiedad o facultad sino comunicación guiada por un código. En lugar de ser causa de, se lo puede comparar con la función compleja de un *catalizador*. Siguiendo a Luhmann (1995: 18) “los catalizadores aceleran (o retardan) el inicio de los sucesos; sin cambiar ellos mismos en el proceso, causan cambios en el coeficiente de conexiones efectivas (o probabilidad) que se espera de las conexiones causales que existen entre el sistema y el entorno; en tanto catalizadores no cambian en el mismo grado en que el proceso acelerado (o retardado) produce e inhibe en términos de efectos”; es decir que, en todo caso, su causalidad es vista como un cambio de probabilidades. Es desde esta faceta productiva que se entiende al poder como una oportunidad para aumentar

la probabilidad de realización de un evento o proceso. En este contexto de análisis, la función del poder consiste en la regulación de las contingencias; acaba con las discrepancias y colabora en la toma de decisiones, quitando inseguridades más también produciendo nuevas. “El poder hace su trabajo de transmitir, al ser capaz de influenciar la selección de las acciones (u omisiones) frente a otras posibilidades” (Luhmann, 1995: 14). En el vínculo concreto se trata de considerar el poder, es decir, las posibilidades que ambas partes tienen (o en cadena, todos los participantes involucrados en una situación) de elegir una acción. Cuanto más diversas y diferentes sean las alternativas de decisión, el poder es mayor. También aumenta con la libertad que presentan las partes y en proporción a las alternativas de gestión/solución que la sociedad -en la que las relaciones que analizamos se insertan- efectivamente producen.

El pediatra, el pastor y los padres pondrán en juego sus capacidades para imponer significatividades. Dada la cercanía e intimidad serán los padres quienes deban imponer autoridad pero también compartir y recrear significatividades intrínsecas al seno familiar, pues de otro modo fracasarán los intentos por reducir la inseguridad, las discrepancias y las contingencias. Desde el punto de vista de los saberes que se ponen en juego en la definición de posibilidades, los casos remiten además a las tres fuentes discursivas fundantes de la vida moderna, como son el pensamiento científico que aquí se expresa en la ‘clínica’, el religioso y su manifestación como creencia, y el de la vida cotidiana, repetitivo, basado en la experiencia práctica y en un tiempo finito, heterogéneo y discontinuo, “tiempo que apremia o atropella, según lo que se hace de él, es decir, según las funciones que le confiere la acción que realiza” (Bourdieu, 1991: 134).

El cuidado del médico pediatra

El síndrome de Munchausen por poder (*Munchausen syndrome by proxy*), como el trastorno ficticio por poderes (*fictitious disorder by proxy*) y la falsificación de la condición pediátrica (*pediatric condition falsification*) son formas de maltrato infantil intrafamiliar, un campo de problemas en el que se ha avanzado en los últimos años, y en el que se estudian las maneras en que los niños pueden ser dañados por sus cuidadores.² A diferencia del abuso físico, emocional o sexual por parte de los padres, el

² Desarrollo que forma parte de avances de investigación en el marco del proyecto “La dimensión cultural en la resolución de conflictos vitales en escenarios diversos” - PIDC A203/UNLaM (2016-2017). Krmpotic, C. (Directora).

abuso médico infantil es el concepto más ajustado cuando un niño recibe cuidados médicos innecesarios y dañinos, o potencialmente dañinos, por instigación de sus padres.

Un niño que ha sido intencionalmente sofocado es la víctima de un asalto físico. Si ese niño sufre un intrusivo y potencialmente dañino procedimiento médico, por ejemplo una broncoscopia, porque el padre engañó al doctor, el niño es víctima de abuso médico perpetrado por el padre. El médico es el instrumento que el padre utiliza para llevar adelante el abuso. (Roesler y Jenny, 2009: 7, traducción propia)

Los profesionales participantes (en cualquiera de las profesiones de cuidado) generalmente se sienten culpables, traicionados y enfadados al verse envueltos en situaciones de abuso, pero “sin doctores no podría haber abuso médico infantil. Sin doctores los niños no podrían ser objeto de una atención médica sin sentido” (Ibídem: 279, traducción propia).

En una reciente conversación con Deborah, una médica pediatra de Buenos Aires, ella explica que el cuadro es escasamente advertido, se observa una confusión, un encadenamiento y un ocultamiento de síntomas y signos, un escaso registro de los mismos en las historias clínicas además de su parcialidad e incompletud dada la ausencia de seguimientos e integración de información social y médica. El cuadro se agrava dado que el niño transita por diversas instituciones y profesionales en la búsqueda de cura en un recorrido exacerbado como rasgo de la problemática, lo cual dificulta la investigación sistemática.

En estas condiciones, el abuso médico es diferente de la negligencia o de prácticas rayanas con la ilegalidad, pues no se trata de una intervención que no ha respetado los estándares de tratamiento considerados óptimos por la comunidad profesional bajo similares circunstancias. En estos casos el cuidado médico innecesario se basa en información falsa provista por los padres o cuidadores encargados, por lo que se encuadra en un error honesto, sin intención de dañar.

Roesler y Jenny (2009) describen —entre varias situaciones— cómo los confusos síntomas hicieron que un niño muriera por envenenamiento en su hogar sin que los

médicos pudieran advertirlo hasta su final, o que una niña estuviera internada durante ocho semanas por infección sanguínea sin sanar, hasta que el personal hospitalario descubrió que su madre colocaba saliva y heces en la línea intravenosa por la que recibía los antibióticos.

Al actuar como catalizador, el poder del médico produce una serie de efectos que colaboran en el desarrollo del malestar en esa relación enfermiza entre cuidador y niño bajo su cuidado. Las herramientas del diagnóstico biomédico (imágenes, lenguaje, medicamentos) constituyen la base material de ese poder que a su vez se legitima en un espacio institucional (hospital) creado para preservar la vida, aunque paradójicamente, propicia mayores probabilidades de enfermedad y muerte. Por su parte, ofrece las explicaciones fundadas que fortalecen el razonamiento de sentido común que procuran dar los padres, protagonistas de esta desviación enfermiza, las que además se combinan con los resultados de otras búsquedas de salud, y que conforma una significatividad impuesta que llevará un nombre clínico a los fines de ser distinguida.

El cuidado del pastor

Antonella es una joven de 20 años que se acerca a la iglesia buscando ayuda por su desazón frente a la vida (Barrón, 2015).³ Al momento de su incorporación a un grupo de la Iglesia Bautista, atravesaba frecuentes ataques de pánico, alucinaciones y un cuadro que se identificaba como de ideación suicida. Recibe por parte del pastor principal ministración de *liberación* de un espíritu de muerte y luego se la invita a incorporarse a los grupos de *sanidad interior*, poniendo en juego los dispositivos de cuidado frente al riesgo de suicidio.

Se refiere a la ministración de liberación del siguiente modo:

Cuando yo llegué tenía desde los 16 años ataques de pánico. Porque con la historia de mi vida que mi papá era alcohólico, es alcohólico de hecho y jugador y además y con toda la violencia familiar y cosas muy fuertes que yo tuve que vivir

³ Los cuatro párrafos textuales que a continuación se presentan, fueron recogidos en el trabajo etnográfico realizado en Buenos Aires en 2009, como parte de la Tesis Doctoral de la entonces becaria doctoral CONICET Dra. Viviana Barrón, bajo la Dirección de quien suscribe, y cuyo material fuera discutido en el contexto del grupo de investigadores que dirijo.

en la adolescencia se me formó un carácter en donde yo no podía llorar. Me tuve que hacer cargo de un montón de cosas a nivel emocional. Cuando yo llegué a la iglesia, yo no lloraba. No, no, no lloraba. La única manera que yo tenía de llorar era a través de un ataque de pánico... ataques de angustia y de ansiedad, y de somatizar las cosas, somatizaba todo. (Ibídem: 187)

Relata el proceso de ministración de liberación que terminaba cuando ella lloraba. En ese proceso el pastor buscaba sacar diferentes espíritus.⁴

Me decían, bueno, vamos a orar y cosas como: no cruces las piernas, no cruces los brazos, y por ejemplo empezaban a orar reprendiendo y atando y orando y orando para que te salga el demonio que tenés adentro en el nombre de Jesús. Yo todo espíritu de esto, espíritu del otro. También en una forma de gritar, en una forma fuerte en la que a mí claro, yo terminaba llorando y terminaba súper agotada y estresada de una liberación, mal. Estaban con que yo tenía un espíritu de muerte también. Porque yo tenía depresiones y en su momento nunca me quise matar pero he tenido depresiones y pensamiento de suicidio y eso. Porque para mí que viví tantas situaciones de violencia, el hecho que me gritaran o me exhortaran con fuerza, hacía que terminara llorando, lo que ellos adjudicaban a que realmente había algo que estaba saliendo. Entonces yo llegaba a mi casa después de eso, mal. Quedaba peor. Si iba con un ataque de pánico, venía con un ataque de pánico peor. (Ibídem: 188)

Hasta que el Señor me mostró que era emocional y que él iba a sanar mis emociones de manera progresiva. Pero que basta de liberaciones porque eso me hacía mal. Es como que estás en una paranoia espiritual si lo quieres llamar así. (Ibídem: 89)

⁴ Este tipo de ministración se conoce entre los evangélicos como 'liberación de confrontación': enseña que quien ministra debe hacer una demostración de poder a través de los gritos y la oración intensa. La persona ministrada no es tenida en cuenta en el proceso. Solamente se le dan pautas que debe seguir y que Antonella describe: no cruzar las piernas o brazos (para evitar que los demonios pasen de un miembro a otro sin salir del cuerpo), no tomar agua (porque los espíritus vienen de lugar desiertos). Algunas conductas se toman como evidencias materiales de que la liberación se ha producido: el vómito, el llanto, el bostezo, la evacuación de heces, la orina. De algún modo, cuando algo sale del cuerpo de la persona ministrada es una señal de que el espíritu maligno abandona al sujeto.

Luego, Antonella remite al pasaje de la liberación hacia la sanidad interior, sanidad de lo emocional:

Entonces en un retiro, me acuerdo haber cerrado los ojos y hacer fuerza porque encima se manifestaban un montón de brujas y cosas así que eran cosas posta y estaban todos ellos y yo. Brujas y demás que se manifestaban y dije, listo ahora se me viene a mí y salto por el techo, no sé, camino como una rana tipo el exorcista... pero listo Señor, sacáme lo que me tengas que sacar porque es como que no se puede seguir con esta situación. Y ahí cuando vino a orar por mí el pastor me dijo: El Señor me dice que no tenés nada. ¡Uh! Cuando yo recibí eso, en ese momento en el que Dios estaba y ellos como que dejaron su parte racional y Dios les mostró. Ahí yo confirmé que esto es emocional. Dios tenía razón. Dios va a sanar mis emociones. Cuando llegué con ataques de pánico y pensamientos de suicidio no me supieron tratar en mis emociones ni supieron entender cuál era mi carencia en ese momento. (Ibídem: 198)

Antonella identifica a su familia y al pastor con la violencia, pero también su experiencia le permite ver en una líder de célula⁵ de la misma organización, mediaciones positivas ante Dios. Comprende su proceso combinando elementos de la psicología, la clínica y la religiosidad cuando entiende que en sanidad interior tuvo que reestructurar todo su sistema emocional y mental, rechazando -como señala la literatura religiosa- el perfeccionismo, la adicción a la aprobación, y la incapacidad de expresar las emociones.

Yo no puedo decir que Dios fue perjudicial para mi vida, porque Dios fue lo mejor que yo conocí en mi vida, él fue el que restauró mi vida. Pero si la iglesia no me ayudó en un principio no es por mala intención sino que no sabían contener, no sabían entender, no sabían lo que es un ataque de pánico. A veces el proceso de

⁵ Las células son un espacio grupal destinado a que todos los creyentes puedan crecer, ejercitando los dones a través de diferentes clases de servicios. El liderazgo de esos grupos dependen de la unción espiritual, en la confluencia de tres factores: el llamado de Dios, la confirmación de la comunidad y la imposición de manos con discernimiento.

liberación para mí era agresivo porque yo vivía en un ambiente de gritos, de romper cosas. Que venga una persona, y en el nombre de Dios que te diga: demonio de no sé qué salí de ahí, bla, bla, bla, es como que estoy recibiendo lo mismo que de dónde vengo ¿esto es Dios?. (Ibídem: 191-192)

Al actuar como catalizador, el poder del pastor así como el de la líder de la célula -en la relación comunicativa interpersonal y grupal establecida- buscan reducir drásticamente la inseguridad y alcanzar el control de la contingencia pero a riesgo de mayor dolor. Sus acciones producen una serie de efectos que colaboran en el desarrollo del malestar pero también de sensible mejoría en la relación enfermiza de cuidado familiar. A partir de las herramientas basadas en la fe, la retórica del pastor y su poder de convicción no consiguen satisfacer a la joven con vocación suicida quien procura otros saberes, entre ellos los del biomédico. Porque en lo que atañe a las creencias religiosas, estas no reciben su justificación del afuera, tampoco responden a una utilidad social a la que deben adaptarse, ni son consecuencia del valor de una doctrina. Como describe De Certau (2006: 27), "Lo que la define no es el beneficio de la sociedad o el provecho que de ella extraerá el religioso, sino un acto: el acto de creer". Y allí radica la relación del pastor, los líderes y Antonella.

Las significatividades intrínsecas propias de su elección de vida y creencias se intersectan con otras significatividades impuestas, más distantes pero eficaces a la hora de reducir el malestar, las que terminarán imponiéndose, y serán finalmente adoptadas por Antonella bajo denominaciones clínicas que describen las causas del malestar.

El cuidado de los padres⁶

"Sufrir y hacer sufrir". Así Naila (17 años al momento de la entrevista) del Barrio Santos Vega (Partido de La Matanza, Buenos Aires) relata las peleas con la familia y la reconciliación:

⁶ Relatos extraídos del Informe Final de Investigación del proyecto acreditado "Significados y sentimientos en los procesos de penalización y segregación social, en jóvenes de barrios críticos" (55-A090 / UNLaM), bajo la dirección de quien suscribe (2005).

Entrevistador: ¿Sentís que hiciste sufrir alguna vez a tu familia?

Naila: Muchas veces.

E: ¿De qué manera?

N: No sé, no quiero hablar, no me gusta.

E: ¿Te da vergüenza?

N: Lo que pasa es que yo antes me drogaba, porque esos amigos varones siempre son todas malas juntas. Y eso es lo que los hizo sufrir. Después cuando quedé embarazada del Andrés.

E: ¿Y qué pasó?

N: Y, ya se les vino todo el mundo abajo conmigo.

E: ¿Cuándo sucedió esto?

N: El año pasado.

E: ¿Lo tuviste?

N: No, no me lo dejaron tener. Y eso también hizo un corte con mi mamá.

E: ¿No te lo dejaron tener?

N: No. Al principio sí, pero después ya no, me decían 'sacátelo'.

E: ¿Cómo te sentiste?

N: Muy mal, hasta ahora, nunca me lo voy a olvidar.

E: ¿No tuviste nadie que te ayude?

N: No, tenía a todos en contra, mis viejos, todos en contra. Mi mamá va a la iglesia y pensaba que iban a ser muy mal mirados.

E: ¿Y desde ahí no te hablas con tu mamá?

N: No, ahí no nos hablábamos, después me pidieron perdón.

E: ¿Los perdonaste?

N: Sí, pienso que un poco sí.

E: ¿Te hicieron sufrir?

N: Y sí, mucho.

Andrés (16 años al momento de la entrevista) del Barrio Santos Vega (Partido de La Matanza, Buenos Aires) comenta en un tramo de la entrevista “Me drogaba. Mamá hizo bien en denunciarme”; y muestra como el cuidado puede ser defensivo, y en aras de ello se ponen límites, se corrige, hasta se castiga como modo de cuidar.

Entrevistador: ¿Sentís que la ayudaste a tu mamá?

Andrés: Y sí, pero igual no está muy tranquila mi mamá ¿vivo?; pero yo le digo que se quede tranquila que estoy haciendo las cosas bien. Igual voy a buscar trabajo y cuando vengo mi hermana me dice que mi mamá estaba muy preocupada por mí, porque yo había salido muy temprano.

E: ¿Te molesta que tu mamá desconfíe de vos o te parece lógico?

A: No, me parece bien porque ella se preocupa por mí y si me tiene que decir algo viene y me lo dice de frente, pero tiene que estar más tranquila mi mamá. Antes, cuando yo salía, y por ahí estaba acá a la vuelta, si mi mamá escuchaba un disparo salía corriendo preocupada por mí, siempre se preocupó mucho; hasta a rescatarme me ayudó ella, porque yo me drogaba con las pastillas y hacía cualquiera, fui chorro, hice de todo. Y un día yo andaba re-mal, robando acá en la avenida y mi mamá pensó que me podían matar ahí en la avenida y me denunció para que empiece un tratamiento; después me escribió una carta y me dijo “yo sé que estuve mal en haberte denunciado pero bueno ya está”; y yo le contesté y le puse que había hecho bien en denunciarme, porque tarde o temprano a mí me iba a matar la policía, porque yo tomaba pastillas a la mañana y así me quedaba hasta la tarde, robaba en la avenida y no me importaba nada”.

Rafaela (17 años al momento de la entrevista) del Barrio Puerta de Hierro (Partido de La Matanza, Buenos Aires) manifiesta cómo el desarraigo y las pérdidas (es oriunda del Paraguay y residente en la Argentina tras la separación de sus padres), le producen los dolores más intensos. Soledad, encierro y silencio se reflejan en sus relatos:

Entrevistador: ¿Cómo me podrías describir ser feliz?

Rafaela: No sé cómo, no sé.

E: ¿Y la tristeza como la describirías? ¿Cómo es una persona triste?

R: Una persona triste, no sé, decaída, que no habla, es una persona negra, como si fuera que no existe.

E: ¿Y en algún momento vos te sentiste triste?

R: Sí, cuando murió mi hermana.

E: Le tenías mucho cariño, ¿no?

R: Éramos como uña y mugre.

E: Y cuando te sentís triste o te sentís contenta, ¿lo compartís con tus hermanos o no?

R: No estoy sola, no le digo a nadie, ni a mi mamá.

E: ¿Podes llegar a encontrar una diferencia entre lo que es estar alegre y lo que es estar triste?

R: Alegre es estar alegre por una persona que vino recién, por la familia. Cuando estas triste, la gente sufre en su interior, no lo puede soportar hasta ni se levanta de la cama. Pero yo no, no sé, una fuerza que tengo, que me dice que tengo que hacer esto, no tengo que dejarlo, tengo que tratar de tolerar la situación.

Las significatividades intrínsecas generadas en la intimidad de cada familia se experimentan como impuestas, en la medida que es mayor la sensación de impotencia y falta de control de lo que a estos jóvenes protagonistas les sucede en sus vidas. La autoridad parental emerge en última instancia como otorgando un cierto orden al caos, aunque brindando discontinuos sentimientos de seguridad sin incidir -desde la relación de poder- en la ampliación del arco de posibilidades de mejora en el bienestar. El poder catalizador de los adultos acaba temporariamente con las discrepancias pero reduce su carácter productivo al no crear oportunidades de satisfacción y felicidad. Tampoco parece disminuir la probabilidad que eventos malsanos vuelvan a ocurrir, y si bien acaba con las discrepancias también produce nuevas inseguridades, con un balance negativo respecto del horizonte de cuidados.

Conclusiones

Padres, médicos y pastores tienen el poder para determinar el camino a seguir ante lo que socialmente se define como problema, así como las soluciones que también se ajustan a una serie de convenciones que definimos como regiones de significatividad. Sin embargo, en las condiciones de asimetría que caracterizan las relaciones sociales, el poder abusivo, de sujeción, se traduce en términos comunicacionales como lo tratamos aquí, en control de las discrepancias pero con una reducción de probabilidades, lo cual desencadena situaciones de no-cuidado. Disminuye la libertad, desalienta la diversidad y la ampliación de opciones. Observamos en los casos de abuso médico infantil, como en los jóvenes con sus padres, una espiral creciente de poder y una reducción de probabilidades bajo tales asimetrías; mientras que Antonella y el pastor mostraron, en cambio, un ejercicio de libertad al permitir y procurar otra salida a la crisis existencial y ampliar en la protagonista sus vivencias y posibilidades de cura. La tenue frontera entre el cuidado y el no-cuidado redundaba en patologías que llevan a mayor sufrimiento hasta la muerte.

Por su parte, las creencias religiosas, los saberes de sentido común y los conocimientos científicos se fusionan en argumentos más o menos plausibles que justifican acciones en orden a preservar la vida humana, como aspecto de la distribución social del conocimiento. El poder actúa como catalizador ampliando o reduciendo el arco de probabilidades de superación de los problemas que les aquejan a las diádas de cuidado.

Como contrapartida, estos niños y jóvenes buscan satisfacer al menos dos requerimientos: la necesidad de protección y la necesidad de reconocimiento, considerando dos notas distintivas de la condición humana: una incompletud originaria (Todorov, 1995) y una *a priori* genético y uno social (Heller, 1995).

El niño sufriente de abuso parental y médico llega a morir, la joven decepcionada con el pastor salió adelante con la sanidad interior y otros recursos biomédicos, pero podría haber derivado en un intento de suicidio, y nuestros jóvenes residentes en barrios críticos del Gran Buenos Aires soportaron maltratos de sus cuidadores naturales a los fines de evitar algo peor, resignados también ante la muerte.

Sean las capacidades sobrenaturales (dones) que el Espíritu Santo da a los creyentes y les permite operar en la realidad. Sean los saberes y dispositivos técnicos a

través de los cuales el profesional de la salud diagnóstica y cura, o sean los recursos de cuidado —cognitivos, materiales y afectivos— de que disponen los encargados de la crianza de niños y jóvenes, en todos los casos pueden administrarse bien o mal. Son también parte del problema de la gubernamentalidad, es decir, de las técnicas y procedimientos para guiar la conducta humana (Foucault, 1997), pero esencialmente del significado que en nuestra sociedad tiene la vida como objeto de cuidado, aunque estos son aspectos que exceden la finalidad de este texto.

Referencias

- Aguirre, Rosario. (2007). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En Arriagada, Irma (Coord.), *Familias y políticas públicas en América Latina: una historia de desencuentros* (pp.187-200). Santiago de Chile: CEPAL.
- Barrón, Viviana. (2015). Creencias en torno al suicidio juvenil. Intersecciones argumentativas entre religión y abordaje científico. (Tesis impresa inédita). Universidad de Buenos Aires, Facultad de Cs. Sociales, Argentina.
- Batthyany Dighiero, Karina. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. Serie Asuntos de Género N° 124. Santiago de Chile: CEPAL.
- Boff, Leonardo. (2011). *Saber cuidar. Ética do humano, compaixão pela terra*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Bourdieu, Pierre. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- De Certeau, Michel. (2006). *La debilidad de creer*. Buenos Aires: Katz.
- Foucault, Michel. (1997). *Ethics: subjectivity and truth. Essential works of Michel Foucault (1954-1984)* Vol. I. New York: New Press.
- Heller, Agnes. (1995). *Ética general*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Löwith, Karl. (2007). *Historia del mundo y salvación. Los presupuestos teológicos de la filosofía de la historia*. Buenos Aires: Katz.
- Luhmann, Niklas. (1995). *Poder*. Barcelona: Anthropos.
- Roesler, Thomas y Carole Jenny. (2009). *Medical child abuse. Beyond Munchausen syndrome by proxy*. Estados Unidos de América: American Academy of Pediatrics.
-

Schutz, Alfred. (1974). *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires: Amorrortu.

Todorov, Tzvetan. (1995). *La vida en común. Ensayo de antropología general*. Madrid: Taurus.