

Osorio Ballesteros, A., & Villavicencio Castañeda, E. (2022, septiembre-diciembre).
Construcciones sociales desfavorables por parte de prestadores de servicios en instituciones
asistenciales privadas en México: 2012-2018. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*,
(67), 68-105. <https://www.doi.org/10.35575/rvucn.n67a4>

Construcciones sociales desfavorables por parte de prestadores de servicios en instituciones asistenciales privadas en México: 2012-2018

*Unfavorable social constructions by service providers in private healthcare institutions in
Mexico: 2012-2018*

Abraham Osorio Ballesteros

Doctor en Investigación en Ciencias Sociales con mención en Sociología
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Autónoma del Estado de México
Toluca, México
aosoriob@uaemex.mx

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0102-3322>

Edith Villavicencio Castañeda

Doctora en Ciencias Sociales
Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México
Toluca, México
evillavicencioc@uaemex.mx

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4079-957X>

Recibido: 26 de enero de 2022

Evaluado: 9 de junio de 2022

Aprobado: 30 de agosto de 2022

Tipo de artículo: Investigación.

Resumen

El artículo muestra ciertas construcciones discursivas de mujeres profesionales y médicos varones, prestadores de servicios de asistencia privada en México, sobre los grupos a quienes asisten. El objetivo fue evidenciar e interpretar las formas en cómo, las profesionales y médicos de dos instituciones, construyen desfavorablemente a niñas institucionalizadas y pacientes de escasos recursos cuando hablan de sus personas, procedencia y características. Se manejaron entrevistas

semiestructuradas y notas de campo seleccionadas de dos investigaciones cualitativas, para, posteriormente, ser analizadas e interpretadas teóricamente. De las construcciones, apareció una, manejada por las profesionales, sobre las niñas asistidas a quienes caracterizan como infantes desordenadas, la cual, al sustentarla en códigos de víctimas, termina transmitiendo la idea de estas como desafortunadas por haber vivido distintos sucesos familiares impactantes en sus vidas. Por otro lado, entre las construcciones expresadas por los médicos se presenta la que ubica a los pacientes como sujetos carenciados, que termina infundiendo la idea de padecer insuficiencias económicas y formativas. Se concluyó que, aun cuando presentan diferencias argumentativas y aun cuando no es su interés, las construcciones discursivas desfavorables, manejadas por las profesionales y médicos sobre los sujetos a quienes asisten, terminan instituyendo la idea de que son individuos diferentes del resto de la sociedad.

Palabras clave: Asistencia social; Infancia desfavorecida; Pacientes; Valoración.

Abstract

The article shows discursive constructions of professional women and male doctors, providers of private assistance services in Mexico, about the groups they assist. The objective was to show and interpret the ways in which professional women and doctors from two institutions unfavorably construct institutionalized girls and low-income patients when they talk about their people, origin and characteristics. Semi-structured interviews and field notes selected from two qualitative investigations were used to later be analyzed and interpreted theoretically. Of the constructions, one appeared, managed by the professional women, about the girls whom they characterize as disorderly infants, which, by supporting it in victim codes, ends up transmitting the idea of these as unfortunate for having experienced shocking family events in their lives. On the other hand, among the constructions expressed by male doctors, there is the one that places patients as deprived subjects, which ends up instilling the idea of suffering economic and educational insufficiencies. It was concluded that, even when they present and even when it is not their interest, the unfavorable discursive constructions handled by the professional women and doctors on the subjects they assist, end up instituting the idea that are individuals different from the rest of society.

Keywords: Social assistance; Disadvantaged childhood; Patients; Assessment.

En México las instituciones de asistencia privadas han sido generalmente analizadas en términos de su contribución a la atención (Fletes Corona, 1996; Guadarrama, 2001; Lozano-Alcázar, 2018; Serna, 2017) de diversas “necesidades básicas, pero también urgentes, de individuos y grupos de individuos que no están en condiciones de satisfacerlas por ellos mismos” (Fletes Corona, 2004, p. 50), particularmente desde el establecimiento de políticas neoliberales en la década de 1980, donde hubo una reducción significativa de la atención por parte del Estado. Esto ha llevado a varios científicos sociales a ofrecer poco espacio al abordaje de las cuestiones culturales, imaginarias o simbólicas desplegadas dentro de ellas. Lo anterior, es un tanto paradójico, puesto que, dentro de una parte importante de la literatura especializada (Cerdea et al., 2015; Guadarrama, 2006), se ha llegado a reconocer implícita o explícitamente la importancia que guardan las valoraciones, ideas o percepciones en las prácticas asistenciales manejadas dentro de ellas, especialmente en momentos donde existen interacciones entre agentes y grupos de atención.

En este sentido, y bajo la idea de empezar a abonar al abordaje de tales cuestiones, el presente trabajo tiene como propósito dar cuenta de ciertas construcciones discursivas desfavorables que se manejan implícitamente en dos instituciones privadas del Estado de México: una encargada de atender, en un establecimiento, a niñas institucionalizadas (abandonadas, maltratadas y en orfandad), y otra orientada a ofrecer consultas de bajo costo, en consultorios adyacentes a farmacias, a sectores de escasos recursos. Ello, a partir del análisis e interpretación de algunas explicaciones manifestadas por sus prestadores de servicios, a saber, mujeres profesionales encargadas de atender a las niñas, y médicos varones dedicados a atender a pacientes de dichos sectores, sobre los tipos de personas que abordan en sus instituciones, su procedencia y algunas de sus características, en donde pueden identificarse construcciones en negativo de tales personas y códigos polarizadores en las cuales las sustentan, que terminan presentándolas como si fueran diferentes de resto de la sociedad¹.

¹ Por profesionales se entenderá a personas que ofrecen servicios especializados de cuidado personal (como psicólogas) y semi-especializados (como personas formadas a través de algunos cursos o pláticas sobre menores, aunque sin grado universitario) a niñas o niños institucionalizados. Se les denomina de esa manera a todas y no se les diferencia entre ellas porque así se consideran frente a personas externas, a pesar de estar conscientes de sus

Para llevar a cabo esta tarea, el trabajo se basó en la noción teórica de la construcción social de la pobreza de George Simmel (2016), enunciada en su clásico ensayo *El pobre*, publicado en 1908, en el cual el autor alienta a considerar aspectos sociales no aparentes del vínculo asistencial desde una mirada crítica y menos encantada del mismo, así como en la de códigos simbólicos de Jeffrey C. Alexander (2004, 2011, 2019), la cual, aunque deviene de un andamiaje distinto, enfatiza en los códigos culturales en los cuales los sujetos de la sociedad civil anclan sus posturas sobre ellos mismos y sobre otros sujetos.

La conjetura central que se manejará a lo largo del trabajo es que, más allá de sus diferencias, debajo de las explicaciones manejadas por las profesionales y médicos sobre los sujetos a quienes asisten subyacen posturas desfavorecedoras de estos, sustentadas en códigos polarizadores que terminan construyendo ideas de que son “individuos diferentes” del resto de la sociedad.

El trabajo está conformado por cuatro secciones. En las dos primeras se presentan los elementos teóricos y metodológicos en los cuales se basan los análisis subsecuentes. Posteriormente, la tercera sección, aborda las explicaciones dadas por los prestadores de asistencia sobre tres aspectos de sus grupos de atención, las cuales son interpretadas en una cuarta sección posterior, con el fin de dar cuenta de las valoraciones desfavorecedoras que subyacen en ellas y los códigos en los cuales las sustentan. Finalmente, en la sección de conclusiones, se presentan algunas reflexiones finales sobre lo que deja entrever el trabajo, en términos de los sujetos a quienes se asiste.

Es importante indicar que con este trabajo no se busca poner en duda la labor realizada por los prestadores de servicios y las instituciones privados; por el contrario, solo se pretende ofrecer y alentar una lectura construccionista o simbólica de ellos, para considerar las ideas, posturas y alusiones desfavorecedoras que se hacen presentes en las relaciones asistenciales, y que requieren ser visibilizadas para ponerles diques o frenos sociales. Lectura que, por cierto, parece no ocupar

diferencias, y porque creen que sus servicios son profesionales y no improvisados. Si bien se conoció a un profesional del género masculino que abordaría a niños, aquí se hablará exclusivamente de mujeres profesionales que cuidan y/o atienden a niñas. Ahora, aunque los médicos también deben ser considerados profesionales, en tanto tienen y fueron formados con un conocimiento especializado, para efectos de este trabajo, se decidió no denominarlos de esa manera, con el único propósito de diferenciarlos de las personas encargadas de atender a las niñas mencionadas, esperando no enturbiar la comprensión lectora.

mucha atención entre los investigadores nacionales interesados en reconocer mayoritariamente las relaciones asistenciales, debido al énfasis que ponen, como señala Guadarrama (2006), en sus “objetivos sociales (...) en términos de protección a los pobres y los desamparados (...) [lo cual inevitablemente] les confiere una justificación tácita ante la sociedad” (p. 459).

Marco teórico

Para seguir el orden pautado, en este apartado se presentarán los elementos teóricos en los cuales están fundamentados los análisis subsecuentes, por lo que se ha decidido empezar con la noción de construcción social de la pobreza, para posteriormente continuar con la de códigos simbólicos.

La primera noción planteada por Simmel considera que la pobreza es “construida socialmente cuando se produce una reacción social que señala a algunas personas como necesitadas de ayuda de acuerdo con los criterios vigentes en (...) una sociedad” (Fernández, 2000, p. 18), de tal modo que indica que el pobre es pobre no tanto porque “sufre determinadas deficiencias y privaciones, sino (...) [porque] recibe socorros o debiera recibirlos, según las normas sociales” (Simmel, 2016, p. 771). Dicho de otra manera, porque “la sociedad –de forma institucional o no- considera que debe ser sujeto de atención y ayuda” (Simmel, 1998, como se cita en Arteaga Botello & Bacarlett Pérez, 2010, p. 277), lo cual implica que no importan cuáles son sus características o carencias, sino que ellas sean visualizadas como indicadores para recibir ayuda, acudiendo a los criterios vigentes dentro de su sociedad. Tanto es así que, dice Simmel (2016), “en todas las civilizaciones progresivas (...) hay personas que son pobres dentro de su clase y no lo serían dentro de otra inferior, porque les bastarían los medios de que disponen para satisfacer los fines típicos de estas últimas” (p. 767).

Esta noción es relevante para el análisis social no solo porque pone de manifiesto que la pobreza es relativa (Matus, 2010), antes que absoluta, sino también porque con ella Simmel (1977, como se cita en Fernández, 2000) deja en claro “que la categoría del pobre se construye desde fuera, siendo la etiqueta impuesta la que unifica a los ojos de la sociedad el heterogéneo mundo de los pobres al que se llega siguiendo las más diversas trayectorias” (p. 19). De tal modo que un sujeto no requiere pertenecer a la categoría de los pobres para ser considerado como tal, sino que

simplemente se le integre a dicha categoría o él mismo se ubique dentro de “un círculo caracterizado por la pobreza” (Fernández, 2000, p. 19), como lo es el círculo de la asistencia social.

Pero esta noción también es relevante, porque con ella Simmel (2002) considera al menos dos cuestiones asociadas por las sociedades occidentales a la categoría del pobre y que desde otras posturas de la pobreza normalmente no son enunciadas, a saber: la indefinición de sus derechos y la atención asistencial que se le ofrece. Cuestiones que ponen en evidencia lo que el sociólogo alemán considera uno de “los [dos] grandes principios de todo desarrollo exterior e interior” (Simmel, 2002, p. 63), a saber, la diferencia -el otro es la coincidencia-, la cual, para parafrasear al autor, es de interés práctico para todo aquel que busca identificar lo que pone en desventaja al pobre “con respecto a otros seres” (p. 64).

En relación con la indefinición de sus derechos, Simmel (2016) señala que ello se plantea desde el momento en que no se considera la obligatoriedad de asistir al pobre, lo cual lleva a que quien lo apoya asuma su deber de darle, pero en ningún momento de reconocerle derecho alguno de exigirlo (Matus, 2010). A tal grado que, dice Simmel, su derecho de ser asistido pasa a ubicarse “en la misma categoría del derecho al trabajo y el derecho a la existencia” (p. 725): “se plantea en términos de una opinión concerniente a la relación entre el individuo y los otros, entre el individuo y la totalidad de lo social, sin embargo, esto no implica que tales derechos puedan ser garantizados” (Simmel, 1998, como se cita en Arteaga Botello & Bacarlett Pérez, 2010, p. 277). Ciertamente, indica Simmel (2016), en distintos momentos de la historia de las sociedades occidentales, ha habido intentos de reconocer este derecho. No obstante, dichos intentos se han “deslizado hacia una teleología puramente social: [en el cual] (...) el fin de garantizar la prosperidad del todo social [es] el que motiva o aconseja la asistencia” (Matus, 2010, p. 3), con lo cual, “el derecho del pobre descende hasta su total anulación” (Simmel, 2016, p. 727). Tanto es así que, dice, no se ve claro contra quién puede exigir el pobre propiamente este derecho porque muchas veces su demanda se dirige hacia un individuo; “pero no a un individuo determinado, sino al individuo considerado como solidario de la humanidad en general” (Simmel, 2016, p. 726). Lo anterior, lo deja en una situación análoga a la del extranjero estudiada por el propio sociólogo: quedar “fuera del [mismo] grupo en el que reside” (Simmel, 1998, como se cita en Arteaga Botello & Bacarlett Pérez, 2010, p. 279), como si estuviera excluido en el interior de este o como si fuera un ciudadano de segunda clase (Bayón, 2013).

Por otro lado, por lo referente a la atención asistencial, que no busca otra cosa más que aliviar necesidades individuales del pobre y su situación (Simmel, 2016), el autor alemán indica que esta se plantea desde que se valora “el deber del que da, en vez del derecho del que recibe” (p. 727), pues cuando se presenta ello, se legitima la idea de que al pobre no se le puede atender como a otros ciudadanos, con derechos y deberes reconocidos, sino, antes bien, de manera diferenciada. Bajo esta particularidad, la asistencia, entonces, dice Simmel (2016), no busca la igualación del pobre con el resto de la sociedad, sino solamente “mitigar ciertas manifestaciones extremas de la diferencia social” (Simmel, 2016, p. 729), para el bienestar de quienes le dan y “la prosperidad del todo social” (Simmel, 2016, p. 728). Ello como consecuencia de lo señalado previamente, de que el pobre es ubicado con derechos acotados, pero también, y, sobre todo, porque se concibe que, a través de ello, la “estructura pueda seguir descansando sobre esta diferencia [entre el pobre y la sociedad]” (Simmel, 2016, p. 730).

Estas dos cuestiones destacadas por Simmel son centrales en su noción de construcción social del pobre, porque indican lo acotados que son sus derechos y su atención, pero también porque ponen en el centro de la atención los distintos efectos de diferenciación, particularmente negativos, que se abren para el pobre. En efecto, en tanto construcciones, habilitan formas de ser con él, como diría Sabido Ramos (2020) cuando retoma al autor, las cuales, por lo general, son asimétricas. Una de estas formas es, por ejemplo, representarlo de manera desfavorable a través de su ubicación como parte de una categoría degradante, como menciona Coser (como se cita en Fernández, 2000), para luego imputarle ciertos “modos de comportamiento con los que el individuo (...) [es tratado] como inferior en su valor” (Simmel, 2002, p. 65) y, finalmente, dar paso a sugerencias de abordajes “especiales” hacia él. Representación que, por cierto, ha llegado a sedimentarse en el tiempo y ha llevado incluso a generar un sentimiento de vergüenza entre el mismo pobre, quien no encuentra derecho alguno para desvanecer dicho sentimiento².

Ciertamente, este y otros efectos trabajados hacia el pobre no son homogéneos, pues en la realidad social, dice el autor, “operan procesos de ‘intercambio de efectos’ entre individuos o instancias” (Simmel, 2017, p. 11) que hacen que se generen “contenidos dinámicos” (p. 11). Tanto

² No hay que olvidar que para Simmel (2016) las posibilidades de la vergüenza disminuyen conforme la asistencia se convierte en un derecho.

es así, que el mismo Simmel (2017), en su trabajo sobre la diferenciación, sugiere dar cuenta de las múltiples formas que presentan tales efectos, las cuales están asociadas con el acotamiento de la libertad (Simmel, 2011, 2002) del pobre, con respecto a la manejada por otros individuos de alguna clase superior.

Ahora, si bien la noción de construcción social de la pobreza ayuda a considerar que esta y las cuestiones asociadas a ella, como la atención acotada y prejuiciada hacia el pobre o asistido, son edificadas desde el exterior, es decir, desde los parámetros manejados por cada sociedad (Berger & Luckmann, 2003), no permite considerar suficientemente las estructuras simbólicas en las cuales se engarzan. De tal modo que, para abordar estas estructuras, se ha decidido retomar la noción de códigos simbólicos desarrollada por Alexander (2019), en el marco de su propuesta de programa fuerte de sociología cultural, donde la cultura es ubicada como una dimensión transversal de las interacciones sociales (McCormick, 2019) y no solo como un campo específico diferente al de otros, como lo son el económico o el político (Weiss, 2019).

Esta noción remite esencialmente a la idea de las estructuras elementales que operan “en la constitución del sentido de la sociedad para aquellos que están dentro de él y al margen de él” (Alexander, 2019, p. 127), toda vez que constituyen referencias sedimentadas (Weiss, 2019) y, por tanto, inconscientes, a partir de los cuales los sujetos organizan la información existente sobre la realidad, sobre ellos y sobre otros sujetos. De tal modo que ayuda a identificar, en términos analíticos, las categorías y/o clasificaciones simbólicas utilizadas para organizar y actuar en la sociedad por parte de los sujetos, sea de manera general o particular con otros grupos sociales. Sobre todo, porque estas expresan “la base de los entendimientos compartidos que definen realidades ontológicas y epistemológicas de una comunidad y sus confines morales, y proveen un anclaje (...) para sus actividades” (Smith, 2005, como se cita en Tognato & Arteaga, 2019, p. 9).

Esta noción -desde la postura de Alexander (2019)- siempre direcciona hacia estructuras binarias, como democrático-autoritario, libre-sometido, amigo-enemigo y sus derivaciones, en tanto las sociedades y sus sujetos reproducen a menudo una idea divisoria del mundo entre lo sagrado y lo profano, como señala Durkheim (1995), y a quien Alexander acude para entender las oposiciones polarizadas existentes en la cultura, así como lo simbólico y los rituales (Weiss, 2019). Estas estructuras binarias conllevan, por consecuencia, valoraciones antinómicas de las sociedades y sus sujetos, de tal modo que permite a estos distinguir “entre lo puro y lo impuro, entre lo legítimo

o ilegítimo” (Tognato & Arteaga, 2019, p. 10) o entre lo positivo y lo negativo (Alexander, 2011, 2004) de las sociedades y los sujetos mismos, o de otras sociedades y sus sujetos.

A decir del sociólogo norteamericano, aunque esta noción puede ser utilizada para abordar distintas esferas de la vida social, donde los sujetos hacen clasificaciones -como las mismas relaciones de poder (Alexander, 2011)-, una esfera donde se hace particularmente útil es en la civil, “espacio que se rige por la lógica del sentimiento de pertenencia y solidaridad” (Alexander, 2006, como se cita en Arteaga Botello & Arzuaga Magnoni, 2016, p. 14), donde se encuentran ubicadas a las instituciones asistenciales. En tal esfera, los sujetos constantemente reproducen ideas o narrativas clasificadoras para tildar a “todo miembro o, miembro potencial [de ella y ajeno a ella]” (Alexander, 2019, p. 127) de una manera específica y, por ende, para enmarcar de afecto y de sentido a sus distintas acciones y de otros (Tognato & Arteaga, 2019).

Este enmarcamiento ciertamente no tiene que ser real, pues, como señala Alexander (2019), la distinción que se plantea desde las categorías no lo son. Sin embargo, lo que dice muchas veces es considerado verdadero por otros sujetos o sociedades, pues cuenta precisamente con el apoyo de una o más categorías culturales que lo hacen creíble o, más aún, cuenta con la legitimidad que tienen nociones en tanto instituciones aceptadas (Berger & Luckmann, 2003). De hecho, como bien lo señala el propio Alexander, “Los actores no son ni intrínsecamente ni respetables ni morales: están determinados a ser así al ubicarse en ciertas posiciones en el entramado de la cultura civil” (p. 128). Y es que como dice el sociólogo estadounidense (2019):

Del mismo modo en que no existe religión desarrollada que no divida el mundo entre lo venerable y lo detestable, tampoco existe un discurso civil que no conceptualice el mundo entre aquellos que son merecedores de inclusión [y nosotros diríamos de reconocimiento] y aquellos que no lo son. (p. 127)

Finalmente, cabe mencionar que Alexander (2019) considera que esta noción puede utilizarse para abordar distintas categorías elementales que se manejan en la esfera civil y en sus tres niveles, como son en los “motivos, relaciones e instituciones” (p. 131). En el primer nivel, por ejemplo, puede manejarse para identificar las maneras en que dentro de ella se considera a las personas en función de sus conductas (como confiables-no confiables, activas-pasivas, racionales-irracionales, trabajadoras-no trabajadoras, razonables-histéricos, autocontroladas-apasionadas, realistas-distorsionadas). En tanto, dentro del nivel de las relaciones, puede ayudar a analizar las

relaciones que alientan sus sujetos, a saber, abiertas-cerradas, de confianza-de sospecha, honorables-de interés personal, sinceras-engañosas, etc. Y, finalmente, en el nivel de las instituciones puede utilizarse para analizar las instituciones que se promueven en tal esfera, como son las reglas legales-reglas arbitrarias, personales-impersonales, grupos-facciones, igualdades-jerarquías, etc. (Alexander, 2011, 2019). Si bien cada nivel puede ser abordado por separado, desde la postura del sociólogo estadounidense, los sujetos de la esfera civil tienden a manejar una homología o coincidencia entre los tres niveles, por lo que es común encontrar que, a una persona tildada o ubicada de manera negativa dentro de ella, también se le considere alentadora de relaciones e instituciones de valoraciones similares.

Después de explicar estas dos nociones, construcción social de la pobreza y códigos simbólicos, vale hacer la pregunta: ¿cómo serán manejadas en el trabajo? Sin ser del todo explícitos, se puede decir que de dos maneras. Por un lado, direccionando los análisis hacia el abordaje de elementos subjetivos y objetivos, los cuales están presentes en las construcciones discursivas desfavorables, que manejan los prestadores de asistencia investigados sobre sus sujetos bajo atención. Por otro lado, fundamentando los análisis, bajo el entendido de que varios aspectos planteados por Simmel, en la construcción social del pobre, y Alexander, en sus códigos simbólicos, pueden ser utilizados en la interpretación de las formas en que los prestadores de servicios investigados construyen desfavorablemente a sus asistidos, por el simple hecho de que el pobre, como lo hace ver el primer autor, también es asistido, y además su atención está encastrada y fundamentada en estructuras elementales, como lo destacaría el segundo.

Metodología

Las dos investigaciones cualitativas en las cuales se basa este trabajo fueron de tipo exploratorio y buscaron identificar, cada una a su manera y con recursos distintos por ser independientes, lo que pensaban los prestadores de asistencia privada sobre los grupos a quienes asistían, así como su rol con ellos; además, estuvieron regidas tanto por lo deductivo como por un análisis discursivo. La primera investigación, desarrollada entre 2012 y 2013, consideró a profesionales -varones y mujeres- orientados a abordar a niñas o niños en instituciones de protección y cuidado, ubicadas en la Ciudad de México y Estado de México; mientras que la

segunda, trabajada entre 2017 y 2018, abordó a médicos que ofrecían consultas de bajo costo a grupos de escasos recursos en la misma entidad. En ambas investigaciones, se planeó llevar a cabo entrevistas semiestructuradas y observaciones de los actores asistenciales, por lo que se siguió un patrón de diseño similar. En lo referente a las entrevistas, se diseñó un guion de preguntas, el cual fue revisado por colegas especialistas en metodología y después entregado a directivos de dos establecimientos orientados a abordar a niñas/niños de las condiciones mencionadas, así como a ocho médicos que atendían en igual número de consultorios a pacientes de los sectores indicados para su aprobación, quienes al cabo de algunos días posteriores dieron su aval. Por otra parte, en relación con las observaciones, se planteó generar notas de campo libres para dar cuenta de lo dicho o percibido en las interacciones con los actores asistenciales.

En cuanto al muestreo utilizado, en ambas investigaciones fue de corte voluntario, dados sus enfoques cualitativos, con la finalidad de dejar que las personas se auto-propusieran o respondieran a la invitación (Hernández Sampieri et al., 2014), pero también para incluir a las personas, indicadas por los directivos, que aceptaron llevar a cabo entrevistas en su establecimiento. Por otro lado, para resguardo y reproducción de los datos, las entrevistas fueron grabadas, mientras que las notas fueron desarrolladas en hojas de libreta.

Las explicaciones e interpretaciones aquí expuestas, por tanto, se desprenden de nueve entrevistas y nueve notas de campo desarrolladas por uno de los autores, en el marco de ambas investigaciones. Del total de las entrevistas, cuatro de ellas corresponden a las realizadas entre septiembre y octubre de 2012 a profesionales del género femenino de una institución privada del Estado de México, cuya directora aceptó participar y donde se asiste a niñas institucionalizadas; y cinco más, a las aplicadas entre marzo y abril de 2018 a médicos varones que ofrecen consultas de bajo costo en consultorios adyacentes de farmacias, bajo el membrete de una fundación privada especializada en ofertar medicamentos similares en sus instalaciones³. Por otro lado, de las nueve notas de campo, ocho de ellas fueron desarrolladas en horas posteriores a la aplicación de ocho de

³ Los perfiles de las profesionales entrevistadas eran los siguientes: mujeres de 38 a 45 años que llevaban entre uno y cuatro años laborando en la institución; una de ellas es psicóloga; otra es cuidadora de las niñas que tenían algunos cursos de atención emocional; y otras dos más encargadas de cuestiones administrativas y actividades formativas con las niñas. Los médicos, por otro lado, tenían los siguientes perfiles al momento de ser entrevistados: hombres de 29 a 61 años, que llevaban entre uno y 28 años laborando en la fundación, todos ellos egresados de universidades públicas.

las entrevistas mencionadas, para evitar olvidar algunas cosas y no incomodar a los sujetos, y otra más en un día posterior a otra entrevista⁴.

Para la selección de estas entrevistas y notas de campo se manejó el principio del muestreo intencional o por conveniencia, el cual plantea la inclusión de muestras que “cumplen con características de interés del investigador” (Hernández & Carpio, 2019, p. 78), pues del total de entrevistas y notas se consideró a las que contaran con información abundante y específica, relacionada con tres aspectos de los grupos asistidos, a saber, los tipos de personas que -según las profesionales y médicos- llegaban a sus instituciones, su procedencia y características.

Por otro lado, para su análisis, se siguieron tres procedimientos. En principio, se transcribieron a un procesador de textos y posterior a ello se revisaron línea por línea para explotar los datos al máximo, como lo plantea la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002), y tratar de identificar “el sentido general de los datos” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 424), particularmente los relacionados con los tres aspectos mencionados, pero, a diferencia de esta, teniendo en cuenta las posturas de Simmel y Alexander para hacerlo de una manera cercana a sus ideas, al tiempo de comenzar a generar algunas inferencias sobre los datos. En esta labor fue de gran utilidad el Software Atlas ti, el cual, además de permitir manejar al mismo tiempo todos los documentos elegidos, ayudó a realizar ejercicios intertextuales, entendiendo por ellos, ejercicios de relaciones entre segmentos de las distintas explicaciones dadas por las profesionales y médicos sobre sus sujetos asistidos, para comenzar a identificar distintos vínculos entre ellos. No hay que olvidar que, “El concepto de intertextualidad supone que todo texto está relacionado con otros textos, como producto de una red de significación” (Zavala, 1999, p. 26). En segundo lugar, se organizaron gráficamente los datos considerados relevantes de los tres temas indicados dentro de una hoja de libreta, así como de subtemas derivados de ellos, que posteriormente fueron afinados. Y, en tercer lugar, se generaron ideas o hipótesis exploratorias de todos ellos, basadas en las aportaciones de Simmel y Alexander, así como en conceptos menores tomados en cuenta que, si bien no derivan de ellos, se pensaron útiles, y se seleccionaron los segmentos de los documentos a utilizar.

⁴ En algunas entrevistas y notas de campo se tuvo el apoyo de dos alumnos, a quienes se agradece.

El resultado de este análisis permitió definir un orden expositivo de resultados, el cual considera tanto las particularidades de los grupos asistidos, a quienes se refieren las profesionales y los médicos investigados, como sus comparaciones.

Por último, vale indicar que si bien se reconoce una distancia temporal importante de seis años entre las entrevistas y notas de campo, generadas con y después de la interacción con las profesionales, por un lado, y con los médicos, por otro, así como varias diferencias de contenido entre ellas, se asumió que podían ser analizadas en este mismo trabajo, debido a que se consideró que varias valoraciones se mantienen más o menos estables en cierto período de tiempo, más aún si este es relativamente corto. Lo anterior, es coincidente, en parte, con lo planteado por algunos autores como Gorlier (2008), quien, desde su argumentación sobre el relato, posiblemente diría para el caso de las entrevistas que, si bien en ellas se tergiversan cosas y presentan particularidades, al final, también dan cuenta de valoraciones cercanas y transversales que comparten los entrevistados, en tanto actores de un mismo campo.

Resultados. Los sujetos asistidos según los prestadores de servicios

Para esta sección se presentarán primeramente las explicaciones dadas por las profesionales investigadas sobre las niñas a quienes asisten, en lo referente a sus personas, procedencia y características, para luego dar cuenta de las argumentaciones manifestadas por los médicos sobre sus pacientes, en torno a los mismos aspectos.

Esta organización fue ideada para que en la sección siguiente se entre en la discusión/interpretación de tales explicaciones y se visibilicen las formas en que estos prestadores de asistencia privada construyen desfavorablemente a sus grupos asistidos, el cual es el propósito central del trabajo.

Las niñas asistidas según las profesionales

En relación con los tipos de niñas que llegan o son atendidas en su institución asistencial, las profesionales entrevistadas manifiestan que son infantas, con experiencias traumáticas vividas en sus hogares, relacionadas con abandono, abusos, violencia de parte de algún miembro adulto

de su familia hacia ellas, o con conflictos entre sus progenitores. De tal manera que las consideran procedentes de familias, llamadas por ellas, “desordenadas” o “disfuncionales”, distinguiéndolas de las niñas de otros tipos de familias.

Vienen hora sí que pus de todas las situaciones que usted se pueda imaginar: de abandono, de abuso, de violencia. Entonces, eso para ellas, pus solamente es una manera de que no están como ordenadas en su vida porque pues algo pasó en su vida que las desordenó, entonces las tenemos que volver a ordenar, las tenemos que volver a encauzar ¿no? en lo que es su disciplina, los hábitos, por ejemplo, los hábitos les cuesta trabajo. (J. Juárez, octubre de 2012)⁵

Ellas vienen de familias disfuncionales, entonces tienen muchos malos hábitos y, o sea, no son como las niñas de casa, ellas tienen muchos, muchos malos hábitos, entonces tiene uno que dar el mil por ciento y llegar siempre con buen humor porque ellas son muy receptivas y todo lo sienten. (F. Guzmán, octubre de 2012)

Asimismo, mencionan que son niñas trasladadas a su institución de otra de carácter estatal, donde originalmente habían sido institucionalizadas por las autoridades de justicia, quienes, finalmente, después de resolver “su situación legal” (J. Juárez, octubre de 2012), canalizan a algunas de ellas a través de un convenio, considerando los lugares con los que cuenta la casa donde funciona la institución. Ya establecidas en la casa, dice una de ellas, “les atienden distintas necesidades”, bajo un modelo semi-religioso, como son los valores, problemas emocionales, cambio de hábitos, inclusión en la escuela y alimentación equilibrada, además de inculcarles algunos oficios. Lo cual, como decía la misma profesional, les permite “enseñarles que la vida tiene un lado positivo, que la vida es bella” (A. Ortega, octubre de 2012), “porque ellas han vivido la parte negativa, la parte de agresión, la parte de abandono, la parte oscura” (A. Ortega, octubre de 2012).

Por último, las profesionales también destacan que las niñas atendidas en su institución son de edades relativamente medias, las cuales, desde su postura, la sociedad usualmente valora de manera desequilibrada, con respecto a las de edades más tempranas, puesto que “se piensa que ya

⁵ Para guardar el anonimato de los sujetos investigados, se decidió cambiar su nombre.

no son educables o ya traen ciertos hábitos y costumbres que son difíciles de cambiar” (A. Ortega, octubre de 2012).

Por otro lado, en relación con su procedencia, las profesionales mencionan que, si bien no es una regla, la mayoría de las niñas provienen de estratos sociales bajos, donde la violencia, los vicios o las enfermedades son comunes o están cercanos a sus entornos. Tal como lo manifestaba explícitamente una profesional en una conversación: “provienen de clases bajas donde encontramos muchas familias con problemas de orden que luego aprenden las niñas” (J. Juárez, septiembre de 2012) o, bien, como lo aludía la misma profesional en otro momento, quien, después de referirse a ciertas niñas de tales estratos, decía lo siguiente: “llegaron muy desnutridas, llenas de parásitos, de anemias, de todo, (...) de gripitas, de dolores de gargantas” (J. Juárez, octubre de 2012).

No obstante, también consideran que en los últimos años la procedencia de algunas niñas ha venido variando, en tanto se ha hecho más común la llegada de menores de estratos sociales medios o medios bajos, debido a “una pérdida de valores familiares y sociales” (M. López, octubre de 2012), la cual ha llevado -según su punto de vista- a que cada vez más papás y mamás de estos sectores se des-responsabilicen de sus hijas e hijos, los golpeen o tengan conflictos entre ellos, lo cual, al final de cuentas, da pauta para que autoridades competentes se los recojan y los deriven hacia sus instituciones asistenciales.

Finalmente, por lo referente a sus características, las profesionales entrevistadas consideran que las niñas a quienes atienden son personas realistas, que llegan con hábitos indebidos, inestabilidad emocional y con problemas de normas, lo cual es generalmente resultado de las relaciones familiares que vivieron. En cuanto a su realismo, el cual es entendido por las profesionales como estar conscientes de lo que ha pasado en su vida y hasta desencantadas por lo mismo, las mencionadas profesionales consideran que ello se percibe desde que hablan de los problemas vividos en su familia de origen, “que no a cualquiera cuentan sino sólo a quienes se les hacen confiables” (M. López, octubre de 2012), o desde que interrogan sobre el lenguaje familiarista que usan en la institución, pues cuando hacen ello, dicen las profesionales, hacen ver que el lugar en el cual se encuentran no es el hogar en donde nacieron, sino uno nuevo, creado para ellas. Como lo deja entrever las siguientes palabras señaladas por una profesional, “en una ocasión me dice una niña, tía [se refiere a ella, como le dicen a ella y quienes cuidan a las niñas] por qué

le decimos tía, si no es mi tía” (J. Juárez, octubre de 2012). Tanto es así, que las mismas profesionales consideran que deben hablarles de manera clara desde su llegada.

Cuando llegan aquí, se les pone: “Bienvenida a tu casa”, o sea, desde este momento ya es tú casa, como la de usted, la mía, o sea, ya no es: pues tal vez en algunos años me tengo que ir a otro lado, o en seis meses, [no] ya es aquí tu casa, tu vecindario, tu colegio, tus amigos. (J. Juárez, octubre de 2012)

En cuanto a sus hábitos indebidos, como son falta de aseo personal, comportamientos impropios y desatenciones escolares, entre otros, las profesionales consideran que son resultado de otros hábitos aprendidos en sus familias de origen, los cuales llegan a manejar como algo normal en sus vidas cotidianas. Por ejemplo, dice una profesional: “Hay una niña que su mamá la enseño a robar. Su mamá le decía: ‘Vete ahí, hay tal cosa, allí está el dinero. Mientras yo distraigo a la señora tú tomas eso. Se queda con ese hábito’” (F. Guzmán, octubre de 2012). Incluso, llegan a percibir una relación clara entre familias disfuncionales y hábitos impropios de las niñas, como da cuenta uno de los mismos extractos de entrevista presentados más arriba, en donde se señala que: “ellas [las niñas] vienen de familias disfuncionales, entonces tienen muchos malos hábitos” (F. Guzmán, octubre de 2012).

Esta misma deducción la manejan, en parte, cuando hablan de la inestabilidad emocional o, mejor dicho, de la necesidad de afecto que dicen padecer las niñas; la cual, consideran, es una consecuencia de las situaciones nocivas vividas en sus hogares, haciendo necesaria su intervención para ayudarlas.

Las necesidades más [apremiantes de las niñas] son las afectivas. La parte emocional es la más afectada, la más necesitada. ¿No? Porque el simple hecho de como lo que le pasó a cada una, porque son situaciones diferentes de cada una, o lo que vivieron, pues tienen que resarcir ese daño, se tiene que sanar ese daño, se tiene que aceptar ese daño. Entonces la necesidad más grande de estas niñas es esa, la necesidad emocional, ¿no? y de (...) sentido de pertenencia. (J. Juárez, octubre de 2012)

La necesidad de afecto en algunas niñas es tan grande que incluso, dicen, cuando una de ellas o un actor institucional les muestran cierta atención especial, es común que traten de identificarse con ellos. No obstante, como aclaraba también una profesional, siempre tratan de

limitar los contactos físicos con cada una para no confundirlas o reafirmar las problemáticas emocionales que traen desde sus hogares originales.

Las niñas que, que viven aquí generalmente traen algún tipo de problemática y es muy difícil que expresen sus sentimientos, (...) [entonces] debemos de tener mucho cuidado sobre todo con el contacto físico con ellas porque, por las situaciones que a veces traen de sus casas o de sus familias (...) debemos de guardar ciertos límites respecto al contacto físico para no (...) confundirlas o reafirmar las confusiones que ellas ya puedan traer, (...), sin embargo es muy difícil porque somos seres humanos. (M. López, octubre de 2012)

Por último, en lo referente a la desconsideración de las normas, las profesionales entrevistadas destacan que algunas niñas manifiestan esta postura como consecuencia de varias cosas entre las que se encuentran sus cambios biológicos y falta de límites en sus hogares que las llevan a adoptar actitudes desafiantes o a no identificar los límites morales, sociales y normativos, respectivamente.

“Los niños y niñas de estas características tienen problemas de normas pues no las conocieron en sus casas, porque sus papás los maltratan, porque no les toman en cuenta y porque están creciendo ¿no? Entonces se conjugan varias cosas” (M. López, octubre de 2012).

“Son niñas que, si no les gusta algo, bueno, ya en su momento no les importa nada. Entonces para que nosotros podamos trabajar ahora sí que satisfactoriamente necesitamos tener niñas que quieran estar aquí” (J. Juárez, octubre de 2012).

Los pacientes atendidos según los médicos

Los médicos entrevistados, por otro lado, señalan que los pacientes que llegan a sus consultorios son personas generalmente de escasos recursos con acceso o no a la seguridad social de alguna institución pública. Personas que, además, buscan una atención barata y ágil, diferente a la que normalmente tienen acceso y donde perciben distintos problemas.

Aquí vienen básicamente a consulta de primer contacto, sí, obviamente nos llega de todo, hay pacientes (...) que ya requieren obviamente atención con un especialista, si se le detecta aquí, obviamente, pues nosotros lo derivamos, ¿no?, o le decimos a dónde (...) a qué especialista pueden recurrir o si ellos cuentan con el seguro, obviamente también (...) se

les recomienda que mejor acudan a su seguro (...), [pero] mucha gente la verdad (...) prefiere (...) venir aquí a (...) digo, una porque es barato, ¿no?, esto es lo que los apoya mucho económicamente a los pacientes, la otra es porque obviamente la consulta es como más ágil a diferencia de lo que es el seguro, ¿no?, (...) los médicos dicen que tratan mal a los pacientes también, (...) entonces si es como que sus razones de los pacientes de porque prefieren aquí. (J. Sánchez, abril de 2018)

Los pacientes que llegan a sus consultorios -dicen los médicos- lo hacen generalmente para solicitar atención de primer nivel por padecimientos respiratorios, gastroenterológicos, hipertensión y diabetes, así como por problemas musculoesqueléticos.

La mayoría [a quien atendemos] son por las vías respiratorias altas y problemas gastroenterológicos. Vienen a procedimientos, tomas de presión y glucosa, principalmente por hipertensión y diabetes. Todas estas son a diario, por la ignorancia, la mala alimentación de la gente, toman refresco y comen mal. (S. Manjarrez, junio de 2018)

Infecciones respiratorias, diarreicas, me han tocado muchísimos casos de fracturas, luxaciones, esguinces, más del área de ortopedia y traumatología, ginecología, planificación familiar. Me han tocado también casos muy raros y esos obviamente veo que no los puedo manejar ya los mando con especialista, pero en general son infecciones intestinales, respiratorias, ginecología y traumatología y ortopedia. (P. Rosales, junio de 2018)

A decir de los médicos, estos padecimientos están asociados con sus hábitos alimenticios y -como decía un segmento de entrevista anterior- a una supuesta ignorancia. Asimismo, están relacionados con sus faltas de limpieza y previsión en sus actividades laborales, que manejan la mayoría de ellos, donde por lo general hay distintos riesgos.

Está muy dado que, hablando de las infecciones, que comen en la calle, que no se lavan las manos, detalles tan pequeños hacen la diferencia. Por ejemplo, de traumatología y ortopedia, que van a trabajar y obviamente no utilizan las herramientas de seguridad adecuadas, el casco, la faja, no utilizan nada de eso. He tenido chicos de 18 o 19 años ya con lumbalgias, y dices `está súper chico para tener una lumbalgia´, porque empiezan a trabajar desde menor edad, pero pasando el tiempo les termina afectando por no utilizar medidas de seguridad, y se les dice, a veces unos sí hacen caso, otros no.

De las vías respiratorias, por ejemplo, más en ocasiones que son como albañiles o ingenieros que pasan mucho tiempo en construcciones, inhalan demasiado polvo y llegan con problemas respiratorios y no usan las medidas de seguridad y son como las prácticas más nocivas que pueden hacer ellos. (P. Rosales, junio de 2018).

Por otra parte, los médicos mencionan que sus pacientes provienen esencialmente “de lugares cercanos a los consultorios donde existen sectores sociales que enfrentan condiciones económicas adversas, con servicios de salud deplorables o en decadencia” (S. Manjarrez, junio de 2018) o bien de lugares distantes donde también existen sectores de este tipo, como lo señalaba implícitamente uno de los médicos entrevistados de una localidad de Toluca.

En general [llegan] de aquí de Toluca, pero han venido muchas personas de [los pueblos de] Metepec, he tenido pacientes que vienen de Ixtlahuaca, de Atlacomulco, de Temascaltepec, de esas zonas que son pueblos más lejanos [donde tienen problemas de salud y atención]. Y es que se pasa la voz que les dice que vayan a ese consultorio, los doctores son buenos. (P. Rosales, junio de 2018)

Sin embargo, también consideran que ocasionalmente llegan a atender a personas de clases medias, quienes, desde su lógica, como ocurre con los de menos recursos, acuden por lo barato que les resulta una consulta, pero también y, sobre todo, por el trato amable y humano que perciben de parte de ellos. Tal como lo da entender un médico, quien, después de señalar que lo “siguen varios [pacientes] (...) por recomendaciones” (S. Manjarrez, junio de 2018), indica lo siguiente:

Una vez me tocó que vino alguien con un guardaespaldas, no supe quién era o si era su nombre real. (...) Una vez vino una persona de gobierno. También traté al papá de un entrenador del Toluca, era argentino (...) no recuerdo su nombre. (S. Manjarrez, junio de 2018)

O como lo menciona otro médico entrevistado, quien, ante el cuestionamiento del tipo de clases de sus pacientes, señala estas palabras:

Me han llegado más pacientes (...) humildes, de escasos recursos, porque el costo de la consulta es mucho más barato y si quisieran ir a algún [médico] particular no es algo que puedan pagar, y obviamente no lo tienen. Pero sí me han llegado pacientes que tienen dinero (...) [que] prefieren venir aquí con nosotros. Ya no es tanto por el costo, sino por la

atención que le das al paciente y ellos quedan contentos con esa atención y por eso vuelven a regresar. (P. Rosales, junio de 2018)

Y es que, desde la postura de los médicos, en los últimos años han percibido una “atención venida a menos en otras instituciones de salud” (J. Pérez, junio de 2018), representado en filas interminables, tratos estadísticos o medicamentos de poca efectividad, como lo alude la siguiente cita:

Los pacientes [dicen que vienen mejor aquí] (...) porque aquí el movimiento de pacientes es rápido, no es como que te tardes demasiado en una consulta, nunca se les deja de brindar esa calidad en la consulta a los pacientes, pero a veces son por cosas muy pequeñas. Otra razón es porque los pacientes dicen que es la calidad de servicio que reciben (...) en comparación [con la] del IMSS [Instituto Mexicano del Seguro Social] (...) [donde] tardan demasiado (...) para una consulta. Los medicamentos que a veces les otorgan [también] son muy básicos, a veces dicen que no les ayudan. (P. Rosales, junio de 2018)

Finalmente, los médicos entrevistados consideran que los pacientes a quienes atienden presentan ciertas características transversales, más allá de sus personalidades. En este sentido, la principal característica que perciben entre ellos es que son personas necesitadas de ser escuchadas, pero también agradecidas, aunque un tanto irresponsables. La primera, debido a las experiencias vividas en otras instituciones donde los que los atendían “no los escuchaban”, “no los miraban a los ojos”, “o no les daban el chequeo correspondiente a sus males”, dada la gran cantidad de población que llegaba a ellas. A tal grado que cuando llegan a los establecimientos asistenciales lo manifiestan con ellos.

Mucha gente se queja de eso [y dice], hay mucha población (...) o te atienden (...) de manera fea a veces, dicen que hasta de modos feos [y no te escuchan], (...) [y entonces] dicen ¡no, yo prefiero (...) [venir aquí]! (J. Sánchez, abril de 2018)

Ahora, “cuando son atendidos como se debe”, dicen los médicos, los pacientes también suelen ser agradecidos, particularmente si son de clases populares, pues aprecian su trabajo sobremanera y crean un sentimiento de cercanía o empatía para con ellos, el cual llega a manifestarse incluso en su seguimiento hasta donde estén laborando, como lo aludía uno de ellos:

Tengo pacientes ya aquí, digo a pesar del poco tiempo que llevo yo aquí, aquí en Toluca, este, que ya, ya, me hice como su médico de cabecera de ellos (...) porque dicen ¡no,

prefiero ir con el doctor! Me atendió bien, me revisó bien, prefiero ir, regresar y regresan, terminan regresando, entonces (...) aquí (...), digo yo al menos siempre debo brindar mi atención con calidad, ¿no?, porque finalmente somos humanos y así es la manera en que hay que brindar las cosas. (J. Sánchez, abril de 2018)

No obstante, los médicos entrevistados también consideran que gran parte de sus pacientes son un tanto irresponsables en sus tratamientos, aun cuando padezcan enfermedades crónicas o degenerativas, llegando incluso algunos a señalar que es por falta de cultura de salud:

Yo digo que [también] son un poco irresponsables, más (...) los pacientes crónicos, que son diabéticos, hipertensos, siempre se les hace hincapié en el riesgo de su enfermedad y las complicaciones que deben tener y los cuidados que deben tener, en cuanto alimentación, ejercicio y todo eso, pero no, realmente son muy pocos los que hacen caso, y dicen `ah sí, voy a poner de mi parte´, que no se toman los medicamentos también, eso es más en general en pacientes crónicos. Pacientes que son de enfermedades respiratorias y así, son cosas más pequeñas, se tratan más rápido y no tienen tanto riesgo de que se compliquen si las sabes tratar. Pero sí, son irresponsables”

¿Por qué cree que sean así?

Pues más bien falta cultura de salud, prevención en México, es algo que no se ha dado mucho, bueno, no me voy a meter en cuestiones políticas, pero terminan afectando, y se invierte dinero de manera inadecuada en otras situaciones. (P. Rosales, junio de 2018)

Discusión. Interpretando las explicaciones anteriores

Las explicaciones anteriores, además de mostrar distintas cuestiones objetivas de las niñas y pacientes asistidas, dejan entrever, entre otras cosas, el manejo o alusión de ciertas valoraciones desfavorecedoras entre las profesionales y médicos sobre tales grupos, ancladas, además, sobre códigos simbólicos o estructuras elementales, las cuales, en conjunto, terminan construyendo e infundiendo la idea de que aquellos son sujetos diferentes del resto de la sociedad, a pesar de que los últimos no lo reconozcan como tal o, bien, no sea su intención. Para comprender lo anterior, a continuación, se abordarán los tres grandes temas indicados en la sección anterior, donde las

profesionales y médicos hablan de sus grupos asistidos, a saber, los tipos de personas que llegan a sus instituciones, su procedencia y características.

En relación con los tipos de personas que llegan a sus instituciones, las argumentaciones manifestadas por las profesionales y médicos muestran que, para las primeras, las niñas son esencialmente infantas desordenadas, en tanto para los segundos, los pacientes son sujetos con insuficiencias económicas y con problemas de hábitos y prevención. De igual manera, dejan entrever que, debajo de tales posturas, están presentes categorías o códigos de víctimas y carencias económico-formativas, respectivamente, a las cuales acuden implícitamente para sustentarlas.

La postura en torno a las niñas como desordenadas es sugerida por las profesionales en el momento en que hacen referencia a las situaciones de abandono, abusos o violencias experimentadas por las niñas en sus hogares, donde transmiten la idea de que tales situaciones las des-estructuraron o desordenaron drásticamente en sus personas, como si hubieran sido sacudidas. De otro lado, la postura en torno a los pacientes es indicada por los médicos en el instante en que destacan los recursos limitados con que cuentan, en el que mencionan expresamente a esto como una razón para llevarlos a acudir a sus consultorios, y, por otro lado, cuando hablan de las enfermedades que sufren generalmente, en el cual señalan que varias de estas son producto de su falta limpieza y desconsideración por los implementos de trabajo.

Por otro lado, los códigos de víctimas se hacen perceptibles en dos momentos: en primer lugar, cuando las profesionales ponen a las familias “disfuncionales” o algún miembro adulto de ellas como los responsables directos del desorden de las niñas, lo cual, como queda evidenciado en las explicaciones, les achacan los abandonos, abusos o violencias que experimentaron y, consecuentemente, los daños físicos y psicológicos que les identifican; en segundo lugar, cuando hablan de asistir a todas estas niñas para repararles las afecciones emocionales (Galtung, 1990) que traen consigo y reorientarlas como se plantea generalmente desde posturas alentadoras de reparaciones de daños entre víctimas (Guglielmucci, 2017).

Los códigos de carencias económico-formativas, en los cuales los médicos sustentan su idea de pacientes con insuficiencias económicas y con problemas de hábitos y prevención, se hacen distinguibles, a su vez, en los momentos en que hablan de lo barato que les resulta una consulta y de las relaciones que identifican entre sus enfermedades y su ignorancia. Allí hacen referencias de los recursos escasos con que cuentan y de los estilos de vida no asépticos y descuidados que les

provocan problemas de salud, las cuales remiten a sus carencias económicas y formativas, respectivamente. Carencias que, por cierto, parecen ser pensadas desde posturas individualizantes, en tanto se alude que son los mismos pacientes los responsables de ellas o de al menos de gran parte.

Lo llamativo de estas explicaciones (las ideas que transmiten y los códigos en las cuales las basan) radica en que, con ellas, las profesionales y médicos asistenciales construyen a sus sujetos bajo atención como sujetos desafortunados: sea por haber vivido distintos sucesos familiares impactantes en sus vidas o bien por enfrentar carencias económicas y de formación. Lo anterior, no es un asunto menor, puesto que, con ello, por un lado, los presentan con cierta degradación en su identidad pública (Garfinkel, 1956), y, por otro lado, hacen eco -quizás sin quererlo- de una “lectura liberal de la sociedad” (Grima, 1999, p. 89).

La degradación de su identidad es aludida por las profesionales y los médicos a través del énfasis que ponen en los sucesos familiares de las niñas y las carencias económico-formativas de los pacientes, donde, además de ubicarlos como distantes de estándares socialmente válidos de familias y posesiones, los presentan como elementos disminuyentes del estatus (Garfinkel, 1956) de sus niñas y pacientes frente a otros grupos sociales. Ciertamente es que esta degradación no envía a valoraciones similares, pues mientras la de las profesionales busca generar, entre quien las escucha, posturas de aflicción y empatía con las niñas, así como de condena hacia sus familias por ser las responsables de ellas⁶, la de los médicos pretende alentar posturas de consideración y desconsideración, a la vez, con ellos por sus problemas económicos y estilos de vida un tanto desordenados. No obstante, en la medida en que ambas valoraciones establecen “fronteras simbólicas o morales” (Charles, 2008, como se cita en Bayón, 2012, p. 135) de las niñas y pacientes, con respecto a otros grupos sociales, los terminan distinguiendo como si fueran parte de otras “categorías de personas” (Charles, 2008, como se cita en Bayón, 2012, p. 135). Tal como lo aluden las propias profesionales y médicos, cuando señalan que las niñas y pacientes, a quienes asisten, respectivamente, “no son como las niñas de casa” (F. Guzmán, octubre de 2012) y no hacen uso de hábitos de limpieza y prevención, donde precisamente los ponen como si fueran parte

⁶ De acuerdo con Garfinkel (1956), las posturas de aflicción sobre los sucesos que enfrentan los sujetos buscan generar cierta empatía entre otras personas y las de condena destruir ritualmente a otras, a quienes se les inculpa de tales sucesos.

de otros tipos de sujetos. Y es que, con ambas valoraciones de degradación identitaria, tanto las profesionales como los médicos investigados llegan a expresar delicados hilos de separación, como diría Simmel (2017), de las niñas y pacientes bajo su asistencia con los de otros grupos sociales. Hilos que, además, tienen un carácter asimétrico puesto que los actores asistenciales no los ubican en el mismo nivel, sino en uno más bajo.

Ahora, es probable que desde la postura de las profesionales y médicos esta ubicación (o separación) asimétrica de sus grupos bajo asistencia no sea considerada como tal, pues, desde su sentido común (Berger & Luckmann, 2003) solo se limitan a indicar lo que perciben; no obstante, en la medida en que dicha indicación no es neutral, sino valorativa, terminan ubicándolos. Como incluso lo hacen implícitamente otras investigaciones (Díaz-Portillo et al., 2015; Ibarra & Romero, 2017; Leyva Piña & Pichardo Palacios, 2012) que, sin ser su objetivo, han llegado a sugerirlo implícitamente al hablar de sus sujetos bajo atención.

En relación con la lectura liberal de la sociedad, vale indicar que es evocada por las profesionales y médicos investigados en el momento en que consideran que lo que llevó a niñas y pacientes asistidos a parar a sus instituciones son sucesos o carencias particulares que vivieron o enfrentan, respectivamente, en sus entornos inmediatos, tal como lo plantea dicha lectura, donde se considera que “los hechos valen por sí mismos” (Grima, 1999, p. 89) y, por consecuencia, que lo que hay detrás de los fenómenos son cuestiones inmediatas y no estructurales. Si bien esta lectura parece realista, en tanto los sucesos inmediatos de las niñas y pacientes jugaron un papel importante para su llegada a las instituciones asistenciales, es altamente tendenciosa por dos cosas. En primer lugar, porque con ella, las profesionales y médicos priorizan los niveles causales más cercanos (Santos, 2009) de las niñas y pacientes e invisibilizan los fenómenos estructurales como la marginación, el desempleo o la privación médica pública (Grima, 1999), que estarían también detrás de ellos. Y, en segundo lugar, porque con ella, inculpan o a las familias de las niñas o a las prácticas económicas y de formación de los pacientes, cual si fueran elementos aislados de otros más (Morin, 2007). Lo cual, nuevamente, termina haciéndolos distinguibles de otros grupos sociales, sobre todo, porque “en la actual era de los extremos” (Bayón, 2012, p. 133), las posiciones de los agentes en el mundo social contemporáneo son constantemente enunciadas “sobre la base de [distintos] principios de diferenciación o distribución constituidos por el conjunto de (...) propiedades que actúan en el universo social en cuestión” (Bourdieu, 1990, pp. 281-282).

Este análisis no implica sugerir, desde luego, que la lectura liberal es utilizada explícitamente por las profesionales y médicos para ocultar los fenómenos estructurales y responsabilizar a sujetos asistidos o sus familias; por el contrario, solo busca manifestar que dicha lectura está presente en sus expresiones en tanto parte de la época (Simmel, 2017) y, por ende, aceptada, lo cual obliga aún más a problematizarla y criticarla, pues su manejo puede pasar a dar pauta a mayores hilos de diferenciación entre los sujetos (Simmel, 2017). Como en parte, y a su manera, también lo han sugerido otros estudios asistenciales (Cerdeira et al., 2015; Guadarrama, 2001), los cuales, al periodizar modelos de asistencia, han hecho ver, por ejemplo, las atenciones temporales que se alientan desde posturas neoliberales, sea a través de discursos y esquemas psicologistas (Solé Blanch & Moyano Mangas, 2017) o de otros tipos.

Por otro lado, por lo referente al tema de la procedencia de sus grupos asistidos, las explicaciones de las profesionales entrevistadas muestran que para ellas los sectores pobres son los sectores sociales de donde generalmente llegan las niñas a quienes asisten, mientras que las explicaciones de los médicos indican que para ellos las comunidades marginadas son los espacios de donde proceden comúnmente sus pacientes. Pero, también, muestran que debajo de tales ideas subyacen apreciaciones elementales de los sectores pobres y las comunidades marginadas como espacios de incivilidad e inatención.

Las posturas sobre los sectores pobres y comunidades marginadas como los sectores y espacios de donde sus grupos asistidos proceden mayoritariamente son expresadas por las profesionales y médicos en el momento de hablar del tema en específico, donde además destacan la existencia de distintos problemas económicos y sociales que afectan a tales sectores y espacios, como cuando una profesional señalaba que las niñas “proviene de clases bajas donde encontramos muchas familias con problemas de orden que luego aprenden” (J. Juárez, septiembre de 2012) o como cuando un médico indicaba que sus pacientes procedían “de lugares cercanos a los consultorios donde existen sectores sociales que enfrentan condiciones económicas adversas [y] (...) servicios de salud deplorables” (S. Manjarrez, junio de 2018). Por otro lado, las apreciaciones elementales de los sectores pobres y las comunidades marginadas, como espacios de incivilidad e inatención, en las cuales parecen encastrar sus ideas anteriores las profesionales y médicos, son evocadas -según se infiere- por las primeras al establecer vinculaciones entre los sectores pobres y diversos tipos de violencias y vicios, y, entre los segundos, al marcar relaciones entre

comunidades y problemas de dotación y acceso a servicios de salud. Tal como lo hacen ciertas posturas neo-higienistas que consideran asociaciones “entre pobreza y enfermedad, o más exactamente, entre pobreza y ‘degradación’ (...) [teniendo] a la primera como foco permanente de la segunda” (Núñez, 2012, sección La eugenesia y el concepto de prevención, párr. 3), y que, por consecuencia, no están desprovistas de apreciaciones dicotómicas de los grupos sociales.

Lo relevante de lo anterior radica en que con ello las profesionales y médicos llegan a alimentar implícitamente construcciones negativas o estigmatizadoras de los sectores sociales bajos y las comunidades marginadas, pues hacen pensar que entre estos sectores y comunidades no solo hay disfuncionalidades económicas, sino también sociales, como lo sugiere el neo-higienismo.

Si bien en estas construcciones de los sectores sociales bajos y las comunidades marginadas, las profesionales y médicos no hacen referencia directa a sus sujetos asistidos, como sí ocurre en las construcciones anteriores, donde hablan del tipo de niñas y pacientes que llegan a sus instituciones asistenciales, se cree que también los interpelan desfavorablemente y los diferencian de otros, en tanto integrantes de tales sectores y topografías (Fassin, 2011), los cuales, como ya lo ha mencionado Simmel (1998), están desvalorizados no solo por el hecho de pensarse que dependen “del resto de la sociedad” (como se cita en Paugman, 2007, p. 152), que ya es su marca, sino también por ser ubicados con prevalencia de comportamientos considerados negativos. No hay que olvidar, como posiblemente diría Alexander (2019), que entre las construcciones y entre los códigos hay una ligazón de sus elementos, de tal modo que si los sectores bajos y las comunidades son ubicados con problemas, por las profesionales y médicos, es de esperar que los sujetos de tales sectores y comunidades sean percibidos de igual manera por estos, más allá de tener o no tales problemas, sobre todo bajo el entendido de que entre los pobres y las comunidades hay “un conjunto unitario e internamente coherente de normas y valores, o (...) patrones de comportamiento” (Bayón, 2013, p. 90).

Las explicaciones referentes a la derivación y llegada de niñas y pacientes de sectores medios, por otro lado, muestran que, tanto para las profesionales como para los médicos, estos sectores no son considerados como los sectores generadores de sus asistidos normalmente, aunque en los últimos tiempos estén identificando casos. Asimismo, dejan entrever que debajo de estas posturas subyacen, correspondientemente, estructuras elementales o códigos de corte familiarista

y humanista (Alvarez Leguizamón, 2005), a partir de las cuales las profesionales y médicos hacen incluso ciertas críticas hacia las familias y el Estado.

Las posturas de los sectores medios son enunciadas entre las profesionales cuando hacen referencia a que han presenciado la llegada de niñas de tales sectores sin ser las predominantes; por su lado, entre los médicos, cuando hablan específicamente de pacientes de tales sectores que llegan por lo barato que les resulta una consulta, pero sobre todo por el trato amable y humano que perciben de ellos. Por su parte, las estructuras familiarista y humanitarista, en las cuales las profesionales y médicos anclan sus ideas anteriores, son aludidas implícitamente en el momento en que explican las razones de la derivación y llegada de tales niñas y pacientes a sus instituciones, donde hacen especies de diagnósticos de lo que está pasando en las relaciones sociales y en las atenciones estatales. En tales diagnósticos, las profesionales exhiben la idea, como parecen sugerirla posturas familiaristas, de que hay una especie de degradación moral en el contexto contemporáneo, lo cual ha llevado a que, por ejemplo, los padres de los sectores medios desarrollen también prácticas irresponsables o de violencias con sus hijos, las cuales, al final de cuentas, hacen que estos deriven hacia instituciones asistenciales. Entre tanto, los médicos parecen manifestar la idea, como lo hacen humanitaristas, de que las instituciones de salud estatales están ofreciendo servicios cada día menos eficientes y con poca calidad, que hace que varios pacientes prefieran acudir a ellos, aunque “nunca (...) cuestiona[ndo] la justicia del sistema de desigualdad en su conjunto” (Marshall, 1998, como se cita en Alvarez Leguizamón, 2005, p. 240).

Ciertamente, en estos diagnósticos no se perciben inicialmente ideas desfavorables de las niñas y pacientes procedentes de los sectores medios, como si ocurre con los de los sectores bajos; no obstante, si se hace un ejercicio de reflexión más cuidadoso se percibe que ello parece deberse más a una cuestión de valoraciones diferenciadas de los sectores medios que tienen las profesionales y médicos que a otra cosa, las cuales los llevan a señalar solamente las situaciones adversas que vivieron las niñas y pacientes de estos sectores. Y es que, a estos grupos asistidos parecen aplicarles una concepción “histórico-sociológica” (Simmel, 2017, p. 14) que “ve en el individuo sólo un punto de intersección entre hilos sociales” (p. 14). De tal manera que terminan poniendo a los problemas de la colectividad, como la degradación moral y la desatención pública, como los causantes de fondo de la llegada de niñas y pacientes de los estratos medios a sus

instituciones, y no a sus familias o sus carencias de recursos como lo sugieren con los de los sectores pobres.

Pero, aun considerando estas valoraciones dispares, es un hecho que las posturas de las profesionales y médicos terminan también diferenciando a las niñas y pacientes de los estratos medios que asisten, pues enuncian problemas que enfrentan, los cuales los hacen parte del círculo asistencial y, por ende, de pobreza. Un círculo que, para parafrasear a Simmel (2016), no es absoluto, sino relativo y, por ello, puede incluirlos a pesar de que no se les ubique como los de los sectores pobres. Tan es así que, y sin ser un dato concluyente, las profesionales y médicos nunca hablan de tomar en cuenta sus necesidades específicas como tampoco lo hacen con los de estos últimos sectores, posiblemente por la idea asistencial que reproduce cada uno de ellos: que los asistidos tienen derechos acotados (Simmel, 2016) o, en otros términos, que en tanto asistidos deben conformarse con lo que se les otorga.

Parte de estas situaciones han sido sugeridas indirectamente en trabajos que han abordado históricamente (Guadarrama, 2001; Osorio Ballesteros y Arteaga Botello, 2013) modelos asistenciales y de atención a niños en México; empero, al abocarse a propósitos distintos al de este trabajo no han precisado ni destacado su relevancia. Lo anterior, lleva a sugerir que su manejo puede ayudar a entender, entre otras cosas, cómo se dan distintas valoraciones hacía los asistidos y por qué algunos de los estratos medios ocultan su rostro al ingresar a alguna institución asistencial. ¿Será porque precisamente se siente marcados a partir de ello?

Por otro lado, en relación con las caracterizaciones de los grupos asistidos, las explicaciones manifestadas por las profesionales dejan entrever que estas representan a las niñas desde una idea de incompletud problematizada; en tanto, los médicos a sus pacientes desde una idea de sujetos contradictorios, las cuales están sustentadas, respectivamente, en códigos de pérdidas de atributos, prerrogativas y privilegios inherentes a la niñez (del Castillo, 2006) y en códigos de ambivalencia o inconsistencia, que derivan en parte del “ideal moderno de la infancia” (Burman, 1998b, como se cita en Castillo, 2015, p. 1327) y del mito de cultura de los pobres (Lewis, 1966).

La representación de las niñas desde una idea de incompletud problematizada es aludida por las profesionales en el momento en que hacen ver que el realismo y los problemas de hábitos, afecto y normas que perciben en ellas se presentan como irruptores de su formación. Es decir, en

el instante en que hacen suponer que tales aspectos, producto de las desatenciones de sus familias, irrumpieron en su etapa formativa, dificultosa en sí misma. Entre tanto, la representación de los pacientes desde una idea de sujetos contradictorios es aludida por los médicos en el momento en que las características destacadas por ellos presentan conductas opuestas entre los primeros. Esto es, en el instante en que hablan de que son agradecidos, aunque también un tanto irresponsables en sus tratamientos, con lo cual los ponen como sujetos con actitudes encontradas que les habilita incluso la posibilidad de manifestarles ciertos reproches.

Por otro lado, los códigos de pérdidas de atributos, prerrogativas y privilegios inherentes a la niñez (Alaniz Rodríguez, 2021; del Castillo, 2006; Jenks, 2009; Prout, 2008), en los cuales -se cree- las profesionales sustentan su representación de las niñas, se hacen presentes en al menos dos argumentaciones dadas por las primeras. En primer lugar, en el momento en que presentan los problemas de las niñas mencionadas como si fueran opuestos a ciertas cualidades consideradas propias de ellas (como son su inocencia, alegría, formación, entre otras), y que las derribarían o negarían. Por ejemplo, cuando hablan del realismo y la necesidad de afecto que perciben en las infantas, las presentan como si estas les hubieran quitado su inocencia y alegría, respectivamente, entre tanto cuando hablan de sus hábitos indebidos y desconsideración por las normas, las hacen ver como si estas, además de ser resultado del descuido de sus padres y de su falta de límites, allanan su posible futuro a diferencia de otros grupos de niñas “normales”. En segundo lugar, aunque de una manera menos explícita, se hacen presentes en la postura interventora manifestada por las propias profesionales al momento de hablar de una característica de las niñas, a saber, de su necesidad de afecto. Allí asumen que para regresar a estas a su condición de niñas con todos sus atributos, deben tratarlas de manera cuidadosa y con una idea formativa hacia el futuro, como se plantea desde “ideal moderno de la infancia” (Burman, 1998b, como se cita en Castillo, 2015, p. 1327), el cual considera importante el papel de los adultos para conducir o reconducir a la niñez como ellas mismas parecen hacerlo, aunque, claro, como decía una de las profesionales, con una participación de las mismas niñas que lo deseen y “quieran estar aquí” (J. Juárez, octubre de 2012).

Los códigos de ambivalencia o inconsistencia, por otro lado, en los cuales -se presume- los médicos sustentan su representación de los pacientes como sujetos contradictorios, se hacen presentes en el momento en que les reconocen algunas conductas y les critican otras, como proceden normalmente las clases sociales altas con las bajas (Pancorbo et al., 2011) cuando hablan

de conductas opuestas en estas. En tal momento, los médicos exaltan las conductas “negativas” de sus pacientes para crear distancias con ellos y deslizarles ciertas críticas, como parece indicarse en el comentario que hacen del manejo irresponsable de algunos con sus tratamientos, donde infunden una idea de estos como desviados de las conductas requeridas, tal como se planteaba desde ideal de cultura de los pobres, donde se habla que los pobres manejan pautas y costumbres que son “distintos y eventualmente incompatibles con los de la cultura urbana moderna” (Neri, s.f., p. 275).

Estas situaciones, por sí mismas interesantes, terminan también configurando a las niñas y pacientes como distintos de otros grupos sociales, aunque ahora desde otras aristas diferentes a las de las temáticas anteriores. En el caso de las primeras, por ejemplo, terminan transmitiendo la idea de que las niñas, a quienes asisten las profesionales, son “especiales” por presentar características que no se esperaría tuvieran y, por consecuencia, acentúan “lo no común” (Simmel, 2016, p. 1033) de estas, con respecto a otras infantas antes que lo común. Es decir, enfatizan aspectos de su lejanía antes que de cercanía con estas últimas. Lo anterior, no es una rareza si se considera que las instituciones asistenciales, exaltan las desventajas (Simmel, 2002) de los sujetos que quieren atender. También, transmiten la idea de que requieren ser intervenidas para ser “salvadas”, como aludía una profesional cuando se refería a su acercamiento cuidadoso. Idea que, en el fondo, reenvía a supuestos problemas que les afectan y que requieren ser atendidos como quizá no ocurriría con otras niñas que cuentan con alguna familia para ello. Más aún, si se considera, como parece ocurrir, que, desde la lectura idealizada de la infancia de las profesionales, se entiende que el restablecimiento de la niñez de las infantas asistidas y su encaminamiento hacia el futuro depende del restablecimiento de una autoridad, la de ellas, que, por cierto, ha sido alimentada desde varias contribuciones como las de Freud (1905) o las de Piaget e Inhelder (1969). Y, finalmente, también terminan transmitiendo una postura penosa sobre las niñas y no tanto de sus derechos, en tanto sus caracterizaciones enfatizan problemas de estas y no sus capacidades o lo que ofrecen a la institución asistencial. Lo cual no es menor, si se considera que una postura penosa tiende hacia una idea de infortunio de ellas y consecuentemente de distancia con otras, sobre todo porque, como diría Korstanje (2010), para el caso de la ayuda y la solidaridad, parece seguir “una lógica *auto-poiética*” (p. 298), donde se destacan sus situaciones inmediatas antes que los aspectos estructurales.

Por otro lado, en el caso de los médicos, las cuestiones indicadas sobre sus pacientes llegan a transmitir la idea de que presentan ciertos comportamientos incompatibles con los esperados para atender sus padecimientos. Comportamientos que parecen ser visualizados por los médicos como si fueran productos de su condición de ser pobres, donde perciben desviaciones conductuales. Asimismo, y de manera más implícita y asociada a la anterior, llegan a infundir la idea de que son pacientes de poca reflexión y hasta inconscientes, pues, en lugar de seguir al pie de la letra las indicaciones de sus tratamientos, las relativizan o las pasan por alto, recién perciben ciertas mejorías, a pesar de que con ello puedan poner en riesgo su vida. Finalmente, también parecen infundir la idea de que padecen de una cultura de salud que les impide entender que es necesario cuidarse no solo para afrontar sus enfermedades, sino también para prevenirse de otras. Falta de cultura que, por cierto, si bien las profesionales consideran es alentado desde entornos políticos, parecen percibir acentuada entre los pacientes pobres.

Conclusiones

Para cerrar este texto se desea plantear tres conclusiones generales que fueron deducidas de las argumentaciones dadas por las profesionales y médicos investigados, sobre sus sujetos asistidos. La primera conclusión que puede extraerse es que, aun cuando los primeros no lo consideren como tal o no sea su intención, dentro de sus explicaciones están presentes o se aluden en distintos momentos construcciones negativas de las niñas y pacientes a quienes asisten, respectivamente. Dichas construcciones están sustentadas en códigos simbólicos o estructuras elementales de matiz dicotómicos que les dan sentido y naturalidad, pero que, evidentemente, dejan “mal parados” a estos últimos, pues los terminan representando como si fueran sujetos diferentes a otros, los cuales incluso se les puede tratar de manera desigual. Tal como se mostró - según se cree- cuando representan a las infantas y pacientes de los estratos con menos recursos como “especiales” y contradictorios, respectivamente, pues con tales representaciones las profesionales y médicos los diferencian asimétricamente de otras niñas y pacientes de otros estratos. Situación no novedosa si se considera lo adelantado por autores clásicos respecto a la pobreza, donde, de una manera por demás creativa, indican la forma desfavorable con que a los pobres y asistidos se les calibra frente a otros sujetos, derivado en parte de que no son ubicados en

igualdad de condiciones con estos y el resto de la sociedad, aunque sí llamativa en tanto se sigue reproduciendo aún en los días actuales y puede caminar en detrimento de sus derechos.

La segunda conclusión que se deduce del trabajo es que las valoraciones de las profesionales y médicos sobre sus sujetos asistidos dejan entrever que entre ellos hay un predominio de abordajes psicologizados, los cuales les llevan a pensar, entre otras cosas, que es necesario reprobador los comportamientos indebidos de los sujetos asistidos para re-formarlos y encaminarlos hacia una ruta específica, por un lado, y que es indispensable reconocer sus singularidades para abordarlos individualmente, por otro. Estos abordajes, para nada neutrales, alientan a promover construcciones desfavorecedoras de los asistidos en tanto apuntan a destacar su diferenciación, pero también a no discutir cuestiones estructurales. Lo que no significa, desde luego, que todos los abordajes psicologizados sean criticables, pues, al igual que otros, ayudan a atender distintas necesidades de los grupos bajo asistencia, solo que al privilegiarlos dejan de otorgar centralidad a cuestiones sociales igual de importantes.

La tercera y última conclusión deducida del texto es que abordar explicaciones que manejan los prestadores de asistencia sobre sus grupos de atención, permite entender cómo aquellos construyen en términos cotidianos la asistencia de estos, más allá de la lógica formal que se enuncia públicamente. Lo cual no es un asunto menor, pues a partir de ello se puede ir avanzando en una reflexión profunda que “desnaturalice” la asistencia y deleve las distancias, prejuicios, e incluso temores que se manejan en las relaciones entre los actores asistenciales y los grupos de atención. Pero, además, se puede entender la vigencia de lo ya señalado por teóricos, con respecto a la asistencia, a saber, que en tanto interacción social está marcada por posturas sociales sobre los pobres o asistidos, donde normalmente se les ubican como diferentes del resto de los ciudadanos, evidenciado en sus discursos sobre ellos.

Referencias

Alaniz Rodríguez, L. D. (2021, mayo-agosto). El tratamiento de la infancia en las ciencias sociales: racionalidades e influjos. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (63), 5-38.
<https://doi.org/10.35575/rvucn.n63a2>

- Alexander, J. C. (2004). Cultural pragmatics: social performance between Ritual and Strategy [Pragmática cultural: performance social entre Ritual y Estrategia]. *Sociological Theory*, 22(4), 527-573. https://ccs.yale.edu/sites/default/files/files/Alexander%20Articles/2004_Cultural%20Pragmatics_Sociological%20Theory.pdf
- Alexander, J. C. (2011). *Performance and power* [Poder y performance]. Polity Press.
- Alexander, J. C. (2019). *Sociología cultural. Formas de clasificación en las sociedades complejas*. FLACSO.
- Alvarez Leguizamón, S. (2005). Los discursos minimistas sobre las necesidades básicas y los umbrales de ciudadanía como reproductores de la pobreza. En S. Alvarez Leguizamón (Comp.), *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe: estructuras, discursos y actores* (pp. 239-273). CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20100620022142/Trabprod.pdf>
- Arteaga Botello, N., & Arzuaga Magnoni, J. (2016, enero-abril). Del neofuncionalismo a la conciencia icónica: ensayo crítico para pensar la sociología cultural de Jeffrey Alexander. *Sociológica*, (87), 9-41. <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v31n87/v31n87a1.pdf>
- Arteaga Botello, N., & Bacarlett Pérez, M. L. (2010, mayo-agosto). La pobreza como espacio de indeterminación. Un análisis desde la biopolítica. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 271-287. <https://doi.org/10.3989/ris.2008.10.15>
- Berger, P., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu editores.
- Bayón, M. C. (2012, enero-marzo). El 'lugar' de los pobres: espacio, representaciones sociales y estigmas en la ciudad de México. *Revista Mexicana de Sociología*, 74(1), 133-166. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032012000100005
- Bayón, M. C. (2013). Hacia una sociología de la pobreza: la relevancia de las dimensiones culturales. *Estudios Sociológicos*, 31(9), 87-112. <https://estudiossociologicos.colmex.mx/index.php/es/article/view/119>
- Bourdieu, P. (1990). Espacio social y génesis de las clases. En P. Bourdieu, *Sociología y cultura* (pp. 281-310). Grijalbo.

- Castillo, P. (2015, octubre-diciembre). Los saberes psicológicos en el neoliberalismo: el caso de las políticas sociales y la teoría del apego en Chile. *Universitas Psychologica*, 14(4), 1325-1338. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.up14-4.spnc>
- Cerda, J. M., Guadarrama, G., Lorenzo, M. D., & Moreira, B. (2015). *El auxilio en las ciudades. Instituciones, actores y modelos de protección social. Argentina y México. Siglos XIX y XX*. El Colegio Mexiquense.
- Díaz-Portillo, S., Idrovo, A., Dresser, A., Bonilla, F., Matías-Juan, B., & Wirtz, V. (2015). Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública en México*, 57(4), 320-328. <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7575>
- Del Castillo, A. (2006). *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la Ciudad de México*. El Colegio de México-Instituto Mora.
- Durkheim, E. (1995). *The elementary forms of religious life* [Las formas elementales de la vida religiosa]. The Free Press. https://monoskop.org/images/a/a2/Durkheim_Emile_The_Elementary_Forms_of_Religious_life_1995.pdf
- Fassin, D. (2011). La patetización del mundo. *La haine.org. Proyecto de desobediencia informativa*. https://www.lahaine.org/est_espanol.php/la-patetizacion-del-mundo
- Fernández, J. M. (2000). La construcción social de la pobreza en la sociología de Simmel. *Cuadernos de Trabajo Social*, (13), 15-32. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0000110015A>
- Fletes Corona, R. (1996). *La infancia abandonada*. El Colegio de Jalisco.
- Fletes Corona, R. (2004). Asistencia social: alcances y limitaciones. *Estudios Jaliscienses*, (55), 48-63. <http://www.estudiosjaliscienses.com/wp-content/uploads/2019/07/Estudios-Jaliscienses-n%C3%BAm.-55.pdf>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Amorrortu editores.
- Galtung, J. (1990). Cultural violence [Violencia cultural]. *Journal of Peace Research*, 27(3), 291-305. <https://www.galtung-institut.de/wp-content/uploads/2015/12/Cultural-Violence-Galtung.pdf>

- Garfinkel, H. (1956). Conditions of succesful degradation ceremonies [Condiciones de las ceremonias de degradación exitosas]. *American Journal of Sociology*, 61(5), 420-424. <https://www.jstor.org/stable/2773484>
- Gorlier, J. C. (2008). *¿Confiar en el relato? Narración, comunidad, disidencia*. Universidad de Río de la Plata.
- Grima, J. M. (1999). Una mirada sociológica. En J. M. Grima & A. Le Fur, *¿Chicos de la calle o trabajo chico?* Luhmen-Humanitas.
- Guadarrama, G. (2001). *Entre la caridad y el derecho: un estudio sobre el agotamiento del modelo nacional de asistencia social*. El Colegio Mexiquense/Consejo Estatal de Población.
- Guadarrama, G. (2006). Accountability, debilidades de las instituciones de asistencia privada en el Estado de México. *Economía, Sociedad y Territorio*, 6(22), 457-495. <https://est.cmq.edu.mx/index.php/est/article/download/265/270>
- Guglielmucci, A. (2017). El concepto de víctima en el campo de los derechos humanos: una reflexión crítica a partir de su aplicación en Argentina y Colombia. *Revista de Estudios Sociales*, (59), 82-97. <https://journals.openedition.org/revestudsoc/608>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M.P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª Ed.). Mc Graw Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hernández, C. E., & Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. Alerta. *Revista Científica del Instituto de Salud*, 2(1), 75-79. <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Ibarra, A. N., & Romero, M.P. (2017). Niñez y adolescencia institucionalizadas en casas hogar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), 1532-1555. <http://ojs.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/62818>
- Jenks, C. (2009). Constructing childhood sociologically [La construcción sociológica de la infancia]. En M. Kehily (Ed.), *An introduction to Childhood Studies* (2 ed.). McGraw-Hill. <https://doi.org/10.1080/09540250903192432>
- Korstanje, M. (2010). Antropología del infortunio: la pobreza y los medios de comunicación. *CS*, (6), 283-314. <https://doi.org/10.18046/recs.i6.469>

- Lewis, O. (1966). *The culture of poverty* [La cultura de la pobreza.]. http://www.ignaciодarnaude.com/textos_diversos/Lewis,Oscar,The%20Culture%20of%20Poverty.pdf
- Leyva Piña, M. A., & Pichardo Palacios, S. (2012). Los médicos de las Farmacias Similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis*, 8(1), 143-175. <https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/97/89>
- Lozano-Alcázar, J. (2018). La asistencia privada en el Sistema Nacional de Salud. *Cirugía y Cirujanos*, 86(5), 385-387. <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2018/cc185a.pdf>
- McCormick, L. (2019, enero-abril). The performative power of ideas: Jeffrey Alexander as an iconic intellectual [El poder performativo de las ideas: Jeffrey Alexander como un intelectual icónico]. *Sociología & Antropología*, 9(1), 275-281. <https://doi.org/10.1590/2238-38752019v9i113>
- Matus, A. (2010, 9 y 10 de diciembre). *Una Mirada simeliana sobre la toma de tierras (Acerca de la reciprocidad entre deberes y derechos)*. VI Jornadas de Sociología de la UNLP, La Plata, Argentina. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4994/ev.4994.pdf
- Morin, E. (2007). Restricted complexity, general complexity [Complejidad restringida, complejidad general]. En C. Gershenson, D. Aerts, & B. Edmonds (Eds.), *Worldviews, science and us. Philosophy and complexity* (pp. 5-29). World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.
- Neri, L. N. (s.f.). *Las representaciones sociales en torno a la pobreza. Un posible abordaje para el análisis de las políticas sociales*. https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5496/neri-mill09.pdf
- Núñez, V. (2012). *El control social*. <http://reader.digitalbooks.pro/content/preview/books/42997/book/OEBPS/chapter02.xhtml>
- Osorio Ballesteros, A., & Arteaga Botello, N. (2013, enero-junio). De la disciplina al control. Niños en riesgo y dispositivos asistenciales en el centro de México. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 21(41), 212-237. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100009

- Pancorbo, G., Espinosa, A., & Cueto, R. M. (2011). Representaciones estereotípicas y expresión del prejuicio en el Perú: la mirada desde la pobreza. *Revista de Psicología, 29*(2), 311-342. <https://doi.org/10.18800/psico.201102.006>
- Paugman, S. (2007). ¿Bajo qué formas aparece hoy la pobreza en las sociedades europeas? *Revista Española del Tercer Sector, (5)*, 149-171. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2376696>
- Piaget, J., e Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Morata.
- Prout, A. (2008). Culture-nature and construction of childhood [Cultura-naturaleza y construcción de la infancia]. En K. Drotner & S. Livingstone (Eds.), *The international handbook of children, media and culture* (pp.21-35). Sage.
- Sabido Ramos, O. (2020). La vergüenza desde una perspectiva relacional. La propuesta de George Simmel y sus rendimientos teórico-metodológicos. En M. Ariza (Coord.), *Las emociones en la vida social: miradas sociológicas* (pp. 293-323). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Santos, B. (2009). *Una epistemología del sur*. CLACSO-Siglo XXI.
- Serna, M. G. (2017). *Entre caridad y solidaridad: las organizaciones mexicanas del Tercer Sector*. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- Simmel, G. (2002). *Cuestiones fundamentales de sociología*. Gedisa.
- Simmel, G. (2011). *El conflicto de la cultura moderna*. Universidad Nacional de Córdoba- Encuentro Grupo Editor. https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/1164/E1%20conflicto%20de%20la%20cultura_Simmel.pdf?sequence=3
- Simmel, G. (2016). *Sociología: estudios sobre las formas de socialización*. Fondo de Cultura Económica. [https://tsoc2018.netlify.app/Simmel,%20Georg%20\(2016\)%20Sociologia.%20Estudios%20sobre%20las%20formas%20de%20socializacion.pdf](https://tsoc2018.netlify.app/Simmel,%20Georg%20(2016)%20Sociologia.%20Estudios%20sobre%20las%20formas%20de%20socializacion.pdf)
- Simmel, G. (2017). *Sobre la diferenciación social. Investigaciones sociológicas y psicológicas*. Gedisa. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/4900a382024d6941bccedd971b0d28db.pdf>

- Solé Blanch, J., & Moyano Mangas, S. (2017, julio-diciembre). La colonización Psi del discurso educativo. *Foro de Educación, 15*(23), 101-120. <http://dx.doi.org/10.14516/fde.551>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Universidad de Antioquia.
- Tognato, C., & Arteaga, N. (2019). Sociología cultural: pasos hacia una agenda latinoamericana. En N. Arteaga & C. Tognato (Eds.), *Sociedad, cultura y esfera civil* (pp. 7-26). FLACSO-México.
- Weiss, R. (2019, enero-abril). Between the spirit and the letter: Durkheimian theory in the cultural sociology of Jeffrey Alexander [Entre el espíritu y la letra: la teoría durkheimiana en la sociología cultural de Jeffrey Alexander]. *Sociologia & Antropologia, 9*(1), 85-110. <https://doi.org/10.1590/2238-38752019v9i14>
- Zavala, L. (1999). Elementos para el análisis de la intertextualidad. *Cuadernos de Literatura, 5*(10), 26-52. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/cualit/article/view/6764>