

RELACIONES DE PODER AL INTERIOR DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD

Autora: Verónica Tobeña*

Dirección postal: Pte. Luis Saenz Peña 277, 1º "F"

E-mail: direccio@flacso.org.ar / verotobena@gmail.com

Resumen: Este es un estudio de carácter exploratorio - descriptivo realizado con profesionales miembros de un programa interdisciplinario de adolescencia de un hospital metropolitano de signo universitario (semi-público). El objetivo del estudio fue conocer la valoración que cada profesional hace de las distintas disciplinas que están representadas en el programa y establecer cómo están jerarquizadas las disciplinas al interior de dicho equipo y arriesgar por qué se produce este tipo de jerarquización. El trabajo de campo consistió en la realización de entrevistas semi-estructuradas a una muestra representativa de profesionales miembros del equipo y la observación participante de los ateneos que cada una de sus áreas realiza. La investigación demostró que a pesar de que un gran número de médicos se manifiestan comprometidos con un modo no tradicional de ejercer la medicina, basados en un concepto de la salud bio-psico-social, muchas veces relegan a especialistas de las ciencias sociales en el proceso de atención y no toman en cuenta los aportes que estas disciplinas pueden tributar a la intervención sanitaria en adolescentes. El estudio pone de relieve las estrategias que adoptan quienes detentan los puestos de poder para legitimarse y conseguir consenso y qué efecto tienen estos mecanismos sobre sus destinatarios.

Palabras clave: atención sanitaria - adolescentes - atención interdisciplinaria - poder - ideología - lenguaje - hegemonía

Introducción

El presente trabajo es parte de una investigación más amplia que se propuso establecer qué elementos funcionan como condiciones de producción de las representaciones que acerca del adolescente construye un grupo de profesionales dedicados a la atención sanitaria de esta población. Dicha investigación, de carácter exploratorio - descriptivo, se llevó a cabo a través del método etnográfico, el cual permitió la triangulación entre distintos tipos de información (básicamente provenientes de la aplicación de entrevistas semi - estructuradas a los profesionales y la observación participante de los ateneos de cada uno de los servicios

miembros del equipo de salud). Dentro del universo de profesionales miembros de un Programa de Adolescencia de un hospital metropolitano de signo universitario, conformado aproximadamente por un total de 50 profesionales, se trabajó con una muestra de 23 casos de características no probabilística, intencional y representativa, la cual resultó lo suficientemente heterogénea como para que todos los puntos de vista resulten representados en la proporción correcta.

En esta ponencia se analiza el material empírico que da cuenta de las valorizaciones que cada profesional hace de las diferentes disciplinas que se encuentran representadas en el Programa, con el propósito de determinar si existe una jerarquización de las disciplinas al interior del equipo. Se busca ilustrar lo más claramente posible el modo en que se organizan las distintas disciplinas, más allá de su estructuración por áreas, atendiendo específicamente a los roles que se les confieren a cada una en función de los saberes que se les reconocen¹.

Diferentes representaciones sociales sobre el adolescente que coexisten en el Programa

El análisis del material empírico en lo que refiere a los imaginarios sobre el adolescente reveló que los diferentes discursos que circulan respecto a esta población presentan similitudes y continuidades entre algunos de ellos, constituyéndose grupos de profesionales en virtud de conceptualizaciones del adolescente armónicas entre sí. Al interior de cada uno de estos grupos la profesión se visibiliza como una condición de producción de las representaciones de la adolescencia ya que dichos grupos se integran por profesionales de disciplinas afines.

De acuerdo a los cuatro tipos de adolescentes que los especialistas trazan, se precisaron cuatro perfiles de profesionales: liberales, optimistas, contextualistas y conservadores. El perfil optimista es propio de los psicólogos, mientras que la postura contextualista es adoptada por todas las trabajadoras sociales. En ambos casos las imágenes del adolescente que dominan son imputables a las matrices disciplinares desde las que son forjadas. En el primero la

* Lic. en Ciencias de la Comunicación (UBA), actualmente cursando Maestría en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural (IDEAS - Universidad de San Martín). Asistente de Dirección de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO - Argentina) y asistente de Investigación del Proyecto " La nueva configuración de la discriminación educativa" a cargo de la Lic. Guillermina Tiramonti (Directora de la FLACSO)

¹ El Programa está dividido por áreas en virtud de los distintos especialistas que condensa. En total son cinco servicios o áreas: ginecología, obstetricia, clínica (conformada por pediatras, médicos clínicos y nutricionistas), salud mental (agrupa psicólogos, psicoanalistas, psicopedagogos y psiquiatras) y trabajo social. Cada área está coordinada por el jefe de ese servicio, que es acreedor de dicho cargo en virtud de su antigüedad dentro del Programa. El Director y Vicedirector del Programa son los coordinadores de las áreas de ginecología y obstetricia respectivamente, posición que detentan por ser los fundadores del Programa.

conceptualización de la adolescencia como una etapa en la que se construye el futuro, marcada por el 'por ser', es compatible con la influencia de pensadores como Winnicott² y otras corrientes de pensamiento que se difunden durante la formación de los profesionales del campo de la psicología. En el caso de los contextualistas, la importancia asignada a la familia y a las condiciones inmediatas de existencia por la influencia que se les atribuye sobre las problemáticas propias de la juventud, está a tono con el enfoque que privilegian carreras como las de trabajo social, para la cual las condiciones y el contexto en el que se emplaza un fenómeno son estudiadas y atendidas en la misma medida que el propio fenómeno, ya que son entendidas como resorte de dicho escenario, como el medio a partir del cual ese fenómeno puede surgir.

Los médicos se dividen entre dos posturas distantes. En un extremo se ubican la mayoría de los médicos que se identifican con un pensamiento liberal, y en el otro un puñado de profesionales con ideas y actitudes conservadoras en torno a la adolescencia.

Para los “liberales” esta etapa vital está signada por los cambios, se caracteriza por una mutación a toda escala que requiere para ellos del apoyo y el asesoramiento de los adultos en lo que respecta a las incertidumbres e inseguridades que las nuevas situaciones puedan despertar. En este tránsito hacia la vida adulta, el adolescente estrena experiencias para las que resulta conveniente consolidar la base cívica a partir de la cual actuar y este rol es asumido por estos profesionales.

Por su parte, los médicos tildados de conservadores se alejan considerablemente de posturas como la liberal en la que la adolescencia es significada como una etapa semejante a la adulta en cuanto a los derechos y competencias que se le conceden. Para los conservadores el adolescente es un individuo de riesgo y en riesgo debido a que no cuenta con la madurez emocional necesaria para afrontar las experiencias para las que biológicamente se encuentra capacitado. La visión conservadora sostiene para los adolescentes una imagen equiparable a la de la infancia y esto deriva en intervenciones prescriptivas, actitudes paternalistas y mediaciones orientadas al control. En este caso la diferencia etaria y de saber en la que se enmarca el vínculo profesional - paciente se traduce en una relación asimétrica. La inexperiencia y la ignorancia del adolescente lo subordinan a la voluntad de estos médicos, para quienes sus beneficiarios no tienen capacidad de tomar decisiones deliberadas sobre sí mismos y consecuentemente no les merecen confianza. Por otro lado, los médicos con un

² WINNICOTT, Donald W. (1984): *La familia y el desarrollo del individuo*. Hormé, Bs. As.

perfil conservador evidencian una apreciación de esta etapa que privilegia solo los aspectos que tienen puntos de contacto con los intereses de la medicina. Para este perfil la importancia atribuida a la atención interdisciplinaria parece ser una cuestión meramente formal sin efectos reales. La definición de las situaciones por las que atraviesan sus pacientes son significadas desde las categorías y conceptos médicos, restando importancia a los aportes que otras disciplinas puedan aportar a la atención sanitaria de esta población.

Al visibilizar las diferentes vertientes de pensamiento que coexisten entre los médicos aún resulta legítimo hacer responsable a la profesión médica de conceptualizaciones tan distintas como la de los "liberales" y la de los "conservadores". El contraste entre un grupo y otro se funda en la afección por modelos de atención sanitaria que se impugnan mutuamente. Los profesionales identificados con un perfil liberal al definir al adolescente articulan esta conceptualización con un paradigma de atención de la salud acorde a las especificidades que reconocen en la población en cuestión. Para este grupo las disciplinas provenientes de las ciencias sociales representan competencias irremplazables en cuanto al aporte que están habilitadas a brindar en los procesos terapéuticos. La atención interdisciplinaria es para los "liberales" condición *sine quanon* para un tratamiento de la salud exitoso, las particularidades de la población objetivo del Programa ameritan para ellos un enfoque multidisciplinar.

Mientras tanto, para los médicos llamados "conservadores", el enfoque interdisciplinario no trasciende en la mayoría de los casos la reivindicación discursiva ya que en muchas oportunidades las declamaciones de esta metodología de trabajo no se traducen en el modo en que encaran su práctica profesional, ni se legitima desde las proposiciones con que simbolizan el mundo del adolescente. La presencia del modelo médico hegemónico se hace notar aquí, junto con sus prácticas, sus conceptualizaciones y su lógica. Y esto no sólo ocurre con los médicos con un perfil "conservador" sino que también se observa en las prácticas e intervenciones profesionales de otros especialistas que en el nivel del discurso se habían manifestado como defensores acérrimos de la interdisciplina. Al sopesar los discursos que algunos profesionales profieren sobre sus pacientes con las prácticas que realizan sobre los adolescentes se revelan inconsecuencias y discontinuidades entre uno y otro. En algunos casos lo ocurrido en los ateneos pone en tela de juicio lo surgido de las entrevistas, y en otros directamente lo contradice.

¿Cómo están jerarquizadas las disciplinas al interior del Programa?

Como mencioné anteriormente, esta investigación buscó establecer si existen valorizaciones desparejas de las diferentes disciplinas que se ven representadas en este servicio sanitario, y si esta cuestión tiene implicancias en la distribución del poder entre los miembros del Programa. Esta cuestión despertó mi interés desde un principio ya que entendía que el hecho de que el Programa se inscriba en un hospital, marcaba de por sí ciertos criterios jerárquicos que seguramente se traducirían en una organización jerárquica específica hacia su Programa de Adolescencia. Este es el interrogante alrededor del que gira esta ponencia, al que se decidió introducir dando cuenta de los resultados de la pregunta por las condiciones de producción de los imaginarios acerca del adolescente, ya que estos últimos brindan algunas pistas sobre cómo desandar esta cuestión de la jerarquización de las disciplinas al interior del Programa, y permiten articular el valor otorgado al trabajo interdisciplinario desde el nivel discursivo y el de la práctica, con el lugar que efectivamente se cede a cada disciplina dentro del trabajo en equipo.

Preguntarse por la posibilidad de una jerarquización de las disciplinas al interior de este equipo de salud constituye, en el marco de un Programa interdisciplinario de atención sanitaria de la población adolescente, un interrogante ineludible³. Despejar esta cuestión permite ponderar hasta qué punto el trabajo interdisciplinario es una metodología consolidada y valorada, y más importante aún, permite visibilizar los posicionamientos relativos de cada una de las áreas al interior del equipo y sus implicancias para la dinámica diaria de trabajo.

Discursos en torno a la jerarquización de las disciplinas

La primera aproximación al material empírico encuentra una proposición que permite ligar a todos los profesionales en virtud de la valoración que explicitan de las disciplinas. Todos los entrevistados convergieron al afirmar que en lo personal no consideran a una disciplina superior a otra. En la mayoría de los casos la especificidad de las disciplinas y el campo particular que cada una atiende representan las principales razones por las cuales cada saber es considerado ireemplazable.

Sin embargo, a pesar de las opiniones personales a favor de la igualdad jerárquica de las diferentes disciplinas que se ven representadas en el Programa, al buscar elementos que

³ Vale decir que cualquier investigación que tenga por objeto estudiar opiniones entre miembros de un grupo de trabajo interdisciplinario, merece una reflexión en torno a los posicionamientos que cada disciplina obtiene dentro de su campo de trabajo ya que seguramente diferentes ubicaciones dentro del campo se traduzcan en relaciones asimétricas al interior del grupo.

permitan consolidar o ilustrar dichas proposiciones, se localizan otras afirmaciones que terminan por propiciar la ecuación inversa. Adicionalmente, algunas situaciones presenciadas en los ateneos tampoco vigorizan la paridad entre disciplinas sino que la atenúan.

Las apreciaciones individuales son seguidas de especificaciones orientadas a distinguir entre las valoraciones propias y la lógica de valores que parece operar en el Programa. Estas diferenciaciones producen grietas a partir de las cuales abordar el tema de las relaciones de las disciplinas en términos de simetrías - asimetrías, ya que las mismas se visibilizan como intentos de separar lo que ocurre efectivamente en el Programa a este respecto, de lo que discursivamente se sostiene en relación al valor asignado a las disciplinas. Es como si cada profesional entrevistado se viera en la necesidad de demostrar que, si bien algunas situaciones o estructuraciones propias del Programa dan cuenta de una desigualdad entre disciplinas, no es responsable en ninguna medida de estas posiciones desparejas ya que personalmente no asigna mayor peso a una rama disciplinar que a otra. No obstante, se ven obligados a destacar que en el Programa operan discursos, distinciones, jerarquías, prácticas, que van en desmedro de algunas matrices disciplinares y como contrapartida aventajan a otras. A este respecto sí se visibilizan distintos modos de significar las relaciones entre áreas de trabajo en virtud de las valoraciones que cada uno percibe que se ponen en juego al interior del equipo de salud. Es decir que la significación de una misma relación, por ejemplo los lazos establecidos entre los médicos y los representantes del área de salud mental, por parte de los protagonistas de dicha relación, presenta contrastes y matices, probablemente basados en la perspectiva que cada uno retome en virtud de su inscripción en el Programa. Stuart Hall (1998) construyó ya hace tiempo los supuestos teóricos necesarios para consolidar la idea de que las relaciones sociales no están siempre representadas por las mismas categorías y que reside precisamente en la naturaleza polisémica del lenguaje la posibilidad de construir diferentes significaciones acerca de lo que aparentemente es una misma relación social. Por su parte, Voloshinov (1976) apunta no sólo al don multireferencial del lenguaje sino también a su susceptibilidad ante diferentes énfasis y acentos, que remiten a los intereses del hablante indefectiblemente atravesados por su inscripción social.

Discursos con intenciones hegemónicas

Siguiendo los aportes de estos autores, y analizando el material empírico en base a la clave de lectura que estos supuestos teóricos viabilizan, se observan distintas vertientes de

sentido en función de los modos en que se define la relación entre áreas o disciplinas. Es así que se encuentran distintas explicaciones para el hecho de que en la práctica profesional diaria se materialice una dinámica de trabajo que contradiga la unánime postura contra las asimetrías entre disciplinas. En primer lugar se puede mencionar una afirmación que se replica en varios médicos, entre los cuales se encuentran el director y la vicedirectora del Programa, que a su vez coordinan el área de ginecología y el área de obstetricia respectivamente, y tres médicos clínicos. Estos médicos coinciden en la significación otorgada al trabajo interdisciplinario al plantearlo en términos de desafío, ya que manifiestan que **diariamente deben luchar contra la omnipotencia médica**. Lo que estos profesionales pretenden ilustrar con esta proposición es que la formación académica recibida por los médicos es difícil de compatibilizar con un modelo de atención sanitario que involucre disciplinas de otras ramas científicas distintas a la médica, precisamente porque esta última se caracteriza por inculcar que la potestad de un individuo enfermo la tiene el médico. Es así que, a pesar de las especificidades de la población adolescente, que presentan condiciones que hacen que se preste más que ninguna otra población al abordaje interdisciplinario, la construcción de la figura del médico que realizan las instituciones formadoras de médicos, imprime a fuego en sus estudiantes una imagen desproporcionada de la supremacía de este actor ante cualquier proceso terapéutico. Es por eso que estos especialistas juzgan que el reto que implica la intervención profesional dentro de un equipo de salud interdisciplinario es diario, porque les resulta muy difícil deshacerse de ciertas actitudes autócratas, naturalizadas probablemente por efecto de los prejuicios desde los que fueron formados. No obstante, destacan la necesidad de desterrar al modelo hegemónico de atención sanitaria que patrocina la idea de que este es un campo de exclusivo manejo de los profesionales médicos. Es decir que, a pesar del poder performativo que puede esperarse de las representaciones sociales de la profesión médica heredada de la formación académica, estos especialistas se esfuerzan porque no se cuelen estas representaciones en su práctica profesional. Este esfuerzo está basado en el reconocimiento de la importancia de matrices disciplinares distintas a la propia en la atención sanitaria de adolescentes.

Ahora bien, se dejara por un momento en suspenso la argumentación brindada por estos médicos para justificar el sentir que los obliga a luchar diariamente contra la omnipotencia médica, para vincular esta cuestión con una apreciación muy extendida entre los miembros del Programa. Me refiero al **plusvalor que detenta el área de ginecología** a los ojos de la mayoría de los integrantes del equipo de salud. Representantes del trabajo social, de la salud

mental, de la medicina clínica e incluso de la ginecología, coinciden en que este último servicio es acreedor de una sobrevaloración y que esto se traduce en relaciones asimétricas que ubican en un lugar ventajoso a los ginecólogos/as. Por supuesto que el coordinador de ésta área⁴ no advierte dicha disparidad disciplinar y simplemente se limita a rescatar la importancia de combatir la omnipotencia médica para viabilizar una atención sanitaria integral. Sin embargo, algunos de los especialistas que habían coincidido con el presidente del Programa cuando afirmaban la imperiosidad de batallar contra la supremacía que suelen arrogarse los profesionales médicos, también explicitan que es palmaria la jerarquización de la ginecología al interior del Programa.

A este respecto cabe preguntarse por qué el hecho de que una disciplina que consigue detentar un lugar jerárquico dominante no merece consideración por parte de quienes representan su autoridad máxima y en cambio se detienen en destacar la lucha personal que libran en pos de la igualdad disciplinar. Quizás algunos de los conceptos escogidos para dar cuenta de este tema ayuden a dar respuesta a este interrogante. Me gustaría recurrir al concepto de *articulación* forjado por Laclau y Mouffe (1987) y a partir de él delinear una hipótesis de lectura del escenario descrito. Siguiendo a Laclau, se puede afirmar que la hegemonía se logra a partir de prácticas articulatorias entre diferencias y equivalencias. Las diferencias representan las posturas antagónicas al grupo hegemónico y las equivalencias las posturas en armonía con este grupo. Generalmente la ruptura o la afinidad con las posturas hegemónicas están fuertemente determinadas por la posición que se ocupa en la estructura social y la relación histórica que el grupo hegemónico mantiene con esos sectores sociales. La *articulación* consiste en conectar de forma armónica intereses que en principio parecen opuestos, y quien realiza esta operación consigue reconciliar a través de su figura a distintos sectores disciplinares. En el caso particular del Programa, las diferencias y las equivalencias son tales en virtud de quien pone en práctica la articulación. Mi hipótesis es que el cometido al que apuntan estos médicos al omitir el hecho de que una disciplina médica se apodera de las posiciones y roles jerárquicos concentrándose sólo en destacar que asumen la responsabilidad de quebrantar la omnipotencia médica, es el de concretar una operación ideológica con pretensiones articulatorias. Los médicos que declaran estar comprometidos con la promoción de una intervención profesional que se apoye en los saberes de todas las disciplinas, y afirman que de esta manera luchan para socavar la idea de la omnipotencia médica, lo hacen con el fin de condensar dentro de esta cadena de ideas asociadas distintas

⁴ Quien además ejerce la autoridad máxima dentro del Programa ya que es su director

concepciones que pretenden conciliar las posturas de las diferencias (representantes de las ciencias humanísticas) con las de las equivalencias (representantes de las ciencias médicas). Al conectar de forma armónica intereses que en principio parecen opuestos, quien realiza esta operación consigue reconciliar a través de su figura a distintos sectores disciplinares y de esta manera logra anclar en su persona una cadena referencial que se ata desde los médicos hasta las trabajadoras sociales, incluyendo también a los representantes de la salud mental. La operación ideológica es tal porque se propone ocultar otra cosa. En este caso, se propone velar la supremacía de los médicos al interior del Programa al hacer hincapié en la cruzada contra la omnipotencia médica. Es así que, el presidente del Programa, al afirmar que es necesario proscribir las actitudes omnipotentes de los médicos, logra condensar las posturas que tienen al respecto tanto los médicos consustanciados con un modo no tradicional de ejercer la medicina, así como las trabajadoras sociales, los psicólogos y psicopedagogos, para quienes se podría decir que es parte de su instinto de supervivencia la alineación en pos de una organización disciplinar sin jerarquías⁵. Sin duda dicha operación ideológica logra su cometido ya que permite a quien la ejecuta constituirse en la figura hegemónica y de esta manera se beneficia a partir de ella. Esto ubica en una posición privilegiada a quien articula las diferentes fuerzas y le confiere cierta legitimidad que le permite detentar los puestos jerárquicos.

El saldo de la operación ideológica

Sin embargo, el éxito de una operación ideológica también debe medirse en función de las fracciones que no logra conciliar. La operación ideológica triunfa cuando pasa desapercibida, al no poder adscribirse ningún elemento de clase o, en este caso, ningún elemento disciplinar, y cuando goza del consenso de la mayoría de los involucrados. Aquí se observan dos reacciones contrarias en relación a la intención articuladora puesta en marcha por algunos médicos.

Por un lado, un puñado de especialistas del trabajo social y de la salud mental, parecen advertir dicha operación ideológica, ya que sostienen que dentro del Programa **no se valoran debidamente a las disciplinas de las ciencias humanas** y que esto se ve cristalizado en la

⁵ Siguiendo el planteo de Voloshinov hay un limitado círculo de temas expuestos a la atención de la sociedad y en los que esta atención suele depositar un acento valorativo, para que esto ocurra es necesario que: el tema en cuestión esté determinado por el horizonte social de la época y por un grupo social dado, y es imprescindible que el tema esté vinculado a los presupuestos socioeconómicos más importantes de dicho grupo, y que involucre en alguna medida el sostén material del grupo mencionado, el modo en que se procura sus medios de vida (Voloshinov, 1976).

sobrevaloración de la que gozan los médicos/as ginecólogos/as. Según estos especialistas, la especialidad ginecológica consigue un reconocimiento mayor que otras al interior del Programa debido a que sus representantes tienen una producción académica importante y este capital científico es el más valorado en este hospital. A sus ojos, mientras que los trabajadores sociales, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos e incluso los clínicos, no disponen de tiempo para ampliar sus conocimientos y mucho menos para producir conocimiento, debido a que diariamente se ven apremiados por las demandas de los adolescentes que se acercan al hospital, los ginecólogos pueden dedicarse a la investigación y a la actividad académica porque no constituyen una especialidad tan requerida y es esta diferencia la que es remarcada por ellos para destacarse entre los otros especialistas⁶. En tal sentido puede afirmarse que este pequeño grupo de profesionales (tres psicólogos y dos trabajadoras sociales) no han sido alcanzados por la operación articuladora y como consecuencia de ello la lucha ideológica se asume vigente. En este caso, la desnaturalización de la operación ideológica iniciada por los médicos se produce como efecto del reconocimiento de la desvalorización de la que son objeto las disciplinas afines a las ciencias sociales. Lo que estos profesionales desmontan son los intereses disciplinares que hay detrás de la operación ideológica. Esta claridad con la que algunos especialistas ven la organización jerárquica que rige en este equipo de salud, renueva y actualiza la lucha por la hegemonía que tiene por cometido imponer otro modo de entender y definir las posiciones relativas de las distintas disciplinas que componen el Programa. Para usar los términos de Elbaum, la *"lucha por la hegemonía (...), no es más que un conflicto por la imposición, la difusión, la generalización -o incluso la prohibición- de formas de entender, juzgar y percibir el mundo"* (1997, p. 80). La lucha ideológica consiste en acentuar de otra manera aquello que está en discusión, se trata de darle otras connotaciones, otro sentido, de modificar *"el peso relativo que los elementos de la ideología dominante tienen"* (Hall, 1998a). Lo que intenta es socavar la fuerza del grupo hegemónico y en ese mismo acto capitalizar en provecho propio esa fuerza. La lucha por la hegemonía arriba al territorio del signo para disputar lo que la operación de una ideología dominante intenta fijar y detener. Este proceso implica reposicionamientos permanentes. Mientras que para algunos médicos el fin de la

⁶ Una de las psicólogas explica que debido a que su especialidad requiere de una atención individual y privada, a puertas cerradas, y además por esta desvalorización de la que es objeto, debe estar permanentemente demostrando que su disciplina vale y que no se trata de un saber sencillo ni banal. Por eso explica que en el último ateneo general protagonizado por el grupo de investigación de la clínica del adolescente varón, ella intentó no traducir los conceptos psicoanalíticos a partir de los cuales abordó esta temática a una terminología más sencilla con el fin de demostrarle a los médicos que no cualquiera puede ejercer la profesión de psicólogo y que para hacerlo hay que estudiar y mucho. Es así que abordó el tema del adolescente varón desde la *lógica fálica* que es un concepto psicoanalítico, para que no parezca *"que todo es igual"*. Como puede apreciarse a partir de esta intervención en pos de la defensa del saber propio, el acento valorativo que cada grupo aplica a cada signo determina a su vez las formas de la expresión signica. De esta manera, tanto los temas como las formas de la creación ideológica forman parte de un mismo proceso, son las dos caras de una misma unidad.

contienda es conservar la posición que les permite detentar el poder y dictar la ley, para algunos representantes de las ciencias humanas el objetivo es alterar su propia posición ya que los ubica en un lugar de subordinación y sumisión. Para estos últimos el fin de la lucha hegemónica es poner en evidencia el carácter ideológico del discurso del grupo dominante para restarle fuerza y credibilidad, ya que ese discurso es el que logró legitimar la posición subalterna que les toca ocupar. Finalmente, atendiendo a las impugnaciones de la que es objeto, se puede afirmar que la operación ideológica no triunfa íntegramente ya que no logra pasar desapercibida por este grupo ni logra su consenso.

Por otro lado, una fracción de profesionales demuestra mayor docilidad ante la operación ideológica mencionada. Esta docilidad se materializa en las opiniones a partir de las cuales se intenta explicar el modo en que se estructuran las áreas al interior del Programa. Según juzgan estos especialistas **la organización de las áreas** al interior del equipo de salud no está regida por ordenes jerárquicos sino que **se estructura a partir de posicionamientos singulares que cada área adquiere en función de los roles que está llamada a desempeñar**. Así, quienes entienden que la cuestión de la posición de las áreas no debe plantearse en términos de jerarquías sino en términos de roles, identifican en cada área distintas fortalezas y habilidades que terminan por definir el rol que cada servicio asume al interior del equipo de salud. Mientras que los ginecólogos se distinguen por su producción académica y científica, las trabajadoras sociales se destacan por facilitar el intercambio disciplinar al oficiar de nexo entre las distintas disciplinas. De los médicos clínicos se acentúa el volumen de consultas que realizan diariamente y consecuentemente se los define como laburantes. Este adjetivo también les cabe a las trabajadoras sociales y a los miembros del área de salud mental, que al igual que los clínicos sobresalen por *"sacar las papas del fuego"*. Los integrantes del área de salud mental también se caracterizan por ser un conjunto de personalidades que abarcan todas las perspectivas posibles ya que no coinciden en los criterios y las teorías de las que parten para analizar las situaciones que se les presentan diariamente a través de las consultas. Consecuentemente este servicio se define por su heterogeneidad.

El énfasis puesto en la idea de posicionamientos diferentes en detrimento de la idea de la organización jerárquica de las disciplinas, se orienta en consonancia con el discurso de algunos médicos que excluyen de su sistema de significaciones la problemática de las asimetrías entre disciplinas. En este caso, la coordinadora de trabajo social, una trabajadora social rentada y una psicóloga no rentada, encarnan esta posición que no reconoce la

operación ideológica -o por lo menos no explicita hacerlo- que implica la definición de la relación interdisciplinaria en términos de desafío al poner el acento en la cuestión de la omnipotencia médica. Aquí, la pretensión ideológica de algunos discursos que circulan no parece ser advertida ya que produce efectos conciliadores y matizadores de las posturas que denuncian las asimetrías que definen las relaciones entre áreas⁷. En esta oportunidad se observa cómo la significación que se da de esta cuestión otorga tácitamente consenso a los que detentan las posiciones jerárquicas dentro del Programa y es en tal sentido que puede afirmarse que aquí la operación ideológica triunfa.

Entre los profesionales que asumen la posición recién descripta se encuentra una psicóloga que durante la entrevista también denuncia la no valoración a la que se somete a las ciencias sociales. Es decir, al vertir dos opiniones aparentemente incompatibles sobre este tema, dependiendo de en cuál de estas dos opiniones se focalice la atención se puede afirmar que esta especialista fue alcanzada por la operación articuladora o que la misma fue desmontada por ella y consecuentemente la operación ideológica no tuvo los efectos esperados en este caso. Lo que surge de la entrevista con esta psicóloga es que si bien admite que muchas veces es testigo de situaciones en las que se vuelve tangible la desvalorización que deben sufrir algunos representantes de trabajo social o algunos miembros del área de salud mental, ella nunca fue objeto de tal devaluación. Por su parte atribuye al tema de investigación asignado al grupo de trabajo interdisciplinario que le toca conformar⁸ la buena recepción que tienen sus compañeros dentro de este grupo de sus aportes. Debido a que esta especialista integra la clínica de los trastornos de la conducta alimentaria y que ésta es una problemática en la que la psicología tiene un reconocimiento indiscutido por la influencia que su campo de estudio (el pensamiento inconsciente) tiene en el desarrollo de esta patología, la especialista admite no vivir en carne propia estas depreciaciones sino más bien todo lo contrario. Es así que destaca que muchas veces dentro del grupo de trabajo interdisciplinario conformado para reflexionar desde las distintas perspectivas que se ven representadas en el Programa sobre la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria, observa que algunos especialistas de la salud mental asignan más importancia a su propio saber y desestiman el aporte que puedan realizar los médicos en relación a esta patología. Al respecto esta especialista manifiesta su

⁷ como las que definen la organización disciplinar en torno a la distinción jerárquica

⁸ El Programa cuenta con una instancia de reunión denominada "Ateneo general" que se realiza una vez por mes y está consignada a abordar una temática o problemática específica. Para estos ateneos mensuales hay conformados diferentes equipos interdisciplinarios al interior del Programa a los que se les asigna un tema de investigación. Así, mes a mes, un equipo diferente está encargado de exponer nuevos aspectos o perspectivas sobre el tema que se les ha encomendado investigar. Entre los temas que se investigan se cuentan: la clínica del adolescente varón, trastornos de la conducta alimentaria,

indignación ya que considera que no hay un saber que tenga más injerencia que otro en la resolución de una patología sino que todos cooperan en distintos sentidos para ayudar al paciente a superar el problema. Para ilustrar esto ofrece un simple ejemplo. Explica que si una paciente que sufre de anorexia ha dejado de menstruar por efecto de esta enfermedad, el psicólogo tratante debe inducirle la menstruación con medicación porque sino se puede atrofiar o perjudicar irremediablemente su sistema reproductivo. Dice que si los psicólogos, que son generalmente quienes realizan el seguimiento de este tipo de pacientes, no pueden incorporar o contemplar estas cuestiones que son aportadas por los médicos, porque se quedan en el intento de elucidar cuál es el trasfondo psicológico que lleva a su paciente a manifestar ese síntoma, su aporte no resulta suficiente ya que por privilegiar su perspectiva del problema condenó a esa chica a futuros inconvenientes ginecológicos.

Por otro lado, esta especialista demuestra una admiración por los médicos y un sentimiento de gratitud para con ellos por abrirles este campo de trabajo a los trabajadores de la salud mental, que muchas veces se ven consignados a trabajar de forma individual y en consultorios privados.

Finalmente, gracias a que esta especialista justifica cada una de sus opiniones, no resulta contradictorio el hecho de que por un lado se manifieste con los especialistas que se muestran decepcionados o disconformes con el trato diferencial que reciben en ocasiones los miembros de las áreas de trabajo social y de salud mental. Si bien ella no se siente personalmente disminuida por sus compañeros de otras disciplinas, no deja de advertir que algunos de sus colegas, probablemente por el grupo interdisciplinario de investigación que les toca integrar, reciben un trato depreciativo. Por otro lado, la valoración que le tributan sus compañeros dentro del grupo interdisciplinario de investigación le impide afirmar que los médicos reducen a las disciplinas diferentes a la propia o se sobrevaloran.

En el caso de las dos trabajadoras sociales que prefieren poner énfasis en los posicionamientos diferentes de las disciplinas y no en la idea de jerarquización de las disciplinas, la especificidad del trabajo que realizan estas profesionales dentro del Programa puede brindar una pista para explicar esta postura. En este equipo de salud el papel que cumplen las trabajadoras sociales no es un papel convencional, ni es común al que se da en

sexualidad. Al interior del Programa identifican a los distintos grupos con diferentes clínicas, es decir que se dirigen a ellos en función del tema que abordan como la clínica de, por ejemplo, los trastornos de la conducta alimentaria.

otros centros de salud. Por lo general los trabajadores sociales que trabajan en el ámbito de la salud se limitan a subsanar cuestiones vinculadas con los recursos económicos de los pacientes, la eximición de bonos para la realización de estudios, etc. En el ateneo de trabajo social estas profesionales explicaron que si bien en el plano social hay una sobrevaloración de la medicina y que la gente que asiste a un hospital lo hace buscando a un médico y no a un trabajador social, en este Programa estos profesionales encontraron un espacio en el que de a poco pudieron ampliar el abanico de actividades que podían dejarse a su cargo. A base de esfuerzo y de mucha confrontación, pero sobre todo evitando ponerse en el lugar de la víctima, de los excluidos, en el lugar de la queja por todo lo que no se les reconoce, lograron adoptar un perfil distinto al del trabajador social que exime bonos de consulta o de estudios. En cambio, decidieron ganarse su espacio, que por las características del adolescente confiesan que les resultó más fácil de lo que podría haber ocurrido con un equipo interdisciplinario dedicado a la atención sanitaria de otra población. De esa manera, comenzaron a imprimirle un perfil distinto al rol del trabajo social dentro de un equipo de salud con esas características y de a poco fueron conquistando un espacio de trabajo diferente y cosechando reconocimiento. Principalmente apuntaron a cumplir un rol contextualizador intentando construir la trama social en la que se inscriben las problemáticas que los adolescentes plantean en las consultas, y asumieron la responsabilidad de ser guardianes del cumplimiento de la interdisciplina. Según la visión de estas especialistas del desarrollo particular logrado por el trabajo social al interior del Programa, la figura del trabajador social se ha constituido en una pieza fundamental dentro de este Programa como parte indispensable del complejo engranaje que representa un equipo de salud interdisciplinario.

Si bien los ginecólogos se posicionan en un espacio privilegiado dentro del equipo por tener un reconocimiento académico y una producción científica que difícilmente otros especialistas pueden igualar; los trabajadores sociales de este Programa cuentan con la distinción de ser los exponentes del trabajo interdisciplinario. En la entrevista de admisión a los pacientes a cargo de estas profesionales del trabajo social, llevan adelante la ardua tarea de indagar sobre el entorno del paciente, de trazar el genograma familiar de los adolescentes, de detectar conductas de riesgo, de elucidar los móviles no manifiestos de la consulta. En definitiva, se encargan de brindar al especialista requerido por el paciente el contexto que circunda a ese adolescente, el trasfondo de la situación, problemática o patología que el chico plantee en la consulta. Además, en los casos que se divisan conflictos, problemáticas o conductas de riesgo de competencia de profesionales distintos a los que acuden los adolescentes, se proponen

generar en el paciente la necesidad de consultar a otras especialidades para atender estas cuestiones. Todos estos aportes que realizan las trabajadoras sociales las convierten en una figura de vital importancia para las disciplinas restantes y esto es advertido por ellas. Es comprensible que habiendo conseguido la posición que hoy ocupan en el Programa las trabajadoras sociales signifiquen la organización de las diferentes áreas en relación a los posicionamientos y roles específicos que cada una tiene y no en términos de jerarquías⁹.

Los efectos de una organización jerárquica dentro de un régimen de hegemonía

De esta manera, en este Programa de salud se observan dos tradiciones o realidades que parecen pertenecer a dos lógicas o espacios distintos. Una de ellas, que se podría atribuir como parte de lo social y de origen externo al Programa, reconoce a los médicos un alto status social *per se*, es decir, por la portación de ese título universitario. Este status se funda en una jerarquización que opera en lo social, afuera del hospital, y que data de muchos años atrás. Esta lógica realza el valor del médico porque éste posee un saber específico y difícil de transmitir, considera que los conocimientos que debe incorporar un médico no pueden ser aprehendidos por cualquiera y que es condicionante tener un temperamento especial y vocación para poder llevar adelante esta profesión. Ser médico, que se consigue con mucho esfuerzo y sacrificio, termina siendo, para esta tradición, una actividad superior a cualquier otra, ya que tiene por fin "salvar vidas". Sin duda, ésta lógica está implícita en el Programa, a tal punto que sus representantes médicos deben admitir la necesidad de luchar contra la representación del médico que les fue inculcada mientras los formaban. También se hace patente la presencia que tiene aquí esta tradición en la afirmación realizada por la mayoría de los miembros del Programa que demuestra que todos ellos advierten que dentro del equipo los médicos ginecólogos están sobrejerarquizados¹⁰. Por otro lado, se vuelve más tangible la gravitación de esta lógica al contemplar las opiniones vertidas por algunos médicos respecto de sus compañeros del área de salud mental al consultarlos por si opera o no en el Programa

⁹ Aquí puede apreciarse la bifurcación de opiniones observada en el caso de la psicóloga antes mencionada. Una de las trabajadoras sociales, que manifiesta más conveniente simbolizar las posiciones que cada área tiene en función de los roles que cada una desempeña, también nota que en ocasiones su disciplina no es valorada por otros especialistas como debería. Afirma que, a pesar de que el equipo de trabajo social adoptó una estrategia que tiene por cometido tanto el trabajo con el adolescente como el trabajo hacia el interior del Programa estimulando el intercambio disciplinar, muchas veces siente que el trabajo que debe hacer con sus compañeros requiere demasiado esfuerzo, al punto de ser más desgastante el trabajo que deber realizar al interior del equipo, del que les corresponde hacer con los pacientes. Según esta profesional en más de una oportunidad el área de trabajo social debe soportar actitudes intrusivas de parte de los médicos que en ocasiones se aventuran a opinar sobre cómo resolver cuestiones de competencia exclusiva de las trabajadoras sociales.

¹⁰ Resulta legitimadora de esta percepción que tienen la mayoría de los miembros del Programa un comentario de una de las ginecólogas, quien al ser interrogada sobre si observa que opera una jerarquización de las disciplinas al interior del Programa, responde: "(...) Por ejemplo, en éste ámbito, que no me parece mal pero a veces nos ponemos un poco celosos el resto, por lo menos los ginecólogos, está muy valorada la parte de trabajo social. (...) Pero hay ciertas actividades en las que se mete trabajo social que yo siento como que está bien que se metan pero que no tomen el mando. Pero bueno uno también es un poco celoso".

una sobrevalorización o una desvalorización de alguna disciplina. Al respecto, tres médicos clínicos juzgan que no opera ninguna calificación jerárquica entre las disciplinas pero que sin embargo las disciplinas provenientes de las ciencias sociales, específicamente se refieren a **los psicólogos y psicopedagogos** y marginalmente a las trabajadoras sociales, **demuestran tener un complejo de inferioridad respecto a las disciplinas médicas**. Al interrogar a estos profesionales sobre la razón que ellos le atribuían a este hecho, negaron toda responsabilidad al respecto ya que, como dijeron al principio, ellos atribuyen la misma importancia a todas y cada una de las disciplinas. Es decir que a sus ojos esa baja autoestima de los psicólogos y psicopedagogos no esta causada por otros especialistas. Esta opinión está basada en sus observaciones de la dinámica de trabajo que ponen en marcha estos especialistas que termina por evidenciar la baja estima que los miembros del área de salud mental tienen por su trabajo al delegar en muchas oportunidades a los médicos algunas tareas de su competencia.

Es difícil saber, por un lado, si los psicólogos realmente experimentan este sentimiento de inferioridad ya que ninguno de ellos explicita hacerlo; por otro lado, y en el caso de que la percepción de los médicos sea real, si son los médicos del Programa quienes generan este complejo de inferioridad, o si tiene que ver con sensaciones que no se producen a partir del contacto con otras disciplinas dentro del Programa sino que se dan por efecto de estímulos externos al equipo. Ya sea por una razón o por otra, lo cierto es que esta afirmación alegada por estos tres médicos clínicos, puede leerse de dos maneras pero tanto una lectura como la otra permiten concluir que la lógica del status social de los médicos cobra fuerza en el Programa. Si se interpreta que el sentimiento de inferioridad que experimentan los miembros del equipo de salud mental está provocado por la desvalorización que los médicos le devuelven, la lógica se sitúa del lado de los médicos, quienes la traducen en su actitud despreciativa hacia estos especialistas. En cambio, si esa lógica logro filtrarse en la mentalidad de los psicólogos y psicopedagogos y eso se transcribe en una baja autoestima, también es innegable la gravitación de dicha tradición, aunque en este caso la misma se sitúa en la cabeza de los psicólogos y psicopedagogos.

Tanto la primer interpretación de esta situación como la segunda están atravesadas por el mismo régimen hegemónico, ambas se ubican en un mismo campo de fuerzas. En este caso, las relaciones de poder al interior del Programa ubican a los médicos ginecólogos en un lugar dominante y a los trabajadores sociales y profesionales de la salud mental en una posición subordinada. Se podría arriesgar que los médicos clínicos reproducen la idea de *homologación*

de Gramsci, ya que sin ser representantes del grupo dominante, tienen características que los acercan bastante a ellos. Los ginecólogos ejercen la hegemonía y como contrapartida de este uso de poder y como efectos colaterales del mismo, es “lógico” que los grupos subordinados se autoperciban “inferiores” respecto al grupo dominante. Sin este sentimiento de inferioridad que experimentan los representantes de las disciplinas humanísticas, a los ginecólogos les hubiera resultado muy difícil imponerse y conseguir el consenso de todos los involucrados para detentar los altos puestos de poder. Si la lógica tradicional que coloca al médico en un lugar que se confunde con el de las figuras sacras, no se colara como lo hace en los imaginarios de los miembros del Programa, probablemente los médicos no hubieran encontrado los argumentos suficientes (y mucho menos el consenso) para impulsar, sostener y eventualmente ganar su lucha por la hegemonía. De no filtrarse en el Programa esta lógica, es de suponer que los profesionales de las ciencias sociales y de la salud mental no absorberían un sistema jerárquico a partir del cual medir las distintas disciplinas, y consecuentemente no tendrían razones para considerarse inferiores.

La hegemonía no es un régimen de dominación transparente, es una dominación que se ejerce con disimulo, es un poder que no se ostenta, que pretende hacer creer a los dominados que no es tal, que no hay dominados ni dominadores. Pero efectivamente es un régimen de dominación y lo es por consenso. Cuando un grupo subalterno brinda su consenso a un grupo que se coloca por encima de él, no sólo está legitimando que ese grupo, constituido ahora a partir de su aprobación en el grupo hegemónico, detente el poder, sino que se está autoreconociendo inferior, se está supeditando a la voluntad de ese grupo y con este gesto también se está autodefiniendo en relación al grupo hegemónico.

El complejo de inferioridad atribuido a los no-médicos debe entenderse desde las identidades que prescribe un régimen hegemónico a sus actores fundamentales. El grupo dominante define su identidad a partir del lugar que ocupa en la estructura social, y lo mismo ocurre con los que no ocupan posiciones tan afortunadas. Por otro lado, cada uno de estos grupos define al otro en función de su propia identidad, es decir, de forma relacional. Es así que el complejo de inferioridad que sienten los profesionales de las ciencias sociales es “natural” en un régimen que los ubica en posiciones subalternas o de sumisión. Así como es “natural” que los médicos juzguen inferiores a los no-médicos¹¹ porque esa inferioridad legítima que sean ellos quienes ocupen los puestos jerárquicos y no los otros.

¹¹ Más de una vez los representantes de las ciencias médicas se dirigen a los trabajadores sociales o los profesionales de la salud mental como “no-médicos”. Este es un ejemplo muy elocuente de los acentos valorativos a los que se somete a los

La otra tradición que subyace al Programa es específica de él y no proviene del afuera sino que es generada al interior del mismo. Esta tradición tiene que ver con el lugar y el rol especial que se otorga dentro del equipo a los representantes del trabajo social. La importancia que logran estos profesionales, la irreductibilidad de sus actividades a las que realiza cualquier otro profesional, trazan una lógica totalmente diferente a la anterior. Dentro de esta lógica el status social no cuenta y sólo importa la operatividad y la funcionalidad que le brindan las distintas disciplinas a la atención sanitaria de los adolescentes. El trabajo social realiza una contribución incalculable que reside principalmente en facilitarles con su aporte el trabajo a los demás profesionales. Algo similar ocurre con los profesionales de la salud mental, aunque la relación de la medicina con estas disciplinas está un poco más desarrollada y más sedimentada socialmente de la que entablan en este Programa los médicos con las trabajadoras sociales. Este rol que los trabajadores sociales han sabido construir instaaura otra lógica diferente a la tradicional y a partir de su surgimiento (y porque debe convivir con la lógica tradicional) desata una lucha de poder con la tradición médica hegemónica.

A modo de conclusión

Esta lucha que libran ambas tradiciones consiste en la lucha por la hegemonía, en la batalla por imponer el sentido de lo que está en juego. Las armas para librar esta batalla son discursivas por eso la contienda nunca finaliza. La guerra nunca termina, se reproduce y redefine permanentemente en su afán por ampliar el consenso. Las dos entonaciones fuertes que intentan imponerse son las que condensan las dos tradiciones o realidades graficadas hasta aquí. Algunos buscan acentuar el valor que históricamente simbolizó la medicina, mientras otros enfatizan la utilidad que cada disciplina tiene para brindar a la atención sanitaria. Entre estos dos polos oscila o se mueve la lucha por la hegemonía. Las distintas significaciones que intentan dar cuenta de lo que es una misma relación social, apuntan primordialmente a instaurar el sentido propio y ese sentido está en armonía y supeditado a la inscripción del hablante en el Programa.

En suma, la relación entre áreas al interior del Programa es signficada de cinco formas distintas. En muchos casos un mismo actor aporta más de una interpretación de la realidad del Programa en esta materia, en otras oportunidades representantes de disciplinas no afines

signos en pos de los intereses del hablante. Por otro lado, también pone de manifiesto la construcción relacional de la identidad. La operación de la designación de "los otros" por "no-médicos" condensa tanto la depreciación de la que el otro es

convergen en la lectura que hacen de ciertas situaciones, y en muchas otras la formación disciplinar parece ser determinante de las opiniones que algunos contextos suscitan. Es así que algunos profesionales manifiestan que el trabajo interdisciplinario en salud conlleva un desafío muy grande en virtud de la omnipotencia médica que les fue grabada a los médicos durante su formación; otros opinan que el trabajo interdisciplinario dentro del Programa revela la desvalorización de la que son objeto las disciplinas provenientes de las ciencias humanas, mientras que también se escucha la interpretación que acredita que no gobierna una organización jerárquica de las disciplinas sino una organización basada en la distinción por roles. Por último, mientras un gran número de profesionales asegura que los ginecólogos detentan la posición más jerárquica que tiene el Programa, un puñado de médicos observa que algunos representantes de las disciplinas sociales sienten un complejo de inferioridad.

Bibliografía

- BALARDINI, Sergio y MIRANDA, Ana (2000): "Juventud, Transiciones y permanencias". En: *Pobres, pobreza y exclusión social*. CEIL/CONICET. Bs. As.
- BOURDIEU, Pierre y WACQUANT, Loic J. D. (1995): *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Grijalbo. México D.F.
- COHEN, Diana (2003): "¿Quién decide? El adolescente como agente moral". En: *Revista Perspectivas Bioéticas*. 2003, N° 8. FLACSO/Gedisa. Barcelona. pp. 55-67.
- ELBAUM, Jorge (1997): "Antonio Gramsci: optimismo de la voluntad y pesimismo de la razón". En: *Cuadernos de Comunicación y cultura de Teoría y práctica de la Comunicación. Elementos para el análisis. Cátedra Ánibal Ford*. Cuaderno 54, Bs. As., 2º Cuatrimestre, 1999.
- FOUCAULT, Michel (1973): *El orden del discurso*. Tusquets, Barcelona.
- FOUCAULT, Michel (2000): *Defender la sociedad*. Fondo de cultura económica, Bs. As.

- GRAMSCI, Antonio (1971): "Selections from de Prison Notebooks. Internacional Publishers". En: HALL, Stuart (1998): *Revista Doxa*. "El problema de la ideología: marxismo sin garantías". Año IX, nº 18.

- HALL, Stuart (1998): "El problema de la ideología: marxismo sin garantías". En: *Revista Doxa*. Año IX, nº 18. Bs. As.

- KRAUSKOPF, Dina (2000): "Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes". En: BALARDINI, Sergio (comp): *La participación social y política de los jóvenes en el horizonte del nuevo siglo*. Colección de Grupos de Trabajo, CLACSO, Bs. As.

- LACLAU, Ernesto y MOUFFE, Chantal (1987): *Hegemonía y estrategia socialista*. Siglo XXI, Bs. As. Cap. 3.

- VOLOSHINOV, Valentín (1976): *El signo ideológico y la filosofía del lenguaje*. Nueva Visión. Bs. As.

- WILLIAMS, Raymond (1980): *Marxismo y literatura*. Península. Barcelona.

- ZIZEK, Slavoj (1992): "Cómo inventó Marx el síntoma". En: *El sublime objeto de la ideología*. Siglo XXI. México.