

Introducción. Etnografía clínica y narrativas

LIZ HAMUI SUTTON*
JOSEFINA RAMÍREZ VELÁZQUEZ**

El presente volumen tiene el propósito de compartir reflexiones teóricas, metodológicas y empíricas de un grupo de académicos que se ha propuesto develar las maneras en que la investigación narrativa puede emplearse en un contexto clínico institucional de salud mental y neurológica en México. Consideramos explorar las experiencias relacionadas con los encuentros cara a cara, los entornos intersubjetivos y el contexto clínico específico, para dar cuenta de las condiciones sociohistóricas de la atención sanitaria y la formación de médicos psiquiatras, que constituyen entornos culturales donde se generan narrativas y se co-producen determinados saberes y prácticas.

En los contextos clínicos se desarrollan diversos rituales interactivos entre diferentes actores sociales, que adquieren significado (para la comprensión y la atención de las afecciones de orden psicoemocional y mental) y, por tanto, comunican alrededor de un objeto los intercambios simbólicos. En esta obra se presenta el desa-

* División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

** Posgrado de Antropología Física, ENAH.

fío teórico y conceptual que emerge al realizar la etnografía clínica desde su producción narrativa.

Antes de plantear las directrices teórico-metodológicas que estructuran el conjunto de los estudios de esta obra, nos permitimos comentar que somos un equipo de investigadores y doctorantes de diversas instituciones (Facultad de Medicina-UNAM; ENAH; Cifanep, donde se llevó a cabo el presente estudio; IMSS, Hospital de la Mujer e Insabi) que conformamos el Seminario Permanente “Narrativas del Padecer”, con sede en la Facultad de Medicina de la UNAM. Este seminario se configura como la franja de actividad donde hemos co-producido, articulado y puesto en tensión teorías, estrategias metodológicas, acercamientos epistemológicos, cuestiones éticas e incluso estéticas, por medio de la discusión de lecturas a la luz de datos empíricos. Desde ahí, la UNAM nos ha distinguido con su reconocimiento y apoyo financiero en tres ocasiones por medio de DGAPA-PAPIIT.¹ El primer Proyecto DGAPA-PAPIIT IN404716 se orientó hacia la reflexión teórico-metodológica y generó como resultado un libro titulado *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*.² En el Proyecto DGAPA-PAPIIT IN304818 planteamos poner a prueba nuestro encuadre teórico-metodológico con perspectiva narrativa y emprendimos una investigación conjunta en contextos clínicos, específicamente en el área de la salud mental, parte de lo que aquí daremos cuenta. Aunque parezca obvio, una de las razones por las que decidimos aproximarnos a contextos clínicos donde se trata la salud mental, es por la casi inexistencia de la investigación que dé cuenta de cómo se gestiona la atención médica y, sobre todo, desde la investigación etnográfica.

Contexto etnográfico

La sede en la que llevamos a cabo la etnografía clínica fue el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep), institución de tercer nivel de atención cuyo campo de conocimiento son las neurociencias clínicas, configuradas por especialidades, que están a la vanguardia científica: neurología, neurocirugía y psiquiatría. Esta entidad se aboca a la investigación,

¹ Los proyectos quedaron registrados con las claves IN404716, IN304818 e IN305320.

² Liz Hamui et al., *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, 2019.

enseñanza, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrales, desde sus bases moleculares hasta sus componentes sociales. Es un centro de alta especialidad caracterizado por ser único a nivel nacional, y por ello tiene afluencia de gente diversa de todo el país. Los pacientes que se aproximan ahí forman parte de la mitad de la población nacional sin seguridad social que atiende la Secretaría de Salud en sus múltiples niveles. Los tres tipos de servicios otorgados son: consulta externa, urgencias y hospitalización. El equipo médico está integrado por especialistas y subespecialistas de las ciencias neurológicas y psiquiátricas, a quienes se denomina “adscritos”, enfermeras postgraduadas, profesionales de actividad asistencial como fisioterapeutas, trabajadoras(es) sociales, nutriólogas(os), etc. Los residentes en formación realizan su entrenamiento en alguna de las tres especialidades, seis subespecialidades o en más de veinte cursos de alta especialidad, que a su vez se distinguen según el año académico que cursan: R1, R2, R3, R4, R5 o residentes de alta especialidad (RAE).

Trabajo de campo y consideraciones éticas

La etnografía clínica y las narrativas de los trabajos aquí presentados se llevaron a cabo en el Cifanep durante 2019. Para el acercamiento a las franjas de actividad se elaboraron guías de observación y guías de entrevista con el fin de orientar la descripción del contexto de la interacción y el contenido de los intercambios verbales y no verbales en los procesos de atención y formación. Para la recopilación de información empírica se utilizaron diarios de campo y audio grabadoras. Abordamos algunas franjas de actividad del Cifanep como son el servicio de psiquiatría, la consulta externa, los cuidados paliativos y el área de fisioterapia para pacientes neurológicos. El equipo se subdividió en cuatro subgrupos para etnografiar dichas franjas. Dos estuvieron en el área de fisioterapia, dos en consulta externa, dos más en cuidados paliativos y dos últimos siguiendo y entrevistando a los residentes de psiquiatría y sus profesores. La presencia de los investigadores fue frecuente a efecto de captar no sólo la acción sino el *ethos* que caracteriza a la cultura institucional.

Durante el trabajo de campo se tuvieron presentes las consideraciones éticas planteadas en el protocolo y de acuerdo con el Art. 16 del Reglamento de la Ley General de Salud de México, en mate-

ria de Investigación para la Salud, y se mantuvo resguardo confidencial, tanto del material generado como de la identidad de todos los participantes, cuyos nombres fueron reemplazados por seudónimos.

El protocolo de investigación y el diseño metodológico fueron aprobados por *las siguientes instancias*: las comisiones de Investigación y Ética de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM; por el Comité Académico de Dictaminación de la DGAPA-PAPIIT, y finalmente, por el Comité de Investigación del Cifanep, institución a la que agradecemos ampliamente su disposición, ya que ello permitió nuestra entrada, sin restricción, a los diversos espacios clínicos del hospital.

Aunque la observación y la escucha fueron las guías básicas de la etnografía, es preciso señalar aquí que la anuencia del Comité de Investigación del Cifanep significó la negociación y la aceptación de nuestra presencia como investigadores de campo, de tal manera que podemos anotar, como lo hace Wind, que la observación realizada fue una observación interactiva negociada.³ Además, el tránsito por los entornos clínicos requirió el uso de la bata blanca con el objeto de que nuestra presencia no fuera cuestionada por los vigilantes y por el personal de salud del nosocomio, pero también para pasar lo menos desapercibidos y con ello no alterar las formas cotidianas de interacción. El poder de dicha prenda resultó intenso, pues nuestra circulación y posibilidad de observación de las situaciones de interacción fue amplio y efectivamente nos permitió establecer un acercamiento más terso en un ámbito de por sí tenso por la adversidad y el drama que significa la incertidumbre de la enfermedad y el sufrimiento. Aunque habrá que señalar también que nuestra presencia no fue neutra o inocua, ya que la indagación antropológica implicó, en ocasiones, reacciones de los actores en el sentido de que las relaciones jerárquicas estaban siendo trastocadas al dar voz a los actores involucrados. Sin embargo, el manejo de las situaciones fue cauto y se intentó evitar la disrupción en el registro de lo observado y dialogado.

También cuidamos el apego al consentimiento informado; el permiso institucional de registrar lo que ahí sucede se dio con la

³ Guittle Wind, "Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings", *Anthropology & Medicine*, vol. 15, núm. 2, 2008, pp. 79-89. Abundaremos en ello más adelante.

aprobación del protocolo; no obstante, para la audio-grabación de encuentros y entrevistas solicitamos explícitamente la participación voluntaria de los actores involucrados, misma que quedó registrada verbalmente en las entrevistas o en formatos firmados en papel para ese fin.

Por último, agradecemos ampliamente la colaboración y participación en la investigación etnográfica del personal médico y administrativo del Cifanep, así como a los pacientes, que amablemente compartieron sus historias.

Orientaciones teóricas

Salud mental

El *ethos* biomédico y sus narrativas científicas especializadas se generan y circulan, se apropian y se reproducen en los entornos clínicos del Cifanep. La concepción biomédica de la salud mental se define a partir de dos características fundamentales: la reducción de lo mental a un proceso biológico y la ausencia de enfermedad como criterio de normalidad. Desde este enfoque, la salud mental está sustentada en un monismo biologicista, en el cual, la personalidad, el comportamiento, los afectos, las emociones y los pensamientos están determinados por causas físicas, concretas o tangibles. La segunda característica es el protagonismo que se otorga a la enfermedad mental como eje identitario, a partir de la manifestación de desórdenes en diferentes procesos cerebrales que median el funcionamiento psicológico.⁴ De esta manera, el binomio salud-enfermedad se deconstruye en la medida en que la ausencia de una depende de la presencia de la otra, sin terminar de definir si lo mental obedece únicamente a lo biológico o no. Al tener indeterminación acerca de lo que representa la salud mental, el paradigma entre lo biológico, psicológico o subjetivo genera ambigüedades técnicas y discursivas en su saber, lo que influye particularmente en su campo de acción.

Hablar de la salud mental es complejo puesto que no existe una categoría homogénea y unificada, con bordes epistemológicos, teó-

⁴ Diego Restrepo y Juan Jaramillo, "Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública", *Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 30, núm. 2, 2012, pp. 202-212.

ricos y metodológicos bien marcados de lo que podemos llamar “salud mental”.⁵ De hecho, el manejo de los trastornos mentales, históricamente regulado por la psiquiatría, ahora es parte de la salud mental, un sector llamado a organizar, a través de sus políticas, instituciones y profesiones, una respuesta a la situación psicológica de las personas.⁶

Payá y colaboradores sostienen, desde la perspectiva socio-antropológica, que la enfermedad mental es una construcción social compleja, imposible de entender únicamente desde la perspectiva médica. Esta última privilegia el análisis biológico del cerebro y el trastorno mental queda inmerso en un universo simbólico que lo determina, a partir de las relaciones emocionales que se establecen entre los integrantes de la familia, el paciente y la institución psiquiátrica.⁷

Franjas de actividad

Las acciones intersubjetivas son situadas y contextualizadas e incluyen a distintos agentes posicionados, como el personal de salud centrado en el conocimiento especializado, y *otros*, en sus saberes y prácticas particulares que se relacionan en los diversos entornos clínicos. Estos últimos se organizan en torno a elementos normativos que los presentan como espacios organizados; no obstante, en los intercambios sociales surgen tensiones, conflictos, desencuentros, negociaciones que contradicen lo normativo, pero no impiden el funcionamiento institucional en el ámbito de la atención a la salud. En este sentido, Castoriadis señala que las instituciones se crean por azar, pero se mantienen por el seguimiento racional de la necesidad de los sujetos.⁸ El azar responde a dinámicas locales y globales, fuerzas internas y externas como las económicas, las políticas de salud, las creencias religiosas, las ideologías, los valores culturales, que intervienen a distintos niveles y en situaciones diversas. Estos ele-

⁵ Diego Restrepo y Juan Jaramillo, *op. cit.*

⁶ Ilario Rossi, “Penser la diversité par les transitions de la santé mentale”, *Alterstice*, vol. 4, núm. 2, 2014, pp. 39-48.

⁷ Víctor Payá y Marco Jiménez, *Institución, familia y enfermedad mental. Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico*, México, Juan Pablos Editor, 2010.

⁸ Cornelius Castoriadis, “Institución de la sociedad y religión”, *Vuelta*, núm. 93, 1984, pp. 18-29.

mentos variables se intersectan con el funcionamiento institucional que depende de su estructura y organización, expresadas en manuales organizativos y documentos técnico-administrativos. La autonomización garantiza el funcionamiento institucional al responsabilizarse y responder con dispositivos instituidos e instituyentes a las necesidades de salud de la población.

Nuestro trabajo se enfoca en la estructura, funciones, normatividad, así como en las prácticas formales e informales del Cifanep, pues éste constituye un marco de referencia común que opera con principios ordenadores y permite estructurar procesos de atención, investigación y educación en las diversas franjas de actividad institucional. Para la comprensión de las interacciones en la clínica acogimos la perspectiva *goffmaniana*, que pone atención en el concepto “marco” para describir situaciones de intercambio entre sujetos sociales, con el objetivo de conceder significado al flujo de acontecimientos que se desarrollan en el proceso.

Los variados marcos de referencia incorporados por los agentes operan como esquemas interpretativos. Al interactuar en una organización específica, en este caso el hospital, participan de la cultura institucional de este espacio social. De ahí que nuestro objeto de estudio busca relacionar la situación, captada por la etnografía y las tramas narrativas en contextos clínicos, con el clima organizacional específico, a efecto de dar cuenta de los procesos de atención y formación que ahí suceden.

Para explicar las interacciones en los entornos clínicos, la propuesta teórica de Goffman ayuda a integrar espacios y tiempos para descifrar las acciones sociales situadas y contextualizadas.⁹ Los distintos actores, unos centrados en el conocimiento especializado, otros en sus saberes y prácticas, se relacionan en diversas franjas de actividad institucionales.

Las franjas de actividad constituyen contextos intersubjetivos iterativos en los que acontecen intercambios que producen nuevas situaciones y provocan el re-diseño de estrategias que reactualizan el campo discursivo. La acción performativa, en términos *butlerianos*, en las franjas de actividad, depende de situaciones en las que su misma estructura es parte de sus circunstancias. La noción de performatividad da cuenta de la fuerza o el poder que los actos tienen

⁹ Erving Goffman, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006.

sobre otros individuos y sobre el mismo hablante y, sobre todo, de su capacidad de producir cambios y transformaciones intencionales. El concepto de *performatividad* en Butler,¹⁰ como en Goffman el *frame analysis*, es un intento de encontrar la forma de re-pensar la relación entre las estructuras sociales y los organismos individuales. En su interpretación, la performatividad “se entiende como aquello que promueve y sostiene la realización gracias a un proceso de iterabilidad o de repetición sometida a ciertas normas”, donde las locuciones son hechos, es decir, procesos espontáneos. Así como las normas son válidas sólo en algunos contextos, para algunas personas y para diferentes situaciones, la idea de la performatividad presupone el poder iterativo del campo discursivo en la interacción. Derrida entiende el concepto de iteración como la posibilidad de repetición indefinida que implica al sujeto en lo factual, pero también lo trasciende en el campo de lo discursivo.¹¹ Butler utiliza la teoría de la iterabilidad con la finalidad de profundizar su concepto de *performance* y refiere: “La performatividad no puede ser entendida fuera de un proceso de iterabilidad, una regulada y limitada repetición, que crea normas [...] Esta iterabilidad implica que el performance no es un acto o evento singular, sino que es una producción ritualizada [...]”.¹²

En este sentido, las franjas de actividad no se encuentran nunca en un estado definitivo, continuamente están en un estado de iteración. Los actos performativos se construyen por la repetición, la persistencia y la estabilidad, pero también por la posibilidad de la ruptura, del cambio, de la deconstrucción. Habrá que aclarar que el performance no es solamente una actuación, una teatralización o simplemente un hacer, como en ocasiones se le critica a la propuesta de Goffman. Según Butler, esta iteración instituye al sujeto a la vez que es su condición de temporalidad.

¹⁰ Judith Butler, *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

¹¹ Jacques Derrida, “Firma, acontecimiento, contexto”, en *Márgenes de la filosofía*, 2000, p. 356.

¹² Judith Butler, *op. cit.*, p. 95.

Narrativas y tramas de interacción

En la urdimbre de las interacciones sociales en contextos clínicos se imbrican las narrativas en las que habitan mantos de significación, signos y símbolos comunicativos que se articulan y se tensionan en cursos de acción coherentes y discordantes. Las narrativas se refieren tanto a la manera en que se estructuran y operan los relatos, como a los agentes que los co-producen en la interacción social. En ellas aparecen huellas de la memoria, de la experiencia pasada y presente, de las expectativas y los imaginarios compartidos, de las preferencias, valores y creencias, en suma, de la vida humana en el mundo. La investigación sobre narrativas tiene un potencial dialógico en múltiples niveles y está cargada de experiencias que vale la pena explorar.

En las narrativas del padecer, durante el itinerario de la atención médica institucionalizada se entrecruza lo personal, lo social y lo relativo a la salud; todo ello mediado por un *cuerpo sentipensante*.¹³ Las afectaciones mentales y corporales, las emociones, los sentimientos, las actitudes, los saberes que acompañan a la experiencia del padecer se expresan en las narrativas verbales y performativas. El sujeto enfermo se posiciona en contextos clínicos específicos y manifiesta su condición mediante dispositivos socioculturales incorporados que le permiten dar sentido a su experiencia y transmitirla de modo que resulte comprensible para el otro. En la acción de relatar se ponen en juego la identidad propia, las relaciones con otros, las ideas preconcebidas y las proyecciones para el futuro.

Desde el punto de vista ontológico, dar cuenta de los cambios corporales, incluidos los mentales, implica, en palabras de Ricoeur,¹⁴ un ejercicio de reconfiguración identitaria sólo posible mediante la narrativa. En dicho proceso, la persona es la misma y otra a la vez; asimismo, requiere de cadenas de significados para explicar la transformación de su ser. Las cuestiones epistemológicas también surgen

¹³ La noción de cuerpo *sentipensante* alude a una configuración epistémica integradora desde la cual el cuerpo objeto trasciende a ser sujeto y agente de experiencia perceptual de interacciones afectivas y sensibles que negocia sus circunstancias. Véase Josefina Ramírez, "Una reflexión epistemológica para la construcción del cuerpo sentipensante: la búsqueda del cuerpo perdido", *Corpo Grafías. Estudios críticos de y desde los cuerpos*, pp. 1-17. Aceptado para su publicación en julio de 2019.

¹⁴ Paul Ricoeur, "Sexto estudio. El sí y la identidad narrativa", en *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI, 1996.

en las experiencias del padecer: la posición de la persona en el espacio social afecta sus roles y modifica tanto la percepción propia como la de quienes la rodean. Las interacciones sociales se dan bajo supuestos diversos y cambia el modo como se lee la realidad.

También la dimensión metodológica se ve reestructurada; las formas de hacer se transforman en función tanto de las potencialidades y limitaciones físicas y mentales como de las prácticas cotidianas. Las acciones performativas se van adecuando a las posibilidades que el cuerpo y el estado mental permiten de facto y se afecta el acto de narrar la experiencia. Los problemas éticos se vuelven evidentes cuando el sujeto es leído en clave de moralidad: lo que es permisible, lo incorrecto, lo injusto, lo vergonzoso, lo involuntario, y atraviesan la interpretación de los diversos trastornos del cuerpo-mente. La moral media en los procesos de subjetivación y objetivación,¹⁵ y no son unívocos: son múltiples, dinámicos, contradictorios, y se expresan en la polifonía de las narrativas de los agentes sociales. Sobre una misma enfermedad hay lecturas éticas variadas y justificaciones disimiles que aluden a enunciados y cursos de acción alternativos articulados en variadas modalidades que afirman o desafían el discurso biomédico hegemónico.¹⁶

En las narrativas de la salud-enfermedad-atención, la comprensión de la experiencia corporal y mental pasa por los significados socializados atribuidos por la biomedicina, la familia, la tradición, la comunidad o los referentes de salud pública, y tienen efectos tanto en la identidad como en la historicidad del sujeto. En las narrativas del padecer, la intrusión de los dispositivos institucionales de salud (incluyendo al personal especializado: médicos, enfermeras, farmacéuticos, fisioterapeutas, entre otros) reorienta las trayectorias biográficas y afecta la vida de los enfermos, y lo hacen con autoridad —de manera legítima— debido a la confianza socialmente depositada en la medicina.

Lo que liga la experiencia singular con la palabra es el sentido que se expresa en un lenguaje compartido. El sentido entendido como aquello que nos permite comprender en el plano de lo inmanente lo que condensa el pasado, el presente y el futuro imaginado.

¹⁵ Peter Berger y Thomas Luckman, *La construcción social de la realidad*, 17ª reimpresión, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.

¹⁶ Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia la radicalización de la democracia*, Buenos Aires, FCE, 2004.

En el continuo de la discontinuidad reside la condición de posibilidad del sujeto posicionado cuya experiencia es susceptible de ser narrada. En este sentido, la historicidad constituye la estructura inmanente de la experiencia de la temporalidad,¹⁷ ya que la historicidad alude al conjunto de circunstancias que a lo largo del tiempo constituyen el entramado de relaciones en las cuales algo cobra sentido; es el complejo de condiciones que hacen que algo sea lo que es: puede ser un proceso, un concepto o la propia vida, y la narrativa es el vehículo por medio del cual la experiencia cobra sentido interpersonal y sociocultural.

A los sucesos da significado las conexiones con las tramas de vida que abren la posibilidad de vincularse con narrativas amplias o restringidas que van más allá del acontecimiento. El “tiempo narrativo” no es sólo entendido como sucesión de acontecimientos, sino como cambio.¹⁸ El tiempo, física y mentalmente procesado, es el elemento que configura al sujeto en la articulación narrativa. Las transformaciones, que pueden tener una connotación de mejoramiento o de degeneración, también se asumen como parte integral de la narración, en la historia misma, en la vida de quien lo relata, incluso en el entendimiento del investigador.¹⁹

Las tramas están ligadas a las franjas de actividad en contextos clínicos y permiten entender los eventos personales y colectivos, sobre todo, cuando se reconoce el proceso de la historia narrada. La trama es una estructura narrativa vinculada con la temporalidad y la acción social e informa de sentido al relato. Al mismo tiempo, la trama se entiende como una lógica desarrollada a partir de una secuencia temporal o progresión. Gracias a la trama se articula la narratividad verbalizada, pero las tramas de interacción se modulan también en los procesos sociales. En consecuencia, “las tramas de interacción” definen dentro de su movimiento los flujos de la acción social, las experiencias situadas, la relación intertextual entre discursos, las representaciones, las prácticas, los imaginarios sociales, los mitos, los rituales y la performatividad.

En las tramas, entendidas como estructuras espacio-temporales que modelan la acción, se enlazan las narrativas, entendidas como

¹⁷ Ilán Semo, *Koselleck y el tiempo. Reenvíos de historia conceptual*, México, Fractal, 2017.

¹⁸ Paul Ricoeur, *op. cit.*

¹⁹ Liz Hamui Sutton, “Estrategias teórico-metodológicas para abordar las narrativas del padecer”, en *Seminario Institucional “Sociosemiótica y Cultura”. Principios de semiótica y modelos de análisis*, México, Facultad de Medicina-UNAM, 2017.

expresión comunicativa de la experiencia, cargadas de vivencias que se aprehenden, reorganizan e interpretan con efectos diversos en la vida cotidiana personal y colectiva.

Reconocer la performatividad como un discurso instaurado en la mente y el cuerpo sugiere que las narrativas se posan siempre en el campo de la experiencia. En este vasto territorio de sentido reside el núcleo de la interacción social, donde emerge la trama ligada a la dimensión de la experiencia y se imbrica con las emociones, las (in)habilidades corporales y las políticas de atención. Las relaciones de poder implican los actos de hegemonía, de silenciamiento, de objetivación y de normalización que suceden en la interacción clínica. En esta línea, la constitución de diversas tramas de poder que extienden su influencia hacia el orden del deber, a la búsqueda de un cuerpo y mente normal, y a la repetición de comportamientos y posturas definidas, implica la reflexión sobre la existencia de un trasfondo en las acciones terapéuticas, en las que se insertan políticas corporales, actitudinales, sociales y culturales, así como deseos de la vida cotidiana. Por ende, la perspectiva dialéctica para comprender la experiencia y vislumbrar procesos que se relacionan con el poder, como la exclusión, la jerarquía, la hegemonía y la distinción de género, constituyen nuevas tramas dignas de análisis.

Apuntes para una etnografía clínica

Desde que autores como Kleinman pusieron en el terreno de la discusión teórica y práctica la importancia de articular la antropología médica, la psiquiatría cultural y la medicina social para influir en ellas por medio de la propuesta de una *teoría moral*, se puso énfasis en explorar la experiencia como medio intersubjetivo para explicar cómo los sujetos experimentan la enfermedad (*illness*/ padecimiento) pero también cómo la biomedicina construye su saber y define enfermedades (*disease*/ enfermedad). Así, Kleinman, recurre al concepto de *experiencia moral* para llamar la atención hacia lo que todo etnógrafo debe tomar en cuenta al describir y analizar contextos específicos concebidos como *mundos morales locales*, desde los cuales se genera el flujo de sentidos que, en la comunicación interpersonal y en la interacción social, dan curso a la manera en la que cualquier

persona responde involucrando sus prácticas, negociaciones y disputas en la interacción social.²⁰

Al poner atención en el modelo analítico dicotómico (*illness/disease*) que habla de constructos diferenciados por el saber biomédico (enfermedad) y el saber de sentido común (padecer), numerosos investigadores han registrado discordancias y falta de entendimiento, advirtiendo la importancia del lenguaje para resolver el “abismo semántico” entre los significados que producen ambos saberes y, por ello, se enfocaron a estudiar la enfermedad desde la representación. Siguiendo un trayecto de diálogo y revisión de varios enfoques que brindan mayor luminosidad al análisis de la enfermedad en su doble dimensión, autores como Csordas y Good han discutido las limitaciones de la representación recurriendo a la revisión crítica de las nociones de cuerpo, cultura, lenguaje, discurso, texto.²¹ En esta tesitura, Jackson, desde una etnografía detallada y reflexiva que promueve una apertura epistemológica hacia nuevos referentes, argumentó que el significado no debe reducirse a un signo, además, que los individuos crean significados a partir del contexto, sus necesidades y deseos.²² Por ello, nociones como *intersubjetividad* y *experiencia* ofrecen nuevas posibilidades de comprensión de la comunicación no verbal y de otras formas corporales de conocimiento e interacción que se dejan fuera si sólo se enfoca el lenguaje desde la representación y el significado.

En las últimas décadas, la gran mayoría de los antropólogos médicos anglosajones y francófonos están comprometidos con una mirada crítica que logre la comprensión dialéctica de la cultura y el uso de la narrativa como medio eficaz para develar la experiencia de la enfermedad y para ser abordada como “realidad culturalmente constituida”.²³

²⁰ Arthur Kleinman, “Experience and its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder”, en G.B. Peterson (ed.), *The Tanner Lectures on Human Values*, vol. 20, Salt Lake City, University of Utah Press, 1999, pp. 357-420.

²¹ Thomas J. Csordas, “Introduction: The Body as Representation and being-in-the-world”, en Thomas J. Csordas (ed.), *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000, pp. 1-26; Byron J. Good, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, p. 153.

²² Michael Jackson, *Paths Toward a Clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*, Bloomington, Indiana University Press, 1989, pp. 239.

²³ Byron J. Good, *op. cit.*

En nuestro país, estas reflexiones teóricas soportadas por datos empíricos no son tan prolíficas. Pese a ello destaca, sin duda, la obra de Menéndez, quien con fecundas reflexiones en el orden teórico-metodológico ha orientado la enseñanza de la antropología médica en México.²⁴

Nuestro equipo de investigación ha abrevado de toda esa literatura y, el Seminario “Narrativas del padecer”, ha sido la franja de actividad donde hemos co-producido, articulado, puesto en tensión teorías orientadas a plantear sendas metodológicas para la investigación narrativa en el campo de la salud.²⁵ Nuestro interés actual reside en perfilar la trascendencia de las narrativas ya que, a través de éstas, se estructuran y operan la experiencia, los significados, las metáforas que diferentes actores sociales co-producen en la interacción social a través de marcos de referencia y franjas de actividad específicos. Sostenemos que en los espacios clínicos se co-producen narrativas que entrecruzan lo personal, lo social, lo cultural, lo ideológico, tamizado sin duda, por estereotipos de clase, raza y género; todo ello mediado por un *cuerpo sentipensante*.²⁶ Ese interés analítico se orienta por una indagación que pone en juego la observación, la escucha, la interacción, la intersubjetividad, la situación y la producción de tramas narrativas de la enfermedad y del padecimiento en un contexto clínico específico, a fin de dar cuenta de los procesos de atención y formación que ahí suceden.

Al respecto, queremos destacar que nos interesa poner atención a lo que Kleinman llama *construcción cultural de la realidad clínica*; es decir, a ese proceso configurado a través de actividades diagnósticas y categorías generadas por los profesionales de la salud que producen y reproducen el saber y práctica médica y que, “como proveedores de atención médica, negocian con los pacientes ‘realidades’ médicas que se convierten en objeto de atención médica y terapéutica” (p. 144).²⁷ Todo ello mediado por producciones narrativas que se construyen socioculturalmente. Consideramos que para ir más allá del estudio tradicional de la antropología médica que enfoca tan

²⁴ Véase Eduardo L. Menéndez, *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona, Bellatierra, 2002.

²⁵ Véase Liz Hamui Sutton, *op. cit.*

²⁶ Véase Josefina Ramírez Velázquez, *op. cit.*, 2019.

²⁷ Arthur Kleinman, Leon Eisenberg y Byron Good, “Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research”, *Focus. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, vol. IV, núm., 1, invierno de 2006, pp. 140-149.

solo el punto de vista del paciente, es preciso abordar la construcción cultural de la realidad clínica para observar *in situ* la interacción, la producción de narrativas, así como la transacción de explicaciones y significados, que se generan entre diversos actores sociales concebidos como narradores porque son partícipes de una historia que contar: la persona enferma, los familiares que participan en su atención, los profesionales médicos y los investigadores como co-productores de sentido. Creemos que todo ello debe ser pautado debidamente a través de una etnografía clínica desde su producción narrativa. Para situar su pertinencia mencionaremos brevemente la orientación conceptual bajo la cual los investigadores han descrito y analizado, desde la etnografía, algunos ámbitos clínicos teniendo al hospital como su centro de interés.

La etnografía hospitalaria

Los estudios etnográficos en hospitales y ámbitos clínicos no tienen una tendencia vigorosa y abundante en la literatura socioantropológica especializada. Sin embargo, destaca por su tradición la producción anglosajona, seguida de una más reciente producción francesa y una menor y, aún escasa, producción hispana.²⁸ Una revisión de la literatura sobre el tema nos permite advertir que hay una tradición más amplia entre sociólogos como Parsons, Freidson, Goffman, pues fueron los primeros en indagar aspectos estructurales y organizativos de los hospitales como sistemas institucionales estructurados por valores institucionales que, a través de diferentes procesos, se internalizan en el personal que los conforman. Mientras que desde la antropología, el interés es relativamente más reciente y ha tenido como plataforma de reflexión el poscolonialismo, que descolocó la mirada sobre lo exótico del *otro* para enfocar lo exótico del *sí mismo* y, ha abordado la biomedicina como sistema cultural, para dar cuenta de ámbitos como los hospitales, altamente estructurados y difíciles de acceder para el oficio etnográfico.²⁹

²⁸ Vale la pena mencionar que, en lengua hispana, destacan algunos estudios recientes realizados en Argentina y en España.

²⁹ Sin duda, esa restricción condiciona la posibilidad de llevar a cabo investigaciones notables en donde la observación sociocultural no sólo se advierta como una intromisión o registro incómodo, sino como estrategia de colaboración.

Aunque el tema de la etnografía hospitalaria no es una tendencia vigorosa, hoy contamos con aportes potentes compendiados en tres colecciones. La primera es la revista *Social Science & Medicine* de 2004, en donde por primera vez se analiza el tema de la etnografía hospitalaria, apuntando como premisas centrales que, pese al desarrollo de la globalización, los hospitales como institución en donde se produce y reproduce el saber biomédico, no pueden ser considerados con entidades universales, ya que las etnografías compendiadas mostraron que tales instituciones se rigen por variaciones culturales en la organización, ejecución y experiencia de la atención biomédica y sobre todo reflejan y refuerzan procesos sociales y culturales dominantes de una sociedad dada.

En términos teóricos y de reflexión ética sobre la injerencia de científicos sociales en el mundo médico, los trabajos problematizan el rol que los investigadores pueden jugar para entrar al escenario del hospital: hacerse pasar por médicos, por pacientes o por visitantes.³⁰ La segunda es la revista *Anthropology & Medicine* de 2008, en la que los autores hacen reflexiones sobresalientes sobre cómo estudiar al “otro”, y analizan el hospital como un espacio liminal en el que, sin aceptar del todo que es una isla o una comunidad cerrada, se afirma que los hospitales “son lugares de intensidad, de drama de vida y muerte, en donde se crean momentos de verdad, autodescubrimiento y ritos de paso”.³¹ Los artículos centran su atención en diferentes formas de interacción y experiencia observadas en un espacio y momento específico de diferentes actores: entre profesionales, entre médico y paciente; entre paciente y familia y, entre médico y familia. En todas las contribuciones sobresalen nociones que confirman que, los hechos científicos —como la reproducción del saber y la práctica de la biomedicina y sus formas de atención a la población enferma—, son socialmente construidos en el marco de prácticas determinadas que se despliegan en espacios específicos. La tercera, es la revista *Anthropologie et Sociétés* de 2013.³² Los artículos destacan porque centran su atención en el hospital concibiéndolo-

³⁰ Sjaak van der Geest y Kaja Finkler, “Hospital Ethnography: Introduction”, *Social Science & Medicine*, vol. 59, núm. 10, noviembre de 2004, pp. 1995-2001 (pp. EX1, 1995-2182).

³¹ Cynthia Hunter, Debbi Long y Sjaak Van der Geest, “When the Field is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography”, *Anthropology & Medicine*, vol. 15, núm. 2, 2008, pp. 71-78.

³² Sylvie Fortin y Michaela Knotova, “Présentation: Îles, continents et hétérotopies: les multiples trajectoires de l’ethnographie hospitalière”, *Anthropologie et Sociétés*, vol. 37, núm. 3, 2013, pp. 9-24.

lo como un espacio revelador susceptible de ser estudiado por antropólogos y sociólogos.³³ Un microcosmos concebido como “lugar con múltiples lógicas y temporalidades de atención, espacio para las interacciones entre profesionales, entre profesionales y enfermos y, para la negociación del conocimiento”, donde mayoritariamente la “otredad” se caracteriza por ser nativos de regiones lejanas participando e interactuando en el reconocimiento y en el conflicto, en las relaciones jerárquicas y de género para explicar y atender diversos problemas de salud.³⁴

En general, todos los artículos de esas revistas hablan de las complejidades de la etnografía hospitalaria, discuten desafíos sociales, morales y tecnológicos dejando preguntas para una nueva agenda. Los aportes sustanciales están en dar pie, ya no a discutir la eficacia de la etnografía como método idóneo para interrogar la complejidad de los entornos clínicos, puesto que eso se argumenta con suficiente claridad sobre todo a través de la densidad etnográfica. Más bien, nos dejan como legado reflexionar sobre dos aspectos primordiales: el primero apunta a la relación que se genera *in situ* entre profesionales médicos, población a la que atienden y científicos sociales. Relación que de alguna manera evidencia tradiciones epistémicas distintas que a menudo exponen un choque de paradigmas entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo cuantitativo y lo cualitativo.³⁵ El segundo se convierte en el dilema de nuestro oficio, es decir, demostrar que el conocimiento producido etnográficamente tiene un valor práctico.

Es importante mencionar que la gran mayoría de científicos sociales interesados en estudiar “las relaciones en lo cotidiano” en ámbitos clínicos, se enmarcan en lo que se denominó *etnografía hospitalaria*. Sólo una autora ubica su trabajo en algo más amplio que titula “Etnografía en la medicina”, por referirse a la investigación de campo realizado en *hospitales, entornos comunitarios y escuelas de medicina*. Pero su aporte es notable por el tipo de reflexión que presenta por medio de una escritura etnográfica que deja en claro la

³³ Janina Kehr y Fanny Chabrol, “L’hôpital”, *Anthropologie & Santé*, núm. 16, 2018, publicación digital, recuperada de: <<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2997>>, consultada el 26 de junio de 2019.

³⁴ *Ibidem*, p. 9.

³⁵ Elementos que se ven reflejados en varios de los textos que forman parte del presente volumen.

potencia de la reflexividad, de la narrativa y de la acción de la antropología en la medicina.³⁶

En la actualidad, la etnografía como metodología asociada a la investigación cualitativa en salud y reconocida por su enorme aporte acerca de la gestión del mundo micro social, ha sido cada vez más utilizada tanto por profesionales de la salud como por investigadores en ciencias sociales. Esto en general se puede ver como un buen avance, no obstante, merece una reflexión crítica, ya que hemos observado que numerosos trabajos en los que se habla de su utilización, reflejan una falta de coherencia y de rigor metodológico, pasando por alto reflexiones epistémicas notables que apuntalan la mayor potencialidad de esta metodología cuando se incorpora la reflexividad y la mirada crítica sobre el sitio que ocupa el etnógrafo en la escena.³⁷ En este sentido, convenimos con Romaní, quien ya ha abierto el debate al respecto en el mundo de habla hispana, y ha apuntado a que el uso de la etnografía ha sido indiscriminado y poco claro, incluso mostrando algunas inconsistencias incluida su propia concepción.³⁸ Este autor apunta con gran asertividad una mirada crítica y autocrítica desde la antropología, al subrayar que se da cierta trivialización y descontextualización en el uso de técnicas cualitativas que se exponen sin bases teóricas sólidas, que permitan ver que los investigadores en el campo de la salud tienen claro que la etnografía no es lo mismo que la observación, que ellos deben buscar ese ejercicio de distanciamiento, que es condición indispensable para alcanzar la capacidad analítica de someter a crítica dicho uso y problematizar teóricamente sus resultados.³⁹

Efectivamente, el reto mayúsculo de quienes hacemos investigación cualitativa en salud desde una orientación etnográfica, radica precisamente en mostrar las credenciales teórico-metodológicas de nuestro pensamiento y acción; por ello, en los siguientes apartados mencionaremos los ejes conceptuales que estructuran lo que consideramos la etnografía clínica y su producción narrativa.

³⁶ Lisa Dikomitis, "Reflections on Ethnography in Medicine", *The Cyprus Review*, vol. 28, núm. 1, 2016, pp. 85-97.

³⁷ Encontramos este tipo de incoherencias y falta de rigor en trabajos que mencionan el uso de la etnografía, pero, en sus informes, sólo muestran datos provenientes de entrevistas, o cuestionarios, o grupos focales sin describir claramente cómo produjeron la información y desde una escritura etnográfica.

³⁸ Oriol Romaní (coord.), *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, Tarragona, España, Publicaciones URV, 2013.

³⁹ *Idem*.

Ejes conceptuales de la etnografía clínica y su producción narrativa

Caracterizada por la descripción y el análisis de “lo cotidiano” de las conductas rutinarias de las personas en sus entornos locales, la etnografía ha tenido por fortuna resignificaciones con fundamentos epistémicos notables que pugnan por una mirada que permita entender lo que se está produciendo *in situ* en la interacción social, en la cual, incluso el investigador tiene un lugar privilegiado para observar e interpretar, pero también, y sobre todo, para reflexionar sobre ello.

Los procesos de crítica y de reflexión en el ámbito de la antropología han derivado en discusiones sobre lo que es el trabajo de campo y cómo generar la escritura etnográfica. Con ello se expuso la crisis de las representaciones, la emergencia de etnografías experimentales y, entre otras cosas, la discusión del investigador situado.⁴⁰ En los últimos tiempos se distingue el reconocimiento de la etnografía en su carácter procesual y no estático, con lo cual la intersubjetividad, en su dimensión emocional y su consecuente producción narrativa, adquieren un papel notable.⁴¹ Sobre todo en la generación de una escritura detallada y evocadora que permita captar pequeñas experiencias particulares.

Desde nuestra perspectiva, la etnografía, más que una observación participante, es una metodología que privilegia la reflexión relacional; es decir, pone el foco en la interacción a partir de la cual se expresa la experiencia en narrativas que generan intercambios de sentido, no sólo desde los discursos, sino también en acciones performativas que exponen valores, normas institucionales, establecen acuerdos, suscitan disputas, silencios, pero también negociaciones. En definitiva, es a través de la etnografía pensada en clave relacional entre la mirada y el sentido, entre la observación y la escucha, que es posible producir reflexiones situadas para la comprensión de diferentes actores sociales como narradores en contextos culturales y estructurales.

⁴⁰ George Marcus y Michael Fischer, *La antropología como crítica cultural. Un momento experimental en las ciencias humanas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2000.

⁴¹ Véase Dimitrina Spencer y James Davies, *Anthropological Fieldwork: A Relational Process*, Cambridge, Cambridge Scholars Publishing, 2010.

La principal herramienta que orienta nuestro trabajo etnográfico es la observación y la escucha (no sólo de los actos generados en la interacción en campo sino también durante la entrevista cara a cara) registrados en el diario de campo en el mismo momento en que se producen, teniendo como principal desafío la reflexividad, con el propósito de lograr autoridad científica en el proceso de producción de conocimiento etnográfico. Por tanto, la etnografía que proponemos no alude únicamente al trabajo de campo, sino a un proceso de reflexión y de construcción permanente en un ir y venir de los procesos de abstracción teórica al dato empírico.

Como lo apuntamos anteriormente, el tipo de observación realizada es la que Wind plantea como *observación interactiva negociada*.⁴² Pues más allá de que no intentamos convertirnos en alguno de los actores sociales que participan de la construcción sociocultural de la realidad clínica, nuestro rol de observadores y escuchas fue claramente negociado con la institución, afirmando nuestro sitio de investigadores sociales cuya voz es importante pero secundaria en el hecho social que se presencia.⁴³ Esta consideración es relevante ya que afirmamos que, en los procesos de investigación, “el sujeto que narra y el investigador son ambos narradores y ocupan un lugar en el círculo hermenéutico de la interpretación”.⁴⁴

Estos elementos van dando pauta a lo que Tedlock ha llamado etnografía narrativa, en la que se destacan las experiencias de los etnógrafos y el intercambio generado entre éste y los otros, dentro de un texto singular, destacando un complejo proceso de interpretación.⁴⁵ El aspecto característico de dicha etnografía es promover la discusión sobre las voces, la intersubjetividad y la autoridad interpretativa generada desde el trabajo empírico.⁴⁶

⁴² Guittle Wind, *op. cit.*

⁴³ Al respecto, manifestamos que nuestro rol de observadores fue claramente negociado con la institución. Por ello, como lo apuntamos anteriormente, se puede definir como una observación interactiva negociada.

⁴⁴ Josefina Ramírez Velázquez, “Consideraciones sobre la narrativa como metodología idónea para el estudio del proceso salud/enfermedad/atención”, *Revista CONAMED*, vol. 21, supl. 2, México, 2016, pp. 66-70.

⁴⁵ Barbara Tedlock, “Braiding Narrative Ethnography with Memoir and Creative Nonfiction”, en Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Londres, SAGE, 2011, pp. 331-340.

⁴⁶ Susan Chase, “Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces”, en Norman K. Denzin e Yvonna Lincoln (eds.), *Métodos de recolección y análisis de datos*, vol. 4, Buenos Aires, Gedisa, 2015.

Como hemos mencionado anteriormente, nos interesa enfocarnos en la *construcción sociocultural de la realidad clínica*, y por ello, la etnografía que proponemos no alude particularmente al hospital como isla o comunidad para comprender su organización como institución, sino más bien, nuestra mirada está puesta en la interacción social, en la situación y el acontecimiento para describir, analizar e interpretar experiencias y significados plasmados en narrativas que se co-producen en una situación y momento específicos, es decir, en diversas franjas de actividad institucional.

Comentario final

El esfuerzo colectivo plasmado en el presente volumen da cuenta de la producción de narrativas de diversa índole y en sus diversas franjas de actividad. Dichas narrativas se construyen dentro de un ritmo clínico y a través de tramas de sentidos donde confluyen diversas temporalidades. En las experiencias narradas se advierte cómo las tramas subyacen a las múltiples situaciones pautadas en la interacción, donde se da mayor validez a todo lo objetivo, subordinando a éste lo subjetivo.

En la observación de la normatividad que rige en las franjas de actividad vemos, además, que dichas tramas narrativas se instauran en prácticas iterativas, instituyendo el orden colectivo en microcosmos que modelan el cuerpo, la mente y la acción social, para transitar sobre la ruta del sentido cultural.

Estos elementos se despliegan de manera particular en cada uno de los artículos siguientes. Los dos primeros abordan el proceso de formación de los médicos psiquiatras en contextos clínicos, específicamente en las interacciones en la entrega de guardia, el pase de visita y las sesiones académicas. Las siguientes dos aportaciones se centran en el área de la consulta externa y recuperan las intersubjetividades que develan lógicas explicativas distintas, registradas desde una etnografía reflexiva y narrativa. En el campo de la rehabilitación neurológica, los dos artículos subsecuentes indagan acerca de las tramas narrativas de interacción que subyacen a las actividades de rehabilitación y, por otro lado, los conflictos que surgen en las relaciones jerárquicas interprofesionales durante el proceso de atención. Finalmente, las últimas dos aportaciones exploran

la dinámica de los cuidados paliativos, tanto en la dimensión interpersonal como en la institucional.

En conjunto, el volumen pone en relevancia lo que se puede lograr en la investigación transdisciplinar, pues muestra la vinculación entre el campo de la antropología y de la medicina, lo que posibilita la visibilización y la colaboración de aspectos desde la perspectiva de las ciencias sociales, que puede redundar en la mejora del clima organizacional y en la fluidez de los procesos de atención que toman en consideración las necesidades de todos los actores involucrados.

El empeño aquí presentado también refleja que, en la antropología, el trabajo en equipo es posible y enriquece la experiencia de los investigadores y la producción de conocimiento sociocultural. La consolidación de nuestro grupo, a pesar de la diversidad de trayectorias formativas, es un logro que valoramos: contar los unos con los otros, tener un espacio de interlocución que todos procuramos, se ha tornado en un hábito no sólo académico sino afectivo, que nos alimenta como seres humanos en el proceso investigativo.

Consideramos que la incursión en la etnografía clínica y en su producción narrativa es un tema/problema poco explorado, por lo cual esperamos que el presente volumen sea una aportación y un referente para futuros estudios en esta línea de investigación. Como expresó uno de los dictaminadores de la obra, “problematizar un trabajo clínico desde la descripción de las relaciones, de cuidado, de atención, de solución del padecer en un espacio hospitalario, no sólo merece reconocer la contribución temática sino también su potencial aplicado para mejorar acciones, rutinas, roles y espacios institucionales”.

Esperamos que esta obra llene un espacio y suscite nuevas reflexiones y aportes en la producción antropológica nacional, mediante la investigación narrativa en contextos clínicos en nuestro país.

Bibliografía

- Berger, Peter y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad*, 17a reimpresión, Buenos Aires, Amorrortu, 2001.
- Butler, Judith, *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

- Castoriadis, Cornelius, "Institución de la sociedad y religión", *Vuelta*, núm. 93, 1984, pp. 18-29.
- Chase, Susan, "Investigación narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces", en Norman K. Denzin e Yvonna Lincoln (eds.), *Métodos de recolección y análisis de datos*, vol. 4, Buenos Aires, Gedisa, 2015.
- Csordas, Thomas J., "Introduction: The Body as Representation and being-in-the-world", en Thomas J. Csordas (ed.), *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge, Cambridge University Press, 2000.
- Derrida, Jacques, "Firma, acontecimiento, contexto", en *Márgenes de la filosofía*, 2000, p. 356.
- Dikomitis, Lisa, "Reflections on Ethnography in Medicine", *The Cyprus Review*, vol. 28, núm. 1, 2016, pp. 85-97.
- Fortin, Sylvie y Michaela Knotova, "Présentation: Îles, continents et hétérotopies: les multiples trajectoires de l'ethnographie hospitalière", *Anthropologie et Sociétés*, vol. 37, núm. 3, 2013, pp. 9-24.
- Goffman, Erving, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006.
- Good, Byron J., *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge, Cambridge University Press, 1994, p. 153.
- Hamui Sutton, Liz et al., *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, El Manual Moderno, México, Facultad de Medicina-UNAM, 2019.
- , "Estrategias teórico-metodológicas para abordar las narrativas del padecer", en *Seminario Institucional "Sociosemiótica y Cultura". Principios de semiótica y modelos de análisis*, México, Facultad de Medicina-UNAM, 2017.
- Hunter, Cynthia, Debbi Long y Sjaak Van der Geest, "When the Field is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography", *Anthropology & Medicine*, vol. 15, núm. 2, 2008, pp. 71-78.
- Jackson, Michael, *Paths Toward a Clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*, Bloomington, Indiana University Press, 1989, p. 239.
- Kehr, Janina y Fanny Chabrol, "L'hôpital", *Anthropologie & Santé*, núm. 16, 2018, publicación digital, recuperada de: <<http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2997>>, consultada el 26 de junio de 2019.
- Kleinman, Arthur, "Experience and its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder", en G.B. Peterson (ed.), *The Tanner Lectures on Human Values*, vol. 20, Salt Lake City, University of Utah Press, 1999.
- , Leon Eisenberg y Byron Good, "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research", *Focus. The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, vol. IV, núm., 1, invierno de 2006, pp. 140-149.

- Laclau Ernesto y Chantal Mouffe, *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia la radicalización de la democracia*, Buenos Aires, FCE, 2004.
- Marcus, George y Michael Fischer, *La antropología como crítica cultural. Un momento experimental en las ciencias humanas*, Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2000.
- Menéndez, Eduardo L., *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Barcelona, Bellaterra, 2002.
- Payá, Víctor y Marco Jiménez, *Institución, familia y enfermedad mental. Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico*, México, Juan Pablos Editor, 2010.
- Ramírez Velázquez, Josefina, "Consideraciones sobre la narrativa como metodología idónea para el estudio del proceso salud/enfermedad/atención", *Revista CONAMED*, vol. 21, supl. 2, México, 2016, pp. 66-70.
- , "Una reflexión epistemológica para la construcción del cuerpo sentipensante: la búsqueda del cuerpo perdido", *Corpo Grafías. Estudios críticos de y desde los cuerpos*, pp. 1-17. Aceptado para su publicación en julio 2019.
- Restrepo, Diego y Juan Jaramillo, "Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública", *Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 30, núm. 2, 2012, pp. 202-212.
- Ricoeur, Paul, "Sexto estudio. El sí y la identidad narrativa", en *Sí mismo como otro*, Madrid, Siglo XXI, 1996.
- Romaní, Oriol (coord.), *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*, Tarragona, España, Publicaciones URV, 2013.
- Rossi, Ilario "Penser la diversité par les transitions de la santé mentale", *Alterstice*, vol. 4, núm. 2, 2014, pp. 39-48.
- Semo, Ilán, *Koselleck y el tiempo. Reenvíos de historia conceptual*, México, Fractal, 2017.
- Spencer, Dimitrina y James Davies, *Anthropological Fieldwork: A Relational Process*, Cambridge, Cambridge Scholars Publishing, 2010.
- Tedlock, Barbara, "Braiding Narrative Ethnography with Memoir and Creative Nonfiction", en Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Londres, SAGE, 2011, pp. 331-340.
- Van der Geest, Sjaak y Kaja Finkler, "Hospital Ethnography: Introduction", *Social Science & Medicine*, vol. 59, núm. 10, noviembre de 2004, pp. 1995-2001 (pp. EX1, 1995-2182).
- Wind, Guittle, "Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings", *Anthropology & Medicine*, vol. 15, núm. 2, 2008, pp. 79-89, doi: 10.1080/13648470802127098.