

La incertidumbre en las sesiones académicas de los residentes de psiquiatría. El caso de Luis, un hombre con 36 años de tristeza

MARÍA ALEJANDRA SÁNCHEZ GUZMÁN*

Lo que decía Sir William Osler: la medicina es el arte de la probabilidad, raras veces tenemos certeza clínica, especialmente en psiquiatría.¹

La antropología médica en México, y en países de la región como Brasil, ha estudiado el proceso salud, enfermedad y atención por lo menos desde 1930, habiendo un interés predominante por analizarlo en los pueblos originarios. Si bien en las últimas décadas se puede ubicar un gran número de trabajos referidos a diversas temáticas y poblaciones, “destaca que en la producción latinoamericana domina una antropología del Illness”, quedando en un plano secundario “cómo el curador percibe, diagnostica y trata la enfermedad y cuáles son las condiciones socioculturales que los opera”. Ante este panorama, Eduardo Menéndez conmina a que los antropólogos intentemos describir y entender la

* Departamento de Investigación, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”.

¹ Comentario de médico-psiquiatra ante el caso de duda diagnóstica que desarrollo en este trabajo.

racionalidad biomédica con el mismo interés que se ha puesto a los saberes populares.²

La preocupación por el estudio de los espacios biomédicos también ha sido abordada por la sociología, en particular los procesos de incertidumbre durante la práctica y formación médica, y se estudió por lo menos desde los años cincuenta con los trabajos pioneros de Talcott Parsons y sus discípulos.³

Recientemente, sobre todo en latitudes como Europa y Estados Unidos se observa un interés progresivo por analizar problemáticas contemporáneas como los diagnósticos genéticos o la reproducción asistida, pero la apuesta principal es la de incorporar la biomedicina como objeto de escrutinio antropológico.⁴ Esta acción implica la apertura de la perspectiva etnográfica al terreno biomédico: sus bases teóricas, epistemológicas, ontológicas, prácticas de atención y de formación,⁵ lo cual representa una ventana para comprender cómo se construye el mundo médico y sus objetos.⁶ Siguiendo esta línea de reflexiones, cabe señalar que el presente artículo es resultado de la observación y el análisis de los distintos procesos formativos e identitarios de los estudiantes de psiquiatría durante su residencia dentro del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep). Específicamente, se trata del análisis detallado de los procesos de incertidumbre que enfrentan los residentes y médicos adscritos durante una sesión académica.

Apuntes teóricos y metodológicos

Realicé una investigación cualitativa, con un enfoque etnográfico, poniendo atención en la producción narrativa. La estrategia metodológica elegida fue la de acompañar y observar a los residentes y

² Eduardo Menéndez, "Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional", *Salud Colectiva*, vol. 14, núm. 3, 2018, pp. 461-481 (p. 466).

³ Talcott Parsons, *The Social System*, 1991.

⁴ Ángel Martínez Hernández, *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, 2008.

⁵ Ángel Martínez Hernández, "Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural", *Cadernos Saúde Pública*, vol. 22, núm. 11, 2006, pp. 2269-2280. "El descubrimiento de la cultura profesional ha supuesto hacer consciente que la psiquiatría y la medicina en general, como cualquier campo científico-técnico, es un sistema de y para la realidad" (p. 2271).

⁶ Bayron Good, *Medicina, racionalidad y experiencia*, 2003, p. 138.

médicos adscritos en consulta externa, en el servicio de psiquiatría (durante el pase de visita y entrega de guardia), en algunas juntas efectuadas por los residentes para abordar problemáticas de la residencia médica, en algunas clases, en el servicio de urgencias y en las sesiones académicas efectuadas todos los viernes. La observación duró dos meses (marzo-abril de 2019). Elaboré un diario de campo y realicé tanto grabaciones de audio como entrevistas a profundidad a médicos adscritos, residentes y enfermeras. La información que presento en el artículo emana de la sesión académica del 19 de abril de 2019 que se extendió dos horas (10:00 a 12:00 horas) y que tuvo lugar en uno de los salones del Cifanep. Las fuentes principales para la reconstrucción de la sesión fueron la transcripción de la grabación de la reunión y el diario de campo donde registré con detalle mis observaciones. Durante la sesión estuvieron presentes los médicos adscritos del servicio de psiquiatría, residentes (1, 2, 3 y 4) de psiquiatría, trabajadora social, psicólogas del área de cognición y conducta, y estudiantes de pregrado.

En mis observaciones constaté que una tensión que atraviesa a todos los espacios e interacciones son las dudas durante el ejercicio clínico, es decir, el grado de incertidumbre⁷ que enfrentan los clínicos y por tanto los residentes en formación en su actuar diario: “La incertidumbre es un hecho o condición que carece de previsibilidad firme, y también puede referirse a la condición de falta certeza sobre un asunto o circunstancia. En la práctica médica el uso de cualquiera de los dos implica una falta de claridad y/o inseguridad en construcciones inherentes al proceso clínico decisional”.

Los grados de certidumbre dependen de muchas circunstancias: el conocimiento de la disciplina, la pericia y experiencia, y el manejo de los procesos clínicos y administrativos, entre otras. En particular, en la práctica psiquiátrica se ha analizado la incertidumbre a partir de dos dimensiones: la primera, en relación con la falta de biomarcadores para reconocer un trastorno o tomar decisiones de tratamientos.⁸ La segunda, sobre los límites de la disciplina que se encuadran en el amplio debate referente a los esquemas de clasificación y de los sistemas teóricos múltiples y ampliamente divergentes

⁷ B.R. DeForge y J. Sobal, “Intolerance of Ambiguity in Students Entering Medical School,” *Social Science & Medicine*, vol. 28, núm. 8, 1989, pp. 869-874 (p. 870).

⁸ Lotta Hautamäki, “Uncertainty Work and Temporality in Psychiatry: How Clinicians and Patients Experience and Manage Risk in Practice,” *Health, Risk & Society*, vol. 20, núm. 1 y 2, 2018, pp. 43-62.

de la psiquiatría contemporánea.⁹ Como punto medular en estas discusiones está el estatus de la psiquiatría en la práctica médica y científica, en referencia a la coherencia de sus conceptos de enfermedad.¹⁰

En el estudio de la formación médica, los tipos y motivos de incertidumbre han sido objeto de múltiples análisis, desde el trabajo de Renée Fox, quien enuncia tres orígenes de incertidumbre en el juicio médico: los límites del conocimiento del médico, los límites de la ciencia médica y la incapacidad del médico para distinguir entre las dos fuentes de incertidumbre,^{11,12} hasta investigaciones más recientes y propias de nuestro contexto, como la tipología sugerida por Liz Hamui y algunos autores más, en las que distinguen motivos más precisos, por ejemplo los técnicos, conceptuales comunicacionales, sistémicos y éticos.¹³

Partiendo de estas observaciones, me pregunto: ¿cómo se expresa la incertidumbre durante una sesión académica de psiquiatría? y

⁹ Nicolas Henckes y Lara Rzesnitzek, "Performing Doubt and Negotiating Uncertainty: Diagnosing Schizophrenia at its onset in Post-war German Psychiatry," *History of the Human Sciences*, vol. 31, núm. 2, 2018, pp. 1-23.

¹⁰ Rachel Cooper, "What is Wrong with the DSM?", *History of Psychiatry*, vol. 15, núm. 1, 2004, pp. 5-25. Cooper hace un interesante recuento de algunos de los temas que ponen en duda la validez de los manuales diagnósticos psiquiátricos, y por lo tanto, su aplicación en la práctica clínica se detiene en cuatro temas: el término de *trastorno mental*, la conceptualización de los trastornos mentales como entidades naturales ("natural kinds"), el planteamiento de los prejuicios teóricos (Theory-Laden), que pueden tener los clínicos en la elaboración y la aplicación del conocimiento científico, y finalmente, las presiones sociales y económicas que enmarcan la inclusión de las categorías dentro de los sistemas diagnósticos. El argumento se orienta a cuestionar cómo pueden ser entendidos los trastornos mentales como entidades naturales cuando hay de por medio todos los factores ya mencionados.

¹¹ R.C. Fox, "The Evolution of Medical Uncertainty", *Milbank Memorial Fund Quarterly Health Society*, vol. 58, num. 1, 1980, pp. 1-49.

¹² Nicolas Henckes y Lara Rzesnitzek, *op. cit.*

¹³ Alicia Hamui-Sutton, Tania Vives-Varela, Samuel Gutiérrez-Barreto, Iwin Leenen y Melchor Sánchez-Mendiola, "A Typology of Uncertainty Derived from an Analysis of Critical Incidents in Medical Residents: A Mixed Methods Study", *BMC Medical Education*, vol. 4, núm. 15, 2015, pp. 1-11. Los autores describen los siguientes tipos de incertidumbre en la práctica médica. *Técnica*: se presenta por ignorancia debido a la falta de información técnica y teórica. *Comunicacional*: es el resultado de la falta de habilidad del médico para comunicarse efectivamente con el paciente y llegar a una decisión conjunta. *Conceptual*: incapacidad conceptual para aplicar el conocimiento abstracto en situaciones concretas. *Sistémica*: incapacidad de actuar correctamente debido a la falta de recursos tecnológicos, técnico, materiales y humanos, y por ignorar o actuar fuera de las reglas de los sistemas de salud. *Ética*: incapacidad ética para actuar, derivada de comportamientos, actitudes y emociones inconsistentes con los valores y códigos socioculturales de la sociedad, la institución y/o la persona (p. 5). [Nota del editor: traducción del autor del presente artículo.]

¿cómo la enfrentan o qué mecanismos o herramientas utilizan los psiquiatras y los residentes para desvanecerla o manejarla?

Para responder dichas interrogantes concibo a la medicina como una *forma simbólica*¹⁴ a través de la que la realidad se formula y organiza de una manera específica.¹⁵ Para responder las preguntas que me planteo me centro en identificar las *actividades interpretativas a través de las que las dimensiones fundamentales de la realidad son confrontadas, experimentada y elaboradas* en este marco cultural.¹⁶

Siguiendo la propuesta teórica de Erving Goffman sobre los marcos de interacción o “frame analysis”, el objetivo consiste en describir una serie de situaciones que se suscitan en la franja de actividad denominada “sesiones académicas de psiquiatría”. Distingo las distintas interacciones que suceden y se condensan durante este espacio formativo; intento identificar los esquemas interpretativos de los actores posicionados jerárquicamente (residentes y médicos adscritos), esquemas que dan sentido a la trama y otorgan significado a los acontecimientos. Además, identifico los marcos en los que se sitúa esta franja de actividad, entendiéndolos como los dispositivos institucionales, culturales y burocráticos que constriñen las acciones de los actores. Me interesa la incertidumbre que surge de las construcciones de la realidad producto de la ambigüedad, los errores, las rupturas y las disputas entre los marcos de comprensión durante una sesión académica de psiquiatría.

La incertidumbre en las sesiones académicas de psiquiatría

Las sesiones de psiquiatría forman parte de una actividad académica-práctica¹⁷ en la que, a través de la presentación de un caso, se analizan distintos problemas teóricos y clínicos de la atención y la

¹⁴ Bayron Good, *op. cit.*, p. 134. “1) La cultura o formas simbólicas canalizan y organizan formas específicas de la realidad. 2) Toda cultura se manifiesta en la creación de específicas formas simbólicas. 3) El objetivo de la filosofía es entender y esclarecer sus principios formativos básicos. 4) Estos principios no reflejan lo empíricamente dado, sino más bien lo producen. Así, las formas culturales como la ciencia y el arte son funciones mediante las que se confiere realidad a una determinada forma. Los objetos de la ciencia incluidos los de la medicina presuponen formas de imaginación, percepción y actividad.”

¹⁵ *Ibidem*, p. 135.

¹⁶ *Ibidem*, p. 136.

¹⁷ Es una actividad eminentemente académica, sin embargo, las decisiones que se toman

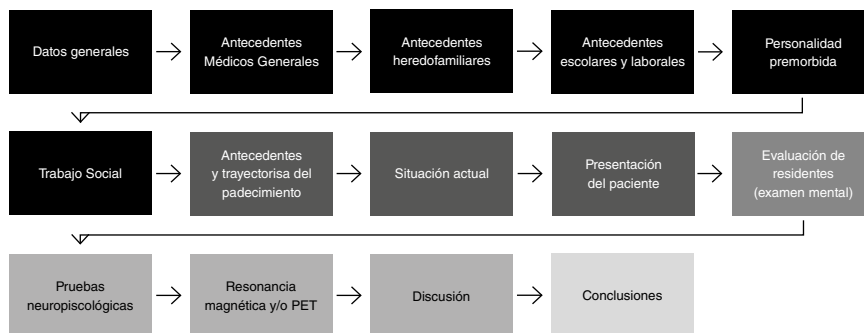


Figura 1. Secuencia en las sesiones académicas de psiquiatría.
Fuente: elaboración propia.

formación psiquiátrica; así, algunos de los motivos de su presentación pueden ser: dudas diagnósticas, repaso de conceptos clínicos, etc. Para ello, en la figura 1 se muestra un esquema de los elementos mínimos que conforman las sesiones.

Las sesiones son particularmente relevantes porque condensan los elementos de la formación que en diversos espacios se reproducen también (consulta, pase de visita, urgencias, etc.). Se observa una escenificación montada específicamente para la transmisión de conocimiento, lo cual la hace un teatro de observación único para mirar con detenimientos los elementos que conforman las herramientas de formación clínica psiquiátrica.

El caso seleccionado es considerado por los psiquiatras como “difícil”. Esto significa que no es un caso rutinario, no sólo por su temporalidad sino por la variedad de síntomas. Lo elegí porque contiene los elementos básicos observados en otras sesiones, da cuenta de algunos elementos problemáticos y comunes en práctica psiquiátrica y el punto medular de la presentación es la incertidumbre en el diagnóstico y el tratamiento.

En los siguientes apartados desarrollo: 1) la narrativa del caso motivo de la sesión que gira en torno al proceso de enfermedad, de atención y de desatención de Luis, un hombre que en 36 años ha presentado múltiples problemas psiquiátricos, sin un diagnóstico y tratamiento que alivie sus síntomas. En esta narrativa se relatan las

inciden en la atención, pues los casos que se presentan son de pacientes internados en la unidad de psiquiatría de la institución.

situaciones de incertidumbre que se suscitan en las interacciones entre residentes y médicos durante el análisis clínico del caso. Ya que hay diversos momentos y razones de incertidumbre durante la sesión, distingo tres de ellas: *Situación de incertidumbre 1*: reconstrucción del caso clínico; *Situación de incertidumbre 2*: aplicación del conocimiento neuropsiquiátrico, y *Situación de incertidumbre 3*: diagnóstico. Finalmente, en los apartados realizo: 2) el análisis interpretativo de cada situación descrita.

Luis: 36 años de tristeza, la incertidumbre como forma de vida

Son las 10 de la mañana de un viernes de abril y, como cada semana, el servicio de psiquiatría ha preparado una sesión académica. Me he puesto la bata blanca que médicos e investigadores visten dentro de la institución; los directivos insisten en que la usemos para distinguirnos de los pacientes, pero en mi caso sirve para mimetizarme con los médicos.¹⁸ Accedo a la sala donde cada semana se presentan casos clínicos sobre padecimientos psiquiátricos; desde hace más de una década¹⁹ me siento entre los psiquiatras para observar cómo convierten las experiencias, los recuerdos, las acciones y las emociones en síntomas, lo que Hernáez, Comelles y diversos antropólogos han llamado la descontextualización cultural y social del síntoma producto de la medicina científico-experimental. Durante mis múltiples observaciones he visto con detenimiento la función ritual de “las sesiones académicas” como un espacio de demarcación de las fronteras simbólicas del campo psiquiátrico. Es decir, las sesiones como franjas de reproducción social de la realidad que delimita la práctica clínica psiquiátrica y la distingue de otras. En este caso, el proceso ritual de la sesión ofrece un mecanismo para solventar la incertidumbre. El motivo del caso presentado es la “duda diagnóstica”, lo que en términos de Victor Turner significa la ruptura de una norma que genera un conflicto medular en la atención médica cura-

¹⁸ Si bien intento pasar desapercibida, es importante mencionar que las observaciones realizadas fueron autorizadas por el subdirector del área, quien fue informado del protocolo de investigación. Igualmente se ha comunicado a los miembros del servicio el motivo de mi asistencia.

¹⁹ He trabajado por 11 años en el centro donde se realiza la observación, en el área de investigación social.

tiva: no hay certeza de qué es lo que tiene y, por lo tanto, de cómo tratar a un paciente.²⁰ Llego temprano, sólo se encuentran en la sala los residentes encargados de la presentación; discuten sobre los problemas técnicos para transmitir el video; bromean, cuchichean; saludo y responden sin mucho afán. La sala está estructurada con dos filas; en una de ellas se sientan los residentes, generalmente en segmentos de acuerdo con su grado (residente: 1, 2, 3 y 4). En la segunda fila se sientan los adscritos; los lugares de enfrente son reservados para ellos y para el subdirector del área. Ningún estudiante se sienta ahí aunque no haya lugar en otro lado de la sala. Esta norma no escrita es parte del currículum oculto²¹ que reproduce las jerarquías en la práctica y la formación profesional del ámbito médico. Durante su formación, los médicos aprenden que los colegas de mayor rango y con mayor capital académico gozarán de privilegios, en este caso representados por la posición espacial durante la sesión, que también se verán en distintas dinámicas, entre ellas el uso privilegiado de la voz, la capacidad de interrumpir o de redirigir una conversación, por citar algunas.²² En esta ocasión yo busco un sitio que me permita ver todo el lugar; me siento detrás de los adscritos. Uno de ellos me pregunta cómo va la investigación. Respondo que muy bien, que justo estoy ahí para observarlos; se ríe y asienta con la cabeza. El subdirector pide que comience la sesión: “¡ya es tarde!” exclama. El cuchicheo de la sala desaparece. Carlos (este nombre y los otros citados de los informantes son seudónimos), residente 1(R1), toma tímidamente la palabra. Antes de continuar me gustaría apuntar algunos elementos importantes del contexto: las sesiones son actos estructurados de antemano, es también una regla no escrita que quienes presenten las sesiones sean los residentes de menor grado dirigidos por los mayores; así, los expositores son generalmente R1 o R2, sentados al lado se encuentran R3 o R4. Estos últimos, con algunas señas, palabras o miradas, van dando la pauta a seguir en

²⁰ Aquiles Chínhu Amparán y Alejandro López Gallegos, “Arenas y símbolos rituales en Victor Turner”, *Argumento. Estudios Críticos de la Sociedad*, núm. 40, diciembre de 2011, pp. 137-152.

²¹ M. Candaudap-Ortega, “El currículum oculto en la formación del médico. El caso de la subespecialidad en cirugía plástica, estética y reconstructiva”, *Educación Médica*, vol. 13, núm. 2, 2010, pp. 101-105. La sociología de la educación denomina ‘currículum oculto’ a aquellos aspectos no explícitos del currículum (p. 102).

²² Roberto Castro, “El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu”, *Sociológica*, año 34, núm. 97, 2019, pp. 73-113.

las interacciones durante la sesión. Además, se han encargado de dar un guion de la sesión al residente que expone, incluso he podido escuchar que practican y revisan su contenido. Cuando ocurre alguna falla en la presentación, los adscritos se dirigen al R1, pero hacen énfasis en la responsabilidad del residente de mayor grado. Una vez que acceden a las residencias, los médicos en formación son examinados constantemente, siendo las sesiones un momento particular para estas evaluaciones, realizadas por pares y por superiores por igual al estilo del panóptico de Michel Foucault²³ y, como dice Good, son evidencia de un ámbito institucional extraordinariamente totalizador.²⁴ Respecto de los mentores que forman a los residentes he podido observar que, en gran parte, es responsabilidad de los médicos de mayor grado, quienes, a su vez, también están en formación. En un estudio realizado en nuestro país sobre la cultura organizacional y el aprendizaje situado en las residencias médicas, se ha descrito cabalmente que en las subculturas de los residente en México, los médicos en formación son “trabajadores-estudiante-educadores al mismo tiempo, interactuando en sistemas estructurados con rígidas jerarquías que cambian conforme avanzan los años”.²⁵ Es muy relevante señalar que el proceso de aprendizaje tiene lugar, principalmente, a través de la experiencia y no por medio de una instrucción pedagógica organizada.²⁶ Así, Carlos, con las herramientas que ha recibido de sus colegas de mayor grado, convierte la narrativa del paciente y de su familia en un proyecto escolar.²⁷ Su experiencia en la nosografía de casos²⁸ ha sido practicada desde su entrada al estudio de la medicina, sin embargo, los compañeros, con los que está iniciando su residencia psiquiátrica, le han

²³ Michel Foucault, *Vigilar y castigar; Nacimiento de la prisión*, 1999.

²⁴ Bayron Good, *op. cit.*, p. 158.

²⁵ Alicia Hamui-Sutton, Tania Vives-Varela, Samuel Gutiérrez-Barreto, Senyasen Castro-Ramírez, Carlos Lavalle-Montalvo y Melchor Sánchez-Mendiola, “Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas”, *Investigación en Educación Médica*, vol. 3, núm. 10, 2014, pp. 74-84 (p. 76).

²⁶ *Idem.*

²⁷ Bayron Good, *op. cit.*

²⁸ Ángel Martínez Hernández, *Síntomas y pequeños mundos. Un ensayo antropológico sobre el saber psiquiátrico y las aflicciones humanas*, 2018. Josep Comelles, en la introducción al libro de Martínez Hernández sobre la construcción cultural de los síntomas psiquiátricos, detalla cómo las profesiones clínicas basan su desarrollo en la patografía, es decir, la revisión de casos por medio de la comparación de las bases taxonómicas de las nosografías, lo que también se llama una mirada o narrativa naturalistas.

dado las claves para hacer la presentación,²⁹ específicamente lo han guiado sobre cómo “construir personas enfermas y convertirlas en pacientes *psiquiátricos*, percibidos, analizados y presentados como apropiados para el tratamiento médico”.^{30, 31}

Continuando con la descripción de la sesión, el caso que presentan es un “caso difícil”,³² así fue calificado por los participantes de la reunión; se trata de la vida de Luis, un hombre que lleva 36 años triste,³³ o con síntomas depresivos como dicen los psiquiatras. Luis no habla, está mutista señala Carlos. Al describir la vida de Luis, Carlos dice que su fuente es el expediente clínico y las narraciones de la familia del paciente. En un inicio se refiere a él como: “masculino, de 66 años, residente de la ciudad de México”. Después, prosigue su exposición describiendo que Luis empezó a estudiar medicina y no terminó: “desde niño trabajó haciendo sandalias y cuando abandonó la escuela de medicina siguió con ese oficio”. En esta parte, Carlos invita a la trabajadora social, Emma, a que abunde en el tema “social”. Ella toma la palabra y presenta un familiograma³⁴ en la pantalla, donde se observa un esquema con figuras geométricas que representan a los miembros de la familia de Luis y que son

²⁹ El esquema general, es decir, la trama o narrativa prefigurada sobre los elementos de la sesiones, lo incluyo en la “figura 1. Secuencia en las sesiones académicas de psiquiatría”.

³⁰ Esto es claro en la sesión ya que si bien el motivo del caso es el padecer de Luis, tal como se presenta en la junta, la voz de él queda desdibujada y pronto el interés se enfoca en sus síntomas.

³¹ Bayron Good, *op. cit.*, p. 149.

³² En el contexto donde realizamos la investigación, generalmente, los “casos difíciles” son llamados así por falta de efectividad en el tratamiento.

³³ Luis es un hombre que, aproximadamente a los 30 años, comienza a presentar conductas que han sido encuadradas como síntomas depresivos, psicóticos y catatónicos por diversos especialistas en medicina. Su padecer ha sido fluctuante y durante mucho tiempo le ha impedido realizar las actividades cotidianas básicas, como trabajar y relacionarse con su familia o amigos. Su trayectoria de atención ha incluido el Cifanep y diversos espacios de atención biomédica privada. Al momento de la presentación del caso, Luis estaba muy grave, no hablaba (estaba mutista), su interacción con el medio era mínima, tenía varios días internado y no reaccionaba a los medicamentos y tratamientos. Por su larga trayectoria de atención, la condición durante el internamiento, y sobre todo por la incertidumbre respecto al diagnóstico, es presentado en la sesión de psiquiatría. Su familia es quien lo lleva al hospital, no se abunda sobre otros elementos de su historia personal. Como señalaba en líneas anteriores, es muy importante puntualizar que la voz de Luis está casi ausente, principalmente porque no habla. Por lo tanto, todo el caso es armado por la observación de sus conductas, de su aspecto, de sus movimientos, etc.; además, el residente que presenta el caso se vale de los pocos datos que extrae del expediente y de las entrevistas que hace a los familiares que lo llevan al hospital.

³⁴ Y. Alegre Palomino y M. Suárez Bustamante, “Familiograma es un instrumento que evalúa el funcionamiento sistémico de la familia, *RAMPA*, vol. 1, núm. 1, 2006, pp. 48-57.

unidas en diversas direcciones con flechas. Emma, mirando de manera intermitente la pantalla y al público, empieza a narrar las dificultades que presenta la historia clínica y señala que “la familia no habla mucho”; durante la participación de Emma, la audiencia se nota distraída; cuando ella pregunta si alguien tiene alguna duda, nadie responde. Esta intervención habla del lugar de lo “social” en el interés biomédico, básicamente relegado; es más un proceso anecdótico; además, nos expone la posición subalterna del trabajo social en la clínica, no sólo por la respuesta de la audiencia sino por la estructura de la exposición de la trabajadora social, quien trata de ser sucinta y limitarse a los temas que para la medicina serían importantes; no hay un dialogo interdisciplinario.³⁵ Carlos da las gracias a Emma y prosigue; a través de una línea de tiempo señala cada acción que es disruptiva en la historia de Luis; cada descripción termina con una categoría psiquiátrica:

Mantiene posturas bizarras que incluso le causaron lesiones [...] se tiraba al suelo, se ponía a cargar el refrigerador, se quedaba recargado en la pared, incluso mencionan los familiares que le salían lesiones: síntomas de catatonía y ánimo bajo.

Olvidándose de actividades y personas con las que convivía a diario, dejando de hablar por completo o por temporadas, teniendo ideas de culpa por la situación económica de su familia o por pensar en hacerles daño (matarlos y/o violarlos); comentaba que no podía cuidar de su familia, que era un inútil, que no los podía sacar adelante: ideas de minusvalía y síntomas depresivos.

Este ejercicio denota cómo los residentes van dotando de sentido los episodios de aflicción para dar cuerpo al modelo de atención biomédico.³⁶ Este primer mecanismo de traducción constituye una de las actividades interpretativas a través de las cuales la medicina confronta, experimenta y elabora la realidad. Es parte de los princi-

³⁵ Mario Heler, “El problema del posicionamiento de la producción del campo profesional de trabajo social”, documento electrónico. La valorización del trabajo social se relaciona con su identificación de una práctica profesional, como “un hacer sin teoría”, sustentado principalmente en el sentido común. Además, ha sido encasillado “como la implementación de una práctica de conocimientos que no produce; con el agregado de que además de forjar una relación de dependencia y subordinación con sus proveedores de conocimientos, sus intervenciones profesionales se ubican en el ámbito de las aplicaciones técnicas” (p. 2).

³⁶ Ángel Martínez Hernández, *op. cit.*, 2018 p. 98.

pios generativos que constituyen el núcleo que organiza las actividades de la medicina como forma simbólica.³⁷

Situación de incertidumbre 1: reconstrucción del caso clínico

La línea del tiempo que utiliza Carlos es la guía tanto para la narrativa naturalista de los signos y síntomas como para la descripción del tratamiento que ha recibido Luis. A través de una flecha que atraviesa la pantalla del salón, Carlos detalla siete internamientos en hospitales psiquiátricos. Cuando es cuestionado por la audiencia sobre la razón de la alta de Luis, Carlos comienza a explicar que no queda claro en el expediente, pero una médica adscrita le arrebató la palabra y narra que cuando ella era residente le tocó atender a Luis y que el motivo de su alta fue “máximo beneficio”. Es decir, al no tener certidumbre sobre el diagnóstico y sobre un tratamiento que le hiciera mejorar, la práctica en la institución fue la de dar de alta al paciente. En este diálogo no queda claro por qué no llegan a un diagnóstico; es decir, no se puede distinguir si es por falta de pericia, por ignorancia o por algún otro motivo.

Carlos vuelve a la línea del tiempo, esta vez para describir los tratamientos que ha recibido Luis; al respecto, dice: estuvo en 50 sesiones de terapia electroconvulsiva (TEC). Además, detalla con detenimiento los fármacos y cantidades que le recetaron durante este tiempo, alcanzando a anotar algunos: clomipramina, sertralina, aripiprazol, risperidona, lorazepam, clonazepam, venlafaxina, amantadina, mirtazapina, etc. En el salón se empiezan a escuchar comentarios; tocante a esto, hay quienes mueven la cabeza para demostrar su rechazo a la cantidad de fármacos. Manuel, un médico adscrito que está atento a la discusión, lo increpa y le pregunta: ¿por qué tanto medicamento? Incluso, el subdirector hace ver que, en algunas ocasiones, los medicamentos ni siquiera estaban recetados en dosis óptimas. Carlos responde nervioso: “no sé doctor; así viene en el expediente y no dice claramente por qué; además fue con un médico privado y él también le estuvo recetando”. En este momento de incertidumbre, las dudas que se generaron durante la revisión del caso provienen de la construcción de los expedientes, que en muchas ocasiones no cumplen con los elementos para comprender

³⁷ Bayron Good, *op. cit.*

las tomas de decisión en las distintas etapas de atención. Además, al parecer, ante la falta de respuesta de Luis a los fármacos, éste ha sido sometido a un consumo masivo y al uso del TEC, que no puede explicarse claramente en retrospectiva.

Carlos prosigue con su narración; han pasado más de 45 minutos (las sesiones duran 2 horas); cuando se dispone a narrar cómo le ha ido a Luis en el internamiento, el doctor Manuel lo vuelve a cuestionar: “pero si ha habido en periodo de mejoría, ¿a qué lo relacionas?”. Carlos baja un poco el tono de voz y expresa: “lo único diferente que yo noto doctor es la convivencia con su nieta”. Ante esta aseveración, nadie profundiza sobre las características de la relación con la nieta o por qué Carlos tiene esa impresión. El dato es ignorado, pero le preguntan: “¿cómo está ahora?”. Carlos contesta: “muy grave”. Este silencio ante un dato de tal naturaleza es común en las sesiones; cualquier situación que no pueda reducirse a un signo y luego a un síntoma de un padecimiento psiquiátrico pierde relevancia. Es parte del “proceso de reificación en el que el sentido autóctono se desvanece, porque es lego, profano, inexperto y desconoce el verdadero código por el cual el conjunto de hechos adquiere sentido”.³⁸

Al terminar las descripciones, generalmente se pide a los pacientes que permitan a los médicos que los interroguen durante la sesión, con la idea de evaluar cómo hacen la entrevista y, además, aprovechar para preguntarles elementos que durante la exposición no quedaron claros. Es la parte del proceso en el que se transparenta la descontextualización cultural de la que hablaba en el principio. Rodeado de batas blancas, el paciente es sometido a un escrutinio cuidadoso de cada parte de su cuerpo, de sus movimientos, de sus emociones, de sus pensamientos; todo puede ser parte de un síntoma; es también un momento importante para entrenar el ojo clínico de los médicos. Sin embargo, ya que Luis no habla, no realizan la entrevista de manera presencial; en cambio, proyectan un par de videos, que han sido grabados para la sesión, en donde le piden que haga ciertos movimientos y otras pruebas. En la pantalla se ve a un Luis lejano, con el cuerpo encogido, la mirada distante. Con esta imagen, Carlos termina la exposición de los antecedentes y el estado actual del paciente.

La R4, Prudencia, que dirige la sesión con Carlos, hace un gesto para que se siente, toma la palabra y comienza a evaluar a cada uno

³⁸ Ángel Martínez Hernaez, *op. cit.*, 2018, p. 306.

de sus compañeros. La dinámica es que los de menor grado describan el examen mental de Luis;³⁹ en este punto es claro el proceso de evaluación, pero también se hacen evidentes los procesos de camaradería entre los residentes. Por ejemplo, cuando alguno no puede contestar, se oyen murmullos con la respuesta, algunos incluso toman la palabra en una suerte de rescate, lo cual recuerda a la descripción que hace Turner sobre las estrategias de los neófitos cuando están en espacios de liminalidad.⁴⁰

Situación de incertidumbre 2: aplicación del conocimiento neuropsiquiátrico

Los residentes hacen su mejor esfuerzo, pero sus descripciones son escuetas; por ejemplo, Prudencia le pide a Miguel (R1) que describa al paciente. Miguel, muy nervioso, toma sus apuntes y empieza tímidamente a describirlo, haciendo una intervención esquemática, tal como lo sugieren los manuales: “Tenemos un *masculino* con edad similar a la cronológica, se encuentra con postura encorvada, está despierto, no sé si está orientado en tiempo y persona porque no respondió... Bueno, tenía ánimo triste, su cuerpo estaba encorvado, estaba recargado. No es abordable, no es asequible, la psicomotricidad está disminuida de manera generalizada”.

Lo interrumpe el adscrito Manuel, y empieza una larga descripción que mezcla el conocimientos psiquiátrico con algunos de orden neurológico:

A mí me llama la atención lo negativo de la conducta del paciente en los videos. Por una parte lo que ya se describió, la postura encorvada, facies de angustia y *dolor moral*, etcétera, todo eso está presente. La lentificación, la bradicinesia [...] tampoco se ven fenómenos de apraxia, anosognósicos, etcétera [...] Eso llama mucho la atención, porque de antemano podríamos descartar otros tipos de demencia que fueran más *corticales posteriores*. Seguiría quedando el debate de hasta qué punto

³⁹ El examen mental: es una valoración psiquiátrica que conjuga lo que dice y expresa el paciente en conjunto con lo que observa e infieren los médicos. Contiene los siguientes temas: aspecto físico, orientación, habla y lenguaje, actividad motora, afecto, estado de ánimo, expresión del pensamiento, contenido del pensamiento, alteraciones sensorioceptuales, atención concentración y memoria; pensamiento abstracto, *insight* y capacidad de juicio.

⁴⁰ Victor Turner, *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*, 1999.

todo esto que estamos viendo es parte de un *síndrome frontal* o de un *síndrome depresivo grave psicótico, catatónico y melancólico*; ese lugar yo creo que está abierto, pero esos fenómenos no se están viendo. No parece un fenómeno extrapiramidal o cortical posterior.

Durante la descripción todos en la sala guardan silencio. Al final aún no se define ante qué entidad psiquiátrica están; al parecer, Luis expresa síntomas que pueden presentarse en varias patologías y no queda claro la forma en que van a descartar una de las dos. Ya son casi las 11:30 horas, los adscritos mencionan que queda muy poco tiempo, Prudencia decide que no se presentarán las pruebas neuropsicológicas, argumenta que no hubo resultados relevantes porque no se puede evaluar adecuadamente a Luis. Todos exclaman: “¿y la resonancia?”; al parecer todos buscan que la imagen pueda resolver la incertidumbre que rodea al caso. Prudencia presenta la resonancia y le pide al adscrito Manuel que les ayude. Este último dice que ya hay residentes que han rotado con él y que deben hacerlo ellos. Elige a Lalo, un R3. Éste se sorprende y con risa nerviosa intenta describir la resonancia; Manuel lo detiene y le empieza a preguntar: “¿qué es lo que quieres ver?”. Lalo responde tímidamente y Manuel lo vuelve a cuestionar con voz de hartazgo; así el diálogo:

Lalo, hace una mueca de sorpresa y resignación: —Ok, bueno, aquí tenemos dos cortes axiales de una resonancia magnética.

Manuel: —¡No! —alza la voz—, pero el izquierdo no lo quieres, el izquierdo es un localizador; no es una imagen de buena definición.

Lalo, responde nervioso, bajando el tono de voz: —Del lado izquierdo tenemos T1 axial y del lado derecho un T2 Fleur. Empezamos desde la base, de lo que se ve a nivel de los hipocampos, no se alcanza a ver ningún daño, alguna lesión estructural; se alcanza a ver disminución del volumen ahí en las regiones.

Manuel: —¡No! —vuelve a alzar la voz—, pero termina de decir la descripción estructural, mejor revisa todo el T1.

Lalo, se nota más ansioso: —Ok. En el Fleur lo que estaríamos buscando serían cambios en la intensidad.

Manuel: —¡Pero primero describe si hay lesiones focales, ¿hay algo operable?, ¿hay un infarto? Tenemos que revisar todo.

Interviene otro adscrito, Diego, quien intenta suavizar el diálogo, pero Manuel le dice: “los residentes tienen muchos problemas para

leer y entender las resonancias, entonces estoy enseñándoles un método para hacerlo". Diego pide disculpas y le da la razón. Manuel describe el método y le exige a Lalo que lo aplique. Éste lo pone en práctica con mucho temor, pues es reprendido constantemente. No obstante, concuerdan (los médicos adscritos y los residentes que llevan la sesión) que la resonancia no puede confirmar que haya algún padecimiento específico. La incertidumbre continúa, ha fallado una de las herramientas básicas de la psiquiatría biológica.

Situación de incertidumbre 3: diagnóstico

El adscrito Diego dice que deben llegar a una conclusión; empieza a evaluar cuál de los dos diagnósticos puede ser más viable para Luis. Diego es uno de los psiquiatras con más experiencia clínica, comúnmente intenta que los estudiantes, además de practicar la esfera técnico-racional, conozcan la dimensión moral y social de las enfermedades.⁴¹ En su intervención pondera los diagnósticos propuestos y realiza un ejercicio racional y moral para tomar una decisión y terminar con la incertidumbre, al menos de forma parcial. Al respecto, menciona lo siguiente:

¿Qué sí podemos afirmar? Podemos afirmar que el paciente siempre ha tenido episodios graves de depresión psicótica con síntomas catatónicos, que ha tenido un curso que tiende al empeoramiento [...] el diagnóstico diferencial obligado de una demencia posiblemente frontotemporal [...] pero si acaso la queremos dejar en una DFT, la dejaría como posible, y una depresión como probable, definida desde el punto de vista sindromático, pero sin afirmar que al fondo existe esta enfermedad que es la depresión unipolar que conocemos; solamente lo dejaría como una guerra de diagnósticos donde uno es más probable que otro [...] Ahora, lo que si es que estas formas clínicas de depresión existen, nada de lo que se ha dicho aquí es incompatible con una depresión grave; esta melancolía grave de Kraepeling, el síndrome de Cotard, todo lo que se describió clásicamente lo tiene este paciente y si hemos visto muchos casos aquí, de pacientes que ya los habíamos diagnosticado como que tenían demencia, y tres o cuatro años después [...] mejoraron [...] Entonces no creo que haya que pensar que ya estamos

⁴¹ Bayron Good, *op. cit.*

seguros de algo, más bien tenemos que ver ¿qué diagnóstico nos da más utilidad?; entonces, en ese sentido, ¿cuál sería la utilidad de un diagnóstico de demencia?; pues descartar causas tratables. En cambio, ¿cuál sería la utilidad de un diagnóstico de depresión?; seguir tratando de sacarlo adelante. Pero tampoco hay que tener un optimismo fanático de que lo vamos a sacar como en otros casos [...].

La sesión concluye con la idea de que Luis tiene un síndrome depresivo grave psicótico, catatónico y melancólico; Carlos permaneció callado desde que Prudencia tomó la palabra; en general, la discusión final transcurre entre los médicos adscritos, quedando claro que entre más complejos sean los casos, menos participación tendrán los residentes de los primeros años.

Análisis interpretativo

Para realizar la clasificación y análisis utilizo elementos de la tipología de incertidumbre de Hamui y colaboradores que se desarrolló en el apartado teórico-metodológico.

Situación de incertidumbre 1: reconstrucción del caso clínico

En este primer acercamiento, Carlos el residente encargado del caso tiene dudas respecto de la trayectoria clínica del paciente; es decir: ¿cuáles son las conductas o motivos por los que Luis acude y es atendido por médicos psiquiatras?, ¿cómo se han clasificado sus síntomas en alguna entidad psiquiátrica?, ¿cómo han evolucionado? y ¿cómo han sido tratados? Las fuentes para resolverlas son el expediente clínico y las narrativas de los familiares. Las precisiones sobre estos elementos son:

- 1) Carlos narra la dificultad para armar el caso por la poca comunicación con la familia. Este tipo de incertidumbre es comunicacional porque Carlos no logra extraer información suficiente de la familia que le aclaren sus dudas. Una herramienta que deben desarrollar los residentes es la capacidad para entrevistar a pacientes y familiares, pues estas narrati-

vas constituyen el núcleo de las conductas que luego serán transformadas en síntomas psiquiátricos.

- 2) Por otro lado, Carlos tiene dudas que no podrá esclarecer por fallas en el proceso de construcción del expediente; éste es un punto clave. Los residentes al recibir un caso construyen la historia clínica con las entrevistas y el contenido de los expedientes. En este caso, Carlos señala que la información de este documento no es clara y completa. Esto tiene como resultado que no pueda reconstruir las trayectorias de atención de Luis con detalle para comprender por qué fue tratado de esa forma y qué relación puede guardar con su padecimiento actual.
- 3) De la lectura que hace Carlos del expediente se podría deducir que los médicos tratantes tuvieron constantes incertidumbres conceptuales, pues no lograron establecer un diagnóstico con la información abstracta que tenían. Para solventarlo utilizaron fármacos, internamientos constantes y TEC. Ya se ha descrito en diversos estudios⁴² que los psiquiatras utilizan, como herramienta de diagnóstico y terapia, el internamiento. En este caso no han podido resolver la incertidumbre con estas herramientas, tal como lo relata la médica adscrita cuando habla de alta por máximo beneficio. El uso y modulación de los fármacos a través del tiempo es una estrategia para ir dando certidumbre; es decir, a veces, ante la confusión entre síntomas que pueden pertenecer a varios diagnósticos, la reacción positiva o negativa a ciertos medicamentos puede ser una de las pistas que apuestan a establecer un diagnóstico; en la discusión entre residentes y médicos adscritos no se alcanza a distinguir el uso adecuado de esta técnica, pues no hay seguimiento y correlación con lo que se busca atender o, al menos, no ha quedado registrado en el expediente.

⁴² Nicolas Henckes and Lara Rzesnitzeck, *op. cit.*

*Situación de incertidumbre 2:
aplicación del conocimiento neuropsiquiátrico*

El motivo de duda en esta situación es conceptual y técnica; no llegan a un consenso sobre a qué tipo de entidad psiquiátrica corresponden sus observaciones. La primera estrategia del Miguel (R1) es ordenarla de acuerdo con la taxonomía naturalista que le han enseñado; no obstante, no cuenta aún con los elementos suficientes para formular una conceptualización adecuada; el recurso para dar más certeza es la intervención que hace Manuel, el adscrito, quien despliega una descripción amplia y extensa sobre la entrevista hecha a Luis. Si bien se obtiene mayor claridad sobre cómo encuadrar las conductas de Luis, no se ha resuelto aún la duda diagnóstica. Aquí la audiencia apela al uso de la tecnología, la resonancia magnética, para tener más elementos y llegar a una conclusión. Manuel, el médico adscrito, ha dicho que organizó un método para que los residentes tengan claridad al realizar tal observación. De mis apuntes se desprende que los residentes de psiquiatría no cuentan con la pericia de sus compañeros de neurología y esta metodología les ayuda un poco, además, puede al mismo tiempo generar incertidumbre por no contar con un conocimiento suficiente para entender las resonancias. Sin embargo, en este caso la duda no es por la falta de pericia en la lectura de la resonancia, el problema es que la imagen del cerebro de Luis no correlaciona claramente con los síntomas. Esto sugiere que la causa de incertidumbre se debe a los límites del conocimiento médico, en este caso psiquiátrico. No obstante, las herramientas para enfrentar estas dudas, aparentemente infranqueables, son resueltas en la siguiente situación.

Situación de incertidumbre 3: diagnóstico

En este último momento, antes de concluir la sesión, uno de los médicos con más experiencia, Diego, expresa con claridad que el motivo de incertidumbre es decidir entre dos diagnósticos. Para resolverlo propone distintas estrategias:

- 1) Revisar cada hecho clínico y a partir de ahí distinguir entre las dos posibilidades, graduando entre lo posible y lo probable. Esta herramienta es utilizada comúnmente por los

- psiquiatras,⁴³ y consiste en cotejar y discernir, manteniendo la incertidumbre, pero reduciéndola en graduación.
- 2) La segunda herramienta es el tiempo, es decir, hacer un abordaje longitudinal y que sea el paso del tiempo el que termine por resolver la incertidumbre. Parece que esta estrategia es la que se había usado y no funcionó; tener dos posibles diagnósticos puede ayudar a que sea más útil en esta ocasión.
 - 3) La utilidad como criterio para la toma de decisiones, ante la incertidumbre propone ponderar que será más benéfico para el paciente. Aquí es interesante cómo el médico con más experiencia deja de lado la modelación materialista de la enfermedad e introduce las cuestiones morales y soterialógicas (es decir el sufrimiento y la salvación del paciente) para resolver las dudas.⁴⁴

Conclusiones

Las preguntas que guiaron este trabajo fueron: ¿cómo se expresa la incertidumbre durante una sesión académica de psiquiatría? y ¿cómo la enfrentan o qué mecanismos o herramientas utilizan los psiquiatras y los residentes para desvanecerla? Para dar respuesta hago las siguientes puntualizaciones.

La franja de actividad que observé está plagada de expresiones de incertidumbre, el motivo mismo de la reunión es la duda diagnóstica. Lo que comprendí fue que los diferentes grados y momentos de duda dependen de cómo se encuentran posicionados los actores en el campo y de sus marcos de referencia; es decir, qué lugar ocupan en la situación de incertidumbre y qué estructuras interpretativas utilizan para resolver o manejar las dudas.

Los tipos de incertidumbre que se develaron tras la observación, descripción y análisis son comunicacional, conceptual, técnica, burocrático-administrativo y referentes a los límites del conocimiento psiquiátrico. Me parece que las dos primeras responden a una falta de pericia o ignorancia propia de los médicos en formación. La in-

⁴³ Nicolas Henckes y Lara Rzesnitzek, *op. cit.* En un estudio que describe cómo un grupo de psiquiatras alemanes manejan la incertidumbre ante los casos de esquizofrenia, se narra que una estrategia es sopesar los datos considerando tres posibles escenarios: sospecha, plausibilidad y probabilidad.

⁴⁴ Bayron Good, *op. cit.*, p. 133.

certidumbre que se origina por la falta de atención de la construcción del expediente clínico alude más a un problema institucional de orden administrativo-burocrático, que se conjuga con el modelo de atención fragmentada de los espacios de formación médica. La falta de atención en la formulación de los elementos de la historia clínica se relaciona, en parte, con la continua rotación de los médicos, lo cual genera que un paciente pueda ser atendido por un R1 y en la siguiente consulta por un R4, perdiendo la continuidad en la elaboración y seguimiento del expediente por la variación de los médicos y de sus cocimientos sobre la disciplina. Esto es particularmente patente en el caso expuesto porque hablamos de un seguimiento de 36 años.

Respecto de los límites del conocimiento psiquiátrico, éstos no sólo refieren a la endeble clasificación y sistemas teóricos múltiples y ampliamente divergentes de la psiquiatría contemporánea, de los que hablaba en la introducción, sino también a una práctica psiquiátrica que debe responder a un enfoque neurológico preponderante en la institución. Es decir, aquí, los médicos y residentes de psiquiatría deben manejar la incertidumbre propia de su disciplina y la exigencia de una práctica que replique la clínica neurológica. Es una tensión que aumenta los grados y dimensiones de la incertidumbre.

Las formas de resolver o manejar la incertidumbre depende del momento de la atención clínica en que surja, el actor que tenga la duda, residente o médico adscrito, y los marcos de referencia que cada uno de ellos ocupe. Mientras un residente de primer ingreso puede tener una duda sobre cómo clasificar una conducta y resolverla con herramientas conceptuales a la mano o la ayuda de pares o adscritos, los médicos con más experiencia se valen de diferentes herramientas, que pueden incluso sobrepasar el conocimiento psiquiátrico, como la esfera moral que mencionamos en la *situación de incertidumbre* 3. Como afirma Good: “las prácticas elementales para el ejercicio clínico absorben la atención del estudiante [...] mientras que estas prácticas pasan pronto al segundo plano para el clínico experto y le permiten un modo distinto de atención —por lo menos idealmente— de la persona enferma.”⁴⁵

Las herramientas de los psiquiatras son el conocimiento de su disciplina, la discusión entre pares y superiores, el uso de fármacos,

⁴⁵ Bayron Good, *op. cit.*, p. 162.

el internamiento como forma de monitorizar y sobre todo la apuesta a que el paso del tiempo disuelva las dudas.

La incertidumbre es el motor de la práctica clínica; sirve para aprender, indagar y en algunos casos no se puede esclarecer, pero se puede manejar.

Bibliografía

- Alegre Palomino, Y. y M. Suárez Bustamante, "Familiograma es un instrumento que evalúa el funcionamiento sistémico de la familia, *RAMPA*, vol. 1, núm. 1, 2006, pp. 48-57.
- Candaudap-Ortega, M., "El currículo oculto en la formación del médico. El caso de la subespecialidad en cirugía plástica, estética y reconstructiva", *Educación Médica*, vol. 13, núm. 2, 2010, pp. 101-105.
- Castro, Roberto, "El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu", *Sociológica*, año 34, núm. 97, 2019, pp. 73-113.
- Chinhu Amparán, Aquiles y Alejandro López Gallegos, "Arenas y símbolos rituales en Victor Turner", *Argumento. Estudios Críticos de la Sociedad*, núm. 40, diciembre de 2011, pp. 137-152.
- Cooper, Rachel, "What is Wrong with the DSM?", *History of Psychiatry*, vol. 15, núm. 1, 2004.
- DeForge B.R. y J. Sobal, "Intolerance of Ambiguity in Students Entering Medical School", *Social Science & Medicine*, vol. 28, núm. 8, 1989, pp. 869-874.
- Foucault, Michel, *Vigilar y castigar; Nacimiento de la prisión*, Medellín, Siglo XXI, 1999.
- Fox, R.C., "The Evolution of Medical Uncertainty", *Milbank Memorial Fund Quarterly Health Society*, vol. 58, núm. 1, 1980, pp. 1-49.
- Goffman, Erving, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, Madrid, CIS, 2006.
- Good, Bayron, *Medicina, racionalidad y experiencia*, España, Bellaterra, 2003.
- Hamui Sutton, Liz, "Las narrativas del padecer una ventana a la realidad social", *Cuicuilco*, núm. 52, 2011.
- Hamui-Sutton, Alicia, Tania Vives-Varela, Samuel Gutiérrez-Barreto, Senyasen Castro-Ramírez, Carlos Lavallo-Montalvo y Melchor Sánchez-Mendiola, "Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas", *Investigación en Educación Médica*, vol. 3, núm. 10, 2014, pp. 74-84 (p. 76).
- , Tania Vives-Varela, Samuel Gutiérrez-Barreto, Iwín Leenen y Melchor Sánchez-Mendiola, "A Typology of Uncertainty Derived from

- an Analysis of Critical Incidents in Medical Residents: A Mixed Methods Study", *BMC Medical Education*, vol. 4, núm. 15, 2015, pp. 1-11.
- Hautamäki, Lotta, "Uncertainty Work and Temporality in Psychiatry: How Clinicians and Patients Experience and Manage Risk in Practice", *Health, Risk & Society*, vol. 20, núm. 1 y 2, 2018, pp. 43-62.
- Heler, Mario, "El problema del posicionamiento de la producción del campo de producción del campo profesional de trabajo social", documento electrónico, recuperado de: <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/heler/mheler2010_14.07.10.pdf>, consultada el 2 de octubre de 2019.
- Henckes, Nicolas y Lara Rzesniztek, "Performing Doubt and Negotiating Uncertainty: Diagnosing Schizophrenia at its onset in Post-war German Psychiatry", *History of the Human Sciences*, vol. 31, núm. 2, 2018, pp. 1-23.
- Martínez Hernández, Ángel, "Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural", *Cadernos Saúde Pública*, vol. 22, núm. 11, 2006.
- , *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, 1ª ed., España, Anthropos, 2008
- , *Síntomas y pequeños mundos. Un ensayo antropológico sobre el saber psiquiátrico y las aflicciones humanas*, México, UAM, 2018.
- Menéndez, Eduardo, "Antropología médica en América Latina 1990-2015: una revisión estrictamente provisional", *Salud Colectiva*, vol. 14, núm. 3, 2018, pp. 461-481.
- Parsons, Talcott, *The Social System*, Londres, Routledge, 1991.
- Turner, Victor, *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu*, Barcelona, Siglo XXI, 2020.