

Atención en discordancia: estudio de caso del área de rehabilitación neurológica de un centro de atención en salud mental y neurológica

ALFREDO PAULO MAYA*

El Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep) es una institución pública que tiene como funciones brindar atención neurológica especializada, así como promover la investigación y la formación de profesionales de la salud. Su estructura expresa una organización jerárquica en torno de la atención de los trastornos neurológicos funcionales, es decir, enfermedades del sistema nervioso central y periférico. En este contexto, si bien en el ámbito de acción la Unidad de Rehabilitación es reconocida en las normas institucionales, no necesariamente lo es por el resto de las especialidades del campo de la neurología, lo cual se ve reflejado en disonancias entre los integrantes del equipo interdisciplinar durante el proceso de atención de las enfermedades neurológicas.

Método

El trabajo de campo tuvo una duración de tres meses en el área de rehabilitación; inicialmente abarcó todos los días de la semana, pero

* Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM.

posteriormente se concentró de lunes a miércoles, pues se identificó que eran los días de mayor afluencia, sobre todo desde las 8:00 a las 14:00 horas.

En todos los casos se solicitó autorización institucional, la cual quedó registrada en una carta de consentimiento informado. De esta forma, durante un mes y medio se identificaron y observaron diversas situaciones en las que se vieron involucrados los integrantes del equipo interdisciplinario durante el proceso de atención en el área de rehabilitación, una vez analizado los patrones de interacción que dieron cuenta de las franjas de actividad.

Posteriormente, con el objeto de co-construir narrativas se identificó a diferentes integrantes del equipo interprofesional con los que se concretaron citas. A cada una de las personas se le explicó a detalle los objetivos y se le pidió permiso para hacer uso de la grabadora y realizar anotaciones. Dado que nuestro interés fue el de indagar sobre las experiencias vividas durante las interacciones observadas previamente durante el proceso de atención interprofesional, el equipo acordó los ítems que serían abordados durante proceso de interlocución, con la finalidad de desencadenar su interés y favorecer el que se extendieran en sus narrativas.

Establecimos relaciones de interlocución con cinco terapeutas:¹ dos estudiantes que realizaban su servicio social (Janet de 22 años y Luisa de 25 años), dos terapeutas adscritos (Maribel de 56 años y Laura de 32 años) y una residente de la especialidad en rehabilitación neurológica (Perla de 26 años).

Para realizar el análisis de lo registrado, durante el trabajo de campo se transcribieron en varios textos, los que nos permitieron reflexionar sobre los procesos de interacción involucrados en su producción e identificar la secuencia de temporalidades (cronológicas o no) de los sucesos narrados por nuestros interlocutores, así como interpretar sus cargas de significados, valores y expectativas.²

Debo aclarar que el presente escrito sólo hará referencia a las áreas de terapia ocupacional y física. Su elección se debe a que fueron los espacios en donde realizamos con mayor frecuencia y tiempos la observación participante (de enero a marzo de 2019).

¹ Por mutuo acuerdo, en el presente escrito se recurrió al uso de seudónimos.

² David Carr, "Narrative and the Real World: An Argument of Continuity", *History and Theory*, vol. 25, núm. 2, 1986, pp. 117-131. Una trama refiere al énfasis otorgado por el narrador a la secuencia de temporalidades, con el fin de inferir sus significados, valores y expectativas. Su desarrollo es tratado por Tomas Loza en este mismo número.

Finalmente, respecto a las dificultades de la investigación en el centro, éstas surgieron cuando se trató de dialogar con los estudiantes en servicio social y los residentes. Explícitamente expresaron su miedo a ser reprimidos por los médicos responsables del área, razón por la que sólo se contempló la interlocución con dos de ellos. La situación antes expuesta se expresó con mayor agudeza a finales del mes de marzo del 2019, periodo en que residentes de 10 hospitales se manifestaron a través de las redes sociales y medios de comunicación masivos para exigir el pago de sus becas. De hecho, enfrentamos dificultades con las autoridades encargados de la seguridad, ya que nos confundieron con periodistas.³

Resultados

Etnografía: organización del área de rehabilitación neurológica

La Unidad de Rehabilitación Neurológica se ubica en una de las partes más lejanas de la puerta de acceso al Cifanep; así, resulta notoria la dificultad que enfrentan los pacientes y sus acompañantes durante su traslado, pues entre las manifestaciones más evidentes de una enfermedad neurológica es que la motricidad corporal disminuye significativamente. Las dificultades son mayores si se considera la inclinación de la ruta, la presencia de escalones, provocando que las pocas sillas con ruedas no fueran una opción viable; por otra parte, durante todo el tiempo del trabajo de campo no noté el apoyo de camilleros o algo parecido. Si bien en la parte más alta del centro de atención existe una puerta alternativa, ésta sólo se utiliza para retirarse, pues para acceder, es obligatorio registrarse en el módulo de vigilancia. Así, no deja de ser paradójico que tratándose de un espacio dedicado a la rehabilitación de enfermedades neurológicas, no se consideren las dificultades motrices de los pacientes.

La unidad de rehabilitación se divide en tres áreas de atención: terapia física, terapia de lenguaje y terapia ocupacional. Si bien al interior comparten el mismo espacio, su distribución no es uniforme

³ La situación nos llevó a reflexionar sobre el ejercicio del poder en una institución hospitalaria de tercer nivel, en donde el dominio biomédico y administrativo coloca en situación endeble a los estudiantes que cursan su especialidad o servicio social. En reuniones periódicas con los miembros del equipo se abordaban y reflexionaban este tipo de problemas que surgían, lo que nos permitió generar estrategias sobre cómo afrontarles.

pues abarca diferentes elevaciones, lo que dificulta el traslado de un lugar a otro y, por lo tanto, la comunicación entre los integrantes del equipo interprofesional. Al observar detenidamente el espacio donde se ubican los consultorios, noté que los consultorios se acondicionaron sobre lo que fue área de bodegas.

El área se conforma por más de doce pasantes y alrededor de ocho terapeutas de rehabilitación; dos residentes y dos médicos especialistas en rehabilitación física. Otros servicios son terapia de lenguaje, el área de terapia ocupacional donde laboran una terapeuta de planta y dos pasantes, y finalmente el área de terapia virtual, donde los pacientes ingresan a protocolos de investigación. Si bien existe una conexión entre los tres servicios, son los especialistas en medicina física y rehabilitación quienes deciden el flujo de los pacientes, la frecuencia, el terapeuta y el tipo de terapia a realizar.

El proceso de rehabilitación inicia con la evaluación de los pacientes a cargo del Jefatura del Departamento, la cual tiene la facultad de coordinar las actividades realizadas por los especialistas adscritos en cada una de las tres áreas. Se me explicó que la evaluación es integral, puesto que requiere de la participación de todos los integrantes del equipo interprofesional. No obstante, noté que sólo acontecía entre las áreas de terapia física y ocupacional, pues los intercambios con terapia del lenguaje eran mínimos.

La estructura organizacional de la franja de actividad se expresa mediante una jerarquización de tipo vertical, haciendo que las órdenes fluyeran del jefe de la unidad, a los responsables de área, y finalmente a los pasantes de servicio social de fisioterapia. Pero ante la saturación de pacientes y de actividades administrativas son comunes las situaciones de conflicto entre los diferentes integrantes del equipo interdisciplinario, destacando las de los estudiantes con todos los niveles de autoridad. Por otra parte, ha llevado al diseño de “terapias colectivas” de atención ya que de realizarlas de manera individual no sería eficiente.

La dinámica de la franja de actividad se manifiesta de la siguiente forma. En una jornada, simultáneamente se expresa entre los rehabilitadores encargados de cada área, quienes deciden las técnicas y ejercicios por realizar; sin embargo, en el área de rehabilitación física noté la presencia de por lo menos 12 estudiantes en servicios social, provenientes de universidades públicas y privadas. Así, resultó notoria la ausencia de estudiantes de posgrado.

De manera paralela, la consulta tiene una duración de una hora y se concentra en los pasantes. Aunque las terapias deben ser individuales, lo común es que el terapeuta atienda a la vez a dos o tres pacientes. Por ejemplo, en el área de rehabilitación ocupacional, las terapias son colectivas y se realizan de manera compartida, pues todos los pasantes y sus respectivos pacientes se distribuyen sobre la misma mesa de trabajo para practicar los ejercicios de rehabilitación.

Al finalizar una jornada de ocho horas laborales, resulta notorio el agotamiento de los estudiantes, quienes apenas y tienen tiempo de actualizar sus carpetas de evaluación. En tanto, los rehabilitadores adscritos efectúan actividades administrativas y supervisan que los pasantes del servicio social realicen las evaluaciones de cada uno de los pacientes que les fueron asignados.

Con el objetivo de ejemplificar empíricamente las situaciones que dieron pauta a las dinámicas de las franjas de actividad, durante la terapia de rehabilitación, a continuación se desarrollarán dos casos.

Caso 1. La saturación de los servicios durante el proceso de atención y la reafirmación jerárquica del saber neurológico

Son las 10:00 horas del miércoles. Todos los servicios se encuentran saturados. Son tantos los pacientes y sus acompañantes que algunos han optado por sentarse en las escaleras o esperar en los pasillos. En el área de rehabilitación ocupacional, pacientes que fueron citados semanas atrás se hacen presentes paulatinamente. Antes de iniciar, una mujer solicita que atiendan a su familiar pues no pudo asistir a la cita programada para el lunes. Argumentó que el “pariente” que se había comprometido a llevarlos les “falló” y que no tenía suficientes recursos para pagar un taxi.

La rehabilitadora adscrita, Laura, elige atender a dos pacientes, mientras que a Miguel y Luisa (estudiantes en servicio social) se les asignó la atención de manera simultánea de dos pacientes cada uno. Todos se sientan alrededor de una mesa. Laura me explica que los miércoles se satura de pacientes dado que asisten todos aquellos enfermos que por algún motivo no pudieron presentarse el lunes o el martes.

Durante 45 minutos, los tres terapeutas dieron instrucciones a cada uno de los pacientes asignados sobre la manera de realizar los ejercicios de rehabilitación e incluso les apoyaban en su ejecución. Casi al finalizar la sesión se presentó una médica que labora en el Departamento de Control y Referencia de Pacientes. Sin considerar la saturación interrumpe la consulta colectiva, y pide hablar con Laura, quien se muestra molesta, y pide a Luisa que interrumpa la terapia que venía realizando a efecto de atender a la doctora. Entre tanto, Laura y Miguel dan instrucciones a los pacientes y a sus familiares sobre los ejercicios que tienen que practicar en sus hogares. Finalmente se acuerdan los horarios para las siguientes citas. A las 10:55 horas los rehabilitadores recogen de la mesa los materiales de trabajo utilizados en sesión que ya concluyó.

A las 11:00 horas, la rehabilitadora Laura revisa los expedientes de cada uno de los pacientes que conforman el siguiente grupo y los distribuye entre Miguel y Luisa. Para las 11:05 horas da inicio la terapia colectiva. De nueva cuenta los pacientes saturan la mesa que es utilizada para el desarrollo de las terapias. En uno de los extremos del salón finaliza la conversación entre Luisa y la médica. Esta última se nota molesta y abandona el lugar, mientras que la joven estudiante se incorpora a la mesa de trabajo para atender a sus dos nuevos pacientes.

En esta segunda sesión es de llamar la atención que mientras que los pacientes practican sus ejercicios, dialogan con sus terapeutas. Abordan las dificultades que enfrentan en sus hogares, tales como el abrocharse los botones de la camisa o amarrarse las agujetas de los zapatos. Gradualmente la conversación involucra a algunos de los familiares que los acompañan.

Sin embargo, al igual que la sesión anterior, la terapia colectiva es interrumpida, sólo que en esta ocasión es por parte de tres residentes del área de neurología: un joven paciente y su acompañante. Laura les proporciona una mesa contigua y dos sillas, las cuales son ocupadas por el joven Willy y su madre. En tanto, los jóvenes médicos —quienes permanecieron de pie todo el tiempo— realizaron una valoración pues se trataba de un caso que formaría parte de un protocolo de investigación. Así, en el mismo espacio en el que se llevaban a cabo las terapias de rehabilitación ocupacional, paralelamente los tres residentes obtuvieron información cuantitativa de Willy. La saturación de personas en el área y la proliferación de sonidos dificultaba poner atención en las instrucciones de los terapeutas.

Una vez que los residentes culminaron su evaluación, enviaron una señal a Laura, quien de inmediato se dirigió a Miguel y Luisa para que se encargaran de supervisar las actividades terapéuticas realizadas por sus dos pacientes. Acto seguido se dirigió a su escritorio, tomó unos papeles impresos y se sentó junto a Willy para continuar con la valoración.

Cerca de las 12:00 horas, Miguel y Luisa se dirigen a cada uno de los pacientes y de sus acompañantes, con el fin de proporcionarles instrucciones relacionadas con los ejercicios de rehabilitación que tenían que efectuar en sus respectivos hogares, y consensar el día y la hora de su próxima consulta. Laura terminaba de integrar el expediente mientras que los jóvenes residentes trataban de explicar a Willy, y a su madre, la utilidad de la información recabada para el protocolo de investigación; los dos sólo escucharon de forma pasiva y no expresaron ninguna duda. Aproximadamente a las 12:15 horas, los tres residentes se despidieron y se retiraron apresuradamente, mientras Willy apenas y pudo levantarse de la silla con la ayuda de Laura y de su madre. Les ofrecí acompañarlos hasta la salida del centro de salud, pero mi compañía se prolongó 20 minutos más, pues a Willy le costó mucho trabajo bajar las escaleras y se cansó a la mitad del trayecto.

De inmediato retorné al área de rehabilitación con la intención de dialogar con la responsable y los estudiantes. Los tres se encontraban sentados sobre la mesa de trabajo colectiva. Se notaban agotados; mientras, sacaban recipientes conteniendo comida e intercambiaron ideas conmigo, sobre las terapias aplicadas.

Alfredo: —Son pasadas las 12:00, ¿apenas desayunan?

Miguel: —Hay días peores. Usted vio cómo de pronto se juntan los pacientes y llegan los pendientes.

Laura: —Aquí uno programa, pero no se respeta. Siempre hay que sacar pendientes. ¡Que el paciente sólo pudo llegar hoy a la terapia! ¡Que realiza la valoración, de un nuevo paciente!

Alfredo: —Pero noté que eso afecta, incluso interrumpe las rehabilitaciones. Observé que al principio se encontraba una médica de otra área, pero se retiró algo molesta.

Laura: —La semana pasada esa doctora sufrió una contractura por tensión y nos pidió que le diéramos terapia como un favor personal. ¡Pero resulta que ahora quiere que le demos un masaje a su hijo! Imagínese, ahora viene para que le hagamos un favor a su pariente que

ni es de la institución. En primera, nos interrumpe y estamos saturados. En segunda, ¡no somos masajistas! Y en tercera, ya nos dieron la orden de no atender a nadie de otras áreas, pues nos distrae de nuestras actividades.

Le solicité a Laura una cita para realizar la entrevista-narrativa. Una vez que consultó su agenda, me señaló: “¿puede ser mañana, después del mediodía? Estamos muy saturados y apenas tengo tiempo de sacar mis pendientes”. Le confirmé y acordamos vernos en el área de rehabilitación.

El jueves, a las 11:30 horas me presenté en el área de rehabilitación, en donde la ausencia de pacientes era notoria respecto a los días anteriores. Miguel y Luisa hacían anotaciones en sus carpetas, mientras que Laura se encontraba frente a su computadora.

Alfredo: —Buenas tardes. Ya llegué para que hagamos la entrevista.

Laura: —Pero no nos vamos a tardar verdad? ¡Tengo muchos pendientes!

Inicio la entrevista, con preguntas relacionadas con las actividades a su cargo en el área de rehabilitación laboral.

Laura: —Creo que hago más ahora que coordino la terapia, chicos de servicio social. En algunas ocasiones me mandan estudiantes, entonces hay que darles clase. Sigo con los protocolos. Ahora tengo protocolos, más mi maestría y pues ya.

Alfredo: —¿Y los pacientes?

Laura: —El paciente pasa a consulta, donde lo valoran, entonces una vez que el médico determina que necesita terapia ocupacional. Se nos pide un horario, entonces nosotros tenemos organizados los horarios, les otorgamos un horario y el paciente acude ese día a ese horario, en donde se le hace pues su tratamiento.

Alfredo: —¿Pero veo que después negocian los horarios contigo?

Laura: —Eso se puede hacer o en el consultorio o si no se hace aquí. Sí se puede negociar los horarios, porque una gran ventaja de terapia ocupacional es que podemos trabajar dos, tres o cuatro pacientes al mismo tiempo. No siendo una terapia de grupo, porque eso a veces lo califican mal. Nosotros no damos terapia de grupo, son terapias individuales, pero podemos estar al pendiente de varios pacientes al mismo tiempo.

Alfredo: —Sin embargo, llama la atención que hay mucha interacción entre ustedes y los pacientes durante las terapias. ¿De dónde se te ocurrió eso?

Laura: —Pues eso, yo creo que es más por personalidad, no tanto porque haya un protocolo, o algún libro que así lo explique, no. Yo creo que es por la misma necesidad del centro, al haber tantos pacientes que necesitan la terapia, y pues al otorgarse se puede decir el mismo horario para varios pacientes, pues digo, creo que tienen que interactuar entre ellos sí o sí. —Sube el tono de voz—. Por ejemplo, si ya pueden bañarse solos, si se pueden vestir, si ya pueden comer solos. Entonces de ahí puedo partir, digamos que es como una mini valoración. Yo lo hice, yo lo desarrollé. En la escuela como decías “una cosa es lo que te enseñan en la escuela, otra cosa lo que haces realmente”. En la escuela te dicen que tienes tus valoraciones y que hay que aplicarlas en tantas sesiones, y que hay que hacer tal cosa; en la realidad es que el tiempo no te da suficiente para hacerlo. Entonces es, para mí es como más valioso interactuando con el paciente, que él me diga ¿dónde le duele? ¿Qué es lo que siente? ¿Qué dificultades tiene? Para a partir de ahí hacer su terapia. Sus actividades de la vida diaria, que es lo que realmente le importa al paciente, y qué es lo que el paciente quiere volver a hacer: comer solos, bañarse solos e ir al baño solos. Digo, yo creo que esas cosas son como muy íntimas y pues no es fácil para nadie que te estén ayudando en esas cuestiones, dependiendo de cada paciente. Dependiendo de sus gustos, a qué se dedicaban antes, si fue una lesión. Y pues justamente, ¿a qué quieren dirigir la terapia?

Por ejemplo en el paciente de ayer, en él necesito mucha fuerza para que pueda volver a su vida laboral. Porque él ya me dijo que quiere volver a cortar pollos, entonces en él necesito ganar otra vez mucha fuerza en manos, para que pueda recuperar esa función.

Alfredo: —¿Esta mesa? ¿Se te ocurrió a ti? ¿O es parte de una estrategia terapéutica?

Laura: —Esta mesa llegó hace cinco años, porque fue la certificación del centro; en un área de terapia ocupacional debe de haber lo más parecido a una casa para enseñarles cómo moverse en su vida cotidiana. Esta mesa, junto con estos muebles, la lavadora, la cama que está allá adentro, se trajeron específicamente para la certificación, para que se viera bonito, y pasáramos bien esa parte de la certificación. Esta mesa fue donada por Liverpool, de hecho en la parte de arriba tenía un vidrio, el vidrio llegó roto. De hecho nos mandaron muchas cosas rotas que yo deseché, porque si les comentaba que pues no me servían para

nada, pues era basura prácticamente. Entonces muchas cosas se desecharon, la mesa sí me la quedé y desde que la vi, la verdad me gustó mucho porque decía “justamente puedo trabajar con varios pacientes a la vez, y no cada uno”. Antes tenía solamente estas mesas chiquitas que son como más individuales, y aun así los pacientes interactuaban con ellos. Estaban una, dos, tres, cuatro, cinco mesas, acomodadas en todo lo largo, pero desde que llegó esta mesa hasta siento que puedo ver más pacientes al mismo tiempo; son solamente cuatro o cinco. Hemos tenido hasta ocho pacientes al mismo tiempo.

Alfredo: —¿Y tú esperabas que interactuaran entre ellos?

Laura: —¡Sí! Eso también es mucho como la naturaleza mexicana, de que “ay ¿a ti qué te pasó?”, somos chismosos. Y sí, creo que es mucho como también de sociedad mexicana, de pues preguntar: “¿cómo vas?”, “ay, yo veo que vas muy bien”, y se echan porras entre ellos, pues alguien que por ejemplo esté muy triste porque aún está en el duelo, pero los demás pacientes les comentan como su propia experiencia...

Caso 2. Se aprende a trabajar en saturación y la angustia

Viernes, 10:00 horas. En relación con los otros días de la semana, es notoria la ausencia de pacientes y de sus familiares. Los estudiantes se concentran en el área de cómputo: mientras que algunos recogen los materiales e instrumentos en el área de rehabilitación física, otros escriben notas en los expedientes. Es de llamar la atención la presencia de tres grupos cuyos integrantes coinciden con el color de su uniformes y distintivos universitarios. Cada uno de los miembros de los grupos apenas y se dirigen la palabra.

Traté de ubicar a los responsables de cada una de las áreas de rehabilitación, pero no se encontraban presentes. Alma, una de las rehabilitadoras adscritas, me explicó que justo los viernes son aprovechados para asistir a congresos o reuniones.

Alma: —Los viernes lo aprovechan para la consulta privada.

Alfredo: —Pero si tienen plazas de tiempo completo. ¿O no?

Alma: —Eso tiene años que se hace. Se trabaja toda la semana, pero por costumbre, se deja el viernes para atender la clínica privada.

Ello me llevó a recordar nuestros primeros acercamientos al área de rehabilitación, antes del trabajo de campo formal. En efecto, cada viernes que asistíamos se nos indicaba que no se encontraban los responsables de área o que estaban en reuniones de trabajo. Pero en diciembre, esta situación abarcó prácticamente todos los días de la semana. Las reuniones de trabajo y los convivios eran constantes en el centro.

En el área de rehabilitación física, Janet una estudiante en servicio social me identificó como profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Me preguntó por los posgrados ofertados y el motivo de nuestra investigación. Después de presentarnos, le solicité a Janet que nos sentáramos en unas sillas de la sala de espera y al cabo de unos minutos abordamos sus experiencias como estudiante en el área. En ese instante cambió la expresión de su cara y el tono de su voz.

Janet: —Aquí hay mucho trabajo. ¡Pero es un verdadero desorden!

Alfredo: —Te noto molesta.

Janet: —¡Es que te ponen a hacer cosas que no te corresponden, como por ir por mandados o aplicar pruebas! ¡Uno estudia y hace el esfuerzo para venir desde lejos para hacer tus prácticas en un centro de prestigio! ¡Haces otras cosas que no me corresponden! ¡Una cosa es apoyar y otra es que es ser “mandadera”! Pero lo peor es que te lo piden cuando estás realizando una terapia y la tienes que interrumpir. ¡Y no importa si afectas al paciente!

En este momento nuestra conversación llama la atención de algunos de sus compañeros, por lo que pido a la estudiante cambiar el tema de la conversación.

Janet: —Tengo un familiar y sé lo que se sufre. ¡Estudí para ayudar a los enfermos! ¡Son muchos sacrificios, pero te encuentras con que vienen a practicar y te ponen a hacer muchas cosas que ni al caso! ¡Hasta parece que no les interesan los pacientes!

Alfredo: —Pero en la recuperación, no todo depende del centro. ¿Alguna vez has hablado con los familiares sobre eso que tanto te preocupa?

Janet: —¿A qué hora? Siempre estamos saturados de terapias y como le expliqué, nos ponen a hacer otras cosas. Se nota en cuando se

deterioran, pero los mismos pacientes te lo dicen. No les ayudan a hacer los ejercicios que se les deja y hasta te cuentan que los llegan a lastimar.

Alfredo: —¿Qué es lo que más te preocupa?

Janet: —No saber por qué un paciente no se recupera: ¿por la cronicidad de la enfermedad, la mala atención del centro, los familiares, la terapia...?

Alfredo: —¿Quieres decir que has llegado a dudar de tu terapia?

Alma: —¡Sí, he llegado a dudar de lo que hago!

Surgen lágrimas en los ojos. Al proporcionarle un pañuelo desechable, noté que varios de sus compañeros nos observaban nerviosos. Murmuraban y ocasionalmente se acercaban a donde nos encontrábamos. Parecía que les interesaba escuchar los temas de nuestra conversación, así que le sugerí concluir el diálogo. Una vez que noté que Janet se recuperó y se calmó, nos retiramos del área de rehabilitación. Debo aclarar que interrumpí el diálogo con Janet pues estimé que en ese momento ponía en riesgo las relaciones con sus compañeros estudiantes, sobre todo con las autoridades encargadas del área y quizás estaría en juego el desarrollo de su servicio social en el centro.

Este acontecimiento llevó a reflexionar a los miembros del equipo sobre nuestra autoridad como investigadores y los valores que se ponen en juego durante el proceso de co-construcción de las narrativas, ya que si bien habría logrado que una estudiante en servicio social elaborara y expresara sus experiencias en torno a las formas en que se organizan los servicios de rehabilitación, entre otros aspectos abordó la incertidumbre como terapeuta ante los limitados alcances del proceso de rehabilitación, inherente a las enfermedades neurológicas. Pero también expresó críticas explícitas hacia las autoridades del área, que no le permitían desarrollar sus competencias profesionales. Aspectos que en Janet generaron emociones enfrentadas.

De esta forma, el equipo de investigación reflexionó acerca del ejercicio del poder al interior del centro, que suele poner en una situación vulnerable a todos los estudiantes en servicio social. Así, se problematizaron los espacios propicios para llevar a cabo co-construcción de las narrativas, lo que aminoraría la posibilidad de ser reprimidos por las autoridades de área y del centro.

Una semana después intentamos contactar con varios estudiantes para entrevistarlos, pero ninguno accedió a conversar. Se despe-

jaron nuestras sospechas. Los estudiantes eran vigilados e incluso se les había dado la orden de no concedernos entrevistas, pues las autoridades consideraban que los estábamos evaluando, ya que era claro que el área de rehabilitación no se organizaba necesariamente priorizando la aplicación de las terapias de rehabilitación. Sin embargo, logramos contactar a Perla, una alumna que hacia una semana había concluido su estancia en el centro y a la cual le pedimos reunirnos en el centro de Coyoacán.

El diálogo con Perla duró un poco más de una hora. Al principio fue fluido, pero al abordar sus experiencias en el área de rehabilitación su nerviosismo fue evidente. Repetía palabras y resultaba difícil comprenderle. Se trataba de narrativas que hacían alusión a situaciones conflictivas desagradables que se expresaban durante el proceso terapéutico de rehabilitación. Así respondió cuando se le preguntó sobre la forma en que se desarrollaba la consulta:

Alfredo: —¿Por qué es demasiado rápida la consulta?

Perla: —Porque es decirle en dos minutos, pues diagnostico y trabajale esto y esto. ¡Eso es demasiado simple para la complejidad, a mi parecer! Los pacientes que nos llegan a la consulta, y pues digamos que una de las cosas buenas que veo, es que los terapeutas en cualquier momento se acercan y nos dicen “al paciente todavía le duele” o “le estoy haciendo tal ejercicio y creo que no está mejorando”. Entonces volvemos a mirar al paciente, o sea no hay que esperar una cita, una programación de citas, se vuelve a ver al paciente y a ver, si es que se replantea un objetivo [...]. Lo que pasa es que, o sea, en el servicio está programada la agenda para cada 10 o 15 minutos. Hay mucho ausentismo, o sea, los pacientes no cumplen mucho sus citas y se ven muchos pacientes por fuera de agenda.

Empezó a reír en forma nerviosa.

Perla: —Algo que yo pienso es que se creó para facilitar ciertas cosas en los pacientes ¡y ha hecho que sea más desordenado! O sea, hay pacientes programados: lunes, martes, jueves y viernes, pero el miércoles es día de consulta libre. O sea, no hay agenda, sino que a los pacientes se les dice que si tienen algún inconveniente vengan un miércoles, pero entonces a veces llegan 20, 25 pacientes, y eso ha hecho que los pacientes ya sepan esa dinámica.

Esa primera aproximación debería de ser por más tiempo y escuchar mucho para uno hacerse una idea, pero no si siempre es así. ¡Como resolviendo, resolviendo! Pues uno tiene que volver, pues tiene que repetir y reevaluar porque desde el principio no se vio todo como debe ser. Entonces a mí me angustiaba mucho esa consulta porque... cómo... o sea, no conocía al paciente, no lograba, yo hacer el ejercicio.

Porque en la consulta al ser tan rápida es como una consulta de eso, como... Revísale tal cosa, pues los profesores decían “sólo revísales tal cosa. ¡No le revises nada más!” ¡No le preguntes nada más! Entonces en la consulta... no, ¡yo no era capaz de...! —Risa nerviosa—. ¡No!, o sea, trataba de resolver. Lo que yo les decía es... ¡que era una oficina! Estaba con un paciente y llegaba el doctor y me decía: “¡Necesito que me hagas una carta!” ¡Con el paciente allí! “Un permiso para mis vacaciones.” Y el paciente allí contándome, y yo no era capaz de...

Guardo pausa y su mirada quedó fija.

A mí me parece ese momento tiene que ser muy privado. Y que tiene que ser muy tranquilo para que el paciente te cuente. Y no... Sonaba el celular del otro profesor, ¡y hablaba allí en medio de todos! O sea, no. La consulta...

Sí, y algunas veces, o sea, les dije cómo que no... ¡No entiendo la prisa!, y ya pues como que les decía que no voy a escribir más. ¡Hasta que me solucionen esto, no voy a escribir más! Porque ese interrogatorio era así, súper rápido. La revisión y yo pues era... Yo tengo una forma sistemática, de primero la identificación, porque viene el paciente. Escribir en comillas lo que tiene el paciente, todo. Y sólo iba en eso y si le decía al paciente: “listo, ya ve a la terapia”. ¡Pasa al otro! Y pasan al otro paciente, y lo empiezan a interrogar. ¡Y yo sin acabar de escribir lo otro!

Entonces yo al principio decía: —¿Bueno, y soy muy lenta, siempre he sido muy lenta en el ejercicio médico? Pero ya después no pude y dije “no”. Entonces me decían: —Ya, párate entonces, y ya escribían.

La identificación de situaciones durante las terapias de rehabilitación nos permitió identificar franjas de actividad caracterizadas por el incumplimiento de los protocolos de la rehabilitación, pues en lugar de terapias individuales, éstas eran de carácter colectivo (dos o más pacientes simultáneamente), que si bien son supervisadas por un rehabilitador adscrito, son llevadas a cabo básicamente por estu-

diantes en servicio social y residentes. Sin, embargo durante el proceso de rehabilitación los estudiantes establecían diversas relaciones que no necesariamente era terapéuticas, como la de escribir oficios y realizar tareas administrativas.

Así, las situaciones en conflicto generan sentimientos encontrados y sensaciones de inseguridad sobre las competencias profesionales, que lejos de ser angustia individual, se trata de sufrimientos sociales compartidos, los cuales son incorporados por los estudiantes de toda en área.

Conclusiones preliminares

La Unidad de Rehabilitación Neurológica tiene una ubicación geográfica que la hace uno de los puntos más alejados con respecto a la puerta de ingreso al centro. Se instauró sobre una estructura previamente existente, por lo que sus espacios no fueron diseñados específicamente para llevar a cabo las terapias de rehabilitación. Así, es motivo de discordancia la forma en que organizan espacialmente los consultorios, ya que dificulta la interacción del equipo interdisciplinar. De igual forma, es generadora de situaciones conflictivas, ya que de manera simultánea se pueden llegar a realizar actividades de rehabilitación e investigación, que entre otros aspectos afectan la autonomía y secrecía de los pacientes y de los especialistas.

Lo narrado por una de las responsables de área apunta a que su espacio terapéutico y equipamiento se llevó a cabo con el objetivo de justificar su existencia, no necesariamente su adecuado funcionamiento.

Nos sugiere lo antes expuesto que la organización territorial del área de rehabilitación se diseñó bajo una lógica administrativa hospitalaria y no necesariamente por criterios basados en la evidencia biomédica. Sin embargo, dicho fenómeno tiene que ser investigado con mayor profundidad

Al priorizar los protocolos de investigación centrados en la valoración de las funciones neurológicas, se subordinan y en algunos casos se anulan los tiempos destinados a la rehabilitación de los pacientes. Por otra parte, el saber de los rehabilitadores puede llegar a ser percibido como una especie de terapia complementaria, pero no como una parte integral en la atención de las enfermedades neurológicas.

Paradójicamente, la situación antes descrita ha permitido que el equipo interprofesional genere estrategias innovadoras de atención, como lo es “la mesa de terapia colectiva”. Durante el proceso de atención se expresan experiencias del paciente respecto de su vida cotidiana, familiar y laboral, aspectos que, como han demostrado algunos investigadores (Kleiman, 1980; Adame y Knudson, 2007), favorecen la reconfiguración de las personas que enfrentan los estragos de las enfermedades crónicas. Sin embargo, falta por indagar el destino de todas estas estrategias terapéuticas en contextos administrativos que priorizan los registros cuantitativos, como lo puede ser el expediente electrónico.

La interacción de los profesionales de la salud con los estudiantes en servicio social y residentes rebasan el ámbito formativo y de atención de las enfermedades neurológicas. De forma explícita e implícita, los estudiantes suelen efectuar actividades extra académicas que les saturan y les generan situaciones de conflicto, ya que son subordinadas e incluso anuladas sus prácticas terapéuticas.

En este contexto, los estudiantes no tienen del todo claro cómo es que los rehabilitadores y terapeutas organizan los procedimientos terapéuticos que derivan en una atención saturada (dos a tres pacientes a la vez). Las formas apresuradas de brindar la rehabilitación y las exigencias para que las lleven a cabo son plasmadas en las narrativas. No obstante, hace falta profundizar sobre las lógicas que permiten y fomentan la saturación y el sufrimiento social de los estudiantes.

Bibliografía

- Adame, Alexandra y Roger Knudson, “Beyond the Counter-narrative: Exploring Alternative Narratives of Recovery from the Psychiatric Survivor Movement”, *Narrative Inquiry*, vol. 17, núm. 2, 2007, pp. 157-178.
- Apeso-Varano, Ester Carolina y Charles S. Varano, *Conflicted Health Care: Professionalism and Caring in an Urban Hospital*, Nashville, Vanderbilt University Press, 2014.
- Burawoy, Michael, “The Extended Case Method”, *Sociological Theory*, vol. 16, núm. 1, 1998, University of Berkeley.
- Carr, David, “Narrative and the Real World: An Argument of Continuity”, *History and Theory*, vol. 25, núm. 2, 1986, pp. 117-131.

- Chase, Susan E., "Taking the Narrative Seriously: Consequences for Method and Theory", en Ruthellen Josselson y Amia Lieblich (eds.), *Interpreting Experience: The Narrative Study of Lives*, Thousand Oaks, Sage Publications, 1995.
- Gluckman, Max, *Analysis of a Social Situation in Modern Zululand*, Manchester, Manchester University Press in Rhodes-Livingstone Institute, 1958.
- , *Costumbre y conflicto en África*, Lima, Asociación Civil Universidad de Ciencias y Humanidades, 2009.
- Good, J. Byron, *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*, Ediciones Bellaterra, 2003.
- Hamui Sutton, Liz et al., "Introducción. Experiencia intersubjetividad y sentido: las narrativas en las ciencias sociales y de la salud", Liz Hamui Sutton et al., *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, El Manual Moderno / Facultad de Medicina, UNAM, 2019.
- Hardcastle, Mark, David Kennard, Sheila Grandison y Leonard Fagin (eds.), *Experiences of Mental Health In-patient Care: Narratives from Service Users*, Londres, Routledge, 2007.
- Kleiman, Arthur, *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 1980.
- , *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Nueva York, Basic Books, 1988.
- Mateos Blanco, Tania y Luis Núñez Cubero, "Narrativa y educación: indagar la experiencia escolar a través de los relatos", *Teoría de la Educación*, vol. 23, núm. 2, 2011, pp. 111-112.
- Mattingly, Cheryl, "The Concept of Therapeutic Emplotment", *Social Science & Medicine*, vol. 38, núm. 6, 1994, pp. 811-822.
- Tavory, I. y S. Timmermans, "Two Cases of Ethnography: Grounded Theory and the Extended Case Method", *Ethnography*, vol. 10, núm. 3, 2009, pp. 243-263.
- Van Velsen, Jaap, "The Extended-Case Method and Situational Analysis", en A.L. Epstein (ed.), *The Craft of Social Anthropology*, Londres y Nueva York, Tavistock Publications, 1967, pp. 129-153.

