

DIMENSIÓN ANTROPOLÓGICA



- ◆ *Interacciones en espacios clínicos: el proceso formativo de los residentes de psiquiatría durante el “pase de visita y la entrega de guardia”*
- ◆ *La incertidumbre en las sesiones académicas de los residentes de psiquiatría. El caso de Luis, un hombre con 36 años de tristeza*
- ◆ *Etnografía del ritual clínico como espacio fronterizo*
- ◆ *Etnografía narrativa: la aproximación a la clínica desde las interacciones sociales*
- ◆ *Tramas cotidianas de interacción clínica en el servicio de rehabilitación*
- ◆ *De interacciones y fricciones en torno a la integración de cuidados paliativos en salud mental y neurológica*
- ◆ *La atención paliativa en diversas franjas de la atención institucional*
- ◆ *Atención en discordancia: estudio de caso del área de rehabilitación neurológica de un centro de atención en salud mental y neurológica*
- ◆ *Las fotografías de una familia de circo*

DIMENSIÓN  NTROPOLÓGICA

REVISTA CUATRIMESTRAL

INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA

SECRETARÍA DE CULTURA	<i>Directora General de la Revista</i> Delia Salazar Anaya
<i>Secretaria</i> Alejandra Frausto Guerrero	<i>Consejo Editorial</i> Susana Cuevas Suárez (DL-INAH)
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA	Isabel Lagarriga Attias (CIV-INAH) Arturo Soberón Mora (DEH-INAH) Sergio Bogard Sierra (Colmex)
<i>Director General</i> Diego Prieto Hernández	Fernando López Aguilar (ENAH-INAH) María Eugenia Peña Reyes (ENAH-INAH) Jesús Antonio Machuca Ramírez (DEAS-INAH)
<i>Secretaria Técnica</i> Aída Castilleja González	Josefina Ramírez Velázquez (ENAH-INAH) Lourdes Baez Cubero (SE-INAH) Osvaldo Sterpone (CIH-INAH)
<i>Secretario Administrativo</i> Pedro Velázquez Beltrán	Susan Kellogg (Universidad de Houston, Texas, EUA) Sara Mata (Universidad Nacional de Salta, Argentina)
<i>Coordinadora Nacional de Antropología</i> Paloma Bonfil Sánchez	Susan M. Deeds (Universidad de Arizona, EUA)
<i>Coordinadora Nacional de Difusión</i> Beatriz Quintanar Hinojosa	<i>Asistente de la directora</i> Virginia Ramírez
<i>Encargado de la Dirección de Publicaciones</i> Jaime Daniel Jaramillo Jaramillo	<i>Consejo de Asesores</i> Gilberto Giménez Montiel (IIS-UNAM) Alfredo López Austin (IIA-UNAM) Eduardo Menéndez Spina (CIESAS)
<i>Subdirector de Publicaciones Periódicas</i> Benigno Casas	Jacques Galinier (CNRS, Francia) Carlos Martínez Assad (IIS-UNAM) Alessandro Lupo (Sapienza Università di Roma, Italia)
<i>Edición impresa</i> César Molar y Javier Ramos	Josep M. Comelles (Universitat Rovira i Virgili, Catalunya, España) Lyle Campbell (University of Hawai, Manoa, EUA)
<i>Edición electrónica</i> Norma P. Páez	Andrés Izeta (Conicet, Museo de Antropología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)
<i>Diseño de portada</i> Reynaldo Gallo	Roxana Cattaneo (Conicet, Museo de Antropología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina)

Foto de cubierta:

Autor no identificado

La familia Manzanero en una carpa de Cuba, ca. 1910

© Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.

INVITACIÓN A LOS COLABORADORES

Dimensión Antropológica invita a los investigadores en antropología, historia y ciencias afines de todas las instituciones a colaborar con artículos originales resultado de investigaciones recientes, ensayos teóricos, noticias y reseñas bibliográficas. Igualmente se recibirán cartas a la Dirección que polemiquen con algún autor.

Las colaboraciones se enviarán a la dirección de la revista, o a través de algún miembro del Consejo Editorial. La revista acusará recibo al autor y enviará el trabajo a dos dictaminadores, y a un tercero en caso de discrepancia. En caso de que los dictaminadores consideren indispensables algunas modificaciones o correcciones al trabajo, el Consejo Editorial proporcionará copia anónima de los dictámenes a los autores para que realicen las modificaciones pertinentes. Los dictámenes de los trabajos no aceptados serán enviados al autor a solicitud expresa, en el entendido de que éstos son inapelables.

Requisitos para la presentación de originales

- Los artículos, impecablemente presentados, podrán tener una extensión de 25 a 40 cuartillas, incluyendo notas, bibliografía e ilustraciones. Se entregarán además acompañados de un resumen, en español e inglés, en el que se destaquen los aspectos más relevantes del trabajo, todo ello en no más de 10 líneas y acompañado de 5 palabras clave. Las reseñas bibliográficas no excederán de 5 cuartillas y deberán incluir la portada escaneada del libro reseñado a 300 dpi. El texto deberá entregarse en cuartillas con margen de 2.5 cm de lado izquierdo y derecho, con interlineado doble, escritas por una sola cara.
- Los originales deben presentarse en altas y bajas (mayúsculas y minúsculas), sin usar abreviaturas en vocablos tales como etcétera, verbigracia, licenciado, señor, doctor, artículo.
- En el caso de incluir citas de más de cinco líneas, éstas se separarán del cuerpo del texto, con sangría en todo el párrafo. No deberán llevar comillas ni al principio ni al final (con excepción de comillas internas).
- Los números del 0 al 15 deberán escribirse con letra.
- Las llamadas (para indicar una nota o una cita) irán siempre después de los signos de puntuación.
- Para elaborar las notas a pie de página debe seguirse este modelo, cada inciso separado por coma:
 - nombres y apellidos del autor,
 - título del libro en cursivas,
 - nombres y apellidos del traductor y/o redactor del prólogo, introducción, selección o notas,
 - total de volúmenes o tomos,
 - número de edición, en caso de no ser la primera,
 - lugar de edición,
 - editorial,
 - colección o serie entre paréntesis,
 - año de publicación,
 - volumen, tomo y páginas,
 - inédito, en prensa, mecanoscrito, entre paréntesis.
- En caso de que se cite algún artículo tomado de periódicos, revistas, etcétera, debe seguirse este orden:
 - nombres y apellidos del autor,
 - título del artículo entre comillas,
 - nombre de la publicación en cursivas,
 - volumen y/o número de la misma,
 - lugar,

- fecha,
- páginas.

- En la bibliografía se utilizarán los mismos criterios que para las notas al pie de página, excepto para el apellido del autor, que irá antes del nombre de pila.

En caso de citar dos o más obras del mismo autor, en lugar del nombre de éste se colocará una línea de 2 cm más coma, y en seguida los otros elementos.

- Se recomienda que en caso de utilizar abreviaturas se haga de la siguiente manera:

op. cit. = obra citada, *ibidem* = misma obra, diferente página, *idem* = misma obra, misma página, p. o pp. = página o páginas, t. o tt. = tomo o tomos, vol., o vols. = volumen o volúmenes, trad. = traductor, *cf.* = compárese, *et al.* = y otros.

- Foliación continua y completa, que incluye índices, bibliografía y apéndices.
- Índices onomásticos o cronológicos, cuadros, gráficas e ilustraciones, señalando su ubicación exacta en el *corpus* del trabajo y los textos precisos de los encabezados o pies.
- El autor incluirá, como datos personales: institución, teléfonos, fax, correo electrónico, currículum breve (no más de 10 líneas), para ser localizado con facilidad.
- Las colaboraciones deberán enviarse vía electrónica a: dimension_antropologica@inah.gov.mx dimenan_7@yahoo.com.mx.
- Las fotografías, ilustraciones, mapas y otras imágenes deberán ser entregadas en archivos separados, en formato JPG o TIFF, en 300 dpi de resolución y en tamaño de 28 cm por su lado mayor.

Revisión de originales por parte del (los) autor(es)

Toda corrección de los manuscritos que haga el corrector será puesta a consideración de los autores para recibir su visto bueno, aprobación que deberán manifestar con su firma en el original corregido.

Dossier fotográfico

Se hace una atenta invitación a los investigadores que usualmente trabajan con temas de fotografía mexicana para que colaboren en la sección "Cristal Bruñido", enviando una selección de entre 16 y 20 fotografías con una antigüedad mínima de 60 años, articulada por aspectos temáticos o de otra índole historiográfica o antropológica. Las fotografías deberán tener una resolución mínima de 300 dpi., tamaño carta, en formato TIFF o JPG. La selección irá acompañada de un texto explicativo no mayor de ocho cuartillas.

Publicación indizada en Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades (Clase), Sistema regional de información en línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex), Hispanic American Periodicals Index (HAPI).

CORRESPONDENCIA: Av. San Jerónimo 880, col. San Jerónimo Lídice, C.P. 10200, Conmutador 55 68 43 05 69 ext. 413749, dimension_antropologica@inah.gov.mx dimenan_7@yahoo.com.mx dimelogica.4@gmail.com
web: www.dimensionantropologica.inah.gov.mx
www.inah.gov.mx

Dimensión Antropológica, año 28, vol. 81, enero-abril de 2021, es una publicación cuatrimestral editada por el Instituto Nacional de Antropología e Historia, Secretaría de Cultura, Córdoba 45, col. Roma, C.P. 06700, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Editor responsable: Benigno Casas de la Torre. Reservas de derechos al uso exclusivo: 04-2008-012114375500-102. ISSN: 1405-776X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Licitud de título: 9604. Licitud de contenido: 6697, ambas otorgadas por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Domicilio de la publicación: Hamburgo 135, Mezzanine, col. Juárez, C.P. 06600, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Imprenta: Taller de impresión del INAH, Av. Tláhuac 3428, col. Culhuacán, C.P. 09840, alcaldía Iztapalapa, Ciudad de México. Distribuidor: Coordinación Nacional de Difusión del INAH, Hamburgo 135, Mezzanine, col. Juárez, C.P. 06600, alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México. Este número se terminó de imprimir el 30 de junio de 2022, con un tiraje de 150 ejemplares.

Índice

Introducción. Etnografía clínica y narrativas LIZ HAMUI SUTTON / JOSEFINA RAMÍREZ VELÁZQUEZ	7
Interacciones en espacios clínicos: el proceso formativo de los residentes de psiquiatría durante el “pase de visita y la entrega de guardia” LIZ HAMUI SUTTON	31
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	45
Etnografía del ritual clínico como espacio fronterizo JOSEFINA RAMÍREZ VELÁZQUEZ	68
Etnografía narrativa: la aproximación a la clínica desde las interacciones sociales JESSICA MARGARITA GONZÁLEZ ROJAS	90
Tramas cotidianas de interacción clínica en el servicio de rehabilitación TOMAS LOZA TAYLOR	111
De interacciones y fricciones en torno a la integración de cuidados paliativos en salud mental y neurológica VERÓNICA SUÁREZ-RIENDA	130

La atención paliativa en diversas franjas de la atención institucional SERGIO LEMUS ALCÁNTARA	156
Atención en discordancia: estudio de caso del área de rehabilitación neurológica de un centro de atención en salud mental y neurológica ALFREDO PAULO MAYA	173
Cristal bruñido	
Las fotografías de una familia de circo ANDRÉS RESÉNDIZ RODEA	193
Resúmenes / Abstracts	215

Introducción. Etnografía clínica y narrativas

LIZ HAMUI SUTTON*
JOSEFINA RAMÍREZ VELÁZQUEZ**

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

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

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

** Posgrado de Antropología Física, ENAH.

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

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

Contexto etnográfico

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

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

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

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

Trabajo de campo y consideraciones éticas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Orientaciones teóricas

Salud mental

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

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

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

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

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

Franjas de actividad

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹² Judith Butler, *op. cit.*, p. 95.

Narrativas y tramas de interacción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁸ Paul Ricoeur, *op. cit.*

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

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

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

Apuntes para una etnografía clínica

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

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

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

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

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

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

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

²³ Byron J. Good, *op. cit.*

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

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

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

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

²⁵ Véase Liz Hamui Sutton, *op. cit.*

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

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

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

La etnografía hospitalaria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³⁴ *Ibidem*, p. 9.

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

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

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

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

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

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

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

³⁹ *Idem*.

Ejes conceptuales de la etnografía clínica y su producción narrativa

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

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

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

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

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

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

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

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

⁴² Guittle Wind, *op. cit.*

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

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

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

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

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

Comentario final

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografía

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

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

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

Interacciones en espacios clínicos: el proceso formativo de los residentes de psiquiatría durante el “pase de visita y la entrega de guardia”

LIZ HAMUI SUTTON*

Los espacios clínicos constituyen escenarios donde tienen lugar procesos educativos simultáneos a los asistenciales y a los de investigación, en los cuales se actualiza el currículum. La formación de los psiquiatras sucede en contextos intersubjetivos y está pautada por tiempos, ritmos y acciones altamente estructurados. El objetivo de este trabajo consiste en describir y analizar algunas de las interacciones que ocurren en la franja de actividad denominada “entrega de guardia y pase de visita”, para comprender las estructuras narrativas que subyacen a este ritual, y el efecto que tienen en las prácticas cotidianas de los residentes (Rs), así como en la formación de su identidad como psiquiatras.

Los hospitales son entramados institucionales complejos, multidisciplinarios y organizados jerárquicamente en redes profesionales orientadas a la atención, la investigación y la formación de recursos humanos en salud mental. El residente (R) participa en esta dinámica, en la que se prefigura, configura y reconfigura su identidad relacional, y convergen sus atributos personales con aquéllos propios de la profesión en situaciones específicas. De ahí que abordar el estudio de las franjas de actividad,¹ donde interactúan los residen-

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

¹ Erving Goffman, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, 2006, pp. 25-34.

tes, resulta pertinente para dar cuenta de su proceso formativo como especialistas en el campo de la psiquiatría y de la salud mental, así como de la configuración de su identidad profesional.

La residencia médica en psiquiatría

Las residencias médicas en el campo de la psiquiatría consideran un periodo de cuatro años, en los que el estudiante transita de ser R1, a R2, R3 y R4. Cada nivel académico está normado por saberes, tareas, responsabilidad y actitudes que se espera adquieran y realicen. En el caso de la residencia de psiquiatría del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep), las actividades por nivel de residente se indican en el programa académico del Plan Único de Especializaciones Médicas en Psiquiatría de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM² —en el que se especifican los contenidos temáticos teóricos y prácticos—, así como en los programas operativos que establece la Jefatura de Enseñanza conjuntamente con los profesores del curso. Los procesos de enseñanza y aprendizaje para cubrir los contenidos curriculares se componen de escenarios variados, algunos eminentemente pedagógicos —como las clases y seminarios o las sesiones académicas—, y otros asistenciales —como la entrega de guardia, el pase de visita, el área de urgencias o la consulta externa—. En todos los casos, la dinámica académico-asistencial se realiza por medio de la discusión de casos reales, es decir, de las historias clínicas, los diagnósticos y los tratamientos de padecimientos que atienden en la sede.

Las coordenadas temporales y espaciales de este trabajo se centran en la descripción y en el análisis de la franja de actividad denominada “entrega de guardia y pase de visita”, que tiene lugar todas las mañanas para revisar los ingresos, los egresos y el seguimiento a los casos de pacientes internados. En este escenario participa una variedad de actores jerárquicamente posicionados en la estructura institucional, cuya tarea se aboca a la atención de la salud mental de los enfermos confinados en el espacio nosocomial. En el juego de interacciones se asignan roles, se establecen categorías, se diferencian

² PUEM *Psiquiatría*, 2012.

tareas, y se instituyen³ prácticas en las que tienen lugar la formación del psiquiatra. La entrega de guardia y el pase de visita, entendidos como una franja de actividad donde tienen lugar actos sociales, además de constituirse en un contexto intersubjetivo en el que se discuten casos, representa el sitio en el que se manifiesta la reproducción del campo profesional en la práctica, con lenguajes característicos, razonamientos basados en la disciplina biomédica, reglas formales e informales, valores, creencias y juicios que se plasman en decisiones que orientan acciones colectivas e influyen en las trayectorias de los involucrados.⁴

Consideraciones metodológicas

El problema de investigación de este trabajo se centra en dilucidar las articulaciones y tensiones entre lo académico y lo asistencial en las prácticas institucionales de los residentes de psiquiatría, en las que tiene lugar su proceso formativo y la configuración de su identidad profesional. En concordancia, las preguntas de investigación que guían el estudio se refieren a lo que sucede durante la entrega de guardia y el pase de visita, franja de actividad donde se forman los residentes. Algunas de ellas son: ¿qué rasgos del campo de la psiquiatría se expresan durante la entrega de guardia y el pase de visita?, y ¿cómo afectan la formación de la identidad profesional de los residentes en la sede hospitalaria donde se realizó el estudio? ¿De qué manera se interseccionan las capas de significación de lo asistencial y lo educativo en estos rituales clínicos performativos?

La orientación del presente estudio parte de que la identidad profesional de los residentes de psiquiatría se configura en la práctica clínica donde se transmiten, circulan, apropian y ejecutan iterativamente los saberes biomédicos disciplinares. La interrelación de las prácticas asistenciales y de las académicas durante la atención a los pacientes, constituye el núcleo del proceso formativo de los especialistas en psiquiatría. No obstante, es importante mencionar que en las residencias médicas existen franjas de actividad eminentemente

³ Cornelius Castoriadis, "Institución de la sociedad y religión", *Vuelta*, núm. 93, 1984, pp. 18-29.

⁴ Carolina Consejo y Carlos Viesca, "Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. 11, núm. 1, 2008, pp. 16-20.

pedagógicas, como las clases o las sesiones académicas diseñadas para cubrir los requerimientos curriculares del programa educativo universitario (PUEM) e institucional del programa operativo. La entrega de guardia y el pase de visita forman parte de la dinámica asistencial pero se combinan además con el proceso de enseñanza y aprendizaje.

Metodológicamente se trata de un estudio cualitativo de etnografía clínica de corte socioantropológico, basado en la observación presencial durante la entrega de guardia matutina. Se utilizó una guía de observación para registrar las interacciones de los sujetos posicionados. Los datos se anotaron en diarios de campo y en audio grabaciones transcritos parcialmente. Se analizó la información de ciertos casos abordados en las reuniones para dar respuesta a las preguntas de investigación antes mencionadas. El análisis se realizó tomando como eje un episodio de la entrega de guardia, el caso de la “sobredosis de litio”. Dicho caso, que fue presentado por la Dra. Mirna, R4 de psiquiatría, durante la entrega de guardia, se seleccionó porque muestra la manera en que, en la práctica asistencial, se intersecta con la enseñanza, y por la densidad de la narrativa; también porque inicia y concluye en un solo episodio. Además, para los fines de esta exposición, su extensión pareció adecuada para fines del análisis interpretativo de la franja de actividad en cuestión; por lo tanto, no se trata de un “caso extendido” en el que a partir de un episodio o fenómeno se amplía la búsqueda a otros ámbitos de los agentes involucrados, sino de un episodio acotado en un tiempo y un espacio específicos. El testimonio es casi un monólogo con breves diálogos al final, y se construyó en interacción con los actores que participaban en la sesión, no directamente con los investigadores. Aunque estos últimos estuvieron presentes, no intervinieron en el evento, sólo lo registraron en audio. El fragmento, transcrito de manera íntegra, cuenta con una trama en clave biomédica subyacente al relato, y es posible distinguir la estructura narrativa que lo articula. No existe un consentimiento informado explícito del sujeto que habla, pero sí la anuencia de los médicos adscritos que dirigen la sesión para observar y registrar lo que sucedió en dicha franja de actividad.

A continuación describo la experiencia de las dos investigadoras que realizamos esta parte del proyecto, con la finalidad de dar cuenta de la manera en que se co-construyeron los datos desde las aproximaciones teórico-metodológicas de las narrativas y de la

etnografía. Una de nosotras trabaja en el hospital como investigadora, lo que facilitó los contactos con quienes forman parte del servicio de psiquiatría del Cifanep. Al solicitar autorización para asistir a las reuniones matutinas de la entrega de guardia y el pase de vista, se nos solicitó que nos sentáramos en la parte de atrás y que no intervinieramos en la dinámica de la sesión, aunque podíamos tomar notas y registrar los detalles del encuentro. En las fechas acordadas asistimos con bata blanca, lo que nos dio cierta legitimidad para estar presentes en un espacio eminentemente biomédico. La presencia de actores de disciplinas diversas, además de los médicos adscritos y residentes, entre ellos enfermeras, trabajadoras sociales, estudiantes de pregrado y otros, facilitó nuestra inclusión. Llegamos temprano para no interrumpir, saludamos y nos presentamos como antropólogas en el área de la salud, indicando que el proyecto estaba aprobado por el Comité de Investigación del hospital y que no interferiríamos en la dinámica de la reunión. Aunque los participantes se sabían observados, no pareció afectar el ritmo y los contenidos de los intercambios dialógicos. La estructura narrativa sobre la que se realiza la entrega de guardia y el pase de vista en el servicio de psiquiatría del Cifanep, enmarca los rituales performativos e iterativos y posibilita que se lleven a cabo de manera ordenada, y que quienes participan comprendan el sentido de la interacción, sepan de qué se habla, además de cómo y cuándo intervenir. En esta franja de actividad se comparte un lenguaje especializado y se requiere de ciertas claves para seguir la trama narrativa. Se presenta una hoja de ruta o “censo” que pauta la secuencia y ritmo, así como los ritos acordados según los casos; por ejemplo, cuando se presenta un paciente de nuevo ingreso a quien se entrevista colectivamente.

La narrativa surge de la relación entre el sujeto y el lenguaje. La acción performativa y los enunciados de los agentes se pre-figuran en contextos intersubjetivos, como el pase de visita, que se colman de descripciones, explicaciones, metáforas, imaginarios y representaciones sociales, y a su vez se ligan con experiencias empíricas que les confieren singularidad. Así, las tramas narrativas operan en múltiples niveles, tanto en la estructuración de las franjas de actividad como en la enunciación de los acontecimientos, de los casos y de las vivencias concretas.

Para analizar e interpretar las tramas narrativas, en este estudio ocupamos esquemas con anclajes teórico-metodológicos (franjas de

actividad,⁵ performatividad,⁶ iteración,⁷ narrativas,⁸ por citar algunos) que se acoplan al objetivo en los diferentes momentos de la investigación, en el diseño (pre-figurativo), en la producción de datos (co-configurativo) y en la interpretación (re-configurativo). El andamio teórico-metodológico está en constante interpelación dialéctica con el fragmento de realidad estudiado y potencia el análisis de las estructuras narrativas que informan la acción, así como el sentido que portan los enunciados de los sujetos posicionados. A continuación transitaremos de un lenguaje conceptual de las ciencias sociales a una descripción práctica sustentada en el modelo biomédico, propia del contexto clínico aludido donde sucede la interacción, para después pasar al análisis interpretativo de las tramas narrativas detectadas.

La entrega de guardia y el pase de visita: descripción de una franja de actividad

A las ocho de la mañana de un lunes de abril, poco a poco llegaron los médicos adscritos a la sala de reuniones del área de internamiento de pacientes psiquiátricos, entre ellos el subdirector del hospital que funge como jefe del servicio y titular del curso ante la UNAM. También arribaron los residentes de distintos niveles, la jefa de enfermeras del piso, la trabajadora social y algunos estudiantes de pregrado, sobre todo pasantes de servicio social e internos. Alrededor de una mesa grande al centro de la sala se acomodaron los participantes; cerca de la puerta de la entrada se ubicó el subdirector, máxima autoridad en el salón, por rango y por edad, y a su lado se sentaron los médicos adscritos. En la otra mitad de la mesa se situaron los residentes, por lo general los R4 y R3 de manera contigua, y los R2 y R1 al fondo. Los estudiantes de pregrado se colocaron en las sillas pegadas a la pared o de pie. Los espacios que quedaron fueron ocupados por la enfermera, la trabajadora social y los visitantes, como nosotros.

⁵ Erving Goffman, *op. cit.*, 2006, p. 38.

⁶ Judith Butler, *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of Sex*, 1993, p. 95.

⁷ Jacques Derrida, "Firma, acontecimiento, contexto", en *Márgenes de la filosofía*, 2000, p. 356.

⁸ Liz Hamui, "Introducción", en Liz Hamui et al., *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, 2019, p. XVIII.

Existe una trama o estructura narrativa prefigurada que ordena las sesiones en el servicio de psiquiatría del Cifanep. En la primera parte se lleva a cabo el ritual de la “entrega de guardia”, en el que los tres o cuatro Rs de distinto nivel que estuvieron en servicio la noche anterior dan cuenta de la situación del piso, de los ingresos y de los egresos del fin de semana o del día previo. Los reportes son breves, describen la trayectoria del paciente, el diagnóstico inicial y las decisiones terapéuticas tomadas. También abordan las eventualidades de la actividad del piso; por ejemplo, si hubo algún incidente con cierto paciente y cómo fue resuelto; indican si acudieron a alguna interconsulta o si hubo algún rechazo y por qué. A los Rs que estuvieron de guardia, si así lo desean, se les permite salir de la sesión una vez presentado su reporte para irse o continuar con su trabajo en urgencias.

El segundo momento de la reunión lo constituye el “pase de visita”, y para llevarlo a cabo se cuenta con una hoja denominada “censo”; se trata de un listado de pacientes que presenta el número de registro, el nombre, la edad y la fecha de nacimiento, el diagnóstico, el número de cama, las notas de evolución del paciente, el número del trabajador social, los pendientes y el nombre del médico adscrito encargado. En esta fase se lee el censo y se revisan las eventualidades de cada caso: en qué estado se encuentra el paciente, su evolución, comportamiento y fármacos prescritos; se mencionan las interacciones con los familiares, las indicaciones del médico responsable y los reportes de enfermería. Por lo general, el(la) R4, responsable del piso, explica cada caso y es secundado(a) por los Rs de igual o menor jerarquía encargados de dar seguimiento a los procedimientos propios de cada paciente.

La tercera parte consiste en la revisión de los ingresos a profundidad. El R1 que elaboró la historia clínica presenta al paciente y explica los antecedentes del padecimiento, la historia familiar, el examen mental del individuo, los estudios realizados, los medicamentos prescritos y la situación actual del padecimiento. Los ingresos son parte de la evaluación continua, valora si los Rs conocen la semiología psiquiátrica y los procesos burocráticos del hospital; los residentes refieren que son procesos que les generan estrés y ansiedad. El R es interrumpido por los adscritos cuando surge alguna duda o la información está incompleta. Al finalizar la lectura de la historia clínica, el R1 o R2 va a la cama o el lugar donde se encuentra el paciente, y lo lleva a la sala de juntas para entrevistarlo frente

al grupo; en caso de no poder acudir, el grupo va a su cama. Por lo general, el intercambio dialógico es guiado por algún adscrito o un R mayor. Después del encuentro con el paciente, los asistentes discuten el caso, el posible diagnóstico y los medicamentos adecuados. Tanto el pase de visita como la revisión de ingresos son espacios de interacciones en los que lo asistencial y lo educativo se combinan, pues los adscritos aprovechan la oportunidad para interrogar a los Rs y probar su capacidad para aplicar sus conocimientos médicos. Una vez abarcado el contenido del censo, los adscritos se retiran.

La última parte de la reunión la realizan los Rs y demás personas que quieran quedarse. La intención es distribuir las actividades pendientes de cada paciente para dar curso a los estudios y tratamientos indicados por los médicos adscritos responsables. En esta etapa, el(la) R mayor organiza y asigna tareas a los Rs de menor jerarquía para cumplir las labores del día. El ambiente es mucho más relajado y los residentes conversan sobre lo sucedido en la reunión previa, hablan sobre sus encuentros y desencuentros con los adscritos e intercambian consejos sobre cómo comportarse o cumplir con los quehaceres para evitar regaños o castigos. Es aquí donde el currículum oculto aparece con mayor intensidad y las situaciones emocionales, valorativas y morales se manifiestan iterativamente. Las reglas no escritas forman parte de las tramas que subyacen a las interacciones en las franjas de actividad y operan con más o menos influencia en el devenir de los acontecimientos.

A continuación se muestra un caso presentado en las reuniones observadas que corresponde a la fase de “entrega de guardia”. La intención consiste en analizar en él las normas del contexto interinstitucional, las pautas iterativas, la imbricación de lo asistencial y lo académico, donde se instituye el currículum, el abordaje biomédico del paciente y de su familia entre los profesionales de la salud, así como los aspectos formales e informales de dichos encuentros.

Caso “Sobredosis de litio”. La Dra. Mirna explica:

Este paciente vino a consulta de primera vez referido de Hospital Psiquiátrico de Adultos. Es un paciente con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar desde los 16 años. Él tiene antecedente de un abuso sexual, por lo que debutó con un episodio depresivo y lo llevaron al Hospital Psiquiátrico de Niños y Adolescentes. Ahí le dieron tratamiento con fluoxetina y a las dos semanas tuvo un episodio maníaco. Estuvo hospitalizado durante 10 días y le empezaron tratamiento con litio y

risperidona. Salió con litio de 300 miligramos uno-uno-uno. Aparentemente, como no había recuperado funcionalidad y seguía con algunos síntomas maniformes, fueron subiendo la dosis de litio hasta que antes de darlo de alta en el Hospital Psiquiátrico de Niños y Adolescentes, por cumplir 18 años, lo tenían con tabletas de 300 miligramos tres-tres-tres. O sea, 900 miligramos de litio cada ocho horas. Vi las recetas.

Entonces lo mandan al Hospital Psiquiátrico de Adultos y va a consulta el 13 de marzo. Lo valoran, porque seguía con algunos síntomas depresivos, literal, como tal un episodio, y le dicen a la mamá que seguramente la razón por la que se está sintiendo con falta de energía y con el ánimo alterado era porque tenía una intoxicación crónica por litio. Que le iban a hacer estudios de laboratorio, perfil tiroideo y niveles con el litio. Su cita para ver los resultados fue el viernes. Pero el viernes fue el paro [de residentes en el Hospital Psiquiátrico de Adultos]. A la mamá le dijeron — todo esto es como me lo dijo la mamá, porque no me lo pusieron en la referencia—, le dijeron “en los estudios se ve que está un poquito alterada la función tiroidea, pero no está tan mal, no es urgente; hay que ver qué sale en los niveles de litio y bajarle todavía más la dosis. Pero para eso hay que hospitalizarlo y ahorita estamos en paro y no hay servicio. La vamos a mandar al Cifanep para que lo hospitalicen y le bajen el litio.

Llegó aquí el paciente con una hoja de referencia que decía que lo mandaban para hospitalización por estar agrediendo físicamente a sus familiares, pero no pusieron los niveles de litio, ni de absolutamente nada de lo que se le había hecho ahí. Aquí lo mandaron con una dosis de 900-600-900. El paciente tenía como datos de intoxicación crónica por litio. Tenía un síndrome de liberación de hormonas antidiuréticas, poliuria, polidipsia, incluso tenía a diario enuresis desde hacía dos o tres semanas. Le hicimos estudios de laboratorio generales y hablamos con el Dr. López [médico adscrito]. Él nos dijo que lo mandáramos de regreso al Hospital Psiquiátrico de Adultos y pusiéramos que el paciente ya tenía allá su expediente. Que necesitaba un abordaje adecuado. Que no pueden estar refiriendo pacientes así, sin poner ni siquiera los niveles de litio, y que no cumplía criterios de internamiento. Dijo que en caso de que requiriera internamiento por algunas de las complicaciones de la dosis de litio, que lo mandaran a un hospital general donde se pudiera hacer el abordaje de eso.

Médico adscrito 1: ¿Cómo salieron sus laboratorios?

Dra. Mirna: Se le pidió un examen general de orina. La densidad era de 1.015. De laboratorios generales salió con leucocitos de 13.52, hematocritos 41.8; 15% de linfocitos, neutrófilos 72.2%; lo único que salió alterado fue la fosfatasa alcalina de 94.

Médico adscrito 1: ¿Electrolitos normal?

Dra. Mirna: Sí

Médico adscrito 1: Acuérdate que el litio más bien genera diabetes insípida.

Médico adscrito 2: ¿Cuál es la dosis adecuada?

Dra. Mirna: 600 a 900 mg en todo el día.

Médico adscrito 1: ¿Qué otro dato se puede ver en la intoxicación por litio?

Dra. Mirna: Se puede ver a través de movimientos circulares, se puede ver temblor, se puede ver incluso como ataxia, disminución en el estado de alerta...

En el siguiente apartado se presenta el análisis interpretativo y las reflexiones del caso con base al sistema de relaciones conceptuales para responder a las preguntas de investigación.

Análisis interpretativo

El episodio clínico que sucedió en la entrega de guardia puede analizarse en distintas capas o niveles de significación, ya que en él se reflejan las relaciones interinstitucionales de los hospitales psiquiátricos y generales con respecto de las referencias y contrarreferencias, la construcción biomédica del caso con la utilización de lenguaje técnico especializado, la participación de los familiares en el cuidado del paciente, la dinámica de la toma de decisiones del personal de salud durante la atención, así como la dimensión educativa en que se manifiestan las jerarquías y el dominio de los saberes disciplinares.

La entrega de guardia es un ritual performativo en el cual se promueve y sostiene la interacción gracias a un proceso iterativo o de repetición sometida a ciertas normas en el piso de psiquiatría; es un escenario donde se producen, circulan y se reactualizan los conocimientos del campo clínico en ésta y otras especialidades. En esta franja de actividad, las interacciones están pautadas en un orden jerárquico por estamentos, tanto de los cargos que los agentes ocupan en la estructura laboral como de la académica. En la práctica

clínica juegan las asimetrías, asumidas por los actores, que se expresan en el alcance y las limitaciones de su expresión verbal, y en las responsabilidades de sus acciones.

Los Rs se forman en esas vivencias, en ese mundo que interpretan y reinterpretan en la atención a pacientes. En ese movimiento se comunican con modalidades prefiguradas, por medio de un lenguaje científico, estructurado por taxonomías, algoritmos y clasificaciones, que objetiva la condición del enfermo y oculta su subjetividad. En este ejercicio comunicativo, los Rs forman su identidad profesional y su sentido del yo, de tal manera que, independientemente de su nivel, no son receptores pasivos, más bien aprenden a organizar su experiencia y a crear su propia narrativa en este ritual iterativo que cobra significado en ese contexto intersubjetivo.

El R llega al campo de la psiquiatría con conocimientos adquiridos en pregrado; no obstante, al entrar en contacto con la especialidad aprende nuevos códigos que se vuelven parte de su acervo de conocimientos para ser aplicados en la práctica clínica. Es decir, el R transita por un proceso de transformación al apropiarse de ese lenguaje, de esos protocolos diagnósticos y terapéuticos, de esas narrativas, donde sus saberes y sus prácticas lo posicionan en el juego relacional del ejercicio clínico. Por medio de la discusión y atención de los casos, los actores construyen y reconstruyen el campo y su propio ser profesional. En los procesos comunicativos y dialógicos se repiten las palabras, se recrean hábitos de habla basados en estructuras narrativas que permiten ordenar historias clínicas, así como tramas de sentido en el abordaje de los padecimientos. Por ejemplo, en el reporte del caso la Dra. Mirna reiteradamente alude a las especificidades del tratamiento farmacológico en diferentes momentos del itinerario de la enfermedad y describe: “lo tenían con tabletas de 300 miligramos tres-tres-tres. O sea, 900 miligramos de litio cada ocho horas. Vi las recetas”. Esta frase supone un conocimiento médico compartido, maneras peculiares de expresión “tres-tres-tres” y una evaluación del hecho que cobra sentido en la estructura narrativa de la historia clínica. El yo del R no se forja sólo por la relación activa con el entorno, sino como explica Veena Das,⁹ mediante las fuerzas representadas en las voces del otro. Así, la cultura institucional no se comunica sólo en forma de órdenes, sino en la internalización de la polivocidad de quienes interactúan en ella.

⁹ Veena Das, *Violencia, cuerpo y lenguaje*, 2016, p. 59.

En episodios, como el antes transcrito, el significado se presenta tanto en el lenguaje que se expresa como en lo que se insinúa u oculta; por ejemplo, en la expresión “Vi las recetas” hay una crítica velada a las indicaciones prescritas al paciente en otros hospitales.

Respecto a las relaciones interinstitucionales, en el caso del paciente con sobredosis de litio se mencionan cuatro tipos de sedes hospitalarias: el Hospital Psiquiátrico de Niños y Adolescentes; el Hospital Psiquiátrico de Adultos, al que fue referido después de cumplir la mayoría de edad; el Cifanep y, en alusión hipotética, el Hospital de Medicina General. Las referencias y contra-referencias incorporan juicios de valor acerca de la atención clínica en distintos momentos de la trayectoria de la enfermedad del paciente, y reflejan las condiciones del contexto que orientan las decisiones. Por ejemplo, en el caso relatado, lo que motivó la referencia fue el paro de residentes en el Hospital Psiquiátrico de Adultos, que impidió el internamiento del paciente. Al llegar al Cifanep, la Dra. Mirna, que lo recibió, se queja de la falta de información médica precisa, lo que la obliga a recurrir al testimonio de la madre del paciente, considerado en el campo biomédico de la psiquiatría como menos confiable que el reporte clínico. En su descripción, la Dra. Mirna asume la voz de la madre, que a su vez adopta la de su hijo y el personal que la atendió en el Hospital Psiquiátrico de Adultos. Todas estas voces se socializan simbólicamente en relaciones interpersonales hasta que surge un otro generalizado, en la entrega de guardia, que incorpora la propia perspectiva.

Las relaciones temporales también marcan diferencias importantes en la trama del caso. El reporte de la Dra. Mirna reconstruye el pasado, en clave farmacológica, para dar cuenta de la situación presente a la que se enfrenta. No obstante, la resolución del caso no queda en sus manos; al consultarlo con el médico adscrito, la respuesta es el rechazo. El futuro del paciente queda incierto al contra-referirlo al Hospital Psiquiátrico de Adultos, donde está su expediente, a sabiendas de las limitaciones de atención causadas por la coyuntura política laboral, o a un Hospital de Medicina General para tratar los efectos secundarios derivados de la sobredosis de litio.

En este episodio, la atención de la enfermedad mental se subordina a las dinámicas interinstitucionales, en las que las insinuaciones, como la falta de información médica o la prescripción inadecuada de medicamentos, indican la descalificación de la labor asistencial en el Hospital Psiquiátrico de Adultos. El paciente y su madre, en

su cuerpo y en su historia, se vuelven depositarios de la experiencia y de la genealogía de los acontecimientos, cuya representación toca de una u otra manera a los involucrados en la situación, incluyendo a los Rs. Estos últimos no sólo participaron en la toma de decisiones del caso, sino que aprendieron a manejar burocráticamente el juego de las referencias y de las contrarreferencias al estar inmersos en las relaciones de poder que privan en el sistema de salud de la localidad.

El acto médico se amplifica y se significa de diferente manera para el paciente y su madre, representando una prolongación del sufrimiento al no tener una solución efectiva; el médico adscrito lo resolvió en términos institucionales argumentando la no idoneidad de las referencias y contrarreferencias; sin embargo, para la Dra. Mirna la falta de información en la hoja de referencia impidió realizar el razonamiento clínico necesario para integrar el caso y tuvo que recurrir a la información considerada imprecisa del familiar del paciente. En este entramado, la verticalidad de las relaciones saber/poder se impone: el criterio de los procedimientos burocráticos predominó y el caso fue descartado, lo que denota restricción emocional, desapego y poca empatía con la situación del paciente y de su familiar.

Para concluir y responder a la pregunta ¿de qué manera se interseccionan las capas de significación de lo asistencial y de lo educativo en rituales clínicos como la entrega de guardia?, se puede afirmar que para la Dra. Mirna, la presentación del caso en sí mismo es un ejercicio pedagógico en tanto obliga a generar, estructurar y analizar información de acuerdo con las normas del campo médico y, específicamente, del psiquiátrico. Durante la sesión, en las interacciones marcadas por las jerarquías de los asistentes se expresa la dinámica establecida en el interrogatorio formulado por los médicos y respondido por los residentes. En la parte final del caso presentado, uno de los adscritos pregunta por los datos de los estudios paraclínicos efectuados para probar los conocimientos de la Dra. Mirna, mientras otro adscrito interviene también para examinarla sobre las dosis indicadas del fármaco, en este caso el litio. Estos intercambios dialógicos jerarquizados, aunque de forma insípida, visibilizan el rol docente de los médicos adscritos cuya labor de enseñanza está avalada por su nombramiento universitario. En esta trama narrativa, el intercambio dialógico recalca la cualidad del residente, de ser estudiante, que lo posiciona como médico especialista en formación, poniéndolo a prueba en sus competencias ante los demás. De esta

manera, lo asistencial y lo académico se fusionan en actividades como ésta, donde el centro es la discusión de casos clínicos reales.

La identidad profesional del psiquiatra se forma en estas franjas de actividad, donde las narrativas de la salud mental están mediadas por diversos lenguajes, saberes y prácticas que se actualizan en la atención de los pacientes. La estructura jerárquica del espacio clínico asistencial y académico pauta las relaciones intersubjetivas que se internalizan, reconfigurando tanto la identidad del residente como la del campo de la especialidad.

Bibliografía

- Bourdieu, Pierre, *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa, 1988.
- Butler, Judith, *Bodies that Matter: On the Discursive Limits of Sex*, Londres, Routledge, 1993.
- Castoriadis, Cornelius, "Institución de la sociedad y religión", *Vuelta*, núm. 93, 1984.
- Consejo, Carolina y Carlos Viesca, "Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu", *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, vol. 11, núm. 1, 2008.
- Das, Veena, *Violencia, cuerpo y lenguaje*, México, FCE, 2016.
- Derrida, Jacques, "Firma, acontecimiento, contexto", en *Márgenes de la filosofía*, Madrid, Cátedra, 2000.
- Goffman, Erving, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006.
- Hamui, Liz, "Introducción", en Liz Hamui et al., *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, México, Manual Moderno / Facultad de Medicina-UNAM, 2019, p. XVIII.
- PUEM *Psiquiatría*, México, Facultad de Medicina-División de Estudios de Posgrado-Subdivisión de Especializaciones Médicas-Coordinación de Desarrollo Curricular-PUEM en Psiquiatría, 2012, recuperado de: <<http://www.sidep.fmposgrado.unam.mx:8080/fmposgrado/programas/psiquiatria.pdf>>.

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

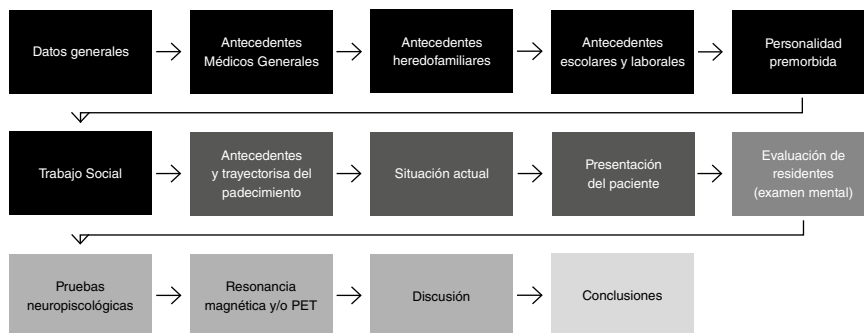


Figura 1. Secuencia en las sesiones académicas de psiquiatría.
Fuente: elaboración propia.

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 residentes 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 sesión, 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 sensorceptuales, 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 soteriológicas (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.

Etnografía del ritual clínico como espacio fronterizo

JOSEFINA RAMÍREZ VELÁZQUEZ*

La producción de conocimiento sobre la enfermedad desde la perspectiva sociocultural ha mostrado un tránsito epistémico notable desde aquella primera enunciación de Young, quien, al estudiar el discurso de estrés, afirmó que los investigadores de estrés produjeron conocimiento convencional explicándolo desde la “naturaleza” y la “somatización”, es decir, lo ubicaron en el individuo en lugar de en sus relaciones sociales.¹ A partir de ello y tras varias décadas de análisis y discusiones para estudiar la enfermedad, la antropología médica hizo una revisión epistémica de sus postulados. Esto es, amplió el panorama de análisis al ir más allá de la atención que tradicionalmente había puesto a la manera en que las sociedades no occidentales explicaban la enfermedad a partir de comportamientos rituales susceptibles de interpretarse a través de patrones culturales y significados sociales. La crítica epistémica expuso la importancia de examinar críticamente las condiciones sociales, culturales e ideológicas en las que se produce el conocimiento,² ya

* Posgrado de Antropología Física, ENAH.

¹ Allan Young, “The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge”, *Social Science & Medicine*. Part B: *Medical Anthropology*, vol. 14, núm. 3, 1980, pp. 133-146.

² Shirley Lindenbaum y Margaret M. Lock, *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, 1993.

sea dando cuenta de sociedades “exóticas” o de la teoría y práctica médica predominante en las sociedades euroamericanas que Hahn y Kleinman³ definieron como biomedicina.

Una creciente oleada de discusiones y revisiones teóricas sobre la mejor manera de dar cuenta de la enfermedad puso de manifiesto diversos giros paradigmáticos expresados en sistemas conceptuales y modelos analíticos que mostraron dos mundos de producción de sentido y significado: la experiencia del padecer desde la perspectiva del paciente y las categorizaciones elaboradas desde la profesión biomédica. Una primera tendencia analítica puso atención en el estudio del padecimiento que, en el mundo anglosajón, se conoce como *anthropology of illness*.⁴ Dentro de esta corriente se guiaron estudios desde diferentes conceptos (redes semánticas, modelos explicativos del padecimiento, procesos de metaforización, representaciones, etnografía de la experiencia, análisis de discurso, narrativa, representaciones y prácticas). Estas orientaciones que se ubican en la tradición interpretativa coinciden en que la enfermedad es una realidad culturalmente construida y centran su punto de atención en el significado.

Algunas observaciones críticas pusieron de manifiesto que la búsqueda de significado de la enfermedad y el padecer, al centrarse en la perspectiva del individuo le restó importancia al orden social que la moldea y distribuye. Con esta advertencia se enunció un claro interés por visibilizar el contexto social, cultural y político que la produce. Sin duda, las potentes teorizaciones realizadas sobre la biomedicina, desde el análisis cultural y como una institución que configura formas de poder social y dominación simbólica, brindaron las rutas para nuevos acercamientos en los que se privilegió una reveladora reflexión sobre la cultura, más allá de la que proyectan los pacientes cuando relatan su padecer.⁵ Al respecto, Kleinman apuntó que los clínicos también participan en mundos culturales que forman creencias, comportamientos y valores relativos a la sa-

³ Robert Hahn y Arthur Kleinman, “Biomedical Practice and Anthropological Theory”, *Annual Review of Anthropology*, vol. 12, 1983, pp. 305-333. Estos autores fueron los primeros en proponer a la biomedicina como un sistema sociocultural, ya que está conformada por un conjunto de valores, premisas y problemáticas explícita e implícitamente enseñadas mediante la comunicación e interacción social y organizada por una división social del trabajo, en ambientes institucionales.

⁴ Allan Young, “The Anthropology of Illness and Sickness”, *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, Ohio, 1982, pp. 257-285.

⁵ Shirley Lindenbaum y Margaret M. Lock, *op. cit.*

lud. Por ello propuso incorporar la noción de *competencia cultural* al mundo de la clínica, a fin de sensibilizar al personal sobre la importancia de la cultura en la elaboración del diagnóstico, el tratamiento y el cuidado.⁶

El análisis de la biomedicina en clave cultural permite ver la manera en que el lenguaje médico, con todo su peso cultural e ideológico, influye en el paciente orientando su manera de pensar, sentir, decir y hacer sobre su enfermedad, y transmite estigma, prejuicios raciales, de clase y de género. Asimismo, si dicho análisis se hace en un contexto clínico específico, por ejemplo, la consulta médica, dará pie a visibilizar la interacción social en donde se da lugar la intersubjetividad y se expresan los profesionales, los pacientes, sus acompañantes, y generan diversas tramas narrativas en el reto de dilucidar el drama de la enfermedad.

La investigación sociocultural que ponga atención en la manera en que se producen las narrativas que dan lugar a la interacción social en ámbitos hospitalarios, está realmente ausente en nuestro país. Por ello, acceder al mundo de la clínica, recuperando todas las voces involucradas en dilucidar el problema de la enfermedad, permitirá producir un conocimiento especializado que, sin duda, será útil en las políticas de salud aplicadas en el tema de la salud mental. En este sentido, dar cuenta de ámbitos como los hospitales, altamente estructurados y difíciles de acceder para el oficio etnográfico, es una tarea que nos propusimos impulsando una investigación en la cual la observación sociocultural no sólo se advierta como una intromisión o registro incómodo, sino como estrategia de colaboración.

Algunos apuntes teórico-metodológicos

Aunque en la introducción a este volumen se han descrito las formulaciones teórico-metodológicas que sostienen nuestra propuesta, en este apartado me interesa subrayar, de manera breve, las coordenadas conceptuales y metodológicas del presente artículo, que destacan que la investigación está orientada desde la etnografía reflexiva y dialógica, ya que es tanto un modo de conocimiento como una forma de relacionarse, de estar ahí y de provocar en diálogo, un ejercicio

⁶ Peter Benson y Arthur Kleinman, "Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it", *PLoS Medicine*, vol. 3, núm. 10, 2006, pp. 1673-1676.

intelectual y un encuentro emocional.⁷ Este tipo de etnografía pone el acento en una perspectiva relacional que subraya la importancia de la interacción social, el contexto, el tiempo en el que se desarrolla la experiencia. Este acento permite transitar de una etnografía estática a una procesual que enfatiza entonces la observación, visibilizando disyuntivas entre los actores sociales involucrados y revelando complejos procesos en los que la mirada y la acción del investigador juegan un papel importante.

Desde ahí abordo la narrativa no como producción discursiva del enfermo, sino mucho más que ello, puesto que interesa sobre todo describir y analizar las situaciones y tramas de interacción configuradas por el flujo de sentido y de acción que se generan entre diversos actores sociales para dilucidar la enfermedad en un contexto particular. Esta propuesta pretende visibilizar particularmente la interacción social que a través de la narrativa devela que contar la experiencia involucra un *cuerpo sentipensante*, que no sólo utiliza la voz sino todo el cuerpo; que piensa, siente, dice y hace para expresar un proceso de comprensión de sus circunstancias.⁸ Lo cual también posibilita una comprensión relacional de su subjetividad, de su acción performativa, de su gestualidad, de su expresión emotiva, de su forma de interactuar con los otros involucrados en el encuentro clínico, de sus situaciones de acción y de su contexto en una temporalidad particular.⁹ En este sentido, enfoco la narrativa desde una perspectiva más amplia que permite dar cuenta del sí mismo y del otro en una co-producción de sentido, con lo cual se evidencia la

⁷ Con esto me refiero a visibilizar un circuito hermenéutico de producción de sentido que alude al pensar-sentir-decir-hacer de los actores sociales involucrados en dicha producción, donde el investigador también forma parte. Véase a Josefina Ramírez, "Las emociones como categoría analítica en antropología. Un reto epistemológico, metodológico y personal", en Oliva López y Rocío Enríquez (coords.), *Cartografías emocionales. Las tramas de la teoría y la praxis*, 2016, vol. II, pp. 97-126.

⁸ Una reflexión epistémica sobre el cuerpo me ha permitido proponer la noción de cuerpo *sentipensante*, al que defino como campo "de experiencia perceptual, de interacciones afectivas y sensibles, por medio del cual los actores construyen su mundo e interactúan produciendo significados, metáforas, representaciones, emociones y negociando y renegociando sus situaciones en un proceso dinámico". Véase Josefina Ramírez, "Una reflexión epistemológica para la construcción del cuerpo sentipensante: la búsqueda del cuerpo perdido", *Corpo Grafías. Estudios críticos de y desde los cuerpos*, pp. 1-17. Aceptado para su publicación en julio 2019.

⁹ Josefina Ramírez, "Algunas consideraciones sobre la narrativa como metodología idónea para el estudio del proceso salud/enfermedad/atención", *Revista CONAMED*, año 21, vol. 2, México, 2016, pp. 66-70.

importancia de la intersubjetividad y, como ha subrayado Mattingly, de las acciones y experiencias.¹⁰

Como se ha expuesto en la introducción, una forma de visibilizar la interacción y la producción de las tramas narrativas es ubicándonos en una *franja de actividad* para visibilizar, en este caso, la consulta médica como una fracción de actividad y secuencia de acontecimientos generada en tiempo y espacio, donde los sujetos reflexionan, se posicionan y actúan.¹¹ De ahí que es considerada como contexto intersubjetivo, interpretativo y significativo que organiza la experiencia de los involucrados.

El valor metodológico de la reflexividad en relación con la narrativa y las franjas de actividad se encuentra en pensar críticamente el registro minucioso de la situación y la acción donde tienen lugar las narrativas performáticas y las tramas de sentido, con el fin de develar lo tácito de la interacción al poner atención en lo que los actores narran, cómo se genera el intercambio de relatos, cómo lo dicen o cómo no quieren contar. Para ello he aplicado como estrategia nodal la observación y la escucha en permanente reflexión. Cabe destacar que la observación realizada en el contexto clínico en cuestión es, como ha señalado Wind, una observación interactiva negociada.¹² Afirmo, como lo hace la autora, que no es participante puesto que el propósito no fue convertirse en el otro, vivir como el otro, tal y como lo apunta la tradición etnográfica que alude a la observación participante. El interés fue interactuar con diversos actores sociales en el contexto clínico, habiendo negociado con las autoridades del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep) nuestra estancia como observadores y escuchas en dicho contexto. Tales acciones —observación y escucha— quedan perfectamente contextualizadas, buscando la creación de sentido generado en la interacción social.

¹⁰ Cheryl Mattingly, "In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 12, núm. 3, 1998a, pp. 273-297; Cheryl Mattingly, *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*, 1998b.

¹¹ Erwin Goffman, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, 2006.

¹² Guitte Wind, "Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings", *Anthropology & Medicine*, vol. 15, núm. 2, 2008, pp. 79-89.

Trayecto metodológico

Teniendo como principal acción investigativa la observación y la escucha, las técnicas aplicadas fueron guías de observación y de entrevistas, diarios de campo y grabadora. El trabajo de campo se realizó del 28 de febrero al 15 de mayo del 2019 en el Cifanep, centro de tercer nivel que atiende problemas neurológicos y psiquiátricos. En este periodo estuve presente casi todos los días hábiles en una jornada de ocho horas, logrando presenciar 34 encuentros clínicos dirigidos por tres médicos adscritos (dos mujeres y un hombre) y seis residentes (cuatro hombres y dos mujeres) de distintos niveles. Dos R1 (una mujer y un hombre), dos R2 (una mujer y un hombre), un R3 y un R4, ambos varones. Entrevisté a un médico adscrito, a dos residentes de mayor nivel, a una paciente que fue internada en la unidad de neuropsiquiatría, y a su esposo. Lo que a continuación describo proviene de mis notas de campo, así como de algunas entrevistas realizadas particularmente con un médico. Estas notas tienen el valor de exponer los cruces intertextuales que se van generando entre la observación, la escucha y el relato de quienes forman parte de este estudio, y mi interés está en poner en relevancia el flujo narrativo que las articula.

Etnografía de la consulta médica

Aunque bien sabemos que las ciencias socioantropológicas y sus alcances no son del todo comprendidas en el ámbito biomédico, cada vez se observa más apertura hacia el diálogo y los médicos se interesan por saber qué es lo que indaga un antropólogo y para qué sirve. En el caso que describo, la anuencia para el ejercicio del trabajo antropológico se dio con gran aceptación por parte de los profesionales con quienes traté.

Así que, desde el primer día, la Dra. Carreto, subdirectora de Consulta Externa, brindó una breve reseña de la dinámica de la consulta externa.¹³ Por ejemplo, mencionó que en el hospital, 60% de los médicos son neurólogos, hay menos psiquiatras, y algunas otras subespecialidades. Los principales problemas que se atienden

¹³ Como se mencionó desde el inicio, por cuestiones de confidencialidad de la investigación, todos los nombres han sido cambiados.

son cefaleas, epilepsias, evento cerebrovascular, esclerosis múltiple, tumores. Por la alta especialización vienen de toda la república, registrándose una gran demanda, por lo que también se presenta un rechazo de 40%, aunque recalcó: “si el paciente se quiere quedar, paga su clave económica que se gestiona en trabajo social y que va del primer nivel socioeconómico que es de 40.00 pesos, al quinto que es de 400.00. La atención médica se inicia en dos turnos. El matutino de 8:00 a 13:00 horas, y el vespertino de 14:00 a 17:00 horas. Hay dos tipos de consulta: la preconsulta, en la que se hace una valoración precisa para definir si el paciente es candidato a ser parte del instituto y en consecuencia se le abre expediente y, la subsecuente, que refiere a los pacientes que han sido aceptados y que ya tienen su historia construida en el instituto. Para poder ser atendidos en preconsulta, los pacientes pasan por varios filtros y tiene que cubrir varios requisitos: ser mayor de 15 años; traer referencia médica o resumen clínico dirigido a este instituto (máximo 60 días de antigüedad) para determinar si corresponde a un padecimiento neurológico, neuroquirúrgico o neuropsiquiátrico que requiera ser atendido en tercer nivel; proporcionar datos personales; pagar su consulta; presentarse 30 minutos antes de su cita acompañado de un familiar. La consulta es atendida por médicos adscritos, quienes tienen ya su base en el instituto y por residentes, quienes, si bien están en formación, ya son médicos que pueden ejercer la neurología, neurocirugía y psiquiatría. En una jornada los médicos atienden de 12 a 15 pacientes, otorgándoles 30 minutos en la preconsulta y 12 minutos en las subsecuentes.

El rasgo distintivo de su discurso se cerró al final de la entrevista cuando ella misma afirmó que en la consulta los psiquiatras se basan en el discurso para tratar de definir la problemática de salud. La psiquiatría biológica relacionará lo conductual con lo neurológico, pero a veces se ve que no existe una correlación entre la subjetividad del paciente y lo que ve el médico.

Esta última afirmación fue una de las primeras llamadas para considerar que en este recinto el debate principal se verá entre lo objetivo y lo subjetivo, entre el cuerpo y la mente, entre el discurso racionalizado de la medicina y la presunta irracionalidad de la experiencia del padecer.

Tras bambalinas

Nunca imaginé estar en el sitio desde el cual ahora miro, aunque siempre lo desee, pues el tema de la disputa por la salud y la experiencia de la enfermedad se convierten en problemas que debato en mis investigaciones. Ahora me encuentro tras bambalinas por decirlo así. Me encuentro en aquella parte donde las puertas de los consultorios permanecen abiertas, por donde circulan sólo los médicos, enfermeras y personal autorizado. Es el sitio que resguarda el saber, el instrumental médico, el ordenamiento de la información, las relaciones entre el personal acompañadas por una taza de café, risas y confabulaciones en pequeños grupos. Me dirigí con un talante particular, como quien lo sabe todo y comprende los pequeños códigos de la interacción, actitud que quedó perfectamente conducida por mi bata blanca. Pero en realidad, mi interior me gritaba un nerviosismo que a ratos se oía en el tic tac de mi corazón.

Saludé a las enfermeras como si fuese un día más, llegué al espacio en el que se reúnen los médicos de la consulta y que ellos le llaman filtro. Ahí, en ese pequeño cubículo de 2 x 3 metros, donde hay tres escritorios, una impresora, una computadora y un pequeño pizarrón en el que los encargados de la consulta (residentes que se rotan cada mes) van anotándole, a cada médico, el consultorio y los pacientes que atenderán de acuerdo con sus afecciones.

Era el último día de febrero, de modo que el Dr. Arizmendi y el Dr. Quijano dejarían el control del filtro e irían a otro espacio del hospital de acuerdo con una organización propia que habla de rotaciones para su formación.

Mi presencia no interrumpió nada, así que, de entrada, les extendí la mano en un mínimo ritual de presentación y, brevemente, después de mi nombre, mencioné lo que haríamos durante varios días.

Como lo anoté anteriormente, mi interés se orientó a describir, en franjas de actividad, la interacción social y la manera en que, a través de diferentes narrativas, se generaban las tramas de significados para dar sentido a la enfermedad y su atención. Pero para hacer comprensible este presupuesto teórico, mencioné que nos interesa la manera en que se produce la narrativa en la consulta, y consideré, para iniciar la conversación con el Dr. Quijano, quien ahora se había quedado solo pues todos se habían ido a su consulta, que era bueno empezar expresando lo siguiente: “cuénteme, ¿cómo

es que, en un hospital como éste, se genera el diagnóstico?”. Tomando la actitud del alumno bien portado y aplicado respondió con claridad:

En neurología tenemos que pensar de forma escalonada, vemos muchos problemas epilepsias, síndromes complejos... y el paciente expresa causas ideopáticas; entonces hay que recurrir a tomografías, resonancias, etc. Pero primero tomamos en cuenta todo lo que nos dice. Por ejemplo, “siento más dormida la parte derecha que la izquierda”, aunque al hacer la exploración neurológica vemos que está normal. El paciente nos puede decir: “siento hormigas o agua en la cabeza”; si bien lo tomamos en cuenta para la historia clínica, eso es traducido en lenguaje médico.

La conversación se interrumpe al volver el Dr. Arizmendi; ambos miran la repartición de las consultas en el pizarrón y con el pequeño poder que les otorga ser encargados, deciden ponerle más pacientes a algún médico. Ríen en complicidad. Para ese momento desconocía si ese proceder era derivado de una animadversión o lo hacían por jugueteo.

Al terminar aquella acción conjunta de los médicos, volvimos a la conversación que se tornó relajada; entonces, él siguió comentando que todos los pacientes tienen que llegar con una referencia médica y un diagnóstico presuntivo, pero que necesitan de todas maneras valorarlos. Imagínese, decía levantando la voz: “llegan hasta con receta del Dr. Simi y exclama: ¡ese Dr. Simi es un cáncer, por lana y por tiempo!”.

Continúa: “[...] entonces en cuanto al diagnóstico nosotros lo que hacemos es poner el primer nombre y el apellido, por así decirlo, lo pone el estudio paraclínico. Hay muchas cosas en este tipo de enfermedades; mire, pienso que hay una vida más allá de la enfermedad del paciente”.

Yo imaginé que iba a hablarme del contexto que tanto queremos visibilizar los antropólogos para comprender la lógica que subyace a la producción de significados, pero me dejó pensativa cuando terminó diciendo: “para que se cure el paciente, el 50% lo tiene que poner él, el otro 50% la familia”.

Y me pregunté: ¿y dónde queda el saber médico? Mis cavilaciones quedaron interrumpidas por el Dr. Elmer, un psiquiatra R1, que entra ansioso presentado un caso, buscando una opinión. Dice: “Tengo paciente con alteraciones de juicio, conducta hiper religiosa,

alteraciones conductuales". Con una mueca de preocupación continúa: "tiene mal pronóstico, parece un caso psi. Habla de fenómeno cultural no favorable ya que menciona ver brujas, demonios y fuego. ¿Será esquizo?". Quijano sólo mueve la cabeza sin precisar respuesta. El Dr. Elmer regresa a su consultorio, y yo atrapada por el caso lo sigo sin más.

En el consultorio está doña Felisa y su hijo. El Dr. Elmer se coloca de nuevo frente a su PC y continúa la historia clínica. Dado que la consulta ya estaba avanzada, no pude ver cómo se inició el ritual de presentación, por lo que procuré mantenerme lo menos visible.

Después de varios teclazos, el doctor vuelve a hacer más preguntas a doña Felisa, recabando la historia clínica, pero básicamente responde el hijo que la acompaña, mencionando primeramente que son de una comunidad de Veracruz. Que se empezó a poner mal, alterada y agresiva, después de dar a luz hace 27 años. Doña Felisa me miraba como juguetona, abriendo de más sus grandes ojos negros, pero con tinte inquisitivo. Entonces movió sus manos como desprendiéndose de algo enviado hacia mí. Yo estaba a un costado suyo, y sin quitarle la mirada, pero con actitud amable; a ella no le quedó más que sonreír mostrando su falta de dientes. El médico seguía el interrogatorio cerrando con algunas indicaciones que explicaron la necesidad de algunos estudios y de ser remitida a la clínica neurobiológica de la esquizofrenia, donde se lleva a cabo un protocolo de esquizofrenia crónica. Entre tanto se interceptaban las palabras que de pronto arrojaba doña Felisa mirándome a mí. "Qué voy a hacer yo, si dicen que se quejan porque no tienen papá y mamá."

El Dr. Elmer proseguía y dirigiéndose a doña Felisa expresa: "No le podemos dar medicamento hasta no tener claro el diagnóstico, pero daremos benzodiacepina, con dosis bajita, clonazepam gotitas, tres en la mañana y cinco en la noche si está muy agitada...".

Felisa interrumpe al médico con una amplia sonrisa diciendo: "hay unos que les va la medicina, hay otros que no". Él no la escucha, sigue haciendo la historia clínica y la receta. Al hijo le preocupa el pago de la consulta y de nuevo las indicaciones, pues siente que no fueron suficientemente claras al mencionar: "ya se me olvidó todo lo que me dijo". Paciente y familiar salen del consultorio sin saber bien qué es lo que sigue, pero el médico indica que afuera les darán instrucciones. Llama la atención que no les proporciona un posible diagnóstico, sólo les dice que serán remitidos a la clínica de neurobiología de esquizofrenia.

Estando solos, el Dr. Elmer se muestra muy colaborativo explicándome que éste es un excelente caso para ellos (se refiere al hospital), pues la paciente nunca ha sido atendida biomédicamente, además, el diagnóstico de demencia con el que la remitieron es erróneo, pues según él, puede tener una esquizofrenia desorganizada. Sabiendo nuestro interés por el registro minucioso, Elmer me compartió la breve historia clínica que había elaborado, en la cual se destacaba:

Doña Felisa de 54 años, estudió hasta la primaria. Hace 27 años inicia posparto con ideas delirantes. Fallecieron sus papas y el hijo se hace cargo de ella. Presentó alteraciones conductuales caracterizadas por errores de juicio y agresividad en contexto de ideas de daño o esconder cosas, mencionando “lo guardo para que no se lo vayan a robar [...] mete los trastes debajo de la cama”, “le pegó a una tía con un palo de la nada”, así como salir de casa en contexto de dromomanía¹⁴ durante varios días. Además, menciona familiar lo que impresiona como alucinaciones visuales caracterizadas por “ver brujas, demonios o fuego”, cambios constantes de religión, además de conducta alucinatoria caracterizada por soliloquios y risa o llanto inmotivados y fenómenos de transmisión caracterizados por “en la tele me dijeron que mi tío se murió [...] una vez dijo que, en la tele, le dijeron que apagara las luces”.

Sacando su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V)¹⁵ de bolsillo me mostró cómo las ideas que comentó doña Felisa de guardar cosas, los soliloquios y las alucinaciones pueden ser traducidas a través de dicho manual. Y termina diciendo, “mi reto como psiquiatra es convertir, en lenguaje médico, todo lo que la señora me dice”.

Entre los comentarios del Dr. Quijano y del Dr. Elmer se va perfilando la condición teórica que ha tenido la antropología médica en su centro de interés y que es la doble comprensión de la enfermedad, construida desde la biomedicina que busca objetividad y la experiencia del paciente que refleja su mundo subjetivo. También es posible advertir esta tensión generada entre la objetividad y la subjetividad, ya que el neurólogo expresó su interés por la objetivi-

¹⁴ Obsesión incontrolable por trasladarse de un lugar a otro.

¹⁵ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), 2013.

dad y el psiquiatra su compromiso por traducir la experiencia del paciente a lenguaje médico, a riesgo de reducir y no comprender los elementos contextuales que originan la enfermedad.

El ritual clínico

Durante el paso por la consulta médica ejercí la labor de observadora y escucha atenta. Primero con el ánimo de no interferir en la franja de acción desarrollada entre médicos, pacientes y familiares. Más adelante, conforme pasaron los días y mi presencia resultó más familiar, transité de mera observadora y descriptora, a una interacción dinámica realizada tanto con los pacientes como con los médicos. Sobre todo en ese momento en el que los médicos se ausentaban de la escena para consultar, en los pasillos, al residente con mayor rango a efecto de dilucidar el caso.

Todas las mañanas antes de las ocho en punto, los médicos adscritos y residentes se aproximan al filtro para que les entreguen los registros primarios o el expediente de los posibles pacientes a atender. En los pasillos se siente el ir y venir de médicos y enfermeras, de nuevos residentes y en ocasiones de grupos de estudiantes y *fellows*¹⁶ que acompañarán la consulta con el propósito de concebirla como una clase.

A partir de marzo, los encargados del control de filtro cambiaron. En esta ocasión encontramos a dos residentes muy activos, dicharacheros, siempre mostrando corporalmente la gestualidad de un personaje ocupado e imprescindible que corre de un lado a otro sin tiempo de descanso, y al que sólo se le distingue por su bata volando como capa de Súperman. Ellos son el Dr. Baas neurólogo R4 y el Dr. Sanz, psiquiatra R3.

A medida que pasaban los días, la interacción con ambos médicos me proporcionaba una extraña sensación; era como si mi presencia fuese invisible, porque ellos podían realizar una conversación sin inmutarse manteniendo un lenguaje coloquial y en ocasiones soez. Era como si quisieran decir: “así somos los médicos tras bambalinas”. Por ejemplo, en ese ir y venir cotidiano presencié la conversación de ambos médicos exponiendo que, ante cierta problemática

¹⁶ “Fellow” en contextos médicos es un médico que ya ha completado su residencia pero que realiza una práctica a efecto de especializarse dentro de un instituto.

de enfermedad sin diagnosticar, era un peligro aceptar mujeres embarazadas, a lo que con cierta jocosidad el Dr. Baas mencionó: ¡“Noooo, para nada, mientras se tenga el bicho dentro, se regresa!!!

En las consultas advertí diferencia en el desarrollo del ritual dependiendo de los problemas a tratar: si eran de carácter neurológico o psiquiátrico. Esto que es una cuestión muy obvia, destaca sobre manera porque es el momento en el que la disputa entre oposiciones binarias como cuerpo/mente, objetivo/subjetivo, razón/sinrazón, signos/síntomas, se materializa en una clara y contundente jerarquización de lo objetivo sobre lo subjetivo. En síntesis, de la palabra del médico sobre la experiencia y sensibilidad del paciente. Puse atención en ello cuando, ante la pregunta de la Dra. Lisa, R1 de neurología, para dilucidar el caso de una mujer joven con síntomas de cefalea y aparente epilepsia, el enunciado contundente del Dr. Bass fue: “La sensibilidad es lo menos creíble de las personas”.

La mañana del 12 de marzo decidí acompañar a la doctora Lisa que en esta ocasión se encontraba sola al inicio de la consulta. Unos minutos más tarde se incorporaría un grupo de alumnos de grado de la Universidad Anáhuac. Lisa muestra una actitud adusta y con mucha seriedad recibe a la paciente que en esta ocasión viene sin acompañante. No le dice qué se siente, pero ella lo hace; mira la computadora para saber detalles de lo que tendrá que atender. Advierte que la paciente fue enviada de urgencias hace 10 días para ser valorada en preconsulta y luego pregunta: “dígame ¿qué es lo que tiene?”

La paciente sintetiza su experiencia mostrando cierto trayecto de atención a su enfermedad. Tengo cefalea desde niña. Hago movimientos involuntarios. Lisa escribe sin mirar a la paciente. Se incorporan los alumnos que siendo cinco llenan el consultorio. Después de algunas preguntas para conformar la historia clínica, Lisa pregunta en voz baja a los alumnos: “¿qué es lo primero que hacen en la consulta?” Hay silencio, después risas cuando Lisa responde: “presentarse”. Luego sigue preguntando a tres de ellos que tiene más próximos: “¿Qué harían?”. Enseguida ella misma dice: “Los antecedentes”.

Le pide a la paciente que se quite los zapatos y se sienta en la cama. Convertida en un objeto de escrutinio, la paciente está atenta pero colaboradora. Lisa inicia su exploración y al tiempo pregunta a los alumnos con actitud de profesora enérgica: “¿Cómo es la exploración neurológica?”.

Los alumnos buscan primero en su memoria y responden en desorden los pasos de dicha exploración. Lisa realiza en corto tiempo la exploración y la paciente le pide salir un momento para ver si llegó su familiar.

Estando sin la paciente, la Dra. Lisa R1 vuelve a las preguntas con los alumnos de grado, quienes no responden correctamente los pasos como ella se los pide. Entonces buscan en sus celulares, pero ella empieza a responder. La exploración empieza por orden y por sistemas. Primero, examen mental que consta de varias partes: estado de alerta, si está consiente, memoria, si es cooperadora o no, haces descripción de como viene vestida (si hay 25 grados y ella viene en bikini como que está distorsionada de la realidad). Checar si lee, nomina, repite, calcula, cómo es su lenguaje, si su discurso es coherente y congruente, si hay orden y sentido, si tiene ideas delirantes.

La paciente regresa y se sienta. Con la trama un poco más armada, Lisa le dice a la paciente que le permita un momento y sale, yo la sigo y los alumnos continúan atrás de nosotras. En el pasillo encontramos al Dr. Baas, Lisa le presenta de manera acotada los síntomas y lo que piensa que pueden configurar. Algunas cosas no las escucho porque los alumnos los rodearon a los dos y ellos hablan en voz baja. Lisa dice que podría ser dolor neuropático, o cefaleas con aparente epilepsia, pero el Dr. Baas lo niega de inmediato y empieza a descalificar los síntomas que relató la paciente. Dice que la cefalea en racimos no aplica y exclama: “¡Está loca esta señora!”. La única mujer alumna presente abre los ojos con una aparente sonrisa de incredulidad de lo que está oyendo del médico especialista.

Volvemos en bola al consultorio y ahora el interrogatorio lo lleva el Dr. Baas.

—A ver dígame qué le pasa.

La paciente responde: —Tengo 12 años con dolor de cabeza.

—¿Cómo es? ¿Le punza, le arde, le oprime? —pregunta Baas.

—Me punza y ha cambiado —contesta ella.

Las siguientes preguntas específicas del médico fueron definiendo los síntomas de la paciente. El dolor es de 10, le ha durado hasta un mes. Durante el dolor tiene sabor extraño, le lagrimean los ojos y la nariz, eso dura hasta una semana. Y qué le pasó, el doctor Baas pregunta de nuevo.

—¡Convulsioné! —responde pausada la paciente.

Levantando la voz, el Dr. Baas le dice: —¡No!, no me ponga apellidos. Dígame ¡qué le pasó!

La voz tímida enuncia: —Levanté las manos, me torcí y me desmayé. Cinco o 10 minutos después me recuperé. Vine a urgencias, tomo el topiramato.

—A la semana, ¿cuántas veces le da el dolor? —Dos veces por semana responde la paciente.

El Dr. Baas termina su participación mirando a Lisa con un gesto que yo no sé descifrar, pero al parecer indicó que la paciente sería remitida a otro centro de atención. Al salir el médico es seguido por los estudiantes y por mí. La estudiante le pregunta al Dr. Bass: “¿por qué dijo que no checa con el cuadro de epilepsia? Ella dijo que sí tuvo aura y que sí empezó a ver borroso”. Baas le respondió con un discurso abigarrado pero breve y sintetizó: “No creo para nada en lo que dice. La paciente miente. No cuadra la cefalea en racimos porque el patrón se presenta en clúster de 8”.

Los alumnos vuelven al consultorio con la Dra. Lisa. Yo me pego al Dr. Baas en busca de más información. Él como dando su cátedra en movimiento me empezó a decir: “Es que hay pacientes que somatizan, que no tienen signos orgánicos, pero tienen algo como que es más mental. No es bueno decir que está inventando, pero sí pensar que está asociado a algo mental”.

Al parecer, este episodio descrito, aparte de mostrar la tensión entre lo orgánico y lo mental, habla un poco del ir y venir de los pacientes y la ruta que van mostrando en su atención sin llegar al sitio preciso en el que le puedan ayudar a esclarecer su padecer. Y habla de lo que en entrevista particular puntualizó el mismo Dr. Baas al exponer que el paciente se somete a un “peloteo” por la falta de protocolos de atención, en donde las instituciones evitan responsabilizarse de ciertos casos y los remiten a otras, lo cual lleva a los enfermos a experimentar un vía crucis en busca de atención. Con este comentario es posible entender también que el actuar de los médicos está tamizado por las exigencias de la propia institución, que mantiene filtros muy claramente establecidos para definir quién puede ser incorporado al hospital como paciente y quién no.

Desde otro punto de vista, este “peloteo” del que habló el Dr. Baas tal vez lo podamos ver también cuando se visibilizan las fronteras entre lo orgánico y lo mental, entre las etiologías médicas y las

sensaciones particulares del paciente que van exponiendo las diferentes lógicas explicativas puestas en acción en el encuentro médico.

Análisis interpretativo

La consulta médica como ritual clínico

La consulta médica se abordó como una franja de actividad privilegiada donde la interacción social se pudo advertir rutinariamente instituida y simbólicamente expresiva por relaciones sociales asimétricas entre profesionales de la salud, pacientes y familiares, a través de las que se intercambiaron conocimientos y se redefinieron y negociaron significados. Muy tempranamente, Kleinman apuntó que la interacción del paciente con la persona que cura está rodeada por un sistema simbólico que expresa de forma implícita el concepto cultural del significado de la curación.¹⁷ Al asumirse la biomedicina como sistema sociocultural, la noción es aplicable para el encuentro clínico. En éste, la interacción se revela como ritual eminentemente comunicativo, en tanto las acciones y enunciados se configuran para su legitimación y validación dirigido a crear sentimientos de seguridad y confianza en el paciente. Los símbolos propios que se intercambian en el encuentro médico van desde la bata blanca que simboliza la ciencia y la fiabilidad, pero también jerarquía. Los instrumentos de auscultación, la mirada escudriñadora del cuerpo, la actitud del registro, la formulación del tratamiento signado en la receta y el medicamento como poderoso símbolo cultural de la eficacia. La asimetría institucionalizada coloca al cuerpo enfermo del otro lado, que trae a esta arena sociocultural su inquietud por dirimir la incertidumbre de su enfermedad. En este ritual clínico, las narrativas producidas exponen lógicas explicativas distintas que situarán, en una tensión estructurante, el yo cultural de los actores.

¹⁷ Arthur Kleinman, "Comments on the Cultural Context of Science and Scientific Creativity", en Hans Krebs y Julian Henry Shelley (eds.), *The Creative Process in Science and Medicine*, 1975.

Como lo apunté anteriormente, la consulta médica puede ser vista como un ritual clínico en el que la rutina instituida dispone los sitios de la jerarquía. El paciente sabe que la autoridad médica porta una bata blanca y ello representa conocimiento, seguridad y confianza, que se legitiman en su actuar. La bata blanca es tan poderosa que provoca la misma reverencia del paciente hacia quien la porte, sea estudiante o sea antropóloga. En este hospital la consulta médica es, además de la arena en donde se dirimen distintas lógicas explicativas de la enfermedad, el espacio de enseñanza y debate académico cuyo "objeto de instrucción" es el cuerpo del paciente, quien también toma su lugar en el ritual clínico al convertirse en el sujeto atento y presencial de las diferentes formas de escrutinio médico.

En este cruce de miradas parece ser que los pacientes se posicionan mostrando las partes visibles de su cuerpo alterado, y de sus pensamientos y sentimientos quebradizos. Conforme avanza la consulta y el médico va recabando la historia clínica, los pacientes se constituyen a sí mismos como objetos clínicos, observando con incertidumbre cómo, su atención, memoria, inteligencia, emociones, lenguaje, estados de ánimo, se constituyen en recursos clínicos. Algo de esto ya ha expuesto Taussig al afirmar que, al encuentro clínico, el paciente acude para exponer ante el médico su abatido cuerpo como objeto de curación.¹⁸

Una figura importante en este trance es el acompañante del paciente, quien contribuye de manera notable en la elaboración de la historia de la enfermedad, sobre todo cuando el paciente tiene dificultades cognitivas o de lenguaje.

En todas las consultas que presencié hubo algunos lugares comunes. Por ejemplo, el desacuerdo con el diagnóstico con el que llegaron los pacientes. De los casos presenciados, mayoritariamente eran remitidos de otras instituciones con la presunción de deterioro cognitivo o demencia. Una constante más es que desde el desempeño del médico se advierte una especie de tensión entre generar con asertividad el diagnóstico y, en su caso, seguir el mandato que parece hacer la propia institución de derivar a la mayoría de los pacientes a distintas instituciones, es decir, rechazarlos.

¹⁸ Michael Taussig, *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*, 1995.

Casi todas las consultas tuvieron el mismo desarrollo cuando fueron atendidas por residentes (R1, R2 y R3), quienes para corroborar su diagnóstico presuntivo solían salirse, avanzada la consulta, a buscar al Dr. Baas o al Dr. Sanz para discutir brevemente el caso y llegar a una solución no sólo de diagnóstico, sino también en cuanto a la decisión de si se acepta al paciente o si se deriva a una institución diferente.

En pleno ritual clínico, el paciente hará lo posible, a través de una narrativa irrumpida con frecuencia por el médico, de mostrar las evidencias de su enfermedad, pero igualmente como sujeto se desdibuja dando paso a un cuerpo-objeto que se muestra para fines de enseñanza médica. Ahí mismo, los médicos neurólogos y psiquiatras, ante los estudiantes como audiencia, se disputan la jerarquía del saber volviendo a exponer la frontera entre lo objetivo y lo subjetivo, el cuerpo y la mente.

La consulta médica concebida aquí como ritual clínico, está conformada por diferentes momentos. El primero definido por el recibimiento del paciente con un mínimo protocolo de presentación de los involucrados. El segundo generado por la escucha atenta del médico, quien registra diferentes aspectos básicos del paciente (datos generales, antecedentes médicos, antecedentes heredofamiliares, nivel de estudios, tipo de trabajo, religión, aspectos relativos a la personalidad). Aquí se crea una trama narrativa que se decanta a la historia clínica, en donde el médico arma otra trama, convirtiendo en lenguaje médico todo lo que narren los pacientes, como afirmó el Dr. Elmer. El siguiente momento es dirigido por el paciente, quien cuenta su padecer refiriendo sus principales síntomas desde una experiencia de vida ubicada en su cuerpo, en sus estados emocionales, en su yo y en sus circunstancias. Pero esto a menudo no queda registrado en la historia clínica y se diluye. El tercer momento se presenta en el acto de observación del cuerpo, cuando, al toque del médico neuropsiquiatra, éste pretende corroborar la posible relación entre signos y síntomas. Este acto de observación provee información básica para definir las afecciones neurológicas, ya que se conforma por un examen físico de composición cuidadosamente arreglada que busca evaluar el funcionamiento del sistema nervioso, de la capacidad sensorial del paciente y de su respuesta. Para ello, el médico se asiste de linternas, martillos, diapasones, agujas, hojas o simplemente utilizando su dedo o una pluma. El examen comienza en la cabeza y se abre camino hasta los dedos de los pies. En ocasio-

nes, este reconocimiento se acompaña de otros que evalúan en una pequeña hoja la capacidad cognitiva y de memoria del paciente.¹⁹ El segundo y el tercer momento son sintetizados y reelaborados a partir del razonamiento clínico, el cual empieza a aparecer con una posible respuesta que será corroborada (si el médico es residente) con los médicos adscritos, o en su ausencia, con el residente de mayor rango. Con ello, este momento del ritual clínico se extiende a otros espacios aledaños al consultorio. El siguiente momento es el de la síntesis médica, en la que el profesional traduce lo que ha escuchado y observado del paciente e informa un posible diagnóstico y la ruta viable para su cura. Aquí, un elemento protagónico es el medicamento, que lleva en sí mismo el símbolo de la cura, materializado en ese momento en la receta médica.²⁰

En las diversas consultas que presencié pude ver que las narrativas enunciadas desde el sitio del médico y desde el paciente no se comparten, no se encuentran. Si bien esto no es una novedad ya que gran parte de la literatura de la antropología y sociología médicas han evidenciado que ambas narrativas obedecen a horizontes de sentido diferentes y a modelos de conocimiento distintos, lo que es notable de esta indagación es el marcado debate sobre las oposiciones binarias conocidas que los propios médicos hacen durante el ritual clínico, teniendo como blanco de su escrutinio el cuerpo-objeto del paciente, pero sus relatos y sus sensaciones a menudo se transforman en dato médico. Desde este punto de vista, se puede decir que las voces que se exponen en el ritual médico no se comparten y

¹⁹ La exploración neurológica y psiquiátrica son distintas. En la primera es obligada la realización de los exámenes físicos mencionados. En la entrevista psiquiátrica, la exploración si bien no se hace en primer lugar hacia lo orgánico, es decir teniendo como blanco el cuerpo, ya que lo que se requiere es observar el carácter y las pautas de conducta a través de una buena entrevista y observación minuciosa, en ocasiones, el psiquiatra recurre al examen físico con todas sus pruebas complementarias si es que sospecha de algún problema neurológico o una disfunción cerebral.

²⁰ En el ritual clínico observado destacan los medicamentos, en principio, por el interés médico centrado en la eficacia de éstos. Uno de los momentos más significativos de ello lo observé *in situ* con una paciente cuya afección había sido tratada por psiquiatras en consulta privada, pero llega a la institución una vez que éstos habían agotado todas las opciones de medicamentos para atender depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar. Diferentes diagnósticos recibidos a lo largo de varios años de manifestar enfermedad. Cuando la Dra. Gallardo (R3) recibió como información una larga lista de medicamentos que, de manera ordenada y con fecha, el esposo de la paciente había construido por casi tres años, se maravilló mencionando que era oro puro para la comprensión del trayecto de atención y de sus efectos. El medicamento tiene una centralidad en el ritual que merece un amplio espacio para su descripción y análisis.

ello habla de ese espacio fronterizo en el que se imposibilita la comprensión de la experiencia del padecer. Una imagen que revela la contundencia del debate entre lo objetivo y lo subjetivo es la frase del Dr. Baas: “La sensibilidad es lo menos creíble de las personas”, que dibuja con nitidez esa frontera discursiva, teórica e ideológica que permea en el espacio clínico.

Apuntes finales

La visita clínica es un viaje incierto, doloroso, esperanzador. Todas las personas que observamos en ese ritual clínico que es la consulta, son presas de pensamientos y emociones varias que se despliegan casi desde que se incorporan al consultorio; son cuerpos *sentipensantes*. Traen su incertidumbre, sus razones, sus explicaciones, pero les son insuficientes; por ello se acercan a los especialistas de quienes piden no sólo una explicación para ese día, sino que se puedan convertir en pacientes recurrentes para mitigar su padecer. Desde esta mirada podemos destacar cómo el ritual clínico es un marco cognitivo y sociocultural, un espacio estructurado desde el cual advertimos una tensión estructurante entre dos lógicas explicativas: por un lado, el conocimiento racional y científico y, por otro, el conocimiento de sentido común del paciente.

La importancia de analizar el ritual clínico como espacio fronterizo permite poner en movimiento la configuración teórica, práctica, ideológica de los profesionales de la salud interactuando con las experiencias personales de enfermos y de sus familiares acompañantes y, en consecuencia, visibilizar las tensiones derivadas de ello, describiendo un contexto particular.

Finalmente, sabemos que los elementos rituales de las prácticas culturales son importantes en un nivel mucho más fundamental del que se suele reconocer. La medicina sin ritual es menos efectiva; la comunidad sin ritual es menos conectiva; la vida sin algún tipo de ritual es menos significativa.²¹

²¹ Caveat Magister, “(Re)Discovering Ritual’s Role in Medicine”, *Burning Man Journal*, 2017.

Bibliografía

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, 5a. ed., Washington DC, American Psychiatric Association Publishing, 2013.
- Atkinson, Paul y Lesley Pugsley, "Making Sense of Ethnography and Medical Education", *Medical Education*, vol. 39, núm. 2, 2005, pp. 228-234.
- Benson, Peter y Arthur Kleinman, "Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it", *PLoS Medicine*, vol. 3, núm. 10, 2006, pp. 1673-1676.
- Dikomitis, Lisa, "Reflections on Ethnography in Medicine", *The Cyprus Review*, vol. 28, núm. 1, 2016, pp. 85-97.
- Goffman, Erwin, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, Madrid, cis-Siglo XXI, 2006.
- Hahn, Robert y Arthur Kleinman, "Biomedical Practice and Anthropological Theory", *Annual Review of Anthropology*, vol. 12, 1983, pp. 305-333.
- Hunter, Cynthia, Debbi Long y Sjaak Van der Geest, "When the Field is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography", *Anthropology & Medicine*, vol. 15, 2008, pp. 71-78.
- Kleinman, Arthur, "Comments on the Cultural Context of Science and Scientific Creativity", en Hans Krebs y Julian Henry Shelley (eds.), *The Creative Process in Science and Medicine*, Nueva York, American Elsevier, 1975.
- Lindenbaum, Shirley y Margaret M. Lock, *Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, Berkeley, University of California Press, 1993.
- Magister, Caveat, "(Re)Discovering Ritual's Role in Medicine", *Burning Man Journal*, 2017, recuperado de: <<https://journal.burningman.org/2017/07/philosophical-center/the-theme/rediscovering-rituals-role-in-medicine/>>.
- Mattingly, Cheryl, "In Search of the Good: Narrative Reasoning in Clinical Practice", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 12, núm. 3, 1998a, pp. 273-297.
- , *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998b.
- Ramírez Velázquez, Josefina, "Las emociones como categoría analítica en antropología. Un reto epistemológico, metodológico y personal", en Oliva López y Rocío Enríquez (coords.), *Cartografías emocionales. Las tramas de la teoría y la praxis*, México, FES Iztacala-UNAM / ITESO (Colección Emociones e Interdisciplina), 2016, vol. II, pp. 97-126.

- , “Algunas consideraciones sobre la narrativa como metodología idónea para el estudio del proceso salud/enfermedad/atención”, *Revista CONAMED*, año 21, vol. 2, México, 2016, pp. 66-70.
- , “Una reflexión epistemológica para la construcción del cuerpo sentipensante: la búsqueda del cuerpo perdido”, *Corpo Graffias. Estudios críticos de y desde los cuerpos*, pp. 1-17. Aceptado para su publicación en julio 2019.
- Taussig, Michael, *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*, Barcelona, Gedisa, 1995.
- Wind, Guitte, “Negotiated Interactive Observation: Doing Fieldwork in Hospital Settings”, *Anthropology & Medicine*, vol. 15, núm. 2, 2008, pp. 79-89. doi: 10.1080/13648470802127098.
- Young, Allan, “The Discourse on Stress and the Reproduction of Conventional Knowledge”, *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, vol. 14, núm. 3, 1980, pp. 133-146.
- , “The Anthropology of Illness and Sickness”, *Annual Review of Anthropology*, vol. 11, Ohio, 1982, pp. 257-285.

Etnografía narrativa: la aproximación a la clínica desde las interacciones sociales

JESSICA MARGARITA GONZÁLEZ ROJAS*

La investigación narrativa posibilita ubicar al antropólogo en el contexto clínico para dar cuenta de las circunstancias emergentes que adquieren trascendencia: cómo es el motivo que reúne a pacientes y médicos, cómo interactúan y en qué situación. Desde ahí pueden surgir narrativas estructuradas, fragmentadas o desordenadas que evocan experiencias sentidas en relación con los problemas de salud. En tal coyuntura se encuentra una condición de existencia posible: la incertidumbre de saber qué se tiene, de lidiar con lo que causa dolor, congoja, vergüenza, pesar, intranquilidad e inquietud. De la pluralidad de estrategias teórico-metodológicas, la etnografía narrativa resultó relevante para observar y co-construir cómo el enfermo busca respuestas y alternativas para mejorar su estado de salud en cada evento clínico. De modo que el paciente, en relación con los médicos y la familia, experimenta cada interacción como un drama narrativo, ya que de manera temporal interpreta y otorga significado a la evaluación diagnóstica e intervención terapéutica, según una situación imprevista; es decir, en qué circunstancias y con qué profesional atraviesa este intercambio comunicativo, cómo se enuncia, de qué depende y de qué manera se

* Doctorante del Posgrado de Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM.

despliega el acompañamiento de familiares. Esta exposición parte de que la etnografía narrativa es tan sólo una alternativa para escenificar los lugares y los entornos; es un recurso necesario para los espacios institucionales como son los hospitales. Con este registro etnográfico se presenta el servicio de la consulta externa del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep), se recurre a la observación *in situ* para describir y analizar las condiciones de interacción y la producción narrativa de los encuentros clínicos.

En el escenario de la consulta externa, seguir el recorrido de un paciente que transitó por diferentes interconsultas representó registrar cómo emergieron acontecimientos situacionales y diferenciados. El punto central de la discusión de este artículo es visibilizar a la clínica y a las interacciones sociales como objeto de conocimiento.

La pregunta socioantropológica que guía la reflexión es: ¿qué tipo de interacciones acontecen durante los encuentros clínicos del paciente con diferentes especialistas? ¿Qué se pone en juego intersubjetivamente?

Como antropóloga en salud, asumo ser parte de la generación de narrativas durante el trabajo de campo. A partir de la co-presencia pude ser parte de la complejidad de los espacios clínicos a efecto de comprender cuál es el mundo social en el que la salud mental y neurológica toma sentido para todos los que de alguna manera nos implicamos en el tema.

Aspectos metodológicos de la investigación

La etnografía se llevó a cabo en la consulta externa, la cual se divide en dos tipos: preconsulta y consulta-subsecuente. La primera es un filtro que selecciona a los pacientes dependiendo de sus antecedentes, referencia médica, relevancia de la enfermedad y trayectorias de atención de otras instancias. Los responsables de esta consulta son los médicos residentes; el ingreso de los pacientes dependerá de sus interpretaciones clínicas y de sus posicionamientos profesionales. La subsecuente es aquella que se otorga a pacientes ingresados con expediente clínico, diagnóstico definitivo e intervención. Esta consulta tiene una programación mensual con horarios fijos, otorgada por los médicos adscritos, residentes de neurología o psiquiatría y residentes de alta especialidad.

Durante mes y medio, de marzo a abril de 2019, el trabajo de campo estuvo focalizado en observar las interacciones en preconsultas y consultas subsecuentes. Fue posible estar en 42 consultas en las que se atendieron a 18 pacientes varones y 24 mujeres, la gran mayoría acompañada por un familiar, esposa(o), hermana(o) o padres. La edad de los pacientes iba desde los 19 hasta los 85 años. A las 42 consultas se sumaron las siete del seguimiento del caso, en total 49. De igual forma, observé la práctica clínica de 19 profesionales, 12 varones y 7 mujeres. Seis adscritos de neuropsiquiatría, neurocirugía, neurooncología, radiología, epilepsias y trastornos del movimiento; siete residentes de neurología y psiquiatría, dos residentes de alta especialidad, dos residentes de medicina interna (en rotación) de otro centro de tercer nivel de atención y dos pasantes de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (servicio social en el programa de cuidados paliativos).

Lo que se presenta en este artículo proviene del trabajo de campo realizado en el mismo año, en fechas correspondientes a un periodo de seis meses, en el cual se programaron citas el 1 y 28 marzo, el 16 mayo y el 5 y 7 de junio; durante ese tiempo se siguió la atención de un paciente y de su familia en la consulta externa. El caso fue elegido por conveniencia cualitativa, esto es, por las facilidades e interés que la persona mostró para formar parte del estudio. El primer encuentro tuvo lugar en la etapa de exploración al campo, la circunstancia esporádica se presentó en la preconsulta cuando él preguntó abiertamente cuál era mi especialidad médica; al comentarle que era antropóloga en salud haciendo investigación social en esa institución, manifestó inquietud por querer contar su historia y autorizó estar presente en el itinerario programado. El seguimiento etnográfico no se limitó al contexto clínico (consultas, hospitalización, trámites), se realizaron encuentros en cafeterías, restaurantes y circunstancialmente en un hotel de la Ciudad de México, y se mantuvo la comunicación vía mensajes de texto y llamadas telefónicas; conforme transcurrió el tiempo, el vínculo de confianza se consolidó con Josafat, a quien presentaré más adelante.

La investigación narrativa, al ser una estrategia de pluralidad metodológica, permite tomar decisiones según el objeto de estudio, eligiéndose para este proyecto a la etnografía narrativa, con el objetivo de dar cuenta de las interacciones sociales entre los sujetos y cómo con éstas se producen diferentes narrativas. La observación, las notas de campo y la grabación de audios fueron las principales

herramientas para la compilación de relatos etnográficos, poniendo especial atención en la historia de Josafat. Adicionalmente se hicieron dos tipos de entrevistas: la entrevista narrativa y la del Método Interpretativo Biográfico (BNIM, por sus siglas en inglés),¹ con las que se buscó la co-construcción de las narrativas a partir de los sentidos y subjetividades de los sujetos involucrados.

Para contextualizar los encuentros clínicos en la consulta externa del Cifanep se recurre a las interacciones *in situ*, las condiciones de producción de la narrativa y el proceso de co-construcción. El aspecto característico de la etnografía narrativa es que tanto el investigador como el sujeto investigado aparecen juntos en un texto de múltiples voces en que se muestra el proceso del encuentro humano. Con esta etnografía se incluyen recursos narrativos, ambientes, acciones y personajes. En la investigación narrativa, el acto etnográfico y el producto pugnan por ser uno mismo, combinando sensibilidades epistemológicas, metodológicas y analíticas.²

La etnografía narrativa en contexto clínico

Para ilustrar el contexto clínico, primero diré que con la etnografía narrativa fue posible llevar a cabo el registro de las interacciones sociales y la producción narrativa. Con el seguimiento etnográfico de Josafat, presentaré algunas escenas de las interacciones que emergen con la clínica, punto central del encuentro. Estuve presente en siete interconsultas: 1) preconsulta (R3 de neurología), 2) apertura de historia clínica (adscrito de neuropsiquiatra), 3) consultas subsiguientes (residentes de alta especialidad, neurocirujanos extranjeros, adscritos neurooncólogos y radiólogos).

Antes de entrar a cada una, explicité con los especialistas el propósito de la investigación; todos aceptaron mi presencia sin inconveniente; pude darme cuenta de que la enseñanza e investigación se han normalizado en el Cifanep, ocurrencia que da accesibilidad a distintos estudiantes. Mi sorpresa fue que a pesar de manifestar

¹ Jessica M. González, "Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas", en Liz Hamui *et al.*, *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, 2019, pp. 89-134.

² Barbara Tedlock, "Braiding Narrative Ethnography with Memoir and Creative Nonfiction", en Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 2011, pp. 331-340.

ser antropóloga y no médica, no existiera restricción en dicho contexto clínico. Por su parte, Josafat ya me había autorizado “seguir su caso” durante las citas programadas, por tanto, él sólo me confirmaba el día y la hora. Generalmente lo veía antes de entrar al consultorio y después; de esta manera tuve oportunidad de reconstruir lo que pasaba adentro y afuera. Observé la interacción con los especialistas y también con la familia, el sentir, la forma de asimilar la información, las dudas, las preguntas, las reacciones y las respuestas según cada situación.

En este apartado quiero comenzar señalando que el fundamento fenomenológico enfatiza las cualidades otorgadas al significado de la experiencia, lo cual surge inicialmente en el ámbito individual, pero después se amplía a la experiencia social, al incluir las interacciones sociales y los intercambios subjetivos suscitados de cada persona con los demás.³ En ese sentido, la finalidad de este escrito consiste en resaltar la clínica como un ente intersubjetivo que incluye la experiencia de los pacientes, pero también la de los profesionales, quienes poseen conocimientos especializados y disímiles a la vez. Vinculado esto con el itinerario de atención de Josafat en el Cifanep, podemos ver como su experiencia personal es transversal al ámbito de lo social; es decir, depende de los encuentros clínicos que tiene con distintos especialistas, quienes marcan una pauta social imprevista, dependiendo de su identidad (sexo, edad, origen), personalidad, formación, área de especialización en medicina, profesionalización, años de trabajo en institución pública o privada, entre otros aspectos.

Para el propósito de las estrategias etnográficas e interpretativas, los postulados de Erving Goffman fundamentaron la dirección, los que plantean que la experiencia cotidiana se organiza con base en “encuadres”, que son construcciones de la realidad articulados entre sí y que adquieren sentido al relacionarse unos con otros. Se sostiene que la organización de la experiencia se relaciona con las percepciones de las personas implicadas en cada una de las situaciones producidas a partir de marcos sociales (*frame*). La existencia de estos últimos es lo que permite a los actores elaborar una definición común de la realidad social,⁴ la cual, para ser interpretada, necesita

³ Cheryl Mattingly, “Emergent Narratives”, en Cheryl Mattingly y Linda Garro, *Narratives and the Cultural Construction of Illness and Healing*, 2001, pp.181-211.

⁴ Erving Goffman, *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*, 2006.

ser sometida a ese marco,⁵ que es ese lugar desde el que se actúa, y del que no se debe de salir si se desea causar buena impresión con quienes se interactúa cotidianamente.⁶ Todos los marcos suponen expectativas de tipo normativo respecto de la actividad organizada por ellos.⁷ Los marcos ayudan a definir el tipo de situación social, misma que puede ser encuadrada de diferente manera.⁸ Para Goffman, los marcos se aplican a franjas de actividades, entendiendo que éstas se refieren a cualquier conjunto amplio de sucesos.⁹ Mientras tanto, una actividad situada se refiere a un circuito de acciones interdependientes un tanto cerrado, autocompensador y autoterminante.¹⁰

Con esa intención etnográfica, en consulta externa se identificaron al menos tres franjas de actividad: 1) el área de reunión entre residentes, 2) el pasillo y 3) la consulta médica. En éstas se producen dinamisismos específicos, donde los sujetos actúan socialmente. Para los fines de lo que se discute aquí, en el siguiente apartado se presenta qué ocurre en la franja de la consulta médica, contemplada al margen de distintas situaciones, dado que cada interconsulta es situacional según los sujetos y las interacciones entre ellos.

Una narrativa inacabada alrededor de la clínica y de las interacciones sociales

Presentación de Josafat

En relación con los diferentes encuentros que tuve con Josafat, pude conocer aquellos elementos que lo caracterizan para decir que es un hombre amable y con excelente buen humor; para el momento en que se desarrolló la investigación tenía 47 años, casado, con dos hijos de 11 y 6 años. Es originario de Jiquipilas, Chiapas, residente en Tuxtla Gutiérrez. Egresado de derecho (sin ejercer) y de la Escuela

⁵ Jorge Galindo, "Erving Goffman y el orden de la interacción", *Acta Sociológica*, núm. 66, 2015, pp. 11-34.

⁶ Martha Rizo García, "De personas, rituales y máscaras. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal", *Quórum Académico*, vol. 8, núm. 15, 2011, pp. 78-94.

⁷ Erving Goffman, *op. cit.*

⁸ Mariela Hemilse Acevedo, "Notas sobre la noción de 'frame' de Erving Goffman", *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, vol. 5, núm. 2, 2011, pp. 187-198.

⁹ Erving Goffman, *op. cit.*

¹⁰ Irving Zeitlin, "La sociología de Erving Goffman", *Revista de Sociología*, núm. 15, 1981.

Normal Superior de Profesores. Durante más de diez años ha trabajado como líder del Sindicato de Trabajadores de la Educación; aunque su labor le demanda tiempo por la resolución de conflictos entre los docentes, dicho empleo le complace, lo incentiva y lo llena de ímpetu para seguir con tal actividad. Apasionado de la música, toca la guitarra y es coautor de trova. Se asume como una persona que disfruta a su familia, un hombre de “fé” y un guerrero de la vida que no se sabe “rajar”. Es un paciente subrogado por los servicios estatales de su estado, tiene solvencia económica y cuenta con una amplia red familiar y social. Llegó al Cifanep con un diagnóstico previo, pero con altas expectativas para ser atendido en la institución pública: “Los mismos neurólogos me dijeron: ¿aquí en Chiapas, cada cuánto abrimos cerebros? Allá en México a cada rato lo hacen; por eso vine al centro; aquí tienen la tecnología y están especializados en el tema”.

Preconsulta con el Dr. Martínez (R3 de neurología)

En la primera consulta Josafat es acompañado por su hermano. Durante el interrogatorio, al Dr. Martínez le interesa obtener la cronología de los eventos suscitados, mientras que Josafat con necesidad de contar lo que le ha sucedido le solicita: “¿Si me permite hacerle un preámbulo doctor...!, ¿se lo puedo explicar en dos minutos?!” El Dr. Martínez sin asentir con un sí, se queda callado, por lo que Josafat aprovecha ese silencio y le resume dos acontecimientos puntuales: percibió de manera inesperada olores parecidos al azufre, acompañados de un estado bajo de ánimo que desaparecía en minutos y se repetía varias veces al día. El otro evento lo atribuyó al estrés, y a la falta de sueño, generados por la carga de trabajo y la preocupación por dos intervenciones quirúrgicas, la de su esposa e hijo. Continuando con el interrogatorio, comenta que dos neurólogos privados y uno público, anticipadamente, ya le habían diagnosticado una lesión en el hemisferio derecho, probablemente grado uno o dos, así como un trastorno convulsivo.¹¹ En el momento de la exploración física, la indagación del Dr. Martínez fue detallada y dirigida a aspectos concretos sobre el cuerpo de Josafat,

¹¹ El grado se refiere a la malignidad intrínseca de la lesión.

focalizó pruebas de respuesta mecánica y psicomotriz, ojos, gestos, brazos, rodillas, piernas, manera de caminar, así como revisión de oídos, garganta y boca. En la computadora, con una postura corporal rígida revisó el estudio de resonancia magnética de cerebro que Josafat había llevado. El acontecimiento álgido de la consulta fue cuando hizo la interpretación clínica y le dijo que tenía una neoplasia asociada a datos de malignidad. Noté que le costó trabajo verbalizar esos términos médicos porque bajó su tono de voz e hizo pausas hasta quedarse callado. A pesar de que Josafat ya sabía de la lesión, acudió a la preconsulta con la esperanza de ser intervenido quirúrgicamente en el prestigiado Cifanep, y preguntó si su problema era oncológico, qué grado y si sería operado. El Dr. Martínez le respondió que sí era oncológico, pero no podía indicarle el grado, ni tampoco si fuera candidato a cirugía, añadiendo que él únicamente podía darle un diagnóstico presuntivo; también le señaló que en una próxima consulta, un neurocirujano le daría el diagnóstico definitivo. En el instante en que Josafat salió del consultorio y cerró la puerta, el Dr. Martínez me miró y expresó: “pobre, se va a morir, su diagnóstico es muy malo”.

Consulta subsecuente con el Dr. Jiménez (neurocirujano de alta especialidad en columna)

En compañía de su esposa, antes de entrar a la consulta Josafat estaba nervioso por saber qué le dirían en esta ocasión. Ya había investigado el currículum de la especialista que supuestamente lo atendería, una de las pocas mujeres expertas en el país; la sorpresa al ingresar a la consulta fue que no era ella, sino el Dr. Jiménez. El médico inicia con preguntas rutinarias, generándose el siguiente encuentro en que se destacan los primeros elementos para la comprensión del problema de salud:

J: Llevo mi vida familiar, conyugal, me gusta el deporte, pero tampoco me quiero exceder; si no supiera que tuviera la lesión [risa] pero como ya sé que soy portador de la lesión... aquí estoy parado frente a usted doctor.¹²

¹² Los fragmentos son transcripciones editadas de grabaciones de audio realizadas durante las consultas. Las abreviaturas cambiarán según el apellido del médico.

Dr. J: Vamos a revisar tú resonancia; sí creo que tu sintomatología es una manifestación inicial de esta lesión que estamos viendo, es una lesión que está ubicada en el lóbulo temporal... de esos tumores tenemos cuatro grados: el uno es el más benigno y el cuatro el más maligno, el dos y tres son intermedios. *A priori*, con exactitud no podemos saber cuál grado es, pero sí sabemos que independiente de qué grado sea, las mejores probabilidades para que los pacientes tengan mayor supervivencia es sacarlo en el menor tiempo, muy posiblemente al sacarlo mejoramos... Lo que busca la cirugía... es mejorar y sobrevivir a eso. A partir del grado dos, son tumores que no son curables, pero son tratables, entonces la supervivencia es larga, 10, 20 años después de la cirugía... El grado eso no lo sabemos antes de operarlo, tenemos que llevarlo a patología para saber qué grado es... Entre todas las noticias malas, hay digamos, cosas buenas, que es un sitio operable; si yo te dijera que no se puede operar, eso sí sería muy malo. Pero éste es un sitio operable, la cirugía tiene buenas probabilidades de ser exitosa...

J: Perfecto doctor... poniéndole toda la actitud y fe a mi proceso... y con esto que me dice doctor, las expectativas son muy altas, créame, mucho más fortalecido y créame, en sus manos con toda la confianza... Y en base a su experiencia, a lo que ya revisó, respecto a la resonancia magnética que es un estudio un poco más ampliado, de los cuatro grados, ¿en qué grado lo considera?

Dr. J: Dos

J: Perfecto!

Dr. J: Pero no me gusta... dar un estimado, esperemos... Como te digo, en este momento tenemos todas las cartas a favor nuestras...

J: Gracias doctor, que gusto conocerlo...

Cuando salí del consultorio, Josafat y su esposa estaban abrazándose y llorando emotivamente; me acerqué porque él lo pidió, y en ese instante me expresó: "por sobre todas las cosas, sé que tengo que enfrentar al toro por los cuernos, y si tengo que hacerlo, pues también, eso es una bendición de Dios y la forma en que lo dijo el doctor, es muy alentadora, así que estoy muy agradecido, un poquito lleno de emociones, me ganó la emoción ahorita, pero todo va a estar muy bien...".

Después de esta consulta, Josafat tuvo la esperada intervención quirúrgica el 10 de abril, duró cerca de diez horas; después de no recibir información en ese largo tiempo, las noticias llegaron, pero éstas no fueron alentadoras para su esposa y hermano. La operación

se había complicado, no era lo que esperaban; comenzó la incertidumbre para toda la familia que lo acompañaba en la Ciudad de México (incluidos los padres de más de 80 años). Se les informó que estaba delicado porque adoleció de pérdida de sangre, que sería entubado y permanecería hospitalizado en el área de recuperación. Ocho días después les informaron que tenía un coágulo y habría que intervenirlo nuevamente para quitar otra proporción de tumor. Después de dos semanas de hospitalización, al darlo de alta, la familia emprendió un rol protagónico en los cuidados posoperatorios en un hotel del zócalo capitalino. Trascorrió un mes de desesperanza, fastidio y temor; se ocupaban de darle de comer, vigilaban la ingesta de cada medicamento enlistado, lo observaban dormir por la noche, lo bañaban y auxiliaban en sus necesidades fisiológicas por haber perdido la fuerza física para sostenerse de pie y caminar. Josafat había desaparecido de la escena, dependía completamente de los cuidados de su familia. Sin embargo, a finales de ese mes comenzó a recuperarse sorprendentemente, recobró la conciencia sobre su persona y regresó a asimilar el proceso de enfermedad por el que estaba transitando.

Consulta subsecuente con la Dra. Ramírez (neurocirujana de alta especialidad)

En esta ocasión, Josafat llegó acompañado por su esposa y un hermano; en comparación de otras veces se veía diferente; portaba una boina para cubrir su cabeza, tenía que sostenerse de un bastón, su caminar era lento y su apariencia corporal mostraba estar recuperándose de la operación. A pesar de todo, me reveló estar animado porque progresivamente se sentía mejor. Antes de entrar a la consulta su esposa ya sabía el resultado de la biopsia, pero prefirió no decirle nada a Josafat y dejarlo en manos de la Dra. Ramírez:

Dra. R: ¿Cómo está? [responsable de la primera intervención quirúrgica].

J: Muy bien, doctora.

Dra. R: Se le ve muy bien, ha bajado de peso.

J: Pues he hecho lo que me corresponde, ya Dios hizo su parte, ustedes hicieron su parte, de una manera muy profesional, agradecerles todo lo que hicieron por mí.

Dra. R: [...] Nosotros en cirugía ya hemos terminado, salió esto, pues le había explicado que hay tumores de grado uno a grado cuatro; el uno es muy lento, el de usted lamentablemente salió de grado cuatro, lo bueno es que por el lugar en el que está y como le hemos hecho una segunda cirugía pudimos extraerle todo lo que se veía. Con la nueva resonancia vamos a poder objetivar bien qué tanto es, porque lo poco que se ha podido quedar, si es que se ha quedado, con la radioterapia y quimioterapia se controla... Es muy importante que la haga...

J: Ok, doctora. ¡Ya!... Una pregunta, me queda claro, sé de los cuatro niveles y sé que estoy en el cuatro, independientemente del nivel en el que esté, pues ya se extrajo como dijo usted ¿no?

Dra. R: Macroscópicamente, bueno, en la cirugía hemos visto que se ha sacado todo.

J: Aja, ¿el seguimiento sería precisamente para erradicar cualquier situación que haya podido?...

Dra. R: Eh, estos tumores, pues se ve el margen en la resonancia en toda la zona, pero éstos son bastante difíciles, de infiltraciones microscópicas, que al final éstos vuelven a crecer, por eso es recomendable la quimio...

J: [...] ¿Cuántas radioterapias considera usted, que puedan ser?

Dra. R: [...] Yo no podría decirle cuántas porque tendría que ver la resonancia, pero por lo general son pocas sesiones; no se preocupe, ahora ya todo ha cambiado y dan altas dosis en pocas sesiones y la quimioterapia es en pastillas, entonces es algo que se trabaja muy bien...

Para esa fecha, la recuperación estaba siendo rápida. Josafat se mostraba agradecido por el resultado de la operación, pero con el resultado de patología enunciado, el ánimo cambió, él esperaba tener grado uno o cuando menos dos. Ese día, frente a la neurocirujana Ramírez y frente a mí, trató de mostrar que tal noticia no le afectaba, pero al salir del consultorio su expresión facial cambió, parecía estar de mal humor, ausente, con un semblante cansado y ocupando todo el tiempo el celular para informarse de los efectos secundarios de las radios.

Consulta no programada con el Dr. Arellano (neurocirujano de alta especialidad)

Después de haber tenido consulta con la Dra. Ramírez, como Josafat no se quedó conforme con la información recibida, buscó personalmente al Dr. Arellano, quien realizó la segunda operación; le solicitó revisar nuevamente la resonancia magnética; esperaba su opinión médica, se sentía cercano a él por la forma en que le comunicaba las noticias, pero sobre todo porque quería legitimar “buenas noticias”. Esta consulta no fue programada; el Dr. Arellano accedió a ver el estudio y a emitir una valoración. En uno de nuestros encuentros, Josafat me contó con gran entusiasmo que el Dr. Arellano le había confirmado que en la cirugía se le había “extirpado todo lo que tenía” y “lo veía muy bien”, así que podía regresar a hacer su vida normal, con excepción de las indicaciones que pudieran darle, en las siguientes consultas, el especialista en neurooncología y el radiólogo. Para Josafat esa declaración fue satisfactoria porque representaba su deseo de retornar a Chiapas e incorporarse al trabajo y a la vida familiar.

Consulta subsecuente con el Dr. Bermúdez (especialista adscrito en neurooncología)

Este día fue acompañado por su hermano; estaba contento por lo que le había dicho previamente el Dr. Arellano; expresaba sentirse bien físicamente, lo cual fue manifestado desde que entró al consultorio:

Dr. B: Buenos días, ¿cómo está?

J: ¡Muy bien doctor, cada vez estoy mejor, ya tengo mayores habilidades!

Dr. B: [revisión de resonancia en la computadora] [...] Se destruyó el tumor, pero aun así hay que recibir tratamiento.

J: ¿Se destruyó? ¡Qué bueno!... Sí, le digo que a partir de que me operaron, el olor a azufre desapareció por completo, ya nunca más me volvió, gracias a Dios y me siento muy bien...

Dr. B: La idea ahora es que nosotros te podamos controlar... A los grados tumorales les ponen nombre o grado; éstas son las guías internacionales que debemos seguir para los tratamientos... Tumor y cáncer es lo mismo y aquí vienen todos los nombres y grados. Tú caes dentro

de todos estos procesos, debes recibir medicamento conjuntamente con la radioterapia... pero necesito que primero te vea el radiólogo y ese mismo día pasas conmigo...

Consulta subsecuente con el Dr. Sotelo (radiólogo adscrito)

Antes de ingresar al consultorio en compañía de su hermano, Josafat estaba nervioso de lo que le confirmarían en esta consulta; no quería permanecer más tiempo en la Ciudad de México. A pesar de sentirse bien, pensaba que las dos intervenciones quirúrgicas habían sido “muy duras”; por estar cansado de vivir varios días con su familia en un hotel, añoraba regresar a su casa; sólo esperaba las indicaciones médicas:

Dr. S: [...] ¿Cómo te sientes?

J: Pues me siento excelente doctor, no me puedo quejar...

Dr. S: ¿Y tienes el reporte definitivo?, ¿no?... ¿El Dr. Bermúdez no te mencionó el nombre y apellido del problema?

J: No, no me dijo nada...

Dr. S: [...] Tu tumor, que ya se te extirpó, es un tumor agresivo; entonces, luchamos contra él, en el aspecto de evitar que vuelva a salir. En el momento de la operación, los cirujanos no tienen ojos de microscopio... y esto tiene raíces; es como un árbol, metes y sacas; a veces el árbol que quieres quitar vuelve a salir porque hay una raíz, entonces, debemos atacar esa raíz con radiaciones y con medicinas... Tu tumor... se llama glioblastoma multiforme; dentro de los astrocitomas, que son los tumores que nacen del cerebro, se clasifican en cuatro: astrocitoma grado uno, dos, tres y cuatro; el tuyo era el último, el grado cuatro...

J: ¿Cuántas sesiones van a ser doctor?

Dr. S: 30... Debes estar tranquilo, ya lo más importante ya se te hizo, la operación; ahorita ya es tratamiento complementario, de refuerzo... ¿Tienes alguna pregunta o comentario?

J: [...] Después de las 30 sesiones, las sesiones son complementarias, dice usted, para descartar cualquier situación a futuro, la raíz. Culminando el proceso de las 30 sesiones, ¿si hay una garantía muy grande, no, de que no haya una regresión?

Dr. S: Desgraciadamente no; a pesar de que sigas este tratamiento, que te tomes las medicinas, tu problema es serio; te estoy hablando

derecho; estamos hablando derecho porque ésa es nuestra finalidad, además tú tienes la obligación de saber cuál es tú situación.

J: Sí, sí, por supuesto doctor.

Dr. S: [...] A pesar de que te hagamos lo que te hagamos... de todos modos tienes un riesgo alto de que la enfermedad te regrese...

En esta consulta, Josafat exteriorizó de manera entusiasta lo bien que se sentía físicamente, por la fuerza y psicomotricidad recuperada que le permitían volver a realizar actividades, así como no haber tenido secuelas después de las cirugías. Sin embargo, conforme el Dr. Sotelo le explicaba el problema de salud y el plan terapéutico futuro, el semblante de Josafat cambió, hablaba pausado, y menos expresivo que en el resto de las consultas; asentaba expresiones como "perfecto", "muy bien", "excelente"; nuevamente mostrando su fortaleza frente a los demás, trataba de seguir aparentando que él era protagonista de esta historia y nosotros su público, a quienes quería mostrar que seguía estando de pie. Súbitamente dejó de reír, su ánimo se transformó, su tono de voz expresaba desaliento. Josafat salió desconcertado de este encuentro; no daba crédito de la cantidad de sesiones que recibiría, lamentaba una intervención inmediata sin tener reposo después de las dos operaciones. Comenzó a desconfiar de la credibilidad de lo que le había dicho el Dr. Sotelo y quiso buscar ese mismo día al Dr. Bermúdez.

Consulta no programada con el Dr. Bermúdez

Una vez que el Dr. Sotelo le dio a Josafat un plan con el número de sesiones de radiología, el Dr. Bermúdez le había pedido pasar a consulta con él para complementar la intervención con quimioterapias. En esa consulta entró desconsolado con su hermano y una cuñada:

Dr. B: ¿Qué le dijeron? A ver la hojita que le dieron.

J: Pues ya está doctor, eso no me lo habían dado, ése es el diagnóstico.

Dr. B: Sí, es el glioblastoma.

J: Ajá, el glioblastoma; ya me dijeron que voy a recibir 30 sesiones... Pues me llamó mucho la atención que me dijeran 30...

Dr. B: [...] Mire tenemos el diagnóstico que nos dice que es glioblastoma y nos habla de qué es lo que tenemos que hacer en los proce-

sos... Mientras usted esté en buenas condiciones va a recibir hiperfraccionado o radioterapia estándar... Este tipo de tumores desgraciadamente es muy agresivo, la gente puede morir rápidamente. Entonces, tiene que tratarse pronto y en forma muy agresiva, una vez que va a recibir radioterapia. Las guías son muy claras; ésta es quimioterapia oral, para que usted esté bien, se mantenga bien. Para que el tumor se mantenga controlado se usan radiaciones; estos tumores no se curan, se controlan nada más.

Después de haber tenido estas dos consultas el mismo día, al estar realizando trámites administrativos y programación de citas, Josafat caminaba solo con su muleta, pensativo, hablaba por celular, se separaba de nosotros (hermano, cuñada y yo); era evidente que estaba tratando de entender lo que le habían dicho el Dr. Sotelo y el Dr. Bermúdez. Decidió sentarse solo en la parte final de una sala de espera; su hermano se sentó junto a él para sobarle la espalda con la intención de darle consuelo, parecía que estaba por desmoronarse pero intentaba no hacerlo. Aunque su tono de voz permaneció bajo, no dejó de darme las gracias por el acompañamiento en ese duro proceso.

La co-contrucción narrativa que realicé con Josafat dentro y fuera de las consultas médicas, en los momentos más álgidos, fue también la de ser interlocutora de la enunciación discursiva de parte de los especialistas. Tuve un papel comunicativo afuera del consultorio. En ese recorrido también me resistí a contener mis emociones hasta el último momento, pero finalmente me desbordé con una colega que formaba parte de la investigación. Reflexioné que también era difícil vivir ese momento situacional: las consultas fueron devastadoras con la neurocirujana, el radiólogo y el especialista en neurooncología. Mi cuerpo expresó sensaciones de vacío en el pecho y el estómago.

Definitivamente entendí lo qué significaba encarnar el sufrimiento del otro en mi propio cuerpo, sin margen de comparación; esa sensación de tristeza me conectó con Josafat y su familia.

La propuesta de la etnografía narrativa, abierta a discusión y en edificación, recuperó las acciones presentes; el objetivo consistió en registrar cómo se generaron las interacciones entre todos los sujetos involucrados y cómo en estas interacciones se producían diferentes narrativas. Al articular el sufrimiento dentro de las historias elaboradas, con motivos, obstáculos y cambios, se generaron momentos

narrativos, que fueron actos creativos y significativos. Si la narrativa ofrece una íntima relación a la experiencia vivida, el dominio formal que vinculó a Josafat y a mí como investigadora, no fue una coherencia narrativa sino el drama narrativo de su experiencia con la enfermedad en un contexto clínico específico.¹³ En ese sitio advertí la articulación de las narrativas diferenciadas, la de médicos y el enfermo; el sufrimiento estuvo presente, pero los médicos desde un discurso que enfoca lo objetivo terminaron por desdibujar lo acontecido en cada acto social.

Como puede verse, la co-construcción narrativa se logra necesariamente en co-autoría/con otros.¹⁴ Durante el proceso investigativo, la toma de decisiones del investigador es parte de esa co-construcción. Entre investigador y participantes existe una disposición relacional que se constriñe temporalmente y da pie a las condiciones de producción de la narrativa; por ende, esto conlleva a las orientaciones de análisis e interpretación que forman parte del proceso en la investigación narrativa.

La clínica como ente intersubjetivo

Para tratar el tema, debo decir que ante la falta de salud, las personas suelen acercarse a la preocupación, la duda, la angustia o el sufrimiento. Esto en un servicio de tercer nivel de atención, donde el contexto clínico se vislumbra como complejo e indescifrable, puede producir certeza o incertidumbre al buscar sentido sobre qué enfermedad se tiene, el grado de afectación y la viabilidad para atenderla. En este escenario, la clínica generalmente exhibe una determinación biológica y unidimensional de lo que está en juego, no obstante, puede desatender otros aspectos como la identidad o la condición misma de ser enfermo.¹⁵ La clínica construye a la enfermedad dado que se naturaliza y privilegia a los determinantes objetivables del fenómeno biológico, adjudicándole un carácter individual. Ese reduccionismo rompe las conexiones entre los fenómenos concretos, sus manifestaciones empíricas y el curso histórico y social en que se

¹³ Cheryl Mattingly, *op. cit.*

¹⁴ Catherine Riessman, *Narrative Methods for the Human Sciences*, 2008.

¹⁵ Ángel Martínez Hernández y Martín Correa Urquiza, "Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva", *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 2, 2017, pp. 267-278.

desarrolla.¹⁶ Aquí vale la pena hacer una digresión sobre el concepto de *clínica*: al minimizar su cometido en la codificación de las enfermedades, las personas únicamente son definidas bajo el componente patológico, cuando el problema de salud puede rebasar el ámbito individual y relacionarse con otras dimensiones. De manera que las necesidades de quien padece no estarían siendo abordadas de manera transversal desde lo psicosocial e identitario.

Por lo anterior, la clínica, inscrita en la biomedicina se convierte en un mecanismo pragmático que guía a los médicos para razonar, delimitar y concretar las enfermedades. Se construye desde la técnica y desde recursos especializados (antecedentes, estudios, laboratorio) para realizar la indagación, el diagnóstico y la atención. Rossi plantea que el punto de vista clínico está sujeto a esa deducción racional de los aparatos técnicos y científicos, con los que los profesionales operan como técnicos en un sistema que sólo se perpetúa.¹⁷ Desde esta perspectiva, la clínica, al ser simplificada en una sola mirada, está sujeta a mandatos contradictorios y paradójicos. Al respecto, conviene decir que en este artículo se conceptualiza lo contrario; decir, la clínica es un ente multidimensional de interacciones complejas que, a partir del enfoque social, se convierte en un medio de conocimiento para el acceso al sistema de interpretaciones y valores de la sociedad.¹⁸ Conviene, pues, advertir que desde la visión socioantropológica, la clínica puede estudiarse desde diversos ángulos; como objeto de estudio no se reduce exclusivamente a un procedimiento técnico, tal como es visto por la biomedicina; metodológicamente puede observarse a partir de situaciones intersubjetivas generadas en cada encuentro social. La clínica como eje analítico contempla a los sujetos implicados, a las interacciones, a las relaciones, a la subjetividad, a la identidad, a la agencia, a la comunicación, a los intercambios simbólicos, a los significados otorgados, a la experiencia, a la memoria, a los imaginarios, a la expectativa o a la incertidumbre.

¹⁶ Ana Cecilia Augsburgeri y Sandra Silvana, "La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental", *KAIROS. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 15, 2005.

¹⁷ Ilario Rossi, "Réseaux de santé, réseaux de soins. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance?", *Tsantsa*, núm. 7, 2002, pp. 12-21.

¹⁸ Ilario Rossi, "Penser la diversité par les transitions de la santé mentale", *Alterstice*, vol. 4, núm. 2, 2014, pp. 39-48.

Esto nos permite entender por qué la clínica no es únicamente un dispositivo automatizado, sino que también pertenece al ámbito de lo social, conformado por un conjunto de normas y valores, modelos profesionales e, incluso, combinación de transiciones económicas, políticas y culturales que se cruzan y tienen profundas implicaciones en la práctica clínica. Por lo tanto, la clínica, al tener en cuenta la inclusión de componentes, responsabiliza a una comprensión dialéctica, analítica y sintética.¹⁹

Con esto he querido discutir brevemente que la clínica se vuelve, para las ciencias sociales, una esfera intersubjetiva y pública con la que se puede observar y analizar la forma en que los problemas de la salud son tratados, la participación de los sujetos en interacción y lo que se pone en juego simbólicamente respecto de la experiencia de la enfermedad, el cuerpo y la identidad. Cada participante (paciente, familiares, profesionales, otros) tiene interpretaciones significativas según los hechos inherentes a cada encuentro clínico, donde se busca un alivio para sostenerse; éste es el mundo real de la práctica clínica que involucra las intenciones, los significados, la subjetividad, el poder y la ética.²⁰

Análisis interpretativo

La biomedicina conceptualiza a la clínica como un conjunto de recursos técnicos (criterios, guías, estudios) que hacen posible la definición de un diagnóstico y tratamiento. Si bien esto resulta necesario en el proceso de atención, durante un encuentro entre médicos y pacientes acontecen más vicisitudes de la experiencia humana que exclusivamente la delimitación sobre la enfermedad. En la consulta médica, cada situación social se convierte inesperada para el paciente, porque él es el principal interesado en la mejoría de su salud. En relación con Josafat, en los diferentes encuentros clínicos que tuvo en la consulta externa le dieron un diagnóstico presuntivo y definitivo, se le notificó de resultados patológicos y se le propuso una terapéutica inesperada (radio y quimioterapias). Podemos ver que

¹⁹ Ilario Rossi, *op. cit.*, 2014.

²⁰ William Miller y Benjamin Crabtree, "Investigación clínica", en Norman Denzin e Yvonna Lincoln (coords.), *Manual de investigación cualitativa*, 5 vols., vol. 3: *Las estrategias de investigación cualitativa*, 2013.

lo que primó en la clínica no sólo fue del dominio biológico para tratar objetivamente el cerebro, sino también se privilegió la vida misma, la existencia, las emociones y la angustia tanto individual como familiar.

Señalé previamente que al transitar con varios especialistas en las interconsultas, cada uno tomó decisiones clínicas en relación con el diagnóstico, con los procedimientos quirúrgicos, con los riesgos y las opciones de control terapéutico contra el cáncer. Pese a todo, la experiencia de Josafat, lejos de estar reducida a lo neurológico, destruyó con cirugía una lesión ubicada en el hemisferio derecho, desplegó otras significaciones simbólicas sobre lo acontecido. Entre él y los especialistas existió una construcción relacional de sentidos que se constriñó espacial y temporalmente en cada interacción social.

En la descripción etnográfica logra verse el cúmulo de conceptos biomédicos: lesión en el hemisferio; grado uno, dos, tres, cuatro; neoplasia, datos de malignidad, oncológico, diagnóstico presuntivo y definitivo, tumor, sobrevida, extirpar, curación, controlar, glioblastoma multiforme, astrocitomas, cáncer, hiperfraccionado, radioterapia, quimioterapia, que exaltaron el valor simbólico de lo que para Josafat representaba cada situación social con los diferentes especialistas. La semántica de los contenidos era contundente para ir forjando la interpretación de su experiencia. Una de sus inquietudes residía en saber el grado de la lesión, lo cual se fue matizando; nombrar la lesión no era lo mismo que tumor o cáncer, incluso, quien lo enunció y en qué momento, resultó contrastante. Las noticias no esperadas, las que Josafat no quería escuchar, enaltecieron la fatalidad, truncada por la imposibilidad de curarse completamente.

Mirándolo así, la clínica no puede ser sintetizada a la circunscripción de lo concreto, sino también a la relación que subyace intersubjetivamente con la aflicción, la cual es representada con la zozobra, el miedo, la expectativa, la esperanza y el deseo por la vida. Esta consideración es fundamentada con la propuesta de Mattingly, quien dice que en el ámbito clínico, la narrativa da cuenta de la experiencia de un padecer complicado que tiene fracturas y sentidos de continuidad, que contiene suspenso y fragilidad de eventos. Esas experiencias vividas son interrelacionadas en términos de prácticas y a través de los contextos.²¹

²¹ Cheryl Mattingly, *op. cit.*

En cada consulta médica, Josafat buscaba sentido al problema neurológico; transitó por un drama narrativo, según los tipos de interacciones con los especialistas, con las formas de comunicación, verbalización, uso de metáforas, reservación de la información y contención de emociones o manifestación de aliento según su identidad, personalidad, formación o profesionalismo.

Consideración final

La consulta externa es escenario del contexto institucional, en ese orden, en el que el paciente que llega al Cifanep espera obtener una resolución que le dé orientación para restablecer su salud. Analizar la consulta médica como una franja de actividad social implica incluir a varios especialistas del saber biomédico con los que el paciente y su familia tienen complicidad. Cada encuentro clínico es único porque se producen expresiones comunicativas (entonaciones, gestos, actitudes, ademanes), semánticas e intercambios simbólicos. Los sujetos en interacción social confluyen en la construcción de la clínica: el profesional actúa para definir y delimitar la enfermedad, mientras que el paciente es medio constitutivo de la condición de ser enfermo, que va otorgando significado según el diagnóstico y las decisiones técnicas de intervención, sean eventuales o definitivas. En los encuentros sociales cara a cara, al transitar con su enfermedad, se cristaliza un continuo intersubjetivo en relación con los demás.

Bibliografía

- Acevedo, Mariela Hemilse, "Notas sobre la noción de 'frame' de Erving Goffman", *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, vol. 5, núm. 2, 2011, pp. 187-198.
- Augsburgeri, Ana Cecilia y Sandra Silvana, "La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental", *KAIROS. Revista de Ciencias Sociales*, núm. 15, 2005.
- Galindo, Jorge, "Erving Goffman y el orden de la interacción", *Acta Sociológica*, núm. 66, 2015.
- Goffman, Erving, *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*, Madrid, España, Centro de Investigaciones Sociológicas, 2006.
- González, Jessica M., "Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas", en Liz Hamui *et al.*, *Narrativas del*

- padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, El Manual Moderno / UNAM, 2019.
- Martínez Hernández, Ángel y Martín Correa Urquiza, "Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva", *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 2, 2017, pp. 267-278.
- Mattingly, Cheryl, "Emergent Narratives", en Cheryl Mattingly y Linda Garro, *Narratives and the Cultural Construction of Illness and Healing*, Berkeley y Londres, University of California Press, 2001, pp.181-211.
- Miller, William y Benjamin Crabtree, "Investigación clínica", en Norman Denzin e Yvonna Lincoln (coords.), *Manual de investigación cualitativa*, 5 vols., vol. 3: *Las estrategias de investigación cualitativa*, Barcelona, Gedisa, 2013.
- Riessman, Catherine, *Narrative Methods for the Human Sciences*, California, SAGE Publications, 2008.
- Rizo García, Martha, "De personas, rituales y máscaras. Erving Goffman y sus aportes a la comunicación interpersonal", *Quórum Académico*, vol. 8, núm. 15, 2011, pp.78-94.
- Rossi, Ilario, "Réseaux de santé, réseaux de soins. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance?", *Tsantsa*, núm. 7, 2002, pp. 12-21.
- , "Penser la diversité par les transitions de la santé mentale", *Alterstice*, vol. 4, núm. 2, 2014, pp. 39-48.
- Tedlock, Barbara, "Braiding Narrative Ethnography with Memoir and Creative Nonfiction", en Norman K. Denzin e Yvonna S. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Londres, SAGE, 2011, pp. 331-340.
- Zeitlin, Irving, "La sociología de Erving Goffman", *Revista de Sociología*, núm. 15, 1981.

Tramas cotidianas de interacción clínica en el servicio de rehabilitación

TOMAS LOZA TAYLOR*

Este artículo es fruto del trabajo colectivo de un grupo de investigación que ejerce una reflexión crítica sobre problemáticas de la práctica clínica en el proceso salud, enfermedad, atención, desatención y muerte. Una de las intenciones fue gestar un diálogo y una crítica constructiva en torno al servicio de rehabilitación, tomando en cuenta la dimensión sociocultural de las enfermedades neuropsiquiátricas, y su rezago de atención en México.

El motivo que me llevó a realizar esta investigación etnográfica en el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep), desde mi rol como médico internista y antropólogo, fue porque considero que la interacción clínica se construye a través de múltiples actores, espacios y contextos, rebasando las fronteras espacio temporales de las instituciones sanitarias. Elegí el área de rehabilitación neurológica debido a mi creciente interés por ver cómo pacientes y terapeutas daban sentido a su experiencia durante el ritual de la interacción clínica.

El trabajo de campo fue revelador: por primera vez no atendía a las personas o me presentaba como médico, sino que era una per-

* Médico especialista en medicina interna. Doctorante del Posgrado de Antropología Física, ENAH. Agradezco a la Universidad de la Salud de la Ciudad de México y al Instituto Mexicano del Seguro Social su apoyo a este proyecto.

sona ajena a la institución. Un investigador que navegaba con dificultades y con soltura en una travesía social inesperada. Poco a poco fui notando la complejidad de la atención clínica y observé los flujos de las decisiones médicas, pero también sus silencios, sus pausas y sus derroteros. Me intrigó ver cómo los fisioterapeutas lograban concretar terapias con éxito, con fracaso, con sabiduría y con el ejercicio de su creatividad. En cada momento constaté que este servicio sostiene una diversidad en su atención y que el ritual generado dentro de sus espacios era un motor de interacciones, de intercambios, de coacciones y de negociaciones.

Uno de los aportes más relevantes de esta investigación fue centrar como eje de partida a la descripción de los marcos de referencia y a las franjas de actividad que influyen en la experiencia de los actores. Esto significa reconocer que existen sentidos colectivos que se guían dentro de un encuentro existencial y dentro de un marco intersubjetivo durante la atención clínica. Por ello, durante el trabajo de campo reflexioné la siguiente pregunta: ¿cómo se construyen las tramas de interacción durante la atención clínica? Esta pregunta fue relevante ya que implicaba entender lo que significaban teóricamente las tramas y las franjas de actividad sin excluir la experiencia.^{1,2} Entonces comprendí que ambas dimensiones se encontraban dentro de marcos de referencia propios del Cifanep y dentro de marcos externos que construían la interacción clínica, pero para poder comprenderlas recurrí a las nociones teóricas de performatividad y de globalización.^{3,4}

El objetivo de este artículo es describir y analizar las tramas de interacción que se expresan y se construyen durante el encuentro clínico; por ende, es importante reconocer el campo de atención clínica de forma dialéctica. Desde esta mirada se borran los límites institucionales, pues el contexto sociocultural atraviesa el hospital de diversas formas. Además, las personas afectadas con padecimientos neurológicos tienen que reconstruir su vida, mientras que los

¹ Cheryl Mattingly, "The Concept of Therapeutic Emplotment", *Social Science Medicine*, vol. 38, núm. 6, 1994, pp. 811-822.

² Erving Goffman, *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*, 1974, pp. 1-40.

³ Judith Butler, *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, 2002, pp. 17-94.

⁴ Michel-Rolph Trouillot, "The Anthropology of the State in the Age of Globalization. Close Encounters of the Deceptive Kind", *Current Anthropology*, vol. 42, núm. 1, 2001, pp. 125-138.

terapeutas ofrecen habitar el presente pragmático de la terapia, tras-tocando por completo la experiencia y el futuro de los afectados.

El presente artículo contiene tres apartados: 1) "Metodología", *acercamiento al campo*; 2) "Análisis interpretativo"; *tramas de interacción; el flujo de las tramas; la extensión de la trama con la cultura; la experiencia y la dimensión global*, y 3) "Conclusiones". Durante su desarrollo, el lector podrá observar que las narrativas fueron empleadas como instrumentos, como estrategias, como vehículos de la experiencia, como extensión de la memoria y como universos de interacción social.

Metodología

Para realizar este trabajo de investigación cualitativa decidí emplear la etnografía del contexto clínico como un acercamiento al Cifanep. La etnografía del contexto clínico es relevante debido a que rompe con los esquemas de la etnografía tradicional y evidencia que las instituciones de salud no son centros aislados del contexto sociocultural. En estos espacios se reproducen valores, reglas e ideas del mundo exterior. Son lugares donde discurren dramas, momentos de verdad, procesos de autoconocimiento y rituales de paso. Los hospitales encarnan la liminalidad dentro de sus escenarios, donde se concretan ciclos de experiencias tan relevantes como la muerte, la prolongación de la vida, la espiritualidad, la esperanza y las expectativas de ser.⁵

La etnografía del contexto clínico, a diferencia de otro tipo de etnografías, describe diversos escenarios como la burocracia, la nomenclatura médica, los códigos sanitarios, las relaciones de poder y el uso de la tecnología en los rituales cotidianos de atención. Por tanto, esta etnografía busca ser un espejo reflexivo de las relaciones humanas, de las interacciones y las negociaciones en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención/desatención y muerte.⁶

Una estrategia teórico-metodológica más que empleé para esta etnografía fue el caso de método extendido. Éste me permitió retomar la reflexividad como un eje analítico de la práctica antropológica,

⁵ Debbi Long, "When the Field is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography", *Anthropology and Medicine*, vol. 15, núm. 2, 2008, pp. 71-78.

⁶ Sjaak van der Gest y Kaja Finkler, "Hospital Ethnography: Introduction", *Social Science and Medicine*, vol. 59, núm. 10, 2004, pp. 1995-2001.

puesto que gestó un diálogo constante con todos los participantes, y desde el cual documenté las disputas, las rupturas y los conflictos que suceden en la interacción clínica. Una importante segunda aportación de esta estrategia fue que, a nivel interpretativo, me permitió extraer y articular las particularidades de los procesos locales y globales.^{7,8}

Durante la metodología planeada asumí a las entrevistas y a la observación participante como intervenciones y como textos que se relacionan de una forma particular con los discursos y con las interacciones. Es decir, la narrativa es vista como un proceso en el que se involucra al narrador como primera, segunda o tercera persona, sea investigador o participante, en la memoria, el tipo de relaciones intersubjetivas, los discursos de distintas temporalidades, el proceso relatado, el proceso vívido y el contexto situado. Esto me permitió cuestionar qué sucede en los espacios de interacción clínica, con el fin de lograr una descripción rigurosa.⁹

Todas las narrativas son el resultado de un cruce intertextual entre los participantes, que coexisten con una polifonía de voces que interactúan en los rituales clínicos y, también, permiten alcanzar un rigor epistémico en el proceso de investigación.¹⁰ La intención de co-construir las narrativas fue demostrar que las interacciones son visibles en los procesos cotidianos de atención, pero también resaltar los procesos aparentemente ocultos.

Durante seis semanas de trabajo de campo entrevisté a cuatro personas afectadas con enfermedades neurológicas, entre ellas: Willy, un hombre de 42 años con esclerosis múltiple;¹¹ Laura, una mujer de 43 años con esclerosis múltiple; Amando, un varón de 58 años con un evento vascular cerebral y con secuelas de hemiparesia; y Armando, otro hombre, de 45 años, con un evento vascular cerebral y con afasia motora como secuela. También realicé entrevis-

⁷ Michael Burawoy, "The Extended Case Method", *Sociological Theory*, vol. 16, núm. 1, University of Berkeley, 1998, pp. 4-33.

⁸ Iddo Tavory y Stefan Timmermans, "Two Cases of Ethnography: Grounded Theory and the Extended Case Method", *Ethnography*, vol. 10, núm 3, 2009, pp. 1-22.

⁹ Loza Taylor, Tomas, "El andamiaje: la narrativa en movimiento", en Liz Hamui Sutton *et al.*, *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, 2009, pp. 135-155.

¹⁰ *Idem.*

¹¹ Willy decidió no guardar anonimato debido a que sugirió que le gustaría que su voz no perdiera identidad. Para él es importante ser un portavoz de las personas que tienen esclerosis múltiple, con el propósito de mejorar la atención de las instituciones sanitarias.

tas a tres terapeutas que trabajaban como pasantes, a dos terapeutas de base y a un residente de la especialidad de rehabilitación.

La relación con las personas fue la que definió cómo construir las narrativas; realicé diversas entrevistas en el hospital, sobre todo a los terapeutas. Las personas que eran atendidas en el servicio de rehabilitación me abrieron la puerta de sus hogares, me demostraron que las estrategias más importantes para incorporar las terapias residían en sus vidas cotidianas y en el esfuerzo de sus familiares. Durante estos momentos de relación con los participantes desarrollé una reflexión colectiva sobre las tramas de interacción, entendidas como la multiplicidad de sentidos, sentires y percepciones que se genera en la terapia de rehabilitación y en las experiencias de vida de las personas durante la acción social.¹²

Acercamiento al campo

El primer contacto con el servicio de rehabilitación neurológica fue en una reunión el 24 de enero del 2019, en la cual conocí al jefe de servicio y en dicha la que me di cuenta de que se brinda atención a una población con diversas enfermedades, como párkinson, eventos vasculares cerebrales, tumores cerebrales, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, secuelas de infecciones y trastornos de la conducta social.

Durante el periodo de febrero a marzo observé más de 35 interacciones clínicas en diversas áreas del servicio de rehabilitación neurológica, por ejemplo: terapia de rehabilitación física, terapia de lenguaje y terapia ocupacional. También presencié las interconsultas realizadas a los servicios de terapia intensiva, neurología, neurocirugía y psiquiatría. El servicio de rehabilitación brinda sus servicios a toda el área de hospitalización, y tiene la peculiaridad de ser una zona de difícil acceso debido a que se encuentra muy alejada de la puerta de entrada, resultando muy difícil el tránsito de las personas con capacidades distintas.

La distribución de los pacientes que acuden a rehabilitación se realiza a través de una consulta matriz donde médicos adscritos,

¹² Es relevante mencionar que las interacciones de las franjas de actividad fueron descritas por el investigador, por los terapeutas, por los familiares y por las personas afectadas con enfermedades neurológicas. En este sentido, las tramas de interacción, particularmente en este trabajo, son el resultado de una articulación intertextual entre diferentes subjetividades.

residentes y estudiantes convergen para evaluar a las personas candidatas a rehabilitación neurológica. Al parecer, mi presencia causó extrañeza pues, tal vez, las personas no están acostumbradas a interactuar con alguien que hace anotaciones de lo que observa. Durante la construcción de mis observaciones me llamó la atención el ritual con el que los médicos establecían interacciones cortas e importantes en la terapia de rehabilitación. Advertí que la jerarquización de este servicio es muy distinta a otras áreas del Cifanep, ya que no cuentan con enfermeras y las órdenes se distribuyen desde los médicos a los residentes y a los terapeutas, y desde los terapeutas a los pasantes de servicio social de fisioterapia.

En el servicio de rehabilitación física existen alrededor de doce pasantes de servicio social y siete terapeutas. Aquí, los pasantes son los que llevan el peso de la consulta pues, en ocasiones, atienden a tres pacientes simultáneamente en el transcurso de una hora. Mientras que los terapeutas de base atienden a entre cinco y seis pacientes en ocho horas laborales, aunque orientan a los pasantes del servicio social. Durante las terapias pensé que se seguirían los planos trazados desde la consulta matriz, pero en realidad, los terapeutas y los pasantes tenían que adaptarse a las necesidades de los pacientes. En cierta ocasión observé una terapia para un hombre de 28 años con discapacidad intelectual severa y espasticidad, en la cual la rehabilitadora no pudo alcanzar los objetivos trazados desde la consulta matriz. Fueron necesarias tres rehabilitadoras para lidiar con la espasticidad y la inmovilidad de este joven. Ellas descubrieron que la forma para movilizarlo era enseñándole una Coca-Cola para desplazarlo con sentido y sin dolor.

Una más de las áreas descritas fue la de terapia de lenguaje, en la que constaté cómo las personas volvían a reconocer su gramática corporal.¹³ Lo más importante para ser ingresado en esta terapia, según la terapeuta "Leonor", es que los pacientes tengan afasia, disartria, problemas de memoria, que no tengan afecciones cerebrales severas y que tengan conciencia de enfermedad. Este filtro permite a los terapeutas del lenguaje centrarse en una atención distinta a la biomédica. El servicio de terapia de lenguaje es una isla dentro del contexto hospitalario. Las consultas son muy personalizadas y duran

¹³ Le denominé gramática corporal al reconocimiento simbólico que tiene el cuerpo con su entorno; éste es un hallazgo de campo, puesto que la terapeuta "Leonor" mencionó que las personas tenían que volver a aprender gramática. Lo interesante es que esta terapia emplea todo el cuerpo e intenta recuperar la capacidad para comunicarse y expresarse.

una hora. Aquí observé cómo las personas aprendían una nueva gramática impulsada por la interacción entre el terapeuta y el paciente. Es decir, la terapeuta ayudaba a que las personas tuvieran conciencia de error en el acto de nominar los objetos, de entenderlos y de expresar corporalmente sus deseos.

La atención de la terapia ocupacional se proyecta a la vida cotidiana de los afectados y, al parecer, el mundo cotidiano de los afectados penetra en los espacios de atención. Esto me hace pensar que todas las terapias son así, pero aquí es más evidente debido a que los terapeutas les enseñan a separar semillas en un recipiente, a abrocharse los botones de las camisas, a relacionarse con objetos externos con los ojos cerrados, todo con el propósito de sentirse productivos y conectarse simbólicamente con el mundo. Existen, además, terapias virtuales que sólo son para pacientes de protocolos de investigación específicos, donde danzan o juegan videos, lo que me hizo reflexionar que el juego es una destreza cotidiana que se emplea como estrategia y también como trama.

Análisis interpretativo

Tramas de interacción

Desarrollar el concepto de *trama* nace de las interacciones observadas en el trabajo de campo, puesto que la realidad evidenciaba cómo éstas subyacen a las interacciones sociales. Así, la trama cobra relevancia ya que permite entender los eventos personales y colectivos, sobre todo cuando se reconoce el proceso de la historia narrada. La trama narrativa es una estructura que da sentido al relato y está vinculada con la temporalidad y la acción social; su definición radica en que ésta es el diseño; la intención de la narrativa da forma y sentido a la historia y al acontecimiento; también es una lógica desarrollada a partir de una secuencia temporal o progresión.^{14,15}

Gracias a la trama se articula la narratividad, pero las tramas de interacción se articulan con los procesos sociales. En consecuencia, las tramas de interacción tienen un proceso dialéctico de abordaje

¹⁴ Cheryl Mattingly, *op. cit.*

¹⁵ Marie-Joe Delvecchio Good *et al.*, "Oncology and Narrative Time", *Social Science Medicine*, vol. 38, núm 6, 1994, pp. 855-862.

pues éste retoma el sentido previo a la interacción del presente y a la proyección del futuro. También, las tramas de interacción retoman las experiencias situadas, los discursos, la relación intertextual entre discursos, las representaciones, las prácticas, los imaginarios sociales, los mitos, los rituales y la performatividad. Esto conlleva una organización epistémica muy particular para concebir la realidad social y para que ésta pueda ser interpretada. Para ejemplificar las tramas de interacción expondré el caso de Willy, a quien conocí en las terapias de rehabilitación física y ocupacional.

Willy realiza sus terapias todos los jueves de 10 a 12 de la mañana en el servicio de rehabilitación, donde tuve la oportunidad de asistir en dos ocasiones. Las instalaciones de rehabilitación física son amplias y, a ellas, siempre acuden personas de acuerdo con el horario y el día de las citas. Recuerdo que ese día la sala estaba llena. Willy saludó a Ana, una terapeuta pasante del servicio social, y los dos se situaron en el fondo del área de rehabilitación física justo al lado de un espejo. Me sorprendió ver que por el espejo se reflejaba el resto del servicio; todo cobraba vida; había un dinamismo que efervecía por todos los rincones. Había hombres y mujeres que realizaban sus ejercicios corporales: algunos estaban acostados, otros tambaleándose, intentando sostener su postura, algunos bailaban frente a un monitor o caminaban al ritmo de un metrónomo con indicaciones específicas de los terapeutas.

Al retomar mi atención a Ana y Willy, observé cómo fortalecían el diafragma con respiraciones rítmicas. Posteriormente, el trabajo se enfocó en realizar ejercicios del torso. En todo momento Ana le daba ánimos con su plática; le preguntaba por sus hijos, por sus emociones y por sus hábitos de rehabilitación. Los ejercicios eran regulares y tenían la intención de repetirse periódicamente. De vez en cuando Ana colocaba a Willy un oxímetro de pulso para controlar sus latidos y su oxigenación. Ese día, la terapia finalizó sin contratiempos y Willy caminó con bastón en mano para acudir a terapia ocupacional.

Al pasar a terapia ocupacional, Willy saludó afectuosamente a Liborio, un pasante de rehabilitación ocupacional. Se sentó en una mesa que compartía con cuatro personas más que asistían a esta clínica. Liborio y Willy comenzaron a trabajar los músculos de brazos y antebrazos, simulando cargar objetos cotidianos. Entre todos los usuarios intercambiaban apreciaciones, emociones y preocupaciones. La terapia ocupacional era una verdadera heterotopía, puesto

que los ejercicios se transformaban en un territorio cotidiano para Willy, que semejaban espacios domésticos donde se proyectaba una mejoría. Pensé que desde aquí se construía un verdadero espacio de resistencia, un lugar del Cifanep desde el cual Willy mejoraba su condición corporal y le ayudaban a construir un sentido de productividad cotidiana.

Gracias a estas terapias Willy había presentado una mejoría franca, ya que antes no podía bañarse y no podía caminar. Sin embargo, el trasiego de la primavera, el calor de la canícula, la asfixia de la inversión térmica en la Ciudad de México y la preocupación por su condición corporal, golpearon a Willy. En el transcurso de dos semanas experimentó una fatiga enorme y dejó de caminar, “la estupidosis múltiple”, como le llama él mismo a la esclerosis múltiple, había ganado terreno.

Al profundizar en sus relatos me comentó que cuando comenzó la esclerosis múltiple, todo devino de un estrés económico de hacía seis años, puesto que tenía que pagar una fuerte suma de dinero y los clientes no pagaban su trabajo de programación informática. Durante tres días no durmió e hizo lo peor que podría haber hecho: irse a dormir sin relajarse. Cuando despertó al día siguiente dejó de ver, por lo que preguntó a su esposa Vivi: “¿por qué no veía?”. Ella le aconsejó que se diera una ducha para que mejorara, pero en el baño se desvaneció. Lo llevaron apresuradamente al doctor, quien les hizo creer que era algo pasajero y que con descanso poco a poco se repondría. Sin embargo, como diversos síntomas aparecieron cual fantasmas que anegaban su cuerpo junto con una fatiga extrema y falta de concentración, acudió a consulta con una médica de Farmacias Similares, la que le advirtió que podría ser lupus eritematoso sistémico o esclerosis múltiple.

Willy experimentó una gran incertidumbre con la posibilidad de tal diagnóstico; primero lo rechazó pensando que podría ser alguna enfermedad menos agresiva o, por lo menos, una que tuviera cura. Le aterraba pensar que con la esclerosis múltiple, el doctor House no había podido curar a un paciente en uno de los capítulos de una famosa serie televisiva. Las cosas empeoraron al fallecer su esposa, ya que sintió una enorme culpa porque creyó haber causado su muerte por las enormes atenciones que recibió de ella. Hace un año llegó al Cifanep, donde corroboraron que tenía esclerosis múltiple secundaria progresiva, y comenzaron a darle tratamiento con este-

roides, iniciando su rehabilitación. Para ejemplificar lo que Willy siente, percibe y experimenta, se presenta la siguiente narrativa:

De repente tu cuerpo... es como un golpe de estado, y se oye muy loco, pero se revela en tu contra. Estás bien, estás una noche bien y en la mañana siguiente no puedes moverte, a la mañana siguiente no tienes fuerzas, empiezas a tener debilidad visual. Ves como si fuera un vaso, como si fuera el fondo de una botella de Coca-Cola, así... de la nada, tú estabas bien hace un rato, también sientes pérdida de fuerza muy extrema, caes en fatiga muy extrema. Y lo que tiendes a hacer es irte a acostar, pero no... Entonces terminas viniendo al hospital, y lo que hacen es inyectarte esteroides, y el esteroide que a mí me han inyectado es metilprednisolona. Y este... a mi punto de vista el metilprednisolona te deja más tonto de lo que ya te deja la esclerosis, pero bueno, se te pasa, por lo menos tienes fuerza para pararte al baño. Entonces te digo el brote en ese momento, todo tu cuerpo va en tu contra. Después entendí que realmente no es tu cuerpo, sino es tu sistema inmunológico que se rebela.¹⁶

El flujo de las tramas

Ver a la trama y a la narrativa como un proceso situado me permitió articular los relatos con la dimensión sociocultural, surgiendo en mí las siguientes preguntas: ¿qué pasa cuando el afectado tiene una trama propia e influye al terapeuta? ¿Las condiciones globales y locales influyen en la construcción de las tramas?

De acuerdo con lo que observé en campo, las interacciones vistas se construyen dentro de un tiempo clínico, pero es prudente ir más allá del tiempo clínico, ya que las tramas construyen sentidos y diversas temporalidades en las interacciones de las franjas de actividad, como cuando los afectados narran la influencia de la clínica en sus vidas cotidianas.¹⁷ En estas experiencias narradas vemos como las tramas subyacen y se construyen durante la terapia con actividades simples, que representan verdaderos retos para las condiciones corporales de las personas con padecimientos neurológicos. En consecuencia, en la práctica de rehabilitación, la atención se cons-

¹⁶ Willy, Ciudad de México, 2019.

¹⁷ Cheryl Mattingly, *op. cit.*

truye de acuerdo con las múltiples realidades que experimentan cotidianamente las personas, con el objeto de que estas vivencias puedan ser aprehendidas, reorganizadas y encarnadas. Un ejemplo de estas tramas de interacción nos las ofrece Willy, quien en un breve relato explica cómo se reconfiguró su vida: “Antes, abrocharme la camisa no era una cosa que tú dijeras ¡wow! Hoy en día poder abrocharme la camisa, yo solo, sí es importante. Y sí te motiva cuando ya pude abrocharme la camisa, cuando pude bañarme solo, cuando yo pude hacer más cosas solo”.¹⁸

El hecho de que la trama de interacción sea la estructura del acontecimiento, un recurso o un discurso situado, es porque está cargada de sentido y puede configurar diversos tiempos, como lo propone Willy al considerar que la rehabilitación tiene el objetivo de que él sea independiente. Lo que me hace pensar que construimos una existencia temporal que se articula con la dimensión cognitiva al reconocer los actos; moral al proyectar una mejoría, y sociocultural al darle un sentido colectivo. Es decir, en las narrativas se entrevén la experiencia vivida, la performatividad y, sobre todo, las interacciones de las franjas de actividad que suceden ante los ojos del observador-participante, sean investigadores, terapeutas, afectados o familiares.

La trama permite dar sentido a los episodios prácticos de la experiencia y existen diversos procesos que pueden ser evidenciados en ella, como: 1) el tiempo narrativo, 2) la acción y el motivo, 3) los deseos, 4) la transformación temporal y 5) los finales inciertos.¹⁹ Reconocer que las tramas de interacción construyen, expresan y trastocan la experiencia vivida, es extender su comprensión hacia las franjas de actividad donde se expresan, ya que junto con los marcos de referencia, las tramas dan sentido al encuentro social.

Las franjas de actividad son los contextos de las interacciones que miran, desde una perspectiva particular, una parte de la realidad empírica. Son también, universos de acciones que confluyen en un proceso; son una larga cadena de eventos, de sentidos, de marcos de referencia y de esquemas interpretativos que pueden entrever diversas tramas. Al emplear el término sentido, hablo de la relación

¹⁸ Willy, Ciudad de México, 2019.

¹⁹ Marie-Joe Delvecchio Good *et al.*, *op. cit.*, pp. 813-1814.

existente entre el ser y las realidades que se abren y se cierran en nuestra percepción.²⁰

Todas estas nociones sobre las tramas de interacción son orientadoras, pero en la realidad que describimos podemos ver cómo la experiencia social es determinada por procesos sociohistóricos y también por procesos locales y globales. Así, los marcos de referencia inscritos en estos procesos son determinados por las franjas de actividad, guiando el encuentro existencial de la interacción clínica y construyendo tramas, en tanto que son procesos que otorgan sentido a la experiencia.²¹

Para profundizar en esta vasta multiplicidad de procesos, podemos entender que existen temporalidades y contextos que los atraviesan y que pueden ser observados a simple vista o con dificultad en la interacción clínica, siendo necesario extender las tramas desde los marcos intersubjetivos, hacia la dimensión sociocultural, para poder deshilvanar los significados que observamos en la realidad empírica.²²

La extensión de la trama con la cultura

Reconocer la performatividad como un discurso instaurado en el cuerpo fue orientador para esta investigación, al sugerir que las narrativas se construyen en el campo de la experiencia. Es en este vasto territorio de sentido donde reside el núcleo de la interacción social; esto último tiene una trascendencia epistémica importante, puesto que la trama se construye en el presente por la interacción, retoma el pasado por la narración retrospectiva y construye un futuro posible, entreviéndose, a través de esta temporalidad narrada o ritualizada diversas dimensiones sociales como las emociones, los discursos y las políticas de atención.

Los discursos son el producto de interacciones presentes y pasadas, que entablan relaciones de poder estructural o emergente, debido a que la realidad empírica es un proceso de cambio y no una fotografía sin movimiento. Para ser riguroso con la descripción del poder es necesario evaluar los actos de hegemonía, de silenciamien-

²⁰ Erving Goffman, *op. cit.*

²¹ *Ibidem*, pp. 1-40.

²² *Idem*.

to, de objetivación y de normalización, que suceden en la interacción clínica.²³ Estas acciones resultan ser controversiales ya que, en ocasiones, son procesos que no son simples de ver o de narrar.

En el caso del servicio de rehabilitación, la descripción de las relaciones entre pasantes, terapeutas y médicos resulta ser esclarecedora, pues la jerarquía otorga un papel, un juego, un ritual, un discurso que se extiende hacia cada uno de los actores y que, incluso, construye tramas performativas durante la atención clínica.²⁴

Al construirse diversas tramas de poder que extienden su acción hacia el orden del deber, a la búsqueda de un cuerpo normal y a la repetición de posturas definidas, implica reflexionar sobre la existencia de un trasfondo profundo en las terapias de rehabilitación neurológica, desde las cuales se insertan políticas culturales, así como deseos de la vida cotidiana. Todas estas dimensiones son vistas en las narrativas como negociaciones performativas, como rituales jerárquicos que irrumpen con prácticas simples en la vida de las personas con afecciones neurológicas que pueden observarse en las narrativas de los terapeutas. Por ejemplo, cuando le pregunté a Ana sobre la manera en que interactúa con Willy, ella me expuso una escena reconstruyendo un momento, al decir:

Cuando estoy haciendo la terapia a Willy, le pregunto: ¿qué sientes? Y ya, como que empieza a sacar todo y empieza a trabajar bien. Y me dice: —¿Y por qué me pones esto? Y ya le pongo un ejercicio. Y vuelve: —Ay, pero es que esto antes no lo podía hacer... E insiste: —No, pero es que, a ver Ana, entiéndeme no puedo levantar bien la pierna. Y yo: —Sí, pero por eso estamos aquí, te quiero ayudar, porque tus músculos están bien, pero necesitamos reeducarlos. Entonces como que empieza a sacar todo, y de repente ve a alguien más y me dice: —¿Por qué no estoy tan bien como él o como ella? Y yo: —A ver Willy, ¿eres ella? Y me dice: —No. ¿Y entonces por qué quieres ser ella? Cada quién tiene sus características, tú tienes cosas que ella no puede hacer, y ella no se compara contigo porque sabe sus capacidades. Tienes que entender tus capacidades. Y me dice: —Es que antes los domingos podía estar parado, y podía dar mis sermones cristianos. Y le digo: —Y ahora puedes estar sentado. Y ya como que se queda así de: —Ah, pues sí, ¿verdad?

²³ Michael Burawoy, *op. cit.*

²⁴ Judith Butler, *op. cit.*

En este relato se vislumbra la relación que establecen los terapeutas y las personas con enfermedades neurológicas; asimismo, se perciben una continua carga de deseo en las personas, una búsqueda de eventos futuros, el inexorable acto de compararse con otros, de construir temporalidades y de aterrizar el cuerpo en el dominio de la normalidad entendida como política corporal. El relato también vislumbra cómo los marcos de referencia externos, por ejemplo la religión, influyen en la interacción clínica; de igual forma, las emociones juegan un papel fundamental al ser entendidas como tramas colectivas que ofrecen un significado dramático a la experiencia. Así, el acto de narrar enmarca interacciones pasadas, interacciones íntimas con la memoria, con el lenguaje y con el cuerpo, que forman una totalidad orgánica que se funde con el mundo sociocultural.

La interacción clínica revela la creatividad de los terapeutas para poder sobrellevar la rehabilitación. Desde la terapia se confronta una realidad parcial frente a una multiplicidad de realidades. Así, los terapeutas son afectados por las tramas de los pacientes y tienen que escuchar, mirar, atender y aprehender una parte de la realidad de los afectados a efecto de trabajar aspectos clínicos relevantes para que las personas aprendan a caminar, equilibrarse, respirar y sentirse. En otras palabras, en la terapia de rehabilitación todas las personas involucradas aprenden a vivir con su cuerpo y desde su cuerpo descubren nuevas formas de ser y estar en el mundo.

La experiencia y la dimensión global

Ahora bien, no todas las tramas son evidentes; existen algunas que se gestan desde estructuras sociales y bajan a la vida cotidiana. Con esto me refiero a cómo se construye la experiencia social, considerando que ésta tiene un dominio intersubjetivo, pero también influye en el orden global. Si la intención de la interpretación es moverse desde un orden local a uno global, sería prudente articularla con constructos teóricos que permitan relacionar el ritual jerárquico de la atención clínica con la economía política de la salud, con el objetivo de discernir cómo se articula la experiencia con los procesos sociales.

Desde mi punto de vista, emplear para el análisis de las interacciones el concepto de *globalización* me permitió comprender que existe un flujo masivo de bienes, de personas, de información, de

capitales y de simbolismos. Estos flujos aterrizan en el discurso y en el cuerpo, lo que indica que la performatividad es estructurada por procesos sociohistóricos.²⁵ En consecuencia, la globalización influye en las decisiones de los afectados, de los rehabilitadores, de los médicos, de los pasantes y del personal administrativo. Esto sugiere que el acercamiento al conocimiento subjetivo de la experiencia es una forma de entender su componente social, así como la aproximación al conocimiento social es necesario para interpretar sus aspectos subjetivos. Por ende, retomo una visión dialéctica para comprender la experiencia y vislumbrar procesos que se relacionan con el poder como la exclusión, la jerarquía, el silenciamiento y la hegemonía, que construyen nuevas tramas de interacción.

La aceptación que nos brindaron en el Cifanep como grupo de investigación fue una gran oportunidad; sin embargo, creo que es necesario elaborar una cultura de la crítica, pues la atención institucional está a la deriva de las fuerzas económicas y políticas que nos edifican como sociedad. La falta de recursos moviliza nuevas interacciones, y la creatividad ha permitido a los pasantes del servicio social aprender ante la adversidad del vacío institucional que observé en ocasiones, como la atención deficiente de los afectados debido al exceso de trabajo de los pasantes y residentes y, también, al fracaso en el manejo de casos difíciles y de mal pronóstico, entre otros.

Cuando estaba en la práctica de campo, advertí que varios de los participantes entraron a protocolos de investigación, excepto Willy. Esto llamó mi atención, puesto Willy tenía una esclerosis múltiple secundaria progresiva, la cual él entendía como aquella que no tenía brotes, pero también no logra periodos de remisión. Es decir, las personas con esta afección tienen espacios prolongados de alteraciones motoras o afecciones corporales. Willy tenía una información distinta sobre la enfermedad que experimentaba y, al enterarse que existía un protocolo de investigación con medicamentos biológicos que modifican la enfermedad, intentó acercarse a esta esperanzadora terapia, pero el protocolo desafortunadamente lo excluía como participante al padecer la afección secundaria progresiva.²⁶ Sin embargo, no deja de sorprenderme que varias personas no tienen

²⁵ Michel-Rolph Trouillot, *op. cit.*

²⁶ Esta exclusión se realiza porque los pacientes con afección secundaria progresiva no responden a tratamientos modificadores del curso de la enfermedad, como Fingolimod; sin embargo, si responden a medicamentos como el Natalizumab, medicamento muy caro y escaso en las instituciones de salud. Véase Secretaría de Salud, *Guía de práctica clínica, tratamiento*

acceso a los tratamientos que pueden detener la progresión de la esclerosis múltiple o mejorar con medicamentos efectivos. Si retomamos la narrativa de Willy sobre la molestia que refleja al ser excluido de un protocolo con Natalizumab, podemos ejemplificar algunas tramas que surgen en las interacciones clínicas:

O sea, ¿por qué? Por qué nos sacan del protocolo por la edad, no me han explicado, tengo que ir a una consulta más en noviembre. Y pues, realmente he visto que el protocolo es una prueba de medicamentos que pueden servir. No es algo así extraordinario; prueban en ti ciertas medicinas, para ver cuál te es compatible, y poco a poco lo vayas probando, y viendo qué tanto te pude ayudar. Sobre todo las medicinas que he estado investigando son geniales, entonces... ya está avanzando mucho la medicina, entonces en breve tendremos una cura.^{27,28}

Es aquí donde comienzan algunas tramas de silenciamiento; tramas de poder donde se entrevé falta de información de los médicos a los pacientes, y este silencio es un reflejo de la exclusión a nivel nacional donde miles de personas no reciben un tratamiento adecuado. El hecho de que Willy reconozca que la enfermedad puede tener cura, habla de una falta de información relativa a su propia enfermedad en una sociedad con acceso a la información. En consecuencia, el silenciamiento generado por la institución, y por el afectado, es una forma de operar a la que se le debe poner cuidado. Las instituciones de salud, al atender un padecimiento crónico e incurable, podrían poner vigilancia en el acto de generar expectativas al ofrecer o no ofrecer un fármaco. A fin de cuentas, durante la atención se construyen nuevas identidades y expectativas en torno a la atención, por lo que es imprescindible una comunicación entre servicios como: cuidados paliativos, medicina interna, psiquiatría, neurología, psicología, rehabilitación, nutrición y trabajo social, que podrían influir en el conocimiento, en el tratamiento adecuado y en la aceptación del pronóstico de las personas afectadas con enfermedades neurológicas crónicas.

modificador de la enfermedad en pacientes con esclerosis múltiple, 2010, recuperado de: <www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>, consultada el 9 septiembre de 2019.

²⁷ Willy, Ciudad de México, 2019.

²⁸ De forma reciente recibí una llamada de Willy para informarme que ahora estaba recibiendo el tratamiento de Natalizumab.

Al contextualizar la esclerosis múltiple se puede ver que los costos por atención son abrumadores, pues los mejores tratamientos biológicos modernos implican un gasto de 50 000 a 60 000 pesos mensuales por persona. Actualmente, se estima que existen 20 000 personas con esta afección en México, pero sólo 6 000 reciben tratamiento con medicamentos biológicos por parte de la seguridad social. En el Cifanep se estima que existe una población de 3 200 pacientes con esclerosis múltiple y no todos reciben los mejores tratamientos debido a la falta de recursos. Así, como las farmacéuticas imponen costos inaccesibles para los afectados, las autoridades institucionales y el gobierno federal deberían tomar en cuenta nuevas políticas que regulen a las empresas sin escatimar los presupuestos destinados para la atención.

Las tramas de interacción se reconfiguran de acuerdo con lo observado en la realidad práctica; en otras palabras, como el mundo global y la economía política trastocan las experiencias, se irrumpe en las interacciones y se construye nuevos significados sociales sobre las enfermedades neurológicas. En el caso de Willy, fue posible ver el significado que construye el mundo global en su padecer, en su atención y en las normativas culturales.

Consideraciones finales

Las tramas tienen una temporalidad y contienen significados contruidos desde la experiencia, la cultura y el mundo global. La fuente de todas las tramas se fundamenta en la interacción social y ésta fluye de voz en voz y de cuerpo en cuerpo. Las tramas están en los expedientes médicos institucionales sobre los pronósticos, en el lenguaje no expresado de las personas, en el silencio generado por los terapeutas, los familiares y los pacientes. Tienen, además, el peso del ritual médico jerarquizado, expresado en los discursos y en las políticas institucionales.

La construcción de las tramas de interacción en esta investigación nace de marcos de referencia internos y externos del Cifanep. La experiencia de los terapeutas y de las personas con enfermedades neurológicas configuran el sentido de elementos que se ponen en juego, entre ellos el cuerpo, la enfermedad, la atención, las expectativas, la salud, la temporalidad y las necesidades. Cada sujeto crea estas formas particulares que preceden a la interacción, desde la cual

establecen ciertas pautas que preceden a la interacción. Los sujetos emplean sus emociones, su memoria y su percepción, conformando el encuentro intersubjetivo, lo cual tiene un peso que configura a la experiencia y a las narrativas. La cultura organizacional del Cifanep y el contexto sociocultural enhebran discursos de las subjetividades y de los espacios clínicos que gestan tramas de interacción de diversa índole, como la jerarquía, la distinción de género, la exclusión y la búsqueda de la normalidad. El discurso de la jerarquía, al instaurarse en el cuerpo, construye o reitera el orden colectivo, construyendo un microcosmos que guía a la acción social para caminar sobre la ruta del sentido cultural. Finalmente, la globalización y los determinantes sociohistóricos establecen tramas. En primer lugar, a través de la producción, extensión y práctica del saber científico transmitido en el encuentro médico; enseguida, por información diversa obtenida por medios de comunicación como la televisión, la radio y las redes sociales, donde la industria farmacéutica se impone también.

Este trabajo se caracteriza por una crítica dirigida a extender el campo de acción antropológica, a generar discusiones, debates y hacer visible lo invisible. La crítica desarrollada fue concebida como la posibilidad de generar una atención institucional distinta que reconozca las relaciones existentes en un mundo globalizado, que distinga las asimetrías micro-interaccionales, que critique el discurso médico y que construya normativas para mejorar la atención clínica. Todo esto con el fin de integrar a las políticas de acompañamiento, de soporte y de cuidado en personas con afecciones neurológicas crónicas avanzadas e incurables.

Bibliografía

- Burawoy, Michael, "The Extended Case Method", *Sociological Theory*, vol. 16, núm. 1, University of Berkeley, 1998, pp. 4-33.
- Butler, Judith, *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Buenos Aires, Paidós, 2002, pp. 17-94.
- Delvecchio Good, Marie-Joe et al., "Oncology and Narrative Time", *Social Science Medicine*, vol. 38, núm 6, 1994, pp. 855-862.
- Goffman, Erving, *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*, Boston, Northeastern University Press, 1974, pp. 1-40.

- Loza Taylor, Tomas, "El andamiaje: la narrativa en movimiento", en Liz Hamui Sutton *et al.*, *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, Facultad de Medicina-UNAM, 2009, pp. 135-155.
- Long, Debbi, "When the Field is a Ward or a Clinic: Hospital Ethnography", *Anthropology and Medicine*, vol. 15, núm. 2, 2008, pp. 71-78.
- Mattingly, Cheryl, "The Concept of Therapeutic Emplotment", *Social Science Medicine*, vol. 38, núm. 6, 1994, pp. 811-822.
- Secretaria de Salud, *Guía de práctica clínica, tratamiento modificador de la enfermedad en pacientes con esclerosis múltiple*, 2010, recuperado de: <www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>, consultada el 9 de septiembre de 2019.
- Tavory, Iddo y Stefan Timmermans, "Two Cases of Ethnography: Grounded Theory and the Extended Case Method", *Ethnography*, vol. 10, núm 3, 2009, pp. 1-22.
- Trouillot, Michel-Rolph, "The Anthropology of the State in the Age of Globalization. Close Encounters of the Deceptive Kind", *Current Anthropology*, vol. 42, núm. 1, 2001, pp. 125-138.
- Van der Gest, Slaak y Kaja Finkler, "Hospital Ethnography: Introduction", *Social Science and Medicine*, vol. 59, núm. 10, 2004, pp. 1995-2001.

De interacciones y fricciones en torno a la integración de cuidados paliativos en salud mental y neurológica

VERÓNICA SUÁREZ-RIENDA*

Los cuidados paliativos se han convertido en una modalidad de atención necesaria, no sólo por el constante envejecimiento de la población sino también por la carga familiar, física, social, económica y emocional que representan las enfermedades crónicas.¹ La necesidad de los cuidados paliativos deviene también, en parte, de los cambios histórico-culturales que llevan de morir en casa a morir en los hospitales,² evento para el que no estaban preparados los profesionales de las instituciones hospitalarias. Dicho modelo de atención es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y diversos problemas, sean éstos de orden físico, psicosocial o espiritual”.³ Son reflejo de la

* Doctorante del Posgrado de Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM.

¹ OMS, *Cuidados paliativos*, 2018, recuperado de: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.

² Philippe Ariès, *La historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*, F. Carbajo y R. Perrin (trads.), 2005.

³ *Idem*.

falta de renovación de la biomedicina hacia el reconocimiento de la convivencia con distintos modos de atención, como los relacionados con tratamientos curativos, haciendo de estos términos referencia a la atención enfocada a restaurar la salud de la persona enferma.

En este panorama, los cuidados paliativos, o también referidos como atención paliativa,⁴ no suponen la llegada de técnicas innovadoras para la curación del paciente, sino que trabaja con el objetivo de aliviar el sufrimiento del paciente y apoyar al cuidador. Su enfoque reside en un punto nodal de la trayectoria de vida, dada por el avance de una enfermedad crónica degenerativa, posicionándose como un tratamiento para personas con enfermedades crónicas que ya no responden a tratamientos curativos o que son consideradas, en términos biomédicos, en etapa terminal.⁵ Ello ocasiona dificultades de interacción e integración de lo que se considera un modelo de atención opuesto al curativo, así como una nueva concepción de trayectoria de atención.⁶ De acuerdo con Foley *et al.*, en una institución hospitalaria todas las áreas comparten el mismo objetivo: dar la mejor atención posible a la persona enferma. No obstante, los autores señalan que cada área cumple con este objetivo desde sus reglas particulares de su profesión, códigos comunicativos y estructura jerárquica. La llegada de una nueva especialidad a la escena hospitalaria genera luchas de poder por el reconocimiento y estatus institucional.⁷

En México es relevante el aumento de la morbi-mortalidad de enfermedades crónico-degenerativas como cáncer, diabetes, hipertensión y, para el caso de la salud mental y neurológica, las enfermedades neurodegenerativas. Ante dicho panorama epidemiológico, los cuidados paliativos se instauran en el país con el fin de controlar el dolor a personas con cáncer.⁸ En este marco, las acciones políticas mexicanas llevaron a cabo reformas a la Ley General de Salud (LGS) en 2009, donde de acuerdo con la fracción IV del artículo 33, “las

⁴ Ambas expresiones serán utilizadas como igual a lo largo del texto, con la finalidad de evitar cacofonías en la redacción.

⁵ Zoila Trujillo, “Introducción”, Zoila Trujillo *et al.* (eds.), *Guía general de cuidados paliativos para el personal de salud*, 2014.

⁶ Rose-Anna Foley *et al.*, “From Curative to Palliative care: Confronting the New Medical Realities in a Hospitalised end of Life”, en Silvie Fainzang *et al.* (eds.), *The Taste for Knowledge. Medical Anthropology Facing Medical Realities*, 2010.

⁷ *Idem.*

⁸ Zoila Trujillo *et al.*, “Investigación sobre cuidados paliativos en México. Revisión sistemática exploratoria”, *Revista Mexicana de Neurociencia*, vol. 19, núm. 2, 2018, pp. 74-85.

actividades de atención médica paliativa incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a través de la prevención, tratamiento y control del dolor y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario”.⁹ Dicha reforma dio paso, años más tarde, a la obligatoriedad de esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, publicándose en el *Diario Oficial de la Federación* el 26 de diciembre del 2014.¹⁰ Así pues, en uno u otro formato, los cuidados paliativos deben ser implementados en todos los niveles de atención: centros de salud, hospitales generales, institutos nacionales y hospitales de alta especialidad. Sin embargo, la realidad en la que interacciona el modelo de atención paliativa con el modelo de atención curativa es compleja y, ejemplo de ello, es el caso para las enfermedades neurológicas. Trujillo *et al.* (2015) señalan que desde 1996, el Subcomité de Ética y Humanidades de la Academia Americana de Neurología confirmaba la necesidad de la aplicación de medicina paliativa por parte de los neurólogos, ya que muchos pacientes fallecen tras padecer durante muchos años enfermedades neurológicas.

Uno de los principales problemas que causa la falta de atención paliativa oportuna en este tipo de enfermedades, y que son señalados en investigaciones clínicas, es la ausencia del tema de la atención paliativa en la educación de médicos residentes, a pesar del conocimiento expreso de la cualidad de incurables que tienen varios padecimientos neurológicos.¹¹ En relación con esta problemática, el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep) es uno de los varios ejemplos institucionales de México. En el Cifanep, desde 2009, se incorporó un programa de redes de apoyo para los cuidados paliativos de pacientes neurológicos, enfocado especialmente hacia aquellas personas en las que ya no es posible un tratamiento curativo por los avances de su enfermedad, o por encontrarse en una etapa terminal de la misma. No obstante, desde que dicho proyecto se puso en marcha, hasta la fecha, el número de pacientes neurológicos remitidos a dicho programa representa un porcentaje mínimo en relación con el total de ingresos

⁹ Secretaría de Gobernación, “Decreto por el que se reforma y adiciona Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos”, *Diario Oficial de la Federación*, 5 de enero de 2009.

¹⁰ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos”, *Diario Oficial de la Federación*, 9 de diciembre de 2014.

¹¹ Zoila Trujillo *et al.*, *op. cit.*, 2018.

de enfermedades de salud mental y neurológica. La escasez de estudios sobre la aplicación de cuidados paliativos en enfermedades neurológicas y las problemáticas sociales emergentes en las interacciones que devienen entre el personal de salud (tanto de neurología como de cuidados paliativos), paciente y familiares lleva a plantear, en este texto, tres de las preguntas que orientaron la investigación: 1) ¿qué lugar tiene la atención paliativa en el Cifanep?, 2) ¿cuáles son las franjas de actividad en las que se conforman las interacciones en torno a la atención paliativa? y 3) ¿cómo se desarrollan, dentro de esas franjas de actividad, las interacciones entre personal de atención paliativa-persona enferma/familiar-personal médico neurólogo que pueden develar fricciones, tensiones y consensos? Frente a estas interrogantes, se marca como objetivo la realización de un breve análisis interpretativo de las fricciones, tensiones y consensos emergentes en las interacciones sociales de familia/personal de salud, a raíz de la integración de la atención paliativa a una institución hospitalaria como es el centro de atención referido.

Abordaje metodológico

La presente investigación se apoyó en el trabajo de campo realizado durante dos meses (marzo y abril) de 2019, junto con los miembros del programa de apoyo en cuidados paliativos del Cifanep. Dicho trabajo se efectuó gracias a la colaboración de los que finalmente fueron los participantes principales: el personal de salud que trabaja y coopera en la atención paliativa (profesionales de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología y estudiantes pasantes de medicina), personal de salud del área de neurología (médicos adscritos y médicos residentes), y pacientes de enfermedades neurológicas y sus familiares cuidadores. Para la co-construcción de los datos etnográficos analizados en este texto, los métodos y técnicas de investigación social que puse en práctica se plantearon con base en la observación, la escucha y el registro:¹² 1) observación participante de la dinámica de los pases de visita, de las consultas externas, de los cursos de capacitación a familiares sobre el cuidado en el hogar de la persona enferma y las interacciones dadas entre los participan-

¹² Sandra Harding, "Is There a Feminist Method?", en Sandra Harding (ed.), *Feminism and Methodology*, 1987.

tes principales en estos eventos; 2) la escucha de las narrativas co-construidas de los participantes principales desde sus interacciones y desde las entrevistas semiestructuradas, y 3) el registro de notas e información procedente de documentación administrativa sobre ingresos hospitalarios y expedientes clínicos, seguimiento, registro de eventos y de las interacciones entre los participantes principales. En cuanto al marco de referencia, se partió del marco del sistema de atención biomédico de salud mental y neurológica, así como de las franjas de actividad propias de dicho marco, en las que se produjeron las interacciones de los participantes principales mencionados. En lo que se refiere a los datos etnográficos que aquí se muestran, las narrativas que se co-construyeron entre el personal de cuidados paliativos, el personal de neurología y los pacientes y familiares, se entretajan en una suerte de intertextualidad. Un “clamor de voces” deslocalizadas en diferentes contextos y situaciones, pero susceptibles de ser interconectadas. Para el presente texto se realiza como ejercicio la interconexión de ese “clamor de voces” a partir de la etnografía, las entrevistas realizadas, el registro de sesiones de neurología en el diario de campo, así como de notas en el expediente clínico de la persona ingresada al este centro de atención. La finalidad de dicha construcción intertextual es la de enriquecer la “comprensión de los procesos sociales, y también para amplificar la complejidad del tema que nos convoca”.¹³

El análisis interpretativo que aquí se desarrolla parte de las interacciones dadas en la experiencia del proceso de atención de Ana, una mujer ingresada al Cifanep por una enfermedad neurodegenerativa crónica y referenciada a los cuidados paliativos. Para ello se consideraron las narrativas (originadas durante el trabajo de campo, en el expediente clínico y en las entrevistas) del residente de primer año (R1) del turno de noche que atendió y redactó la historia clínica de Ana en urgencias: el Dr. Jorge, R1 de neurología (en adelante Jorge R1 o Dr. Jorge), quien deriva a la familia a “cuidados paliativos”; la Dra. Andrea, R3 de neurología (en adelante Andrea R3 o Dra. Andrea), que tiene que explicar a la familia de Ana su estado actual de salud; la enfermera de atención paliativa, Mtra. Gema, quien funge como responsable de hacer la introducción al mundo de los cuidados paliativos; y, por último, la narrativa del esposo de Ana,

¹³ José Sánchez, *Un clamor de voces. Dialogismo y narrativas del riesgo en Molango*, 2014.

Samuel, su hermana Laura y su cuñada Jimena, en diálogo tanto con el personal de neurología como con el de cuidados paliativos.

Significados, fricciones y consensos desde la interacción social: apuntes y análisis etnográfico

Incorporación y significado de los cuidados paliativos desde la atención neurológica

En referencia a la primera pregunta de investigación, y como se mencionó anteriormente, la atención paliativa se incorporó al Cifanep por medio de un programa de redes de apoyo para cuidados paliativos de pacientes neurológicos. La doctora geriatra Sara y la enfermera Gema recordaban en las entrevistas sus inicios, cuando la primera comenzó a conformar un equipo multidisciplinario de acuerdo con la reforma legislativa, aunque, dado sus características de programa de apoyo, el personal de salud del centro de atención que se incorporó lo hacía en paralelo a sus otras funciones clínicas y administrativas. Que el personal de salud incorporado al programa de cuidados paliativos brinde su apoyo a pacientes y familiares cuidadores, depende del criterio del personal médico encargado de la atención. Éste debe elaborar oficialmente lo que se denomina una interconsulta,¹⁴ para la atención paliativa, ya sea a través del correo electrónico institucional o de la entrega del formato de interconsulta impreso a algunos de los miembros del programa. Paralelo a ello, dicho personal de salud desarrolla, de forma individual o conjunta, actividades de elaboración de informes, formación académica, publicación de bibliografía informativa para profesionales y familiares, capacitación del familiar para los cuidados paliativos fisiológicos en casa, o seguimiento de casos atendidos y egresados, entre otras. No obstante, desde su conformación como programa de atención paliativa hasta el periodo de investigación (2009-2019), el número de pacientes atendidos por el equipo fue de 500, lo que representa 4% de los casi 11 800 ingresos hospitalarios que hubo en ese mismo

¹⁴ Procedimiento administrativo hospitalario en el que los especialistas responsables de la persona enferma ingresada solicitan apoyo para cuestiones específicas del proceso de atención a otras áreas del Cifanep (trabajo social, nutrición, consultoría de enfermería, cuidados paliativos, rehabilitación, psiquiatría, etc.).

periodo.¹⁵ En primer lugar, esta situación deviene por el desarrollo lento y heterogéneo que ha registrado la incorporación obligatoria de los cuidados paliativos en México;¹⁶ por otra parte, también es considerada por investigaciones previas, respecto de la “actitud negativa” de profesionales médicos mexicanos, provocada por la ausencia o insuficiencia de formación curricular en materia de cuidados paliativos, así como por sus “actitudes paternalistas influidas por nuestros propios patrones culturales.”¹⁷

En segundo lugar, a estas disyuntivas se suma la representación y significado que se les da a los cuidados paliativos, tanto por familiares de pacientes neurológicos como desde el personal médico del centro hospitalario (residentes y adscritos). Durante los dos meses de trabajo de campo realizado junto a los profesionales de atención paliativa, cuando algunos familiares de personas ingresadas al Cifanep escuchaban que los médicos tratantes mencionaban los cuidados paliativos, les solía evocar la idea de una muerte próxima, o la necesidad de “dar cariñitos” y el mejor trato posible. Cuando la misma palabra era escuchada o emitida por profesionales de la salud neurológica se pudo observar que la representación de lo que es dar atención paliativa se vuelve más difusa, e incluso extrapolable a una de las siguientes funciones: capacitar al familiar para el cuidado de la persona enferma en el hogar o mediar entre el personal médico y el paciente/familia para hacer comprensible y aceptable el diagnóstico y tratamiento propuesto. Dicha idea de atención paliativa difiere entre el mismo personal de salud del hospital, dependiendo en buena parte del grado y la calidad de las interacciones entre los profesionales de dicho centro de atención, que manejan tratamientos curativos, y los que trabajan desde el programa de apoyo en cuidados paliativos. Ante esto, una de las consecuencias de la no referencia oportuna a los cuidados paliativos en el centro de atención, manifestada por algunos miembros de este programa de apoyo, es la aplicación de tratamientos agresivos dolorosos y costosos enfocados a la curación, en lugar de la búsqueda de un tratamiento de

¹⁵ Datos de ingresos proporcionados por miembros del equipo del programa de apoyo en atención paliativa del centro de atención.

¹⁶ Zoila Trujillo *et al.*, “Estudio piloto en cuidadores de pacientes con enfermedades neurológicas, sobre el significado y conocimiento de cuidados paliativos”, *Acta Bioethica*, vol. 21, núm. 2, 2015, pp. 191-198.

¹⁷ *Idem.*

acuerdo con la mejora de la calidad de vida del paciente y de los cuidadores.

Franjas de actividad en torno a los cuidados paliativos del Cifanep

En cuanto a la segunda pregunta de investigación, los datos etnográficos co-construidos durante trabajo de campo lleva a considerar la vinculación de las franjas de actividad con el reconocimiento y estatus institucional generado por la obtención en espacios físicos, desde los cuales se pueda visibilizar la atención paliativa en el Estudio piloto en cuidadores de pacientes con enfermedades neurológicas, sobre el significado y conocimiento de cuidados paliativos. Foley *et al.* denominan como “lucha de poder” cuando se produce la llegada de una nueva especialidad a un hospital.¹⁸ Dicha “lucha de poder” fue un tema importante narrado por una de las responsables del programa de apoyo de cuidados paliativos. No obstante, los logros conseguidos a lo largo del tiempo fueron también expuestos como reflejo del trabajo cada vez más reconocido del programa en el centro de atención. Así lo relató la enfermera Gema en la entrevista que se le realizó:

Luchamos por tener un espacio [...] Habló la doctora con el doctor de neurología y dijo que nos iba a asignar la oficina del segundo piso, pero asignando a otro doctor ahí también un espacio. Entonces fue como un acuerdo [Con la llegada] de La Fundación, se crean oficinas en las cuales podemos llevar la entrevista con el familiar cuando entra en crisis. Entonces vemos que hemos ganado más espacio. Ya tenemos el espacio de hospitalización [y] el espacio de La Fundación cuando las intervenciones son desde el punto de vista de intervención crítica, como una contención emocional ante malas noticias [...] Creo que hemos logrado, gotita a gotita espacios y estos espacios nos han brindado la confianza para que nos pidan las intervenciones y han visto también la ayuda que le brindamos a los familiares.

¹⁸ Rose-Anna Foley *et al.*, *op. cit.*

Estas experiencias narradas por Gema, y de acuerdo con Gross,¹⁹ dan muestra de las fricciones institucionales inherentes de cierta situación liminal o fronteriza entre la perspectiva biomédica curativa y la perspectiva de los cuidados paliativos, así como la “lucha” por el reconocimiento a través de la adquisición y mantenimiento de espacios propios.²⁰ El disponer de espacios compartidos o prestados para la interacción con pacientes y familiares, donde la atención paliativa no está presente de forma constante, es parte de la dinámica organizacional de la institución para con los grupos de apoyo, entre otros. Gema manifestó que tuvieron la visita de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) en el 2018 y que hablaron con ellos sobre la situación y necesidades de la atención paliativa en el Cifanep: “nos preguntaban si ya tenemos una unidad. Le hemos hecho saber que solamente es un programa, pero que tenemos la necesidad ya de tener un espacio donde lleguen nuestros pacientes de manera dirigida, donde los veamos como en las consultorías..., entonces eso sería lo ideal”. Para Gema, convertirse en un área de atención del centro hospitalario era una necesidad manifiesta a medio plazo, en la que la atención se genera en espacios cedidos (como la oficina en la segunda planta) y prestados por distintas áreas del Cifanep (como es la consultoría de enfermería o La Fundación). Esta necesidad muestra la complejidad de visibilizar la integración de la atención paliativa en espacios clínicos especializados, donde se prioriza la atención curativa incluso a enfermedades degenerativas.

Fricciones y consensos desde la interacción social

En relación con la tercera pregunta de investigación planteada, se realizará un breve análisis sobre las fricciones y consensos pautados en las distintas franjas de actividad donde interaccionan el personal de cuidados paliativos, el personal médico de neurología, la persona con enfermedad neurológica avanzada y sus familiares cuidadores. Me serviré de las narrativas co-construidas por los diferentes actores sociales presentes en las franjas de actividad relacionadas

¹⁹ Sky Gross, “Biomedicine Inside Out: An Ethnography of Brain Surgery”, *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, núm. 8, 2012, pp. 1170-1183.

²⁰ Rose-Anna Foley *et al.*, *op. cit.*

con el padecimiento de Ana, quien, como se señaló al inicio, fue atendida en el Cifanep por profesionales del área de neurología y de cuidados paliativos. Con la experiencia de Ana y de su familia se pretende mostrar las complejidades de comunicación (y sus silencios), en tiempos y espacios concretos, de las diferentes interacciones dadas entre personal de atención paliativa, de neurología y familiares, con el objeto de dar cuenta de las realidades y las problemáticas estructurales en cuanto a la integración de los cuidados paliativos en la atención de la salud mental y neurológica. Así pues, desde las voces implicadas en una suerte de intertextualidad (inclusive la de la investigadora y autora del presente texto), expondré y realizaré análisis interpretativo de las interacciones emergentes durante la trayectoria de atención a Ana en el centro de atención, desde el registro en urgencias de su posible padecimiento, la primera presentación de la historia clínica de Ana en una sesión de neurología, hasta la notificación de su posible diagnóstico y la referencia de los familiares a los cuidados paliativos del hospital.

*Lunes, 18 de marzo, 22: 00 a 24:00 horas.
“De la desorientación a la demencia progresiva”:
ingreso de Ana al servicio de urgencias del Cifanep*

Ana nació en 1969, en una zona rural de Oaxaca. De creencias católicas y con estudios de primaria terminados, reside con su esposo, Samuel, e hijas (Lucía y Celia), en una colonia en los límites de la Ciudad de México. Con 49 años (edad durante el periodo de investigación), Ana trabajaba de ama de casa en su hogar y también, un día a la semana, efectuaba trabajos domésticos en una residencia de la capital. Samuel trabaja de ayudante en una empresa particular de imprenta, sin opción a contrato regularizado. Lucía está haciendo su servicio social sobre administración y muy pronto iniciará los trámites para su titulación. Celia, la hija más pequeña, tiene 16 años y va a la preparatoria. Junto a ellos, en una casa aparte, vive Fabiola, la viuda del hermano de Samuel, quien afirma tenerle mucho cariño a su cuñada Ana. Otras dos mujeres familiares que participaron en las interacciones con el personal de neurología y atención paliativa fueron Laura (hermana de Ana) y Jimena (hermana de Samuel). Ambas trabajan y residen con sus respectivas familias en diferentes

colonias de la Ciudad de México, muy alejadas de la zona donde viven Ana y Samuel.

En la historia clínica de Ana, realizada por un residente de primer año del servicio de urgencias, se narra que el proceso de enfermedad y de atención comienza aproximadamente en octubre de 2018. Éstas son algunas notas extraídas de su historia clínica, elaboradas el 18 de marzo del 2019:

Tiene antecedente desde hace cinco meses, al presentar cefalea pulsátil, en hemisferio derecho, retrocular derecho. De intensidad refiere que llegó a ser el peor de su vida [...] [El] padecimiento actual inició hace un mes al presentar desorientación espontánea mientras caminaba del metro a su trabajo. Duró media hora, nunca perdió el conocimiento. Recurrió 20 días previos a esta consulta al presentar recurrencia de esta sintomatología en la misma situación, pero ahora refiere que duró dos horas [...] Al volver a su trabajo presentó nuevo episodio de desorientación al grado de tomar línea del metro en dirección contraria. Presentó una nueva recurrencia al intentar visitar a su esposo en su trabajo. Presentó nuevo episodio de desorientación en lugar aproximadamente a principios de marzo. Acudió a consulta con médico similar, quien realizó tomografía de cráneo y estudios de sangre, que se encontraron sin alteraciones. Acudieron a valoración con tercer médico [neurólogo] quien sugirió trastorno funcional. El día de hoy presentó episodio de lateralización de la marcha y desubicación, por lo que deciden acudir a valoración a hospital X y posteriormente es referida a este hospital para valoración.

Entre las recomendaciones terapéuticas expuestas en el expediente clínico de ese día, se describe la revisión y discusión del cuadro clínico con el residente responsable de tercer año, quien solicita el ingreso de Ana a la institución para continuar su abordaje clínico neurológico. Así, lo que empezó siendo para Ana breves y “espontáneos” episodios de desorientación, acabó convirtiéndose en un ingreso al Cifanep con diagnóstico de demencia rápidamente progresiva.

*Lunes 25 de marzo, 14:00 horas. "Ellos no están conscientes":
referencia a cuidados paliativos como medio de traducción*

Una semana después del ingreso de Ana por urgencias, el 25 de marzo, Jorge R1 extiende una solicitud por escrito de interconsulta para atención paliativa, dejándola en el escritorio de la enfermera Gema en ausencia de ésta. En dicha solicitud no se especifica el motivo de la referencia, sólo el diagnóstico presuntivo o síntomas: demencia rápidamente progresiva, probable Creutzfeldt Jakob. Al día siguiente, después de la sesión matutina semanal de neurología, me acerqué al Dr. Jorge y le pregunté cuál había sido el motivo de enviar a Ana a atención paliativa, a lo que él respondió: “[fue más bien para] el manejo en cuanto a la familia, porque ha sido muy difícil manejarlo. Ellos no están conscientes, por más que se les ha explicado. Son de escasos recursos, no tienen muy buena educación, están un poco aversivos a esto: qué tiene, qué es lo que entienden que tiene y demás. Entonces como que sentimos que nos podían apoyar más en esa parte de la familia”. En la complejidad de la interacción dada entre profesionales en formación (residentes) con la familia de la persona afectada, entran en juego representaciones socioculturales que se tienen de la población civil atendida en el centro: gente mayoritariamente de recursos económicos bajos, de condición migratoria (de zonas rurales u otros estados) y, por tanto, de nivel de estudios básicos. Lo que consideran como falta de entendimiento de la situación se resuelve solicitando la intervención del personal de atención paliativa. En este sentido, el modelo de cuidados paliativos no es considerado como una especialidad más de atención, sino que es reducida en este caso a la función de traducción y mediación entre el personal médico y la persona atendida/familiar. Función que, para los residentes y adscritos, tiene la capacidad necesaria para lograr comunicarse desde los mismos códigos comunicativos utilizados por la población atendida, por medio de elementos como la empatía, la paciencia y la temporalidad, ya que disponen de un marco temporal mayor para la atención.

Martes 26 de marzo, de 9:00 a 11:00 horas.
“Un caso muy interesante”: Ana en la sesión de neurología

La enfermera Gema llegó a su oficina a las 7:30 de la mañana, un día después de haber redactado Jorge R1 su solicitud de apoyo a cuidados paliativos. Sobre su mesa se encuentra la hoja de interconsulta con los datos diagnósticos y personales de Ana. Gema guarda dicha solicitud en su carpeta con los demás documentos clínicos que requerirá ese día y se dispone a elaborar su pase de visita matutino. Esta vez finaliza su recorrido en la segunda planta, donde observará la sesión semanal de presentación de nuevos casos. A las 8:30 de la mañana, la sala donde revisarán dichos casos está totalmente ocupada por personal médico de todas las categorías jerárquicas (R1, R2, R3 y médicos adscritos). Los presentes son observados por estudiantes y distintos profesionales de la salud en una sala adjunta, a través de una pantalla de televisión. A las 9:00 de la mañana le toca el turno “al caso de Ana”, presentado por Jorge R1 y apoyado por el Dr. Ángel, el R2 coordinador de residentes de primer año como Jorge. A diferencia de los demás compañeros, Jorge R1 desarrolla una narrativa sobre Ana bastante detallada y ordenada cronológicamente. Relata de forma extendida lo que se anotó en la historia clínica del 18 de marzo, aunado a más datos que Samuel, el esposo de Ana, le proporcionó. Tras esto, como instrumento de apoyo audiovisual, ofrece al público unos videos cortos de Ana en su cama del hospital, en los que aparece semisentada, con una mesita rectangular frente a ella, con varios objetos. Se escucha la voz fuerte y seca de Ángel R2 y Jorge R1 (pero no aparecen en el video); le hablan de tú a Ana y ordenan realizar ejercicios consecutivos de señalización con su mirada y con la mano derecha, parte afectada de su cerebro. Fue el único momento del trabajo de campo en el que pude ver a la paciente consciente e interaccionando con diversas personas. El resto de los días, cada vez que la visitaba, la encontraba dormida o se encontraba en alguna área donde le practicaban más estudios clínicos. Al terminar su exposición, uno de los adscritos, Dr. Pablo, le pregunta a Jorge R1 cuál es la interpretación clínica de la historia que les había relatado, reiterándole que él tenía “que armar la historieta”, enfatizando, “la historia es de quien la cuenta y [nosotros] te compramos la historia”. Así se genera el siguiente intercambio de ideas, registrado en el diario de campo ese 26 de marzo:

Dr. Pablo: —¿Cuál es tu primer enfoque?

Jorge R1: —Yo lo primero que pensé fue demencia crónico-degenerativa, varios sistemas afectados.

Dra. Ana: —¿Y el único informante fue el esposo?

Jorge R1: —Sí, luego vino la hermana, pero el que vive con ella es el esposo.

Dr. Pablo: —¿Y qué te preocupa del enfoque?

Jorge R1: —Mantengo la posibilidad, pero estos datos me hacen..., porque decirle a la paciente que tiene una enfermedad que la va... que se la va a llevar [chasea sus dedos, mientras que su voz se escucha como si le costara decir esas palabras], sin haber descartado todo lo demás, no me quedaría tranquilo, se me hace muy duro [...].

Dr. Pablo: —¿Y pueden pagar el P.E.T., un T.A.C...?

Jorge R1 (y otros R): —No.

Dr. Pablo: —Mientras esté hospitalizada pídanle todo lo que no se tenga que hacer por fuera, y así no tienen que pagar.

Al responder Jorge R1 sobre qué le preocupaba del enfoque que estaba presentando como diagnóstico, la fluidez narrativa que había mantenido se desvaneció por un corto instante en el que parecía que le costaba emitir las palabras que conformaban su respuesta; su voz quebrada dio paso a un breve silencio incómodo en la sala de juntas. El Dr. Pablo cierra la exposición a las 9:40 de la mañana con el comentario de que Ana es “un caso muy interesante”. Durante la exposición, Jorge R1 no mencionó la derivación a cuidados paliativos que él mismo solicitó, a pesar de estar presente en la sesión la responsable de dicho equipo. La doctora Sara supo de la interconsulta de Ana a través de Gema, quien estaba escuchando la sesión en la otra sala. Sin embargo, la doctora permaneció en silencio durante la sesión de neurología sin agregar comentarios o dudas al respecto de la situación de Ana y su interconsulta a atención paliativa. Terminada la sesión, todos los asistentes se dispersaron por el pasillo principal y se dirigieron a sus áreas correspondientes entre pláticas y comentarios sobre “los casos” que se presentaron y otros temas.

La franja de actividad presentada aquí como “sesión de neurología” da cuenta del entramado complejo de interacciones enmarcadas en el sistema jerárquico de la biomedicina institucional especializada. Bajo el esquema interpretativo de un espacio de formación en neurología, se presencia la estructura discursiva entre un residente de primer año como Jorge y el cuerpo de médicos adscritos.

Las observaciones y datos etnográficos, en torno a este tipo de sesiones, muestran la prioridad de “armar la historietita” clínica para “ser comprada” por los adscritos, frente a otras cuestiones apenas contempladas, como los aspectos socioculturales de los afectados por la enfermedad (pacientes y cuidadores). Esta jerarquización de prioridades genera, en cierto sentido, momentos esporádicos de tensión en las breves interacciones dadas entre los residentes de primer año, como el Dr. Jorge, y los adscritos, como el Dr. Pablo. Un ejemplo de ello se pudo observar en ésta y otras sesiones, en cuanto a las directrices de los adscritos para que los residentes ponentes se ciñan a una exposición escueta, concisa y clara sobre los datos clínicos de los pacientes. Un ejemplo más observado en esta franja de actividad es cuando los residentes como Jorge pasan de un tono de voz seguro, pausado y aprendido al exponer el caso clínico, a un tono de voz entrecortado y dubitativo, cuando un adscrito le insta a compartir sus preocupaciones sobre el enfoque que está dando a la enfermedad de Ana. La tensión se disipa en estas interacciones a través de breves e incómodos momentos de silencio, y la inserción de nuevas preguntas sobre cuestiones de estudios clínicos hacia los residentes que presentan sugerencias, por parte de los adscritos, para que pidan estudios dentro del Cifanep y “no tengan que pagar” de más los familiares. En el caso de la exposición de Jorge R1, se considera muy relevante el hecho de que, cuando éste respondió preocupado que se le hacía “muy duro” decirle a Ana que lo que tenía “ya no se le va a quitar”, los adscritos presentes en la sala, así como el Dr. Ángel R2 y la Dra. Andrea R3 (responsables de los R1 como el Dr. Jorge) no contemplaron profundizar más sobre este aspecto. Al contrario, el tema se evadió (disminuyendo así de cierta forma la tensión que hubiera podido darse) de forma muy natural, continuando con la revisión de los estudios clínicos aportados por Jorge R1 y comentándolos entre ellos. Más adelante, desde mi observación como investigadora, en lo que se considera un intento por ponderar la situación familiar de Ana y cerrar en cierto sentido la preocupación de Jorge R1, el Dr. Pablo ciñe su interés por la cuestión familiar a los recursos económicos, resolviendo la tensión con breves consejos.

Paralelo a estas interacciones con carácter formativo-curativo se observa la ausencia de interacciones entre los actores de la atención neurológica y los actores de los cuidados paliativos. A pesar de que la derivación de Ana hacia la atención paliativa se solicitó para “traducir” a la familia el proceso de diagnóstico y de atención (tema que,

recordemos, le preocupaba abiertamente al Dr. Jorge), parece que no se consideró asunto relevante exponerlo en la sesión. Dicha ausencia de interacciones se manifiesta en los silencios de la Dra. Sara cuando presentan el informe clínico de Ana y no se menciona la interconsulta a cuidados paliativos por parte de Jorge R1 frente a sus R2, R3 y adscritos. Estas interacciones no dadas o silenciadas, y de acuerdo con lo discutido en investigaciones previas como las de Foley *et al.*,²¹ son dadas en gran parte por la falta de conocimiento preciso y refuerzo en el currículo formativo sobre lo que es el modelo paliativo y todo lo que puede aportar a la persona y su familia, por lo que se reduce a la traducción de diagnósticos.

De 11:00 a 12:00 horas. “¿Qué pasó Ana?, ¿qué necesitas? Estamos aquí para ayudarte”. Inicio de los cuidados paliativos

Un poco antes de que terminara la sesión de neurología, Gema y las pasantes de medicina, que hacen su servicio en el programa de cuidados paliativos, van a conocer a la nueva paciente, Ana, dirigiéndose a su habitación. Una vez con ella iniciaron una breve evaluación físico-cognitiva. Momentos después me incorporé y encontré a Gema y a las pasantes hablando con Ana y hacían algunas preguntas para conocer su estado de reacción e interacción. Mientras Gema revisaba las anotaciones de las enfermeras sobre los signos y síntomas, una de las pasantes le tomaba la mano con suavidad y le decía con un tono familiar: “¿Qué pasó Ana? ¿Qué necesitas?”; sin embargo, Ana tendía a quedarse dormida y con dificultad podía responder a las interacciones. Gema, en una de las veces que se acercó a ella le susurró: “Estamos aquí para ayudarte”. La habitación tenía un espacio reducido, contaba con tres camas separadas por cortinas corredizas. Mientras estábamos con Ana, el grupo de R1, R2 y R3, que habían presenciado la sesión, entre ellos el Dr. Jorge, entraron también a la habitación para hacer su pase de visita a las tres mujeres que ahí había. Intercambiaron todos, incluyéndome, saludos formales y los residentes empezaron con la mujer que estaba más alejada de Ana. Durante el breve tiempo que coincidieron en la habitación de Ana (no más de 5 minutos) no intercambiaron ningún comentario, consulta o duda sobre ella y, en particular, sobre la incorporación del

²¹ Rose-Anna Foley *et al.*, *op. cit.*

apoyo de cuidados paliativos a su atención. Tras la cortina no podía evitarse escuchar las voces de los residentes, hablando sobre la mujer que tenían delante, pero ni el grupo de residentes ni Gema y pasante iniciaron diálogo alguno sobre las mujeres presentes o sobre Ana. Antes de que los residentes pasaran con Ana, Gema y las pasantes terminaron de valorarla, se despidieron de ella con un tono amable y suave, y salimos de la habitación tras despedirnos también de los residentes. Bajamos todas a la planta baja donde Gema buscó apoyo con la trabajadora social del área de neurología para localizar a la familia de Ana y concertar una cita para presentarse. La trabajadora social indicó que estaban en la sala de espera y, al encontrarlos allí, salimos todos a la zona de la entrada principal. Ahí, paradas, frente al esposo, hija, hermana y cuñada de Ana, Gema se presentó brevemente y los citó a las 14:00 horas, dos más tarde, en la sala de La Fundación para que pudieran recibir el informe diario de neurología que se da a conocer a las 13:00 horas. Una vez concertada la cita, Gema, las pasantes y yo nos dirigimos hacia las oficinas de cuidados paliativos y los familiares se fueron a buscar algo para desayunar.

En la primera franja de actividad descrita, en la habitación de Ana se observó una tensión no expresada abiertamente, pero sí manifiesta, entre los dos tipos de atención, la curativa y la paliativa, resignificados en la estructura jerárquica organizacional al pertenecer esta última a la sección de “grupos de apoyo” y no a las áreas de especialidad clínica. La evasión de interacciones en dicha franja de actividad (pase de visita) refleja, de algún modo, las representaciones sociales que el personal biomédico con especialidad en atención curativa tiene y reproduce sobre la atención paliativa, esto es, sólo como traductora del diagnóstico y pronóstico a los familiares para que éstos entiendan claramente la situación de enfermedad y cuidados necesarios que, como biomédicos curativos, no les pueden hacer entender. Por su parte, y a modo de consenso relacional, el personal presente de cuidados paliativos asimila de forma consciente su rol dentro de esta dinámica organizacional y jerárquica hospitalaria, alimentado también por las relaciones de poder dadas: los residentes son médicos en formación, mientras que el equipo de atención paliativa presentes en la habitación era personal de enfermería y pasantes de medicina.

La segunda franja de actividad se genera con el primer encuentro del personal de cuidados paliativos con los familiares de Ana

que, en este caso, tuvo lugar en la sala de espera del área de trabajo social, pero normalmente se puede dar en espacios como éste (salas de espera para familiares en las distintas plantas) o en los espacios estructurales cedidos o prestados como una oficina en la segunda planta o en las instalaciones de La Fundación, en el interior del Cifanep. En estos encuentros, previos a una cita para presentarse formalmente, la calidad e intensidad de las interacciones entre el personal de cuidados paliativos y los familiares se ve afectada por las irrupciones del espacio y el tiempo en el que surgen. Ello visibiliza problemáticas observadas en el cotidiano hospitalario. Por un lado, el riguroso y planificado horario de entrega de informes médicos a familiares (inicia a las 13:00 horas y hasta que pase el último familiar formado), que conlleva a que el resto de las intervenciones clínicas con los familiares, por ejemplo las sesiones de cuidados paliativos, adapten sus horarios a dicha planificación, con el propósito de dar también un tiempo de atención de calidad a los familiares. Por otro lado, la complejidad en el ajuste de las agendas interprofesionales del personal de atención paliativa, ya que ésta se realiza paralela a sus funciones laborales (consulta médica, trabajo social, coordinación de investigación, área de bioética o pasantía).

*De 13:00 a 13:20 horas: “Ana tiene una enfermedad neurodegenerativa. No es mal de ojo”.
Informe médico en neurología*

Cuando Samuel (esposo), Claudia (hija), Laura (hermana) y Jimena (cuñada) llegaron a las 13:00 horas al informe médico familiar, los recibió la Dra. Andrea R3, responsable de todo el equipo de residentes de primer y segundo año. Ella es la encargada de dar, a los familiares, los informes de las mujeres atendidas en neurología. En primer lugar, la Dra. Andrea les advirtió que el informe se expone a un solo familiar, pero que, por lo complejo de la enfermedad de Ana, ese día harían una excepción e informaría a los presentes. En una habitación de un metro cuadrado, Samuel y Celia se sentaron en las únicas dos sillas disponibles; Samuel frente a la doctora y Celia a sus espaldas. El resto permaneció de pie, mientras Andrea R3 informaba que Ana padecía era una enfermedad neurodegenerativa, en la que el proceso podía igual durar tres meses como cinco años. Prosiguió argumentando que podía ser ocasionada por un virus que ella producía

en su cerebro, y por ello, necesitaban hacer más estudios para estar seguros de qué tratamiento iba a ser el más correcto. Cuando Andrea R3 les dio la palabra, sólo Jimena y Laura preguntaron. Jimena permanecía parada, con una libreta cuadrada muy pequeña y una pluma. Preguntó cómo era el nombre de la enfermedad que había nombrado y cuáles eran las causas. Jimena le mencionó a Andrea R3 que Laura, ahí presente, pensaba que le habían echado mal de ojo. Laura permaneció en silencio, con la cabeza medio agachada y ni asintió ni desmintió el comentario de Jimena en su nombre. Su rostro serio y cabizbajo reflejaba preocupación. Andrea R3 alzó la mirada hacia ellas y enunció un rotundo ¡no!, que esas cosas no tienen nada que ver y que ellos están investigando a través de estudios clínicos y de seguimiento cuál es el origen de la enfermedad. Tras esto, Jimena insistió a Laura, Samuel y Celia que preguntaran a la doctora, que no se quedaran con las ganas de saber ahora que estaba ahí presente. Fue cuando Laura preguntó con voz muy quebrada y pasando saliva: “Entonces, ¿no se va a curar nunca?”. Andrea R3, con gesto serio y con la mirada dirigida a todos los familiares les repitió que es una enfermedad neurodegenerativa y que por ello los estaban remitiendo con los compañeros de paliativos, para que les hablara de los cuidados en el hogar. Cerró la conversación solicitando a Samuel su firma en el cuaderno de notificaciones e informes. Minutos después, toda la familia presente se dirigió a las instalaciones de La Fundación tal como habían acordado con la enfermera Gema.

En esta franja de actividad denominada “informe médico” se puede advertir dos perspectivas que conforman la forma de configurar la enfermedad de Ana. De acuerdo con la propuesta de interaccionismo simbólico de Mead, el símbolo significativo emerge cuando un gesto, un acto de habla, o el lenguaje evoca el mismo significado para el actor A que para el actor B.²² En este caso, por ejemplo, un símbolo significativo emergente en común entre la Dra. Andrea y la familia de Ana sería el reconocimiento del sistema biomédico establecido en México, que implica un sistema de atención y tratamiento específico. No obstante, actores como los familiares de Ana y el personal de neurología del Cifanep interactúan desde marcos de referencia diferentes. Desde el saber biomédico, la Dra. Andrea configura los signos y síntomas que presenta Ana como una enfer-

²² George Ritzer, *Teoría sociológica moderna*, 2002.

medad neurodegenerativa, producida quizás por un virus que su mismo cuerpo está produciendo. Para Laura, y desde el saber cultural-popular de la zona rural de donde son originarios, la pérdida de memoria de su hermana, su desorientación, la pérdida de movilidad en ciertas extremidades y su dificultad para hablar, evocaron en ella el pensar que su hermana puede ser víctima de “mal de ojo”. Cuando ambos símbolos significantes, evocados desde marcos de referencia diferentes (el biomédico científico y el de la cultura popular), toman posición en una franja de actividad determinada como la oficina de residentes de neurología, la fricción se hace evidente, la tensión se hace presente. Todos permanecen en silencio cuando la Dra. Andrea elimina al mal de ojo de cualquier significado relacionado con la enfermedad con un rotundo “eso no tiene nada que ver”. En este sentido, en el encuentro de dos marcos de referencia como los registrados, la franja de actividad es la que determina la validación de un diagnóstico sobre otro. El hecho de estar en un centro de atención de salud mental y neurológica inviste de mayor peso significativo al lenguaje médico que, en este caso, al conocimiento popular referido por Jimena. La tensión se regulariza, pues, cuando la Dra. Andrea asevera sus conocimientos, basados en evidencias científicas, respaldados por la institución en la que se encuentra y, además, al solicitar que Samuel firme el registro de informes médicos como un acto de entendimiento y aceptación de la información y diagnóstico remitido, pareciera desdibujar contundentemente los supuestos de los familiares.

*De 14:30 a las 15:25 horas: “Ya no estoy entendiendo.
Si no hay nada que hacer, hay que dejarla tranquila”.
Incertidumbre, tensiones y consensos en torno
a los cuidados paliativos*

Mientras la familia de Ana terminaba de recibir el informe médico y nos dirigíamos a La Fundación para su encuentro con el personal de cuidados paliativos, Gema y Miguel (estudiante de psicología que brinda su apoyo voluntario al programa) tuvieron que acudir a una intervención en la sala de urgencias. Este evento súbito retrasó su cita con la familia de Ana casi una hora. Su cuñada Jimena parecía ansiosa, tenía mucha prisa en llegar a su casa, pero le interesaba quedarse para entender qué son los cuidados paliativos, de cara a

la atención de Ana en casa. Tras disculparse por la demora, Gema y Miguel se presentaron formalmente y la primera comenzó a hacerles preguntas sobre lo que sabían del diagnóstico y pronóstico de Ana. Samuel resumió la sesión anterior y señaló “que no hay cura, no hay tratamiento y que el peor de los casos puede durar de tres meses a cinco años”. De ahí inician una conversación sobre los recursos económicos con los que cuentan para hacer frente a los gastos por los estudios clínicos. Gema les aconseja apoyarse con la trabajadora social que lleva los casos de neurología. En ese momento, Jimena manifiesta verbalmente su molestia sobre el tema y reclama: “es que ya no estoy entendiendo, porque la doctora dijo que puede durar entre tres meses a cinco años y usted nos está hablando de tratamientos; si no hay nada que hacer, ¡pues hay que dejarla tranquila!”. Este grado de desconcierto llevó a Jimena a manifestar en varias ocasiones su descontento por lo que ella creía iba a ser aquella sesión: “yo solo vine para saber de cuidados paliativos y estoy aún esperando mi plática”. Tras un efímero momento incómodo de silencio, Gema lleva la conversación hacia un tema diferente, como el de solicitar los datos personales y familiares de Ana y Samuel, mientras llena el formulario de registro al programa de atención paliativa. Durante el resto de la sesión, Jimena siguió manifestando que su interés era aprender a cuidar y que aún no se enteraba bien de qué iban los cuidados paliativos. La sesión finaliza con la programación, para otro día, del curso de capacitación sobre cuidados de Ana en el hogar; todos nos despedimos con un saludo de mano y salimos de La Fundación. Gema y Miguel regresaron a las oficinas de cuidados paliativos; Jimena se va apurada del Cifanep; Samuel, Laura, Celia y yo nos dirigimos al edificio donde se encuentran los profesionales de genética, pues cuando salimos del informe médico de neurología nos abordaron dos estudiantes para invitar a los familiares directos de Ana a acudir con los compañeros de genética y hacerles a ellos unas pruebas.

La última franja de actividad aquí descrita es la de “presentación de los cuidados paliativos”. En ella se pudo observar el papel de la incertidumbre en torno a qué son y cuándo aprender a dar cuidados paliativos. Dicha incertidumbre, manifestada especialmente por Jimena, permeó en la dinámica de las interacciones dadas y generó episodios de tensión que no se alcanzaron a resolver en este primer encuentro. La primera fricción o tensión que tuvo lugar en esta franja de actividad fue cuando Jimena manifestó su molestia y confusión,

puesto que por un lado, la Dra. Andrea decía no haber cura ni tratamiento y, por otro, Gema hablaba de buscar apoyo económico con la trabajadora social para los tratamientos que recibiría Ana. Aquí la tensión vivida por Jimena viene dada por lo que se ha ido señalando a lo largo del presente texto, esto es, la contraposición de modelos de atención (curativo y paliativo). En México, la convivencia de estos dos modelos de atención en el sistema de salud desde el 2009 aún no acaba de conformarse con claridad en las instituciones, lo que se refleja en las incertidumbres de los familiares, a quienes se les dificulta recibir, desde la institución, la información y herramientas adecuadas para concebir de forma clara la diferencia entre ambas. Como estrategia de consenso y disminución de incertidumbre provocadas en Jimena, Gema le proporciona un panorama breve pero claro sobre la función y finalidad de los cuidados paliativos y de los profesionales del Cifanep que colaboran.

El segundo momento de tensión también fue protagonizado por Jimena cuando manifestó con tono molesto: “yo solo vine para saber de cuidados paliativos y estoy aún esperando mi plática”. Jimena llevaba todo el día expresando corporal y verbalmente su ansiedad por terminar pronto todo el proceso en el que estaban envueltos, pues debía volver a su hogar para retomar sus tareas domésticas y laborales, lo que le tomaba casi dos horas de camino. También insistía en que no sabía si podría venir otro día y que exclusivamente llegó ese día porque le iban a dar el diagnóstico de Ana y les iban a platicar qué podían hacer para atenderla como familiares. De ahí que el retraso de casi una hora en la llegada de Gema y Miguel acrecentara su inquietud e incertidumbre de lo que representaría su papel en el cuidado de su cuñada. Los tiempos protocolarios de atención y los tiempos de disposición de familiares confluyen y crean tensiones para estos últimos, siendo ellos los que finalmente deben de adecuar sus horarios laborales y personales a los tiempos institucionales del Cifanep. La estrategia de Gema para reducir la ansiedad de Jimena, ante las constantes interrupciones y los señalamientos de que no estaba recibiendo lo convenido, fue citarlos a una capacitación que daría ella misma, cuya finalidad era la de enseñarles cómo llevar a cabo los principales cuidados de Ana en el hogar y resolver todas sus dudas. En caso de que ninguno pudiera estar presente, como Jimena manifestaba, les dejaba en una presentación de *Power Point* toda la información de los cuidados, contenidos en una memoria extraíble. Este tipo de interacciones son reflejo de las dificultades

que supone integrar un modelo paliativo en un nicho geopolítico como el mexicano, en el que las políticas públicas de salud han sido históricamente enfocadas hacia el manejo de enfermedades infecciosas. El trabajo aquí presentado se aúna de este modo a lo señalado en diversas investigaciones sociales,²³ en el sentido de que la implementación de atenciones paliativas en instituciones hospitalarias lleva a los profesionales de la salud a realizar ejercicios de formación y capacitación especializada en cuidados paliativos, así como reajustar sus jornadas laborales cuando no haya posibilidad institucional de dedicarse a tiempo completo a dichos cuidados paliativos. Derivado de ello, se observó en trabajo de campo la dificultad de mostrar una imagen interdisciplinar de lo que es la atención paliativa, quedando ésta relegada a intervenciones puntuales de cada profesional participante, de acuerdo con necesidades emergentes, en diferentes tiempos y espacios.

Conclusiones

En el trabajo presentado se fueron analizando e interpretando los datos etnográficos referentes a cada una de las preguntas de investigación planteadas al inicio. El análisis realizado dejó entrever el hecho de que la integración de cuidados paliativos plantea dos importantes obstáculos: por un lado, las limitaciones estructurales, organizacionales, humanas y materiales del equipo de cuidados paliativos para transmitir y llevar a cabo la atención paliativa y, por otro, la aprehensión de lo que son los cuidados paliativos por parte del personal de salud de las distintas áreas de atención, pacientes y cuidadores. La estrategia de consenso, por parte de los cuidados paliativos, ante las fricciones o tensiones que ello involucra, es la de generar herramientas informativas y estrategias laborales que ayuden a la aprehensión de la atención paliativa como necesaria y beneficiosa para el paciente-familiar-institución. Cuando la incertidumbre de curación desborda al médico en formación, los silencios en las sesiones académicas dirigen las narrativas del personal clínico hacia temas sociales que desvíen e invisibilicen del diálogo el tema de la muerte por la enfermedad. De igual forma, el silencio del personal de atención paliativa, presente en la sesión académica, refuerza en

²³ Rose-Anna Foley *et al.*, *op. cit.*

cierto modo la idea de traductor o mediador familiar, por lo que pareciera que se reduce su intervención cuando se habla de familiares y de las contingencias en torno al regreso a su hogar. En el equipo de atención paliativa recae la función de traductores de diagnósticos y pronósticos graves, de malas noticias, confiriendo al personal de atención paliativa la capacidad de “hacer entender a la familia”, en términos de Mead, el símbolo signifiante biomédico de la enfermedad neurológica a tratar. De acuerdo con Finkler²⁴ y Foley *et al.*,²⁵ las instituciones hospitalarias no son representativas de un solo modelo biomédico; al contrario, están marcadas por la idiosincrasia cultural de cada nicho geográfico, político, cultural y económico. Finalmente, el silencio dado entre residentes y equipo de atención paliativa cuando coinciden en la habitación de Ana (atendida por ambos) da paso a una narrativa corporal, la cual da cuenta del estatus y de la jerarquización profesional en instituciones médicas, así como de las tensiones o fricciones de cara a una atención integral curativa-paliativa. En el Cifanep, los cuidados paliativos emergen no como un área clínica, sino como un programa de apoyo a pesar de la normatividad gubernamental establecida desde 2009. Ello lleva a que las interacciones del personal de atención paliativa con el resto de personal de salud, con los pacientes y con sus cuidadores principales, se hagan, por demás, aún más complejas desde sus contrapuestos marcos de referencia.

Por último, un punto de reflexión importante proporcionado por los datos co-construidos durante la investigación es la incertidumbre ante lo que son los cuidados paliativos. Por un lado, el personal médico residente no cuenta con la formación académica suficiente sobre la modalidad de atención paliativa, especialmente aplicada a las enfermedades neurológicas con las que diariamente trabaja. En su lugar, su percepción de los cuidados paliativos reduce a éstos a referenciar a los familiares para que sean ellos quienes “les traduzcan” el diagnóstico y los capaciten en las técnicas de cuidado e higiene en el hogar hacia el paciente. Por otro lado, los familiares de Ana se encuentran entre los familiares que entienden los cuidados paliativos como un medio para “brindar ayuda” a su familiar enfermo y entre los familiares que “no saben” exactamente qué son esos

²⁴ Sjaak van der Geest y Kaja Finkler, “Hospital Ethnography: Introduction”, *Social Science and Medicine*, vol. 59, núm. 10, 2004, pp. 1995-2001.

²⁵ Rose-Anna Foley *et al.*, *op. cit.*

cuidados, o los relacionan con no recibir ningún tipo de tratamiento, y exigen que se les explique bien mediante cursos o pláticas.²⁶ Estas representaciones de lo que son o no son los cuidados paliativos se reflejan en las interacciones dadas y generan fricciones al no consensuar un símbolo significativo entre los interactuantes, los cuales, como ocurrió con los familiares de Ana, quienes aun estando en un marco de referencia institucional hospitalario biomédico, muestran sus propios marcos de referencia cultural al intentar explicar la afección de Ana como “mal de ojo”.

Bibliografía

- Ariès, Philippe, *La historia de la muerte en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*, F. Carbajo y R. Perrin (trads.), Madrid, El Acantilado, 2005.
- Foley, Rose-Anna *et al.*, “From Curative to Palliative Care: Confronting the New Medical Realities in a Hospitalised end of Life”, en Silvie Fainzang *et al.* (eds.), *The Taste for Knowledge. Medical Anthropology Facing Medical Realities*, Reino Unido, Aarhus University Press, 2010.
- Goffman, Erving, *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*, José Luis Rodríguez (trad.), Madrid, Siglo XXI, 2006.
- Gross, Sky, “Biomedicine Inside Out: An Ethnography of Brain Surgery”, *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, núm. 8, 2012, pp. 1170-1183.
- Hamui, Liz, “¿Cómo analizar las narrativas del padecer? Construcción de una propuesta teórico-metodológica”, *Revisa CONAMED*, vol. 21, núm. extra 2, México, 2016, pp. 60-65.
- Harding, Sandra, “Is There a Feminist Method?”, en Sandra Harding (ed.), *Feminism and Methodology*, Bloomington / Indianapolis, Indiana University Press, 1987.
- Joas, Hans, “Interaccionismo simbólico”, en A. Giddens y J. Turner (comps.), *La teoría social hoy*, México, Alianza Editorial / Conaculta, 1991, pp. 112-154.
- Mattingly, Cheryl y Linda C. Garro, *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*, University of California Press, 2000, pp. 1-49.
- OMS, *Cuidados paliativos*, 2018, recuperado de: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.
- Ritzer, George, *Teoría sociológica moderna*, 5ª ed., México, Mc Graw Hill, 2002.
- Sánchez, José, *Un clamor de voces. Dialogismo y narrativas del riesgo en Molango*, México, CIESAS, 2014.

²⁶ Trujillo *et al.*, *op. cit.*, 2015.

- Secretaría de Gobernación, "Decreto por el que se reforma y adiciona Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos", *Diario Oficial de la Federación*, 5 de enero de 2009.
- Secretaría de Salud, "Norma Oficial Mexicana NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos", *Diario Oficial de la Federación*, 9 de diciembre de 2014.
- Trujillo, Zoila, "Introducción", en Zoila Trujillo *et al.* (eds.), *Guía general de cuidados paliativos para el personal de salud*, Secretaría de Salud-INNN, 2014.
- Trujillo, Zoila *et al.*, "Estudio piloto en cuidadores de pacientes con enfermedades neurológicas, sobre el significado y conocimiento de cuidados paliativos", *Acta Bioethica*, vol. 21, núm. 2, 2015, pp. 191-198.
- , "Investigación sobre cuidados paliativos en México. Revisión sistemática exploratoria", *Revista Mexicana de Neurociencia*, vol. 19, núm. 2, 2018, pp. 74-85.
- Van der Geest, Sjaak y Kaja Finkler, "Hospital Ethnography: Introduction", *Social Science and Medicine*, vol. 59, núm. 10, 2004, pp. 1995-2001.

La atención paliativa en diversas franjas de la atención institucional

SERGIO LEMUS ALCÁNTARA*

La estructura de la atención paliativa no es una iniciativa local, responde a los compromisos de México como Estado miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que, a través la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS), en su calidad de organismo especializado, establece políticas globales que destacan la salud mental y la de cuidados paliativos. Respecto de la primera, el Estado mexicano no fue omiso de sus compromisos en congruencia con la directriz internacional, pues desde 1995 se aprobó la “Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica”, que responde a las exigencias internacionales en esta materia. Aunque no cuenta con una ley específica, hizo una armonización para dar respaldo a través de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley Federal de Procedimientos Administrativos, la Ley General de Salud y la Ley Federal de Metrología y Normalización. La segunda posee un estatus un poco

* Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud. Doctorante del Posgrado de Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, Facultad de Medicina, UNAM.

¹ WHO, *Mental Health Atlas*, 2015.

a la inversa, pues en 2010 se emitió la Ley en Materia de Cuidados Paliativos,² pero carece de norma oficial y reglamento.

Con base en lo anterior se realiza un abordaje socio-antropológico sobre la atención paliativa y su institucionalización. En el primer apartado se discute la institucionalización desde la propuesta de Cornelius Castoriadis, y el análisis de las interacciones de los involucrados en la atención —trabajadores de la salud, pacientes y familiares— se hace a partir del trabajo de Erving Goffman. En el segundo apartado se asientan las bases metodológicas que guiaron el trabajo de campo en el contexto clínico y las experiencias de las personas. El tercer apartado contiene el análisis donde se recupera parte de la experiencia de los que atienden y los que son atendidos. En el último se proponen algunas ideas a manera de conclusión.

Discusión teórica sobre la institucionalización de la salud y la atención

La especialización del conocimiento en la biomedicina socialmente nos ha generado la certeza de que hoy sabemos más acerca de las enfermedades que en cualquier otro tiempo. Idea asentada en el desarrollo del conocimiento biomédico y en el uso de tecnología para diagnosticar y como parte del tratamiento. Kauffman³ califica estos avances de dramáticos, pues la bioquímica comunica sus hallazgos y la farmacología los aplica, haciendo posible una gran variedad de tratamientos. La acción eficiente, desde el enfoque biólogo, no sólo atiende la enfermedad, sino la previene, teniendo impacto directo en la tasa de cardiopatías y de enfermedades neurológicas, como el evento cerebral vascular, ambas clasificadas entre las primeras causas de muerte a escala internacional.⁴

Sin embargo, sendos logros no tienen impacto similar en el proceso de atención institucional que se concreta en un entramado de

² Ley en Materia de Cuidados Paliativos (artículo 166 Bis). Véase el siguiente link: <http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00C.pdf>, consultada el 3 de junio de 2020.

³ Sharon Kaufman, *Ordinary Medicine: Extraordinary Treatments, Longer Lives, and Where to Draw the Line*, 2015, pp. 61-68.

⁴ OMS, "Las 10 principales causas de defunción", recuperado de: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>, consultada el 4 de junio de 2020.

relaciones entre trabajadores de la salud, pacientes y familiares, articulado por criterios técnico-científicos, jurídico-legales, administrativo-económicos, laborales-institucionales, permeados por el contexto sociocultural. Estas características convierten la atención institucional en un magma de significados como explica Castoriadis,⁵ porque el médico que atiende no sólo busca el beneficio del paciente, también es un “caso interesante” que le permitirá enseñar, aprender o investigar. En esa construcción de significados, el paciente no es el sujeto pasivo que sólo sigue indicaciones, mientras que para el familiar, la atención institucional no sólo significa la posibilidad de curación u obtener respuestas, también son exigencias derivadas de los tiempos de consulta, tensiones relacionales con distintos miembros de la familia que, a su vez, exigen resultados y le genera problemas económicos, pues no todos están dispuestos o en la posibilidad de aportar.

La atención institucional resultó del proceso histórico social como también señala Castoriadis.⁶ Afirmación que encuentra sustento con las aportaciones de Attali⁷ al exponer cómo el humano se ocupó del cuidado de la salud, en lo individual y colectivo, incluso en las organizaciones sociales más simples. La enfermedad, los daños y los riesgos se convirtieron en experiencia vital y marco de referencia para buscar formas de preservar o restaurar su salud, dando paso a la cohesión social, y a acciones comunitarias de supervivencia y protección. La atención institucional tal como la observamos en los establecimientos públicos, da cuenta del proceso histórico-social que sucede a partir de sus instituciones en las sociedades más complejas. Para Ricoeur,⁸ las instituciones representan un avance de la civilización; cada grupo se adueña de su propia realidad técnica y económica, dando paso a formas de existencia social, donde las relaciones están reguladas en modo normativo y los derechos son su expresión más abstracta.

En México, la atención paliativa forma parte del derecho a la salud y se incluyó a partir de una serie de reformas. El artículo 4º constitucional refrenda el derecho de la persona y la obligación del Estado a proteger la salud. La Ley Federal de Salud en su artículo 27 fracción III sienta las líneas de la operatividad de ese derecho y

⁵ Cornelius Castoriadis, *La institución imaginaria de la sociedad (fábula)*, pp. 89-258.

⁶ *Idem.*

⁷ Jacques Attali, *El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina*, 1981, pp. 17-133.

⁸ Paul Ricoeur, *Política, sociedad e historicidad*, 2012, pp.19-20.

establece que la protección a la salud se dará mediante atención de urgencias, acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y de atención paliativa. Así, las instituciones públicas están obligadas a proteger la salud en una o varias de las directrices legisladas conforme a su nivel de atención. En el caso de las enfermedades cuyo pronóstico es *no recuperable* y se atienden en el segundo y tercer nivel de atención, la ley se refiere a la persona como enfermo terminal,⁹ y el único recurso que le ofrece la atención institucional es la paliativa. Sin advertirlo, la estructura legal propone franjas de actividad y, como expone Goffman,¹⁰ alberga las interacciones de los trabajadores de la salud, de los pacientes y de los familiares; se posicionan, hacen uso de recursos técnicos, sociales, observan la normatividad que no evita ciertas prácticas sociales, todo aquello que entra en lo no normativo durante el proceso de atención.

El proceso salud-enfermedad ha sido objeto antropológico desde varios siglos atrás. La obra de Frazer¹¹ es representativa al mostrar los vínculos de la atención con los rituales y mitos, no el sentido biomédico presente en las instituciones. Pero, la antropología también se ha interesado en el estudio de las sociedades contemporáneas, en las relaciones que se dan en diversos sistemas como la burocracia,¹² o la atención a la salud que ocurre en las instituciones públicas¹³ que no se centran sólo en el proceso salud-enfermedad, amplían el horizonte al ocuparse de las formas en la que se relacionan los involucrados, la influencia que ejercen los marcos que norman el proceso y dan paso a los significados de la atención dentro de lo institucional.

Método

La información se generó durante un trimestre, previo al trabajo de campo; se hizo una revisión de diferentes propuestas teóricas sociológicas, antropológicas y narrativas en el campo de la salud mental.

⁹ Véase Ley en Materia de Cuidados Paliativos, *op. cit.*

¹⁰ Erving Goffman, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, 2006, pp.1-44.

¹¹ James Frazer, *La rama dorada. Magia y religión*, 1981, pp. 113-121.

¹² Jean-Pierre de Sardan, *Anthropology and Development; Understanding Contemporary Social Change*, 2005.

¹³ Gilberto Hernández, "La práctica médica en el Hospital General. ¿Científica y ritual?", 2007.

Su análisis y discusión permitió la construcción de guías de observación, guías de entrevistas a profundidad para trabajadores del programa de cuidados paliativos (PCP) y familiares con pacientes con atención paliativa. El trabajo de campo inició con una semana de observación diaria para conocer la dinámica de trabajo de las responsables del PCP, el resto del tiempo se organizó en dos días por semana, alternándolos. El criterio para elegir qué días, fue la carga de trabajo referida por las titulares del programa, lo cual permitiría observar el mayor número de interacciones entre los trabajadores de los servicios clínicos y de la atención paliativa.

El trabajo de campo permitió realizar acompañamiento en las rutinas laborales de las responsables del programa. Aspecto fundamental para conocer y entender cómo se concretaban los cuidados paliativos, teniendo como guía las interacciones, las prácticas normativas y las no normativas, la atención institucional, los cuidados familiares, las interacciones familiares, los espacios itinerantes de la atención, las relaciones laborales. Se utilizó el diario de campo para el registro de las interacciones no consideradas en la guía, pues una característica de la etnografía es la reflexión sobre los acontecimientos no considerados en torno a la atención paliativa.^{14, 15} Criterio pertinente dado que el trabajo en el contexto clínico es la multiplicidad de espacios donde ocurren las interacciones. De manera que la guía de observación potenció los registros al observar el entramado de interacciones caracterizadas por tensiones, incongruencias y prácticas no normativas de un proceso altamente regulado legal y administrativamente.

En el trabajo etnográfico se consideró entrevistas con la maestra Ana, una de las responsables del PCP; y con la señora Vicky, esposa y cuidadora principal del señor René, quien padeció la enfermedad de Alzheimer. Durante la entrevista quedó registrada la intervención de uno de sus hijos, que tuvo lugar en los términos que desarrolla Poulos:¹⁶ no estaba prevista y casualmente llegó a la casa de sus padres. Un aspecto relevante es que él propuso a su familia e inició la gestión para que su padre fuera recibido en el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep).

¹⁴ Robert Aunger, *Reflexive Ethnographic Science*, 2004, pp.39-63.

¹⁵ Christopher Poulos, *Accidental Ethnography. An Inquiry into Family Secrecy*, 2009, pp. 45-78.

¹⁶ *Ibidem*, pp. 1-44.

El encuentro con esta familia fue posible tras la colaboración de la doctora Rocío, que permitió observar la atención en el área de la consulta externa. Ahí ocurrió el primer contacto y posteriormente en una actividad de educación extramuros dirigida a familiares y pacientes sobre los cuidados en casa.

La atención paliativa tiene dos vías: la interna durante la hospitalización y la externa que sucede por completo en casa. En la necesidad de conocer cómo ocurre en el hospital, permitió el diálogo con dos enfermeras adscritas al servicio clínico de neurología que atendían a pacientes registrados en el programa de cuidados paliativos.

Resultados

La atención paliativa se configura a partir de rutinas de trabajo que se cumplen en múltiples espacios, guardan similitudes mas no son las mismas para la maestra Ana que para la doctora Rocío. Ambas coinciden en hablar de complementariedad en la labor; por ejemplo, Ana hace el recorrido completo del pase de visita médica cuatro días de la semana. Es una actividad fuerte porque cumple dos propósitos: el asistencial, es decir, la atención de los pacientes, y el educativo-formativo de los médicos residentes. Ana no está adscrita a ninguno de los servicios clínicos, igual que la doctora Rocío, pero existe la posibilidad de que haya pacientes que requieran atención paliativa. Significa que prácticamente todo el Cifanep se convierte en su lugar de trabajo, condición que no les da ventaja jerárquica y laboral. Al no contar con un área específica, esto afecta su función, mientras que las especialidades de neurocirugía y neurología cuentan con espacios fijos y sus actividades son primordiales, a la vez que como norma no escrita, el PCP puede dar atención en cualquier espacio, a pesar de las buenas prácticas señaladas en la guía de práctica clínica¹⁷ (GPC) de cuidados paliativos dirigidas a privilegiar la dignidad humana y la calidad de vida tanto de pacientes como de familiares.

El trabajo de campo permitió identificar 12 espacios diferentes en los cuales ocurre la atención paliativa, lo que implica moverse en diferentes franjas de actividad, pues no es lo mismo acercarse a la

¹⁷ Cenetec, *Cuidados paliativos. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica. IMSS440-11*, 2010.

oficina del jefe de neurocirugía que a la central de enfermeras de un servicio clínico. Asimismo, las responsables del PCR deben disponerse a dar atención en espacios prestados de la fundación, como los “cuartos de usos múltiples”, incluso en espacios informales como pasillos del Cifanep o las salas de espera. La maestra Ana me comentó tras encontrar a una cuidadora de uno de los pacientes del programa:

Mira, a esta señora la necesitaba ver porque me dijeron que estaba muy angustiada, le preocupa mucho qué va a pasar con su papá porque ya lo van a dar de alta, pero en casa no sabe cómo le van a hacer (refiriéndose a los cuidados específicos). Y pues tú lo has visto, a veces no hay tiempo para citarlos o dónde atenderlos y pues ahorita que me la acabo de encontrar, al menos ya la vi, traté de tranquilizarla, y es que sí, su papá ya no puede estar más en el hospital.

El breve encuentro pasa a ser parte de la atención paliativa, lo cual no sucede con las especialidades médicas de neurocirugía, neurología y neuropsiquiatría. La misma dinámica se repite cuando es necesaria la intervención de un servicio diferente debido a que los pacientes con enfermedad neurológica, como esclerosis lateral amiotrófica o enfermedad vascular cerebral, llevan a los pacientes a estados de completa inmovilidad. Una consecuencia de la postración prolongada son los problemas de circulación en las zonas de presión, provocando escaras, lesiones en la piel, susceptibles de infección y complicaciones. La maestra Ana revisa a los pacientes del PCR, valora si requiere que la Consultoría de Enfermería brinde cuidados específicos. Sin embargo, este servicio tiene su propio rol para asistir a los pacientes con este tipo de lesiones, de manera que no habría mucha diferencia en hacer la petición desde el PCR, pero es algo que en el diseño administrativo del programa le compete hacer a las responsables. La maestra Ana comentó al respecto:

Por eso es importante hacer el seguimiento de los pacientes que tenemos hospitalizados, y si detectas algo, como el caso de esta señora que tenemos registrada en cuidados paliativos y presenta lesiones, tienes que hacer el enlace al servicio que corresponde. Como ahorita, ya le informé a Memo (adscrito a la Consultoría de Enfermería) para que vaya y nos apoye haciendo la curación.

En la atención institucional, el cuidado de las lesiones es una actividad que entra en las funciones de la atención paliativa, también en la competencia de los servicios clínicos y de la Consultoría de Enfermería. Además, los tres servicios dan capacitación a los familiares en “técnicas de cuidado”. Así, cuando su paciente sea dado de alta, serán responsable de brindar los cuidados generales y específicos, por ejemplo, el aseo de la zona alrededor de la cánula de la traqueotomía. Hay tres servicios realizando las mismas actividades.

Una franja más de actividad son los servicios clínicos: la maestra Ana hace recorridos para dar seguimiento a los pacientes que reciben atención paliativa, revisa los kárdex para ver la medicación y valorar el dolor. Observa las medidas de seguridad e higiene, se sanitiza las manos, se dirige al paciente por su nombre, se presenta, y con voz pausada dice: “Señora Laura, soy la maestra Ana, ayer vine a verla. ¿Cómo sigue?; voy a revisar su venoclisis; voy a descubrirla para revisar cómo va su lesión. Ahora, la voy a tocar y usted me indica si tiene dolor (la paciente le indica que sí tiene dolor). Ok, ya revisé y sí tiene su analgésico, pero voy a pedirle a mi compañera que le adelante su otra dosis”.

La Mtra. Ana permanece atenta a la respuesta y dependiendo de la enfermedad y el grado de avance, adecúa la respuesta: si el paciente no puede hablar le pide que haga alguna seña, parpadear, apretar su mano o dedo, asentir con la cabeza. Si el paciente está inconsciente, toma como referencia el horario y los miligramos del analgésico o si está combinado con otros. Pero también se apoya en los indicadores fisiológicos, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, incluso las expresiones faciales si denotan algún rictus de dolor. Hecha la valoración se dirige a sus compañeras de piso para solicitarles adelantar la dosis porque la paciente refirió dolor. La maestra Ana es meticulosa, registra los resultados de su valoración y comunica verbalmente los resultados a sus compañeras.

Las enfermeras del servicio saben que la maestra Ana es responsable del PCP, pero las indicaciones que ella les da no son consideradas por varias razones. Una es jerárquica, ya que las indicaciones anotadas en el kárdex son dadas por el médico tratante y ése es uno de los elementos que organiza su trabajo. Ellas son responsables de ejecutar las indicaciones, no así las que expresa la responsable del programa de cuidados paliativos.

La duplicidad de actividades tiene que ver con las coincidencias de actividades, partiendo del hecho de que *el cuidado* es el objeto de

la disciplina y se “desdobla” en diversas acciones, pero no evalúan el dolor porque eso ya lo hizo el médico. Ellas “cuidan” del paciente administrando los medicamentos en el horario indicado y se apegan a una rutina que funciona como estrategia para prevenir errores, pues realizan muchas tareas que obligadamente deben registrar en las hojas de enfermería. La situación se hace todavía más complicada cuando las enfermeras asignadas al servicio son pocas y la carga de trabajo les rebasa. Tampoco importa mucho las condiciones en las que laboran, pues conforme avanza el día aumenta la temperatura en la sala, las enfermeras comienzan a sudar, se encierran los olores y las múltiples actividades deben hacerlas en espacios muy reducidos.

Enfermería tiene presente que su labor es proporcionar cuidados al paciente, pero cada paciente significa una carga de trabajo y, debido a su condición física, la enfermera necesita apoyo del camillero para movilizarlo. No hay un camillero asignado a cada sala, pues administrativamente no se justifica; está asignado uno para el piso entero y cuando son pocos camilleros deben cubrir varios servicios. Entonces, no sólo se trata de un número insuficiente de enfermeras, sino de personal en general. Gaby, enfermera del servicio de neurología comentó: “Aquí todos nos apoyamos, si lo quieres hacer tu sola, no puedes, siempre necesitas que alguien te auxilie. A veces sí te quedas sola, pero una parte tiene que ver con cómo te organizas, y la otra pues sí, tu equipo de trabajo. Si te das cuenta aquí trabajamos en equipo y siempre buscamos apoyarnos para sacar el trabajo y por los pacientitos”.

Los pacientes del servicio que atiende Gaby también son atendidos por el PCP, pero sus actividades no las relaciona con la atención paliativa, pues para ella su trabajo es brindar los cuidados. No revisa las indicaciones que la maestra Ana anotó. Gaby y sus compañeras siguen otra lógica en la organización del trabajo, acción mediante la cual sucede la atención institucional.

Se identificaron cuatro momentos en la rutina de trabajo en el servicio de neurología en el área de enfermería: preparación, ejecución, registro y vigilancia. El primero consiste en organizar insumos: la enfermera dispone una mesa Pasteur metálica, la dota de riñoneras, soluciones antisépticas, gasas, cintas adhesivas, cánulas, jeringas, soluciones fisiológicas, vasos desechables, rastrillos, jabón, esponjas, y en los bolsillos de su filipina trae tijeras, plumas. Diversos objetos más que son necesarios los va tomando del almacén o de espacios

asignados en el área. Eso implica desplazarse varias veces, sea por imprevistos o si observa alguna necesidad particular del paciente. En el segundo momento, la ejecución, la enfermera revisa la bolsa colectora de orina, la vacía en la probeta o pesa el pañal para cuantificar; limpia evacuaciones, hace curación de estomas, da baño de esponja, aseo bucal y arreglo personal, peinar o rasurar. Aprovecha para el cambio de ropa, tanto del paciente como de la cama, revisión de vías periféricas, preparación y cambio de soluciones, medicamentos y alimentación parenteral. Muchas de estas actividades precisan el apoyo de un camillero, un estudiante de enfermería o de una compañera del servicio porque necesita movilizar al paciente. El camillero realiza varias funciones en el mismo piso; por ejemplo, traslado de pacientes para estudios, asistencia en ingresos o egresos, de modo que no siempre está presente cuando se desarrollan las actividades del segundo momento. El tercero es el administrativo: el área de enfermería ha desarrollado estrictos controles de cada actividad, que va desde la recepción del paciente, la evaluación de su condición, el diagnóstico enfermero, hasta signos vitales, plan de cuidado, solicitud de estudios a diferentes servicios, revisión de carro rojo, de medicamentos, de ropería, de material. El cuarto momento es la vigilancia de la condición clínica del paciente: observar alteraciones e informar al área médica. En ese contexto se ubica la petición del PCP de adelantar una dosis. No es tan sencillo porque entra en ese entramado de múltiples actividades.

La maestra Ana reconoce la complejidad laboral que permea a la atención paliativa, y por ello busca adaptarse, privilegiando el cuidado del paciente sin descuidar sus responsabilidades como trabajadora que aceptó la titularidad del PCP. Para cumplir con ambas exigencias se mueve bajo un esquema de gestiones internas, que puede iniciar con la solicitud de la interconsulta al médico residente, hasta solicitar el apoyo de un espacio físico para dar la atención. No hay un procedimiento administrativo para ello, sería muy engorroso; lo que hace, entonces, es utilizar diferentes recursos sociales como amabilidad, respeto y calidez, aunque el trato no sea recíproco.

No es problema exclusivo de la maestra Ana, algo similar experimenta la doctora Rocío, a pesar de ser médica especialista y titular institucional del PCP. Debe propiciar los encuentros con sus pares especialistas. Ella no tiene la facilidad de encontrarse con el neurocirujano o el neurólogo para discutir la terapia analgésica de los pacientes atendidos por el programa de cuidados paliativos. Enfrenta

limitantes legales y administrativas pues al no ser la médica tratante, no le compete asumir la responsabilidad directa del manejo del paciente, y administrativamente es interconsultante, esto es, que el médico tratante puede o no solicitar su intervención y, cuando la consultan, el médico tratante tiene la prerrogativa de considerar o no su opinión para el manejo del paciente. La doctora Rocío ha optado por intervenir dando sugerencias en beneficio de los pacientes y la vía para hacerlo son los médicos residentes. Ella comentó:

Revisando los expedientes, conociendo la patología de los pacientes busco el fármaco que le ayuda mejor para el manejo del dolor, pero no sé por qué lo mantiene (se refiere al médico tratante) con un solo medicamento, cuando tiene más opciones con mejor respuesta. Así me pasó con un residente, ya le había sugerido que le cambiara el tramadol porque no le estaba funcionando al paciente. Tere, la jefe del servicio (enfermera), me dijo que el paciente había estado muy intranquilo toda la noche y que el residente no había cambiado nada. Entonces, le volví a decir y hasta que se lo cambió, mejoró. Pero cuánto tiempo pasó y yo ya se lo había dicho. No, no es fácil que escuchen.

En la GPC¹⁸ de cuidados paliativos, dentro de las evidencias que presenta, reconoce la inexistencia de un modelo organizativo específico para prestar la atención paliativa, pero a lo largo del documento registra evidencia positiva, recomendaciones y buenas prácticas sobre el manejo interdisciplinario con resultados positivos para pacientes, familiares y personal de salud involucrado. Pero, las interacciones desvelan las tensiones derivadas del mismo marco de referencia institucional. Así lo demuestran las actividades de la doctora Rocío, quien tampoco se dedica exclusivamente a la atención paliativa, no porque el número de pacientes sea bajo, sino por la organización administrativa del área médica. Ella, como médico especialista, tiene que cubrir su rol de consulta externa como los demás doctores. La consulta sería buena vía para captar pacientes y canalizarlos al PCP, pero no hay un procedimiento administrativo que lo avale y el caso del señor René lo ejemplifica bien. Llegó a la consulta externa acompañado por su esposa y una de sus nietas; la doctora lo recibió con familiaridad y procedió con la exploración neurológica. En el Cifanep, René fue diagnosticado primero con

¹⁸ Cenetec, *op. cit.*, pp. 14.

demencia senil, posteriormente con Alzheimer; el deterioro cognitivo había avanzado de manera tan importante que provocó pérdida de memoria, severa limitación para realizar actividades de la vida cotidiana, haciéndolo prácticamente dependiente de *otro*. La doctora preguntó por los medicamentos que le había enviado en la última consulta; la señora Vicky se apresuró a buscar la receta y las cajas del fármaco. Llevaba organizados sus papeles, pero ante la premura de mostrarlos, los desacomodó; su nieta se dispuso a auxiliarla al mismo tiempo que con tono suave y paciente explicaba y tranquilizaba a su abuelito. La doctora Rocío preguntó por las alteraciones en el comportamiento del señor René y fue como si hubiera abierto una compuerta emocional; la señora Vicky expresó: “Ay, Doctora, es que ya es muy difícil, a veces ya no reconoce a nadie, ni a mí, y se pone muy agresivo, y me angustia porque luego yo estoy sola con él, y sí, tiene mucha fuerza”.

Habló con voz entrecortada, con sollozos y dejando correr algunas lágrimas, pero no lo notaron; la nieta estaba distraída atendiendo a su abuelito porque rápidamente se desespera; la doctora Rocío se ocupó de las dificultades para acceder al expediente electrónico y corroborar el tratamiento farmacológico. Así, la narrativa que daba cuenta del cansancio, desesperación, tristeza y sufrimiento se desvaneció, palideció ante los inconvenientes laborales del sistema del expediente electrónico. La prioridad para la doctora Rocío fue verificar el tratamiento, de ello dependía cambiar el fármaco, ajustar la dosis o combinarlo con otro y mecánicamente dijo a la señora Vicky: “sí, eso va a pasar”, pues también estaba empeñada en encontrar un cuestionario que quería aplicarle, referente a la salud de los cuidadores primarios. A la señora Vicky le tomó poco tiempo entender que su narrativa no tuvo impacto y no insistió. Era clara su necesidad de ser escuchada, mas no retomó el punto y sin más, volvió al asunto de los fármacos.

El consultorio de consulta externa es otra franja de actividad y en su diseño administrativo debe centrarse en el paciente, pero eso no libra al médico de cumplir con la normatividad laboral. Aunque la doctora Rocío mostró genuino interés por su paciente, no pudo evitar las exigencias de trabajo, mismas que le distrajeron y los dispositivos administrativos limitaron la atención paliativa del señor René, a pesar de reunir los criterios clínicos y la familia también, tal como aparece en la GPC. La señora Vicky es una mujer de 79 años, padece hipertensión y diabetes mellitus descontrolada, datos que

tampoco se tomaron en cuenta para registrar al Sr. René en el programa de cuidados paliativos.

Análisis de los resultados

La atención paliativa tiene un marco de referencia muy claro, el institucional, donde administrativamente el Cifanep cumple con la normatividad. La doctora Rocío dijo: “Cuidados paliativos está integrado por un equipo multidisciplinario, una enfermera, una trabajadora social, una nutrióloga, una tanatóloga y un psicólogo; bueno, él es un pasante que inició con nosotros para hacer su servicio social, pero ya lleva varios años con nosotros y nos apoya muy bien”.

Sorprende encontrar que en el *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica*,¹⁹ el Cifanep está clasificado dentro de los hospitales que cuentan con servicios/unidades de cuidados paliativos exclusivos, es decir, no comparten actividades con la Clínica del Dolor, y está integrada por profesionales que cumplen con el perfil. Este marco de interacción tendría que ser suficiente para fundamentar el trabajo en torno a la atención paliativa y librar a las responsables del PCR de la gestión social-laboral inagotable, a efecto de cumplir con el trabajo asignado y evitar la duplicidad de funciones. Además, la evaluación del *Atlas* es imprecisa porque cada uno de los integrantes del PCR está adscrito a un servicio donde debe cumplir con las actividades propias de su área. Es decir, la atención paliativa no es prioridad para la nutrióloga, o la trabajadora social, ambas con grado de maestría, y tampoco para la tanatóloga adscrita a un servicio de investigación. Sólo intervienen a solicitud de la maestra Ana o la doctora Rocío y es común que antes de solicitar su apoyo como parte del PCR, ya hayan atendido al paciente anticipadamente. Esto se debe a que las franjas de actividad en el Cifanep privilegian la atención curativa y de rehabilitación, mas no la paliativa.

La atención paliativa ocurre en distintas franjas de actividad, característica que la vuelve fragmentaria, dispersa. Carecer de un sitio físico para la atención paliativa contribuye a un sentido de informalidad percibido por pacientes, familiares y los propios tra-

¹⁹ Tania Pastrana (investigadora principal), *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica*, 2012, pp. 213.

bajadores. La percepción no es mero acto subjetivo, es el primer recurso de base neurofisiológica que permite captar información a través de los sentidos.²⁰ Las responsables del PCP saben que carecer de lugares específicos donde trabajar no es un acontecimiento neutral, pues están revestidos de valoraciones sociolaborales. No es lo mismo ser enfermera en el piso de neurología que en terapia intensiva o recuperación. Tiene diferente valor trabajar en una oficina compartida que una individual, al igual que desarrollar la labor en un área abierta o en un consultorio privado.

La carencia de espacios se torna en la franja de actividad de la atención paliativa e impacta negativamente el beneficio a pacientes y familiares. Al mismo tiempo fuerza a las responsables del PCP a que participen en actividades que poco se relacionan con la atención paliativa. Es el caso de las sesiones médico-clínicas que duran más de dos horas, porque forman parte del programa educativo de la especialidad, y las responsables del PCP acuden con la expectativa de discutir los casos específicos de pacientes, pero su participación es prácticamente nula. La razón es que la actividad se orienta a la atención curativa, y la paliativa rara vez es mencionada. En una de las sesiones, un neurocirujano expresó de paso: “ese paciente va para paliativos”, justificado por la condición de terminalidad.

En las franjas de actividad de la atención paliativa, la terminalidad, como categoría biomédica, está vinculada con el tiempo a la dimensión relacional no sólo de los sujetos pacientes, trabajadores de la salud que dan lugar acuerdos, tensiones, expectativas, experiencias, pero también al avance de la enfermedad y el aplazamiento de la atención, resultado de la organización y del funcionamiento de la institución. Es de llamar la atención porque la GPC²¹ señala que la atención paliativa no es exclusiva de lo terminal, sino centrada en la dignidad humana, y no existe un único criterio para integrar el tiempo ni en el pronóstico ni en el manejo. Sin embargo, en la atención paliativa ocupa un sitio liminal y se deja la canalización del paciente en etapas muy avanzadas de la enfermedad en cuestión.

Las franjas de actividad permiten observar la importancia de las posiciones, de modo que *lo que se hace, cómo se hace y dónde se hace*, dan cuenta de que las relaciones no corresponden a la normatividad, mientras el neurocirujano no se preocupa por acreditar su trabajo

²⁰ Cornelius Castoriadis, *op. cit.*

²¹ Cenetec, *op. cit.*, pp. 12-21.

ante otros servicios, pero la intervención del PCP sí lo debe hacer, porque en el marco institucional es muy diferente ser neurocirujano que geriatra.

Conclusiones

La atención institucional es una actividad que no se centra exclusivamente en el paciente, ya que está diseñada para que funcione independientemente del resultado. A esto, Castoriadis²² lo define como autonomización institucional. Es decir, el Cifanep cuenta con áreas clínicas, quirúrgicas, paramédicas, de investigación, administrativas, para la atención. El personal adscrito a los servicios cubre el perfil administrativo que les acredita para desempeñar la función y las actividades se organizan mediante procedimientos, independientemente de llegar a un diagnóstico o no o indicar el tratamiento adecuado. De manera que es muy difícil señalar que la institución no funciona. Alicia Hamui *et al.*²³ indagaron sobre la experiencia de los usuarios de los servicios de salud, a partir de la información oficial que reportaba altos niveles de satisfacción, encontrando disparidad entre los datos oficiales y la experiencia de pacientes y familiares. Los resultados hacen visible la autonomización institucional porque se da atención siguiendo protocolos y procedimientos, pero al mismo tiempo se distancia de las necesidades concretas de pacientes y familiares.

La atención institucional está permeada de contradicciones, tensiones y conflictos que no dependen únicamente de los sujetos, sino de la estructura y la organización del sistema que marca la directriz de las acciones. Ciertamente, los marcos normativos garantizan el funcionamiento del Cifanep, pero acaba por subsumir las necesidades de pacientes, expectativas de los familiares, igual que las iniciativas de los trabajadores. Al respecto, Jean-Pierre de Sardan²⁴ explica que esto sucede porque hay una distancia entre la norma y la práctica. La primera es común a todos los involucrados en el proceso, la conocen y regula parte de su comportamiento, pero la

²² Cornelius Castoriadis, *op. cit.*

²³ Alicia Hamui, Ruth Fuentes, Rebeca Aguirre y Omar Ramírez, *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*, 2013, pp. 137-166.

²⁴ Jean-Pierre de Sardan, *op. cit.*, pp. 68-88.

segunda refleja el funcionamiento a partir de las prácticas sociales. Es decir, actúan no de acuerdo con lo escrito y las prácticas *no normadas* se convierten en referente para *el hacer*. Un buen ejemplo son los posicionamientos de las distintas especialidades médicas, en las que se entiende que cada una está justificada. Sin embargo, su práctica se apega a usos y costumbres, al mismo tiempo mantiene las asimetrías entre los trabajadores de distintas disciplinas y áreas.

Al interior del Cifanep no hay reflexión en torno a esta situación que limita el beneficio terapéutico de la atención paliativa; los posicionamientos dan ventaja a unos y subsumen a otros, limitando la reflexión, la construcción de acuerdos y lo más deseable, que sería la modificación del proceso de atención en torno al momento en que los pacientes deben ser canalizados al PCP. El marco de referencia les permite mantener las cosas tal como están, cada uno recibiendo el beneficio de su posición administrativa y jerárquica, mientras otros batallan por abrirse espacios para desarrollar su trabajo.

Bibliografía

- Attali, Jacques, *El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina*, España, Planeta, 2010.
- Aunger, Robert, *Reflexive Ethnographic Science*, California, Altamira Press, 2004.
- Castoriadis, Cornelius, *La institución imaginaria de la sociedad (fábula)*, México, Tusquets Editores, 2013.
- Cenetec, *Cuidados paliativos. Evidencias y recomendaciones. Catálogo maestro de guías de práctica clínica. IMSS440-11*, México, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2010.
- De Sardan, Jean-Pierre, *Anthropology and Development: Understanding Contemporary Social Change*, Reino Unido, Zed Books, 2005.
- Frazer, James, *La rama dorada. Magia y religión*, México, FCE, 1981.
- Goffman, Erving, *Frame Analysis: los marcos de la experiencia*, Madrid, Siglo XXI, 2006.
- Hamui, Alicia, Ruth Fuentes, Rebeca Aguirre y Omar Ramírez, *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: un estudio de satisfacción con la atención médica*, México, UNAM, 2013.
- Hernández, Gilberto, "La práctica médica en el Hospital General. ¿Científica y ritual?", tesis doctoral, UNAM, México, 2007.

- Kaufman, Sharon, *Ordinary Medicine: Extraordinary Treatments, Longer Lives, and Where to Draw the Line*, Durham y Londres, Duke University Press, 2015, pp. 61-68.
- Pastrana, Tania (investigadora principal), *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica*, EUA, International Association for Hospice and Palliative Care, 2012.
- Poulos, Christopher, *Accidental Ethnography. An Inquiry into Family Secrecy*, Londres, Routledge, 2009.
- Ricoeur, Paul, *Política, sociedad e historicidad*, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2012.
- WHO, *Mental Health Atlas 2014*, París, World Health Organization, 2015.

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 trabájale 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

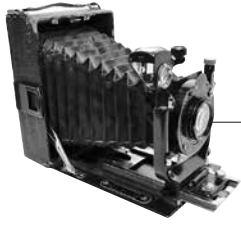
- Adame, Alexandra y Roger Knudson, “Beyond the Counter-narrative: Exploring Alternative Narratives of Recovery from the Psychiatric Survivor Movement”, *Narrative Inquiry*, vol. 17, núm. 2, 2007, pp. 157-178.
- Apeso-Varano, Ester Carolina y Charles S. Varano, *Conflicted Health Care: Professionalism 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.



Cristal *bruñido*

FOTOGRAFÍA HISTÓRICA





LAS FOTOGRAFÍAS DE UNA FAMILIA DE CIRCO

Andrés Reséndiz Rodea*

La historia del circo mexicano, a principios del siglo XX, está unida a las memorias de las familias que les dieron origen. Los personajes que se desenvuelven en este medio no sólo asumieron su impulso por sorprender la mirada de los demás con actos prodigiosos, sino también el de aventurarse en empresas riesgosas, física y financieramente, para dar cauce y motivo a sus vidas. Un acto, una vez que ha sido visto, empieza a perder atractivo; para captar de nuevo al público tienen que renovarse o emigrar en busca de nuevos espectadores. Desde el siglo XIX, legendarios circos se iniciaron en la trashumancia y la aventura, para dar a conocer sus ejercicios y buscar el sustento. Entre más éxito adquiría el circo, crecía su volumen y era más difícil su traslado a nuevos lugares, teniendo que apoyarse en los nuevos medios de transporte: ferrocarril, camiones y embarcaciones diversas.

Las relaciones de estos individuos con sus familias, con su comunidad errante (compañeros de actos, auxiliares, administradores, etc.) y con los habitantes de las localidades visitadas, formaron un entramado de relaciones afectivas, financieras, culturales y sociales. Así, incluso en competencia, se establecen relaciones entre un circo y otro, pues sus miembros frecuentemente se prestaron o intercambiaron para renovarse; hasta los recursos materiales y económicos se llegaron a compartir. La historia del circo, como trabajo y cultura, tiene que ver con las relaciones internas de familias, empresas y pueblos. Hacen falta muchas investigaciones sobre el tema. Aquí se aborda la historia de una familia circense de raíces cubanas. Constituida fundamentalmente por los hermanos José, Joaquín, Vicenta y Ana María Manzanero Moreno. Esta última, la mayor, contrajo nupcias con Adolfo García Medina, quien

* Centro Nacional de Investigación, Documentación e Información de Artes Plásticas, INBAL.

Agradezco a la Dra. Marta Alfaro Cuevas por la revisión del texto.

también participó intensamente en la andanza familiar. Esta familia desempeñó un papel interesante en el impulso de las actividades circenses en nuestro país, pero como varias otras del medio, no ha sido valorada por la falta de organización y acceso de sus testimonios.

La fuente más importante que me permitió escribir el presente texto fue el testimonio fotográfico familiar que reunió y guardó Ana. Aunque este archivo se encuentra incompleto por eventualidades que comentaremos al final, tuve la fortuna de conocerlo en los años setenta del siglo pasado, para cuando Ana ya era viuda y vivía con su hijo y hermano.

En las fotografías más antiguas que conservó Ana, la familia ya aparece practicando ejercicios acrobáticos y actividades de entretenimiento en su natal Cuba, por la primera década del siglo XX. En la imagen aparecen reunidos bajo el toldo de una carpa, con algunos otros personajes que portan atuendo y maquillaje; entre ellos se advierte la presencia de músicos, lo cual evidencia que ya formaban una pequeña compañía desde entonces (imagen 1).

En la fotografía descrita, entre los personajes de la línea del fondo, aparece uno con bigote, camisa abotonada hasta el cuello, chaqueta y sombrero oscuros; es Joaquín Manzanero, patriarca de la familia (quien probablemente se quedó en Cuba pues no vuelve a aparecer en las fotografías que se tienen del clan en México). Cerca del poste de madera, con vestido estampado y grandes moños blancos a los lados de su cabeza, se halla sentada su hija Ana María. En primera fila vemos al hijo Joaquín, sentado en el pasto, peinado de raya en medio, con camisa blanca y corbata negra.

De esa época existe otra fotografía familiar (imagen 2). El escenario es el campo y una carreta. Es una escena de convivio pues algunos sostienen platos, vasos o botellas. Aparece un músico acompañado de una trompeta y un bongó. La presencia de este protagonista da idea del ambiente de música tropical que años después retomará la familia con el Circo Royal, para implementar la amenidad de sus actos y descansos en su espectáculo, pues en las promociones se menciona a unos “negritos rumberos”, denotando una herencia cultural. Ahora resulta inimaginable que armonías así se utilizaran para este espectáculo, pero las películas de los años cuarenta nos dan una idea de su trascendencia en nuestra cultura (imágenes 1 y 2).

En la misma foto, al centro del grupo aparece sentado el padre Joaquín, de corbata y sombrero oscuros, quien con una mano sostiene a una niña de pelo corto que empuña un sombrero; es su hija Vicenta. A su lado se encuentra su otra hermosa hija, Ana María, de pelo largo con un conjunto de falda y chaqueta de pequeños cuadros. En primera fila también está Joaquín, el hijo, con gorra negra, y su hermano José (el cual aparece en pocas ocasiones), portando chaqueta blanca y mirando el sombrero de palma que sostiene entre sus dedos. Esta foto muestra a los cuatro hermanos reunidos con su padre, además de varios personajes más. Las dos fotografías descritas no tienen fecha, pero por ser escenas en Cuba, debieron ser tomadas cerca de 1910, antes del arribo de los hermanos a México.

En una fotografía tomada después de las anteriores (imagen 3) se exhiben, alineados, a cinco personas con vestimenta elegante, con lo cual se evidencia que arribaron a nuestro país con más familia que los hermanos ya referidos. El primero, de izquierda a derecha, y el más bajo de estatura, es el ya mencionado Joaquín, le sigue Carlos Suárez Manzanero y María Suárez Manzanero (ambos primos y derivados de la rama familiar, los cuales también se convirtieron en connotados actores circenses), después Ana María y al final aparece Adolfo García Medina.

Ana María desarrolló su especialidad, equilibrio sobre una esfera (imagen 4). El acto lo fue ejecutando cada vez más atrevido, hasta alcanzar a deslizarse sobre una tabla que se balanceaba en un sube y baja. Son varias las fotografías que conserva con esta postura. La más antigua fue capturada en la Habana, algunos años antes del 24 de marzo de 1926, cuando alguien se la reenvió de allá al enterarse que era la única copia existente. En esas tomas era común ver a su hermano Joaquín vestido de payasito amenizando su acto. Ana, Joaquín y Adolfo García trabajaron continuamente para otros circos, desde el Beas hasta el Atayde, pero al final dedicaron la energía de sus últimos años al último mencionado (imágenes 3 y 4).

Joaquín, aparte de acompañar como animador gracioso a los actos de su hermana y de algunos artistas más, también desarrolló el equilibrio. Su acto guarda estrecha semejanza con el de su cuñado Miguel Robledillo, que consiste en caminar en un alambre flojo, pero sobre una escalera. Éste era un acto que ensayaba Joaquín desde pequeño en Cuba, quien en una foto aparece en-

sayándolo en un patio, como a la edad de 6 u 8 años, ante la supervisión de su padre (imágenes 5 y 6).

Algunos circos contenidos

En la serie fotográfica aparecen algunas tomas más de los circos con los cuales trabajaron nuestros protagonistas. En primer lugar vemos una donde se observan los “Restos de lo que fue el Circo Beas y Modelo” (imagen 7), en la que aparece, en medio de un solar, una carpa sin su cubierta. En el reverso se lee la inscripción: “Clementina, todos los días entrégale dos pesos al reparador y compra tela amarilla y hagan el anuncio del Águila del tamaño de los elefantes para que lo saquen los elefantes al paseo/ Francisco Beas”. La imagen no registra fecha, pero un siniestro mencionado con frecuencia en la historia de este circo fue el ocurrido el 26 de noviembre de 1930, cuando un descarrilamiento ferroviario (a 20 km de Irapuato) provocó el estallido de una carga de gasolina que también portaba el convoy, provocando la destrucción de 10 vagones del circo y la muerte de 28 de sus integrantes. La fatalidad se ha atribuido a que las autoridades indebidamente decidieron agregar tal cargamento, pero es curioso que en esta fotografía asome una manta con la leyenda “Gasolina Águila” y en la nota al reverso se pida crear otras mantas con leyenda parecida (imagen 7).

En sus inicios, el empresario Beas combinó con frecuencia su espectáculo con el cine. Tal asociación fue muy común en esta época, ya que permitía atraer al público. En una referencia periodística (recorte hemerográfico en el archivo de la familia) se señala que, en Piedras Negras, Francisco Beas fue el primer empresario del circo en dar a conocer, ahí, el cinematógrafo. De este circo se cuenta que su fundador, que era de profesión herrero, al observar un volantín se le ocurrió construir uno igual como negocio de esparcimiento por los pueblos, con lo cual inició su vida andante. Desde entonces, su circo se complementó con aparatos similares. El Circo Beas está considerado como el mejor y más grande de México en las primeras décadas del siglo XX. Además del uso eficiente del ferrocarril para llevar su circo, incorporó a un zoológico para hacer más atractivo su espectáculo. Se dice que fue Francis-

co Villa fue quien le donó 26 vagones¹ y, a cambio, Beas le ayudaba con alimentos y diversión para su tropa.

Después de trabajar por el norte del país, en 1923, el Beas Modelo hace su primera presentación en la Ciudad de México. Por 1928-1929 ya trabajaban en este circo Anita y Joaquín Manzanero.² Adolfo García frecuentemente aparece mencionado en los recortes hemerográficos que se encuentran junto a estas fotografías, dando entrevistas de promoción previa a la llegada del circo a las localidades.

Una foto que apareció en el acervo de la familia fue la de un vagón de ferrocarril, con el rotulo “Santos y Artigas” (imagen 8). Este circo fue uno de los más famosos de Cuba, dio funciones durante la primera mitad del siglo XX. Por sus ventanas se asoma Joaquín Manzanero (el hijo, pues ya he mencionado que el padre no acompañó a sus vástagos en su incursión a México), en seguida de él brotan los rostros de Francioli y Vicenta Manzanero;³ ella fue equilibrista en el trapecio, en 1906 fue esposa del alambriero Miguel Robledillo (quien trabajó mucho en Europa, México y Estados Unidos), con quién procreo seis hijos. Al morir Robledillo, Vicenta contrajo segundas nupcias con Francisco Vázquez Francioli, un estupendo ventrílocuo (imagen 8).⁴

Si bien Adolfo García fue representante de varios circos (como el Atayde, el Beas y Modelo Unidos, el Circo Rojo y el cine de los cubanos Santos y Artigas), intentó establecer su propia empresa circense a la que llamó Teatro Royal, con la participación estelar de muchos de sus familiares.

Se conservan algunas fotos donde se puede apreciar la imagen exterior de este circo. En una de ellas (imagen 9), con su fachada al lado de la avenida de alguna ciudad, en un momento solitario del mediodía, aparecen en su acceso Vicenta y Miguel Robledillo. En otra toma (imagen 10), justo a la entrada de la carpa, un domador promueve el espectáculo con un elefante, mientras ellos son observados por un grupo de personas entre los que destaca el dueño del circo. También hay otras fotos donde apare-

¹ Julio Revuelto Cárdenas, *La fabulosa historia del circo en México*, México, Conaculta / Escenología, 2004, pp. 355.

² *Ibidem*, pp. 362-363.

³ Lo cual supongo debido a que se les menciona en la dedicatoria del reverso.

⁴ Vicenta falleció en 1953 según testimonio de uno de los recortes hemerográficos, los cuales conservó Anita sin anotar fecha ni el nombre del periódico.

ce una gran cantidad de público infantil y juvenil que se despliega en el entorno (imágenes 9, 10 y 11).

Además de las fotografías, Anita conservó una libreta con algunos recortes periodísticos, en uno de los cuales se alude a las visitas del Royal a Santa Rosa, Veracruz; es 1931. En un fragmento de la nota hemerográfica se entrevista al dueño de este circo, Adolfo García, en la que refiere que se inició en la Habana con Manuel de la Presa y el Teatro Payret, y que llegó a México aproximadamente en 1918. Los recortes también cuentan de las visitas a Orizaba, Guaymas, Sinaloa, Nayarit y Hermosillo. En la misma libreta aparecen anotados algunos nombres de otros lugares visitados, con un registro de los ingresos y egresos, lo cual probablemente refiere las cuentas de este circo; desde Guadalajara a Guaymas y de enero a mayo de 1933.

La imagen de un circo más tardío, de las últimas fotografías recopiladas en el tiempo por Anita, lo constituye el Circo Teatro Yucateco, a la cual se le agregó una dedicatoria fechada el 13 de enero de 1950 (imagen 12). Se aprecia su interior con una función llena; se contempla el acto de una triangulación humana sobre hombros, ejecutada por ocho mimos o graciosos, entre quienes se identifica a Joaquín, pendiendo, en la perspectiva de la línea del poste de iluminación. Quizá fueron las últimas participaciones de equilibrio de “Joaco”, como entonces se le conocía. Posteriores placas fotográficas lo muestran aun trabajando, pero ya sólo como cómico, aprovechando su muy corta estatura, al lado de personajes similares en el Atayde. En alguna otra impresión se retratará con Blue Demon, con beisbolistas y diversas figuras del espectáculo.

En otra imagen del acervo fotográfico aparece la carpa “Patri” del Circo Atayde (construcción a cargo de Manuel Atayde, según la nota de dedicación inscrita por Patricia Atayde); capturada desde la amplitud de su interior con su graderío, aparece la toma con fecha de junio de 1922 (imagen 13).

Anita mantuvo una relación muy cercana con los Hermanos Atayde, en especial con Patricia, con quien intercambia correspondencia y fotos dedicadas. En una de las fotografías más antiguas que conservó en este archivo aparecen los tres hermanos, vestidos sobriamente de blanco y negro. La toma se realizó en el estudio de algún taller fotográfico con la inscripción “El Oro, 27 de diciembre de 1917” (imagen 14). En otra fotografía del mismo es-

tudio, pero del 1 de enero de 1918, se ve a Patricia equilibrando sobre sí, cabeza con cabeza, a uno de sus hermanos (imagen 15). En una postal sin fecha, pero seguramente cercana a las anteriores, se muestra a cinco mujeres vestidas de acompañantes de baile para los actos (imagen 16), y entre la inscripción al reverso se indica: "Anita, Patricia y sus compañeras de baile". Seguramente ahí estrecharon su amistad para después, por un tiempo, seguir cada cual su camino, pero manteniendo vínculos epistolares (imágenes 12, 13, 14, 15 y 16).

Pero las fotos y la relación con los Atayde no se limitaron a Anita, sino que también se extendieron a su esposo. Existen fotos dedicadas por los Atayde a su "[...] buen amigo y representante Adolfo García", una de ellas fechada en San Luis el 5 de abril de 1921.

La inclemencia sobre un archivo, memoria y olvido

El título del apartado apenas es una somera descripción de algunas de las fotografías que se conservan, ya que desgraciadamente muchas se perdieron debido a una fuerte tormenta que inundó el departamento de Anita, cuando ella ya tenía algunos años de fallecida. Se mojaron muchas cosas. Un gran baúl de recuerdos fue sacado al patio para hacer espacio y limpiar el interior del hogar. La mayor parte de las cosas estaban con olor a humedad y en descomposición. Había ropa de payaso, un *maillot* o tutú, y muchos papeles y fotografías enmohecidas. De la parte superior, aunque húmedas, logré salvar y estabilizar cerca de un centenar y medio, algunas de cuyas piezas ahora comento. Después de guardadas adecuadamente, se conservan bien a 35 años del incidente.

Tuve acceso al acervo debido a que desde los 16 años soy amigo de Adolfo, el hijo de Anita Manzanero y Adolfo García. Mi amigo fue un joven muy popular en mi barrio, le gustaba andar en las casas de todos y pasar mucho tiempo en la calle. Y estoy seguro de que en nuestro círculo de amigos, era el que más conocía el rumbo y todo lo que acontecía en su interior (legado intangible del deambular por conocer, que tanto gustó a Walter Benjamin). Adolfo vivía con su mamá y tío Joaquín, que ya entonces eran mayores de edad. En su hogar me sentí aceptado e integrado, al igual que Adolfo con mi extensa familia.

En aquellos días, aunque ya con algunas lagunas de memoria por la edad, las pláticas de Anita y anécdotas familiares me parecían encantadoras, aunque muy alejadas de mis escasos conocimientos e intereses juveniles. No sabía que algún día, como hoy, me interesaría mucho por su historia. No supe aprovechar debidamente sus relatos ni mucho menos tomar nota de detalles, sucesos y personas, que entonces me resultaban extrañas. Su mamá y tío se hallaban ya jubilados, pues igual que sucede con los futbolistas o atletas, existe un periodo en el cuerpo para desempeñar con eficacia esos trabajos; el ciclo vital para el desempeño de lo maravilloso, de la vida circense, había concluido. Mi impresión era que su vida se había anclado en un pasado, que les gustaba exaltar y añorar en sus pláticas, lo cual me subyugaba, pero no alcanzaba a entender bien en su panorama y es hasta ahora cuando exploro ese universo por medio de sus archivos.

Antes, el circo se enseñaba como tradición familiar, como los artesanos, de padres a hijos. En el caso de Anita, tuvo a su hijo a edad avanzada y ya retirada del ambiente. Con ello, el niño perdió la relación directa y los contactos estrechos para continuar por la trayectoria del circo. Eso ocurrió a pesar de que poseía aptitudes histriónicas y que siempre se mostró ameno y ágil en la conversación. Sólo en alguna ocasión, su actividad se acercó al mundo del espectáculo cuando era muy joven. Fue sin sueldo, sólo por gusto, cuando en un billar del barrio conocimos al “Capitán Araiza”, quien acostumbraba a reclutar a jóvenes para participar en las foto-historietas que se realizaban sobre el luchador Huracán Ramírez (Araiza mismo desempeñaba el papel de un agente policiaco, patifño y compinche del luchador). Con ellos, diseñaba bandas ficticias que se oponían, en el guion, a las actividades justicieras del enmascarado azul. Adolfo llamó su atención para desempeñar un papel principal por su locuacidad y viveza. Con una boina francesa, semejante a la que usaba el Che Guevara (entonces una especie prototipo del fantasma del socialismo), representaba al jefe de la banda juvenil que asolaba la zona de la ciudad. Peleó con su banda, cuerpo a cuerpo, contra el mismísimo Huracán.

El valor estructural

Es importante señalar que esta serie fotográfica de la familia no conforma una colección. Una colección es cuando alguien recopila, de diversas procedencias, testimonios de aquí y de allá, para pasar a formar parte de otros documentos, tal como lo hace un coleccionista de timbres. Es un archivo, en cambio, que está constituido de una serie de testimonios que guardan estrecha relación entre sí y con la persona o entidad productora que las generó (una carta u objeto guarda vínculos estrechos con las fotografías que se tomaron a los protagonistas. Una fotografía es continuación de otras fotografías en el ciclo de la vida y actividades de sus personajes). Ellas hablan de la vida, de las actividades, de las relaciones con su dueño original; son más que testimonios: son huellas de su desempeño (o no desempeño), de su ciclo vital. Es una coherencia que refleja la vida de un sujeto o grupo social, y que otorga fuerza informativa estructural.

Hoy, el acervo testimonial de los Manzanero-García se constituye en su mayoría por fotografías de tamaño postal, incluso hay algunas mini postales y otras del formato carta. Una vez, un compañero fotógrafo, al verlas, me dijo: “¡son copias, no son negativos!”. Detrás de esas palabras sentí que había menosprecio por su contenido, quizá por mostrar una parte de la vida cotidiana de los personajes que también aparecían al bajar de un barco o sentados en torno a un cumpleaños familiar. Para mí, la importancia de esas fotografías va más allá de eso, porque son únicas, porque portan las huellas de una familia cuyos miembros participaron de lo maravilloso y del sorprendente ámbito circense.

Fuentes

Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.
Julio Revolledo Cárdenas, *La fabulosa historia del circo en México*, México, Conaculta / Escenología, 2004, p. 355.



Imagen 1. La familia Manzanero en una carpa de Cuba, ca. 1910 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 2. La familia original, antes de salir de Cuba, ca. 1910 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 3. Familia Manzanero y Adolfo García, ca. 1925 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.

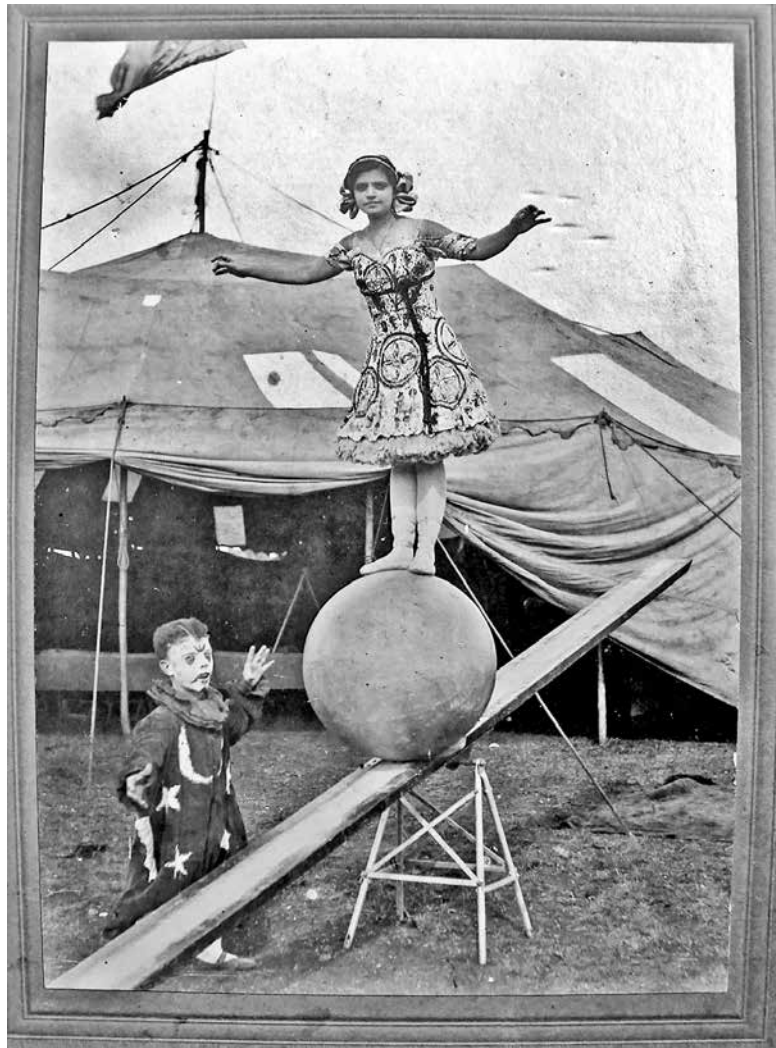


Imagen 4. Ana María Manzanero Moreno. Ensayo sobre una esfera a la entrada de una carpa, ca. 1920 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 5. Joaquín Manzanero Moreno. Ensayando en Cuba, ca. 1910 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.

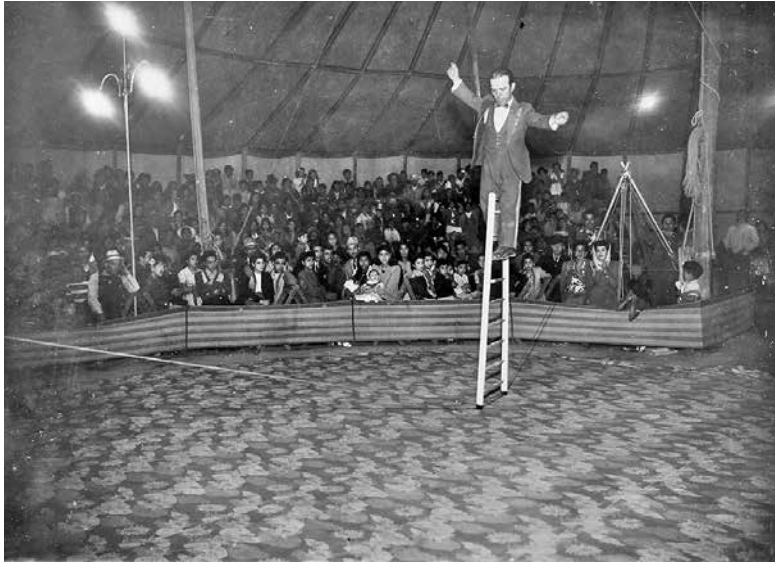


Imagen 6. Joaquín Manzanero Moreno. Acto de equilibrio con escalera sobre cuerda floja, ante público, ca. 1945-1950 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 7. Restos de lo que fue el Circo Beas y Modelo, ca. 1930 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 8. Vagón del Circo Santos y Artigas, con Joaquín, Vicenta y Francioli, ca. 1940 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.

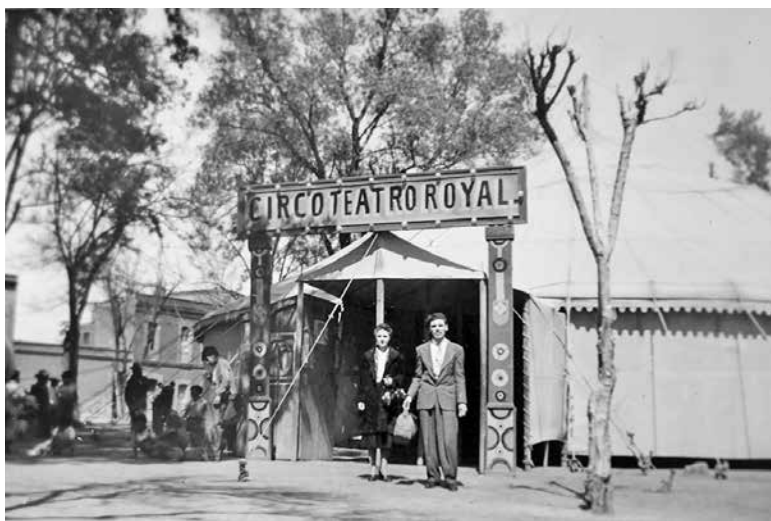


Imagen 9. Entrada del Circo Teatro Royal, con Vicenta Manzanero Moreno y Miguel Robledillo, en mini álbum 1 del Circo Teatro Royal, ca. 1940 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.

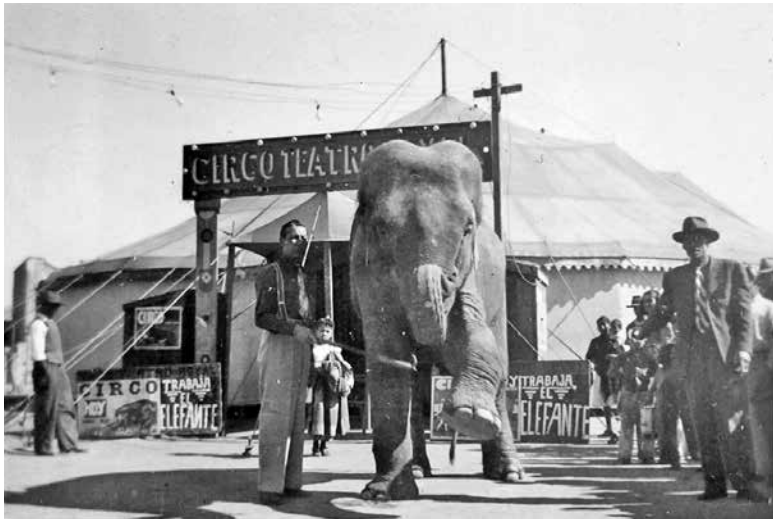


Imagen 10. Elefante y domador a la entrada del Circo Teatro Royal, en mini álbum 2 del Circo Teatro Royal, ca. 1940 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 11. Exterior del Circo Teatro Royal, con público infantil en su entorno, ca. 1940 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 12. Circo Teatro Yucateco, con Joaquín Manzanero Moreno, 13 de enero de 1950 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.

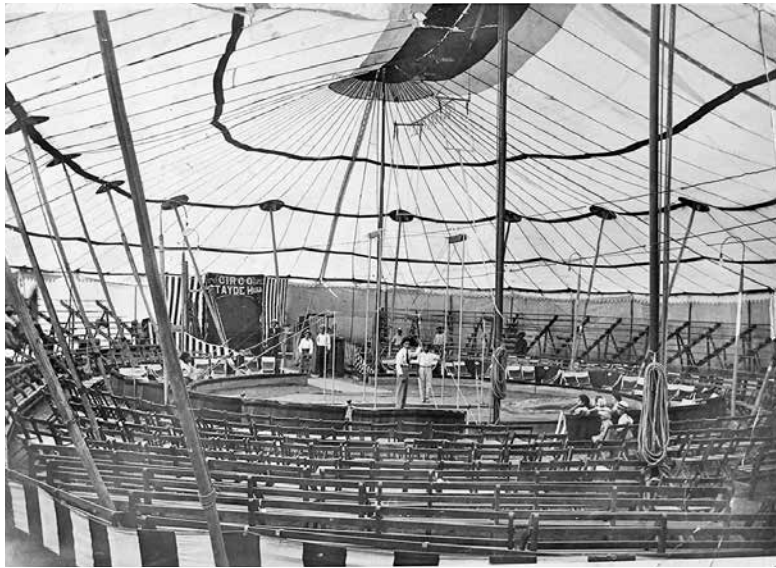


Imagen 13. Interior de carpa "Patri" del Circo Atayde, 6 de junio de 1922 ©
Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 14. Trío Hermanos Atayde. El Oro, 27 de diciembre de 1917 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 15. Los Hermanos Atayde, en estudio fotográfico de acto de equilibrio con cabezas. 1 de enero de 1918 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.



Imagen 16. Anita, Patricia y sus compañeras de baile, ca. 1920 © Archivo fotográfico de la familia García Manzanero.

Interacciones en espacios clínicos: el proceso formativo de los residentes de psiquiatría durante el “pase de visita y la entrega de guardia”

Liz Hamui Sutton

Resumen: Los contextos clínicos constituyen escenarios donde tienen lugar procesos educativos simultáneos a los asistenciales, en los que se actualiza el currículum. Este trabajo se centra en la descripción y el análisis de la franja de actividad denominada “entrega de guardia y pase de visita”, que tiene lugar todas las mañanas para revisar los ingresos, egresos y seguimiento a los casos de los pacientes internados. El objetivo es describir y analizar algunas de las interacciones que suceden en dicha franja de actividad para dilucidar las articulaciones y tensiones entre lo académico y lo asistencial, para comprender las estructuras narrativas que subyacen a este ritual y el efecto performativo en la formación de los residentes (Rs), así como en la configuración de su identidad como psiquiatras. Metodológicamente se trata de un estudio cualitativo de corte etnográfico basado en la observación presencial, trabajo que se realizó entre marzo y abril de 2019 en el Servicio de Psiquiatría del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica.

Palabras clave: residencias médicas, psiquiatría, contextos clínicos, educación de posgrado, etnografía clínica, narrativas, rituales, performatividad.

Abstract: Clinical contexts are scenarios where educational processes take place simultaneously to healthcare, in which the curriculum is updated. This paper focuses on the description and analysis of the event defined as “on call delivery and patient rounds” that takes place every morning to review income, outflows, and follow-up of inpatients. The objective is to describe some of the interactions that occur in this strip of activity to elucidate the articulations and tensions between academic and care processes, to understand the narrative structures that underlie this ritual, the effect in the formation of the residents (Rs), as well as the configuration of their identity as psychiatrists. Methodologically it is a qualitative ethnographic cut study based on face-to-face observation, the field work was carried out between March and April 2019 in the Psychiatry Service of a third level healthcare hospital in the Metropolitan Area of Mexico’s Valley (Cifanep).

Keywords: medical residences, psychiatry, clinical contexts, graduate education, clinical ethnography, narratives, rituals, performance.

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

Resumen: En este artículo reflexiono sobre ¿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 o manejarla? Forma parte de los resultados de una amplia investigación en contextos clínicos que busca describir, analizar e interpretar las contextos clínicos que los constituyen, así como dar cuenta de las interacciones intersubjetivas relacionadas con problemas de salud específicos. Para este objetivo utilizo un enfoque etnográfico y pongo atención en la producción narrativa. Los resultados se analizan por medio de algunos conceptos que Erving Goffman desarrolla en sus reflexiones sobre el “frame analysis”. Los tipos de incertidumbre que pude encontrar son comunicacional, conceptual, burocrático-administrativo y referentes a los límites del conocimiento psiquiátrico. Los mecanismos que los psiquiatras usan para enfrentarla son el conocimiento, la discusión entre pares y superiores, el uso de fármacos, el internamiento como forma de monitorizar y, sobre todo, la apuesta a que el paso del tiempo diluya las dudas. Los diferentes grados, momentos y formas de solventar las dudas en la práctica clínica psiquiátrica dependen del lugar que ocupen los actores en el campo y en sus marcos de referencia.

Palabras clave: incertidumbre, sesión académica de psiquiatría, contextos clínicos, enfoque etnográfico, producción narrativa.

Abstract: This article explores how uncertainty is expressed during a psychiatry academic session. It looks into how psychiatrists and psychiatry resident doctors deal with uncertainty. What mechanisms or tools are employed to dissipate it or manage it? This work is part of a broader research in clinical contexts that seeks to analyze and interpret the activity strips that constitute them, as well as to account for intersubjective interactions related to specific health problems. This study uses an ethnographic approach that is supported by narrative methods. Results are analyzed employing some of Erving Goffman's concepts around "frame analysis". Some types of uncertainty found are communicational, conceptual, bureaucratic-administrative, and those referring to the limits of psychiatric knowledge. The mechanisms that psychiatrists use to face uncertainty are knowledge, the discussion between peers and senior doctors, the use of drugs, hospitalization as a way of monitoring and, above all, the effect of time in hope that it dilutes doubts. The different degrees, moments, and ways of solving doubts in psychiatric clinical practice depend on the place that the actors have in the field and their frames of reference.

Keywords: uncertainty, psychiatry academic session, clinical contexts, ethnographic approach, narrative methods.

Etnografía del ritual clínico como espacio fronterizo

Josefina Ramírez Velázquez

Resumen: Para describir y analizar cómo se producen las narrativas en un espacio clínico, desarrollamos una investigación situada en el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica. Nos orienta un marco de referencia sociocultural que posibilita la comprensión de la narrativa como estructuras que dan cuenta del sí mismo y del *otro* en una co-producción de sentido; así evidenciamos la importancia de la intersubjetividad. Articulado a ello, recurrimos al concepto *franja de actividad* para visibilizar una secuencia de acontecimientos considerada como un contexto intersubjetivo, interpretativo y significativo que organiza la experiencia. Con tales coordenadas, mi contribución en este trabajo parte de una etnografía reflexiva y dialógica realizada en esa franja de actividad definida por la consulta médica. En ésta se reproducen comportamientos rutinarios constituidos por normas, valores, una asimetría que, de forma institucional, expone en tensión dos lógicas explicativas distintas —médico/paciente—. Desde la etnografía se pone en relevancia el flujo narrativo que va articulando, entre la observación, la escucha y las notas de campo, las formas de interacción que revelan a la consulta médica como ritual clínico y espacio fronterizo.

Palabras clave: etnografía reflexiva, franjas de actividad, narrativa, consulta médica, ritual clínico.

Abstract: To describe and analyze how narratives are produced in a clinical space, we developed an investigation in a third level healthcare hospital in the Metropolitan Area of Mexico's Valley (Cifanep). We are guided by a socio-cultural frame of reference that enables the understanding of the narrative as structures that give an account of the self and the other in a co-production of meaning, thus demonstrating the importance of intersubjectivity. Articulated to this we appeal to the concept of strip of activity to make visible a sequence of events considered as an intersubjective, interpretive, and significant context that organizes the experience. With such coordinates my contribution in this work arouses from a reflexive and dialogical ethnography carried out in that strip of activity defined by the medical consultation. In this, routine behaviors constituted by norms, values and an asymmetry are reproduced that, in an institutional manner, expose in tension two different rationalities - doctor / patient. Ethnography highlights the narrative flow that articulates between observation, listening and field notes, the forms of interaction that reveal medical consultation as a clinical ritual and border space.

Keywords: reflective ethnography, activity strips, narrative, medical consultation, clinical ritual.

Etnografía narrativa: la aproximación a la clínica desde las interacciones sociales

Jessica Margarita González Rojas

Resumen: El artículo tiene como objetivo analizar la clínica como un ente intersubjetivo de la experiencia entre los pacientes y los médicos, que tienen conocimientos especializados y disímiles a la vez. Con la etnografía narrativa se contextualiza la consulta externa del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica, y se recurre a la observación *in situ* para dar cuenta de las condiciones de interacción y de la producción narrativa de cada encuentro clínico. Se hace un registro etnográfico para seguir a un paciente que transita en interconsultas para conocer su diagnóstico y acceder a una intervención terapéutica, y se presentan algunas escenas de las interacciones sociales que emergen con la clínica.

Palabras clave: clínica, intersubjetividad, experiencia, etnografía narrativa, interacción social.

Abstract: This article aims to analyze medical care as an intersubjective entity of the experience between patients and doctors, who concurrently have specialized and dissimilar knowledge. Narrative ethnography aids in the contextualization of the outpatient clinic of the Mental Health and Neurological Care Center (Cifanep). The situations that arise in situ are used to understand the conditions of interactions and to create a narrative production of each clinical encounter. An ethnographic record is made to follow a patient that attends several appointments to know her diagnosis and receive therapeutic intervention. Some scenes of the social interactions that emerge while in care are presented.

Keywords: Clinic, intersubjectivity, experience, narrative ethnography, social interaction.

Tramas cotidianas de interacción clínica en el servicio de rehabilitación

Tomas Loza Taylor

Resumen: El presente trabajo es el resultado de una etnografía que se realizó en el servicio de rehabilitación física del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica de la Ciudad de México. Al considerar que existen marcos de referencia propios y ajenos al espacio institucional, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿cómo se construyen las tramas de interacción social durante la atención clínica? Para esto considero oportuno problematizar los conceptos *tramas*, *franjas de actividad*, *marcos de referencia*, *performatividad* y *globalización* propuestos por Mattingly, Goffman, Butler y Trouillot. Esta investigación emplea la etnografía del contexto clínico, el caso de método extendido y la narrativa como metodologías idóneas para describir y analizar la interacción clínica.

Palabras clave: tramas, interacción social, salud mental, rehabilitación neurológica y narrativa.

Abstract: This paper presents an ethnographic study developed in the physical therapy department of the Centre for Mental Health and Neurological Care in Mexico City. It considers the pre-existing frames of reference and those that transcend the institution. It particularly looks into how the various interaction plots are constructed during the provision of clinical care. It considers a revision and problematization of concepts such as plots, frames of reference, strips of activity, performativity, and globalization, proposed by Mattingly, Goffman, Butler y Trouillot. This research study uses ethnography as defined in the clinical context, the extended case method and narrative as pertinent methodologies for the description and analysis of clinical interaction.

Keywords: Frame of reference, social interaction, mental health, neurological rehabilitation, narrative.

De interacciones y fricciones en torno a la integración de cuidados paliativos en salud mental y neurológica

Verónica Suárez-Rienda

Resumen: Los cuidados paliativos se han convertido en una modalidad de atención necesaria no sólo por el envejecimiento de la población, sino también por la carga familiar, física, social, económica y emocional que representan las enfermedades crónicas. En México, los cuidados paliativos son ineludibles en los espacios de atención biomédica, sin embargo, la realidad en la que interactúan los modelos de atención paliativa y curativa es compleja. Uno de los principales problemas de la implementación de cuidados paliativos oportunos es la falta de profundidad de la educación médica en estos temas. En este sentido, el presente texto tiene como objetivo realizar un análisis interpretativo que, orientado por observaciones *in situ* y entrevistas, dé cuenta de las fricciones, las tensiones y los consensos emergentes en las interacciones sociales entre el personal de salud, las personas con enfermedades neurológicas y sus familiares, a raíz de la integración de la atención paliativa en el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica. *Palabras clave:* marcos de referencia, franjas de actividad, narrativas, cuidados paliativos, interacción social.

Abstract: Palliative care has become a necessary form of care, not only due to the aging of the population, but also due to the family, physical, social, economic, and emotional burden that chronic diseases represent. In Mexico, palliative care is necessary in biomedical care spaces, however, the reality in which palliative and curative care models interact is complex. One of the main problems in the implementation of timely palliative care is the lack of depth of medical education on these issues. The objective of this text is to carry out an interpretative analysis that, guided by on-site observations and interviews, accounts for the frictions, tensions, and emerging consensuses in social interactions between health personnel, people with neurological diseases and their families, root of the integration of palliative care in a Mental Health and Neurological Healthcare.

Keywords: frame analysis, activity strip, narratives, palliative care, social interaction.

La atención paliativa en diversas franjas de la atención institucional

Sergio Lemus Alcántara

Resumen: La salud como derecho contempla la atención paliativa para pacientes con diagnóstico terminal. Este recurso terapéutico se concreta mediante un entramado de interacciones técnico-científicas, jurídico-legales, administrativo-económicas, laborales-institucionales y prácticas socioculturales. Aunque es una actividad densamente normada, se caracteriza por colaboraciones/tensiones entre trabajadores de la salud, los pacientes y sus familiares. Los cuidados paliativos cobran múltiples sentidos a partir de los marcos de referencia en los que se relacionan y son definidos por la estructura, organización y funcionamiento institucional. Propongo una aproximación antropológica y social para analizar cómo la atención oscila entre el derecho y la necesidad, entre lo normativo que da cuenta de la autonomía institucional y lo no normativo develado por las prácticas sociales.

Palabras clave: atención institucional, atención paliativa, estructura, organización, prácticas sociales.

Abstract: The right to health includes palliative care for patients with a terminal diagnosis. This aspect of the therapeutic care is provided through a network of technical, legal, managerial, and institutional variables, within specific socio-cultural practices. Despite the array of normative protocols around palliative care, it is characterized by collaborations and sometimes tensions between health workers, patients, and family members. The different meanings it takes depends on the frames of reference that regulate their interaction, and these are defined by the institutional structure, organization, and functioning. An anthropological and social approach is proposed to analyze how palliative care provision oscillates between a legal obligation and necessity and how the normative accounts for institutional autonomy and the non-normative is revealed by social practices.

Keywords: institutional care, palliative care, structure, organization, social practices.

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

Alfredo Paulo Maya

Resumen: El presente trabajo tiene por objetivo describir y analizar las relaciones interprofesionales que se manifiestan durante el proceso de atención en un Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica. El área elegida para realizar el estudio fue el servicio de rehabilitación neurológica, ya que al ser un espacio que se divide en tres ámbitos terapéuticos, nos permitió observar y registrar, durante el proceso de atención médica, un trabajo colaborativo de tres meses, producto de la reafirmación jerárquica de saberes y el conflicto de roles.

Palabras clave: relaciones interprofesionales, rehabilitación neurológica, reafirmación jerárquica de saber.

Abstract: The purpose of this document is to describe and analyze the interprofessional relationships that are manifested during the care process in a high specialty hospital. The area chosen to carry out the study was the neurological rehabilitation service; since being a space that is divided into three therapeutic areas (physiotherapy, occupational and language) allowed us to observe and register during the medical care process, a tenuous collaborative work, product of the hierarchical reaffirmation of knowledge and the conflict of roles.

Keywords: Interprofessional relationships, neurological rehabilitation, hierarchical reaffirmation of knowledge.

Año 27, vol. 79, mayo-agosto, 2020

DIMENSIÓN ANTROPOLÓGICA



- ◆ *Milpas de guerra: humedales y agricultura institucional durante el Posclásico tardío en Tlaxcallan, México*
- ◆ *Dos calendarios conservadores durante la Guerra de Tres Años: El Reaccionario y La Familia Enferma*
- ◆ *La investigación corporificada: la danza en la construcción del conocimiento antropológico*
- ◆ *El santo tiene polvo en su ojo⁷: la conversión presbiteriana en Chibtik, un paraje de Chenalbo⁸, Chiapas*
- ◆ *Escenarios de la economía étnica de una comunidad nabua del Alto Balsas en Playa del Carmen*
- ◆ *Representaciones de la risa en la fotografía de los inicios del siglo xx*

Año 27, vol. 80, septiembre-diciembre, 2020

DIMENSIÓN ANTROPOLÓGICA



- ◆ *El patrimonio cultural: entre la historia y la memoria colectiva*
- ◆ *El performance de la memoria histórica en el norte de Guerrero*
- ◆ *La configuración de la memoria a través de la narrativa. Una exploración etnográfica a partir del caso de los "dueños" entre los nabuas de Pabuatlán*
- ◆ *Algunos rasgos gramaticales de las lenguas indígenas y su posible relación con la historia de sus pueblos*
- ◆ *Memoria y psicología*
- ◆ *La Colmena y los parajes del Monte Bajo en el Estado de México. Juan Antonio Azurmendi entre bosques y magueyes*



9 771405 776005

www.dimensionantropologica.inah.com.mx



CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA

