



Marcos organizacionales e interacciones en la clínica: la dinámica de la Unidad de Fisioterapia en un hospital neuropsiquiátrico

*Organizational frameworks and interactions in the clinic:
Physiotherapy Unit dynamic at a neuropsychiatry hospital*

Liz Hamui-Sutton

División de Estudios de Posgrado,
Facultad de Medicina, UNAM /
lizhamui@hotmail.com

María Alejandra Sánchez Guzmán

División de Estudios de Posgrado,
Facultad de Medicina, UNAM /
alesanguz@yahoo.com.mx

Alfredo Paulo Maya

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina,
Facultad de Medicina, UNAM / alfpaulo@comunidad.unam.mx

RESUMEN

El objetivo del estudio buscó dilucidar la dinámica de los dispositivos clínicos y su articulación con la subjetividad de los agentes participantes en los procesos de atención a la salud; se utilizó la propuesta teórico-metodológica de las narrativas, pues median entre la experiencia personal y el contexto, permitiendo identificar los sentidos y significados socioculturales compartidos; se empleó la metodología de la etnografía relacional mediante las técnicas de la observación *in situ* y entrevistas con informantes clave; los fragmentos narrativos se seleccionaron del trabajo de campo realizado en la Unidad de Fisioterapia del hospital de tercer nivel de atención especializado en neuropsiquiatría; e l análisis interpretativo de las narrativas dialógicas intentó mostrar la manera en que el dispositivo clínico y las lógicas organizacionales modelaron y operaron simultáneamente en procesos de atención, educación, investigación y administración. Los sentidos y significados atribuidos por los agentes participantes a las situaciones clínicas combinaron conocimientos, expectativas, intereses, sentimientos, decisiones y acciones que se expresaron en tramas narrativas. Los hallazgos tienen el potencial de replantear estrategias organizacionales, armonizar pautas interaccionales y disminuir tensiones sociales.

Palabras clave: Análisis de marcos, dispositivos institucionales, interacciones sociales, etnografía clínica, procesos de atención en fisioterapia, análisis narrativo.

ABSTRACT

The aim of the study sought to elucidate the dynamics of clinical devices and their articulation with the subjectivity of the agents involved in healthcare processes. The theoretical-methodological proposal of narratives was used, as they mediate between personal experience and context, allowing the identification of shared socio-cultural meanings and significances. Relational ethnography methodology was employed using techniques of on-site observation and interviews with key informants. Narrative fragments were selected from fieldwork conducted in the Physiotherapy Unit of the tertiary hospital specialized in neu-

ropsychiatry. The interpretative analysis of dialogical narratives attempted to demonstrate how clinical devices and organizational logics simultaneously shaped and operated in processes of care, education, research, and administration. The meanings and significances attributed by the participating agents to clinical situations combined knowledge, expectations, interests, feelings, decisions, and actions expressed in narrative plots. The findings have the potential to reconsider organizational strategies, harmonize interactional patterns, and reduce social tensions.

Keywords: frame analysis, institutional devices, social interactions, clinical ethnography, Physiotherapy healthcare activities, narrative analysis.

Fecha de recepción: 30 de noviembre de 2023

Fecha de aprobación: 15 de febrero de 2024

Introducción

El presente artículo forma parte de una investigación más amplia denominada “Análisis interpretativo de las narrativas en el contexto clínico de la salud mental”, que se llevó a cabo en un centro de atención neurológica y psiquiátrica al sur de la Ciudad de México entre 2018 y 2021. El objetivo del proyecto fue analizar e interpretar problemas de salud neurológica y mental en espacios clínicos institucionales a partir de las estrategias teórico-metodológicas de la investigación narrativa. En este escrito recuperamos fragmentos de la etnografía clínica realizada en la Unidad de Rehabilitación (UR) para analizarlos a la luz de la teoría goffmaniana de los marcos (*frame analysis*), que operan como lógicas ordenadoras y estructuran las tramas narrativas que se manifiestan en las interacciones sociales. El artículo está organizado en dos partes: en la primera se exponen antecedentes relativos a las tendencias de la socioantropología de la salud, así como de las nociones teóricas sobre las cuales se elabora la propuesta conceptual respecto a los marcos en la clínica, las franjas de actividad y las lógicas institucionales que le dan forma a las interacciones entre los agentes en la clínica. En la segunda parte se presenta la metodología del estudio y los fragmentos de la etnografía clínica que se analizan y discuten con las herramientas teóricas antes mencionadas. En las conclusiones se abordan las aportaciones a la sociología en el campo de la salud, específicamente en lo relativo a los sentidos y significados de las interacciones sociales.

Marco teórico

Conceptos ordenadores para el estudio de las interacciones en el ámbito clínico desde la socioantropología en salud

Las interacciones sociales son inherentes a la condición humana y son plurales. En el plano de los dispositivos institucionales se expresan en torno a reglas, normas, manuales, leyes, guías y en las formas rutinarias de las secuencias de acciones iterativas incorporadas e incuestionadas. No obstante, en ocasiones las interacciones generan también situaciones incalculables y emergen en ellas nuevas modalidades de relación que cambian el sentido de la acción planeada. Reflexionar acerca de las dinámicas en la clínica y las interacciones en el campo de la salud ayuda a develar tramas sociales, culturales, académicas, políticas, ideológicas y económicas, entre otras, en las que entran en juego intereses y capitales de los agentes involucrados.¹

En las últimas cuatro décadas se han desarrollado trabajos interesantes en la línea de la sociología de la salud que plantean conceptos para analizar la dinámica social en contextos hospitalarios.² La antropología médica anglosajona plasmada en las obras de Arthur Kleinman,³ Byron Good,⁴ Cheryl Mattingly,⁵ todos ellos participantes de la denominada escuela de Harvard, además de Paul Atkinson⁶ en Gran Bretaña, centraron su atención en las interacciones durante la consulta médica, los significados generados en contextos culturales específicos con respecto a la enfermedad o las tramas narrativa en los procesos de atención médica. No pocos trabajos se han enfocado también en la formación médica en la práctica

¹ Pierre Bourdieu y Loic Wacquant, *Una invitación a la sociología reflexiva* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2008), 87.

² Gunther Balarezo-López, “Sociología médica: origen y campo de acción”, *Revista de Salud Pública*, núm 2 (2018), acceso el 01 de abril de 2024 <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.46430>.

³ Arthur Kleinman, *The illness narratives: Suffering and healing and the human condition* (Nueva York: Perseus Books, 1988)

⁴ Byron Good, *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica* (Cambridge: Cambridge University Press, 1994).

⁵ Cheryl Mattingly, “The checkers game: clinical actions in quest of a narrative”, en *Healing dramas and clinical plots* (Cambridge: Cambridge University Press, 1998).

⁶ Paul Atkinson, *The Clinical Experience* (Aldershot: Ashgate, 1997).

clínica.⁷ Nociones como *illness*, *disease* y *sickness* aportan al análisis multisituado del encuentro médico; ideas como la de *subjuntivización* contribuyen a reconocer la importancia de la temporalidad en la comprensión de la enfermedad desde lo subjetivo. En todos estos trabajos, la etnografía como método para acercarse a la realidad se ha ejercido con creatividad para analizar lo empírico y desde ahí construir lo teórico.

Por otra parte está también la sociología europea, con autores como Annemarie Mol⁸ y Le Bretón,⁹ quienes reflexionan sobre el cuerpo, el dolor, el sufrimiento y el cuidado; Latour,¹⁰ con sus estudios sobre el método científico y la teoría del actor red; Fassin,¹¹ quien analiza la dinámica de las instituciones públicas, el derecho a la atención y la dimensión moral del papel del Estado; Boltanski,¹² cuya obra *La condición fetal...* pone sobre la mesa la polémica del engendramiento y el aborto.

Los campos de estudio de la sociología en salud son diversos, algunos elaboran teorías sobre salud y medicina con perspectiva sociohistórica, otros se centran en cuestiones metodológicas en diversos contextos comunitarios con perspectivas epistemológicas que van desde el positivismo al constructivismo. Algunos otros trabajos se orientan en la indagación de enfermedades específicas¹³ y otros más en el análisis de experiencias individuales o colectivas de los pacientes.¹⁴ También existen investigaciones que se concentran en las interacciones del equipo de salud y en organizaciones

como hospitales y asociaciones.¹⁵ Finalmente están los estudios económicos, políticos y sociales que abordan los sistemas de salud, las políticas nacionales y locales, la desigualdad en el acceso, o las manifestaciones culturales alternativas a la medicina alópata hegemónica¹⁶ o estudios relativos a la irrupción de emergencias de salud como la pandemia por covid-19.¹⁷

Este escrito se enfoca desde la etnografía clínica y busca develar los sentidos y los significados de las interacciones en el hospital entendido como orden social con el fin de comprender la manera en que los agentes sienten, piensan, deciden y actúan recreando el campo de la salud en la práctica cotidiana. Las interacciones transcurren en el tiempo presente y conllevan una dosis de incertidumbre sobre el futuro, en especial ante situaciones de crisis que involucran la atención de la enfermedad.

Para el estudio de las situaciones concretas en los itinerarios de atención objeto de este trabajo, se presentan categorías y subcategorías para interpretar las estructuras subyacentes de las tramas narrativas verbales y performativas¹⁸ en las interacciones. Cabe aclarar que por *itinerario* entendemos el proceso o secuencia de acontecimientos que llevan a otros enclavamientos de hechos, rutinas y ordenamientos.¹⁹

Goffman dedicó sus estudios a comprender el sentido de las interacciones sociales. Para ello desarrolló la teoría de los marcos de referencias y destacó categorías como franja de actividad, situación y acción. Recuperamos estos conceptos para aplicarlos en escenarios clínicos donde los agentes toman consciencia, descifran las circunstancias y calculan su acción

⁷ Renee Fox, "Reflexions and opportunities in the sociology of medicine", *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 1 (1985).

⁸ Annemarie Mol, *The logic of care: Health and the problem of patient choice* (Londres / Nueva York: Routledge, 2008).

⁹ David le Breton, *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions* (París: Armand Colin, 2001).

¹⁰ Bruno Latour, *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory* (Oxford: Oxford University Press, 2005).

¹¹ Didier Fassin, *At the heart of the State. The moral world of institutions* (Londres: Pluto Press, 2015).

¹² Luc Boltanski, *La condición fetal. Una sociología del engendramiento y el aborto. Cuestiones de antagonismo* (Madrid: Akal, 2016).

¹³ Graham Saxon, *Cancer, culture and social structure, patients, physicians and illness* (Nueva York: Free Press, 1972).

¹⁴ Juliet Corbin y Anselm Strauss, "Accompaniments of chronic illness: Changes in body, self, biography and biographical time", *Research in the Sociology of Health Care*, vol. 6 (1987), 249-281, 251.

¹⁵ Ester Carolina y Charles Varano, *Conflicted health care: Professionalism and caring in an urban hospital* (Nashville: Vanderbilt University, 2014).

¹⁶ Eduardo Menéndez, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud* (México: SEP / CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, 86, 1983)

¹⁷ Octavio Bonet, "La sociedad del espanto. Mallas de vidas en cuarentena", *Horizontes Antropológicos*, núm. 59 (2021), acceso el 2 de abril de 2024, <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100008>.

¹⁸ Cheryl Mattingly y Linda Garro, *Narrative and the cultural construction of illness and healing* (Berkeley: University of California Press, 2000), 36.

¹⁹ Félix Guattari y Rolnik Suely, *Micropolítica: cartografías del deseo* (Madrid: Traficantes de Sueño, 2006), 13.

guiados por sus intereses. La metáfora de los marcos o *frames* alude a las experiencias de las personas en la realidad, entendiendo que ésta se organiza y estructura en dichos marcos. A partir de los años setenta la propuesta teórica de Goffman se orientó a buscar los elementos estructurales de la interacción social, específicamente en su libro *Frame analysis...*²⁰ Su intención era ir más allá de lo individual y lo subjetivo para comprender las disposiciones estructurales que subyacen en los procesos sociales.

Para Goffman, los marcos son “esquemas de interpretación” que facilitan al individuo localizar, percibir, identificar y nominar hechos en su espacio vital y en el mundo en general. Al dar significado a los eventos o situaciones, la estructura opera para organizar la experiencia y guiar la acción, individual o colectiva²¹. Así, los marcos, operan como principios de organización de la experiencia y traman dinámicas procesuales. Los marcos están formados por elementos relacionales con una disposición definida y relativamente estable, conforman sistemas coherentes. Son pautas que posibilitan la interacción por medio de la “interpretación”.²² En las franjas de actividad (*strips of activity*) suceden procesos en los que se ponen de manifiesto articulaciones y tensiones entre los sujetos que interactúan. Existen elementos compartidos como saberes, prácticas, estructuras cognitivas que sustentan y dan sentido a las interacciones. Los marcos constituyen referentes comunes para la elucidación de los entornos y los acontecimientos, son esquemas o principios que median entre las subjetividades de los agentes y las normas sociales, de tal manera que enmarcan la experiencia con códigos significativos para interpretar las acciones observables. De esa manera, Goffman²³ busca las disposiciones de las situaciones de interacción social y su posible articulación con los esquemas mentales de los agentes utilizando la teoría

de los marcos de referencia como vehículo para la interpretación que orienta y da sentido a la interacción.

En el devenir de las interacciones, el encuadre o *framing* no siempre es claro y evidente, puede haber discrepancias en la lectura de la realidad, situaciones indeterminadas que provocan ambigüedad e incertidumbre, contradicciones entre principios que compli- can la mutua comprensión, rompimientos o cambios de significados.²⁴ Cuando esto sucede, los procesos se alteran, surgen tensiones y problemas derivados de los choques entre sistemas epistemológicos diversos y expresiones comunicativas disímboles. En muchas ocasiones puede no estar claro el marco de referencia apropiado para descifrar una situación, provocando dudas sobre lo que está ocurriendo e incertidumbre acerca de cómo actuar. También es posible que no se tenga la información suficiente para determinar el marco correcto, o que haya dificultades para la interpretación de los significados de la interacción, o que haya cambio de claves que no sean identificados con claridad.²⁵ En las interacciones donde no se cumplen las expectativas sociales por no tener las competencias necesarias o los canales para expresarlas, se suscitan situaciones incómodas.²⁶

La dinámica del proceso de encuadre de la experiencia conlleva a situaciones de interacción en franjas de actividad donde surgen actos de habla, enunciados, descripciones, interpretaciones y emociones expresados en testimonios, objetos, documentos, y demás formas a las que recurran los sujetos involucrados en el contexto donde se generan. Así, la pertinencia interpretativa y pragmática del marco se da en un entorno social determinado en la medida en que su uso práctico sea susceptible de ser evaluado en situaciones que constituyen hechos sociales que involucran valores, ideologías, necesidades sociales y capacidades de los agentes para ejecutar las interacciones.²⁷ Los in-

²⁰ Erving Goffman, *Frame analysis. Los marcos de la experiencia* (Madrid: CIS, 2006).

²¹ Jean Nizet y Natalie Rigaux, *La sociología de Erving Goffman* (Santa Cruz de Tenerife: Editorial Melusina, 2006), 53.

²² Mariela Hemilse, “Notas sobre la noción de ‘frame’ de Erving Goffman”, *Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, núm. 2 (2011), 187-198.

²³ Goffman, *Frame analysis...*, 49.

²⁴ Hemilse, “Notas sobre la noción...”, 194.

²⁵ Mauro Wolf, “Capítulo primero: Erving Goffman, o la descalificación de la inocencia”, en *Sociologías de la vida cotidiana* (Madrid: Cátedra, 1994) 19-105.

²⁶ Isaac Joseph, *Erving Goffman y la microsociología* (Barcelona: Gedisa, 1999), 67.

²⁷ Nizet y Rigaux, *La sociología de Erving...*, 61.

investigadores, por medio de la etnografía relacional²⁸ y la dilucidación de las tramas narrativas, interpretan los sentidos y significados otorgados por los sujetos posicionados involucrados en las situaciones, incluido el investigador, para reconstruir la dinámica de las interacciones simbólicas y sociales en entornos clínicos.

Conceptuamos a las narrativas como formas de comunicación que permiten a las personas relatar su experiencia interpersonal y sociocultural.²⁹ En el caso de las narrativas verbalizadas, estas se coproducen en la interacción social; ya que los investigadores plantean preguntas detonantes, con el fin de que sus interlocutores relaten sus experiencias bajo su propio orden temporal y subrayen aquello que les resulte significativo.³⁰ No obstante, la escucha mutua y el contexto completan la comprensión de los sentidos.³¹

Los marcos de referencia y sus registros

Hasta ahora nos hemos referido a conceptos abstractos que pueden ser aplicables a cualquier contexto como esquemas interpretativos para dar cuenta de los agentes en situaciones de interacción social en franjas de actividad específicas; sin embargo, el interés de este escrito se centra en el campo de la salud y específicamente en el orden social hospitalario. Lo que se busca en este artículo es describir y analizar las

situaciones enmarcadas en la clínica donde suceden las interacciones en franjas de actividad específica. El propósito es comprender el vínculo de las experiencias subjetivas de los estudiantes y profesionales de la salud con los acontecimientos interaccionales en circunstancias concretas.

Los autores de este escrito proponemos que es posible distinguir marcos de referencia por lo menos en cuatro registros para explicar las interacciones que suceden en determinadas franjas de actividad en los contextos clínicos. La propuesta se construyó con base en el análisis de la literatura teórico-metodológica y temática revisada e incorporada al proyecto, así como de los aprendizajes derivados de la labor etnográfica durante el trabajo de campo. No se trata de una hipótesis, sino de una herramienta analítica para interpretar la información. El marco que da sentido al dispositivo clínico en su conjunto es el proceso de atención médica, cuyo objetivo se centra en la curación o el control de las enfermedades, así como en la rehabilitación y la prevención por medio de la promoción a la salud. Para ese fin, la institución está fuertemente estructurada en esquemas verticales y horizontales con funciones bien delimitadas, lo que se expresa en manuales y posiciones con responsabilidades diversas. Dicha organización norma los tiempos, los espacios, las actividades y las prácticas cotidianas, y como dice Foucault,³² modela los cuerpos, las mentes, los gestos y las emociones de los agentes por medio de prescripciones. El orden implica disciplina, regularidad en su aplicación y formas de objetivación diversas en las que se plasman procesos de interacción. La clínica está atravesada por la mirada biomédica que pretende ser científica, objetiva y neutral. El método clínico basado en la historia médica, la exploración física, el diagnóstico y el tratamiento son la clave que orienta los procesos de atención. Los sujetos posicionados según la distribución de saberes desarrollan de manera coordinada el itinerario de la atención.³³

²⁸ La etnografía relacional en la clínica estudia la producción de sentido que se genera en la construcción de la realidad de los agentes en la interacción. En el microanálisis de las situaciones se visibilizan las interacciones y las tramas narrativas que les dan forma y sentido a la acción. La etnografía clínica no se reduce a la observación de los agentes y sus actos individualizados, sino que, capta, mediante la observación y la escucha, la interacción de los actores, en su contexto y en una temporalidad particular. La etnografía relacional es también una herramienta reflexiva cuya naturaleza es procesual, ya que la acción de campo se orienta, sobre todo, a estudiar procesos que involucran configuraciones de relaciones entre actores, contextos, espacios y diversos factores que intervienen en la explicación de los fenómenos. Liz Hamui y Josefina Ramírez, "Etnografía clínica y narrativas", *Dimensión Antropológica*, vol. 81 (2021), 1-25.

²⁹ Catherine Riessman, *Narrative methods for the human sciences* (Thousand Oaks: Sage, 2007), 46.

³⁰ Alfredo Paulo M. y Tomás Loza T., "El caso del área de rehabilitación: experiencias de la atención en conflicto", en *Interacciones y narrativas en la clínica: más allá del cerebro*, de Liz Hamui et al. (México: Facultad de Medicina-UNAM, 2022), 252-306.

³¹ Victor Turner, *The anthropology of experience* (Chicago: University of Illinois Press, 1986), 29.

³² Michelle Foucault, *El poder psiquiátrico* (Buenos Aires: FCE, 2005), 27.

³³ Hugo Spinelli, *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud* (Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús, 2022), 44.

El dispositivo clínico, generalmente, es impulsado por el médico, éste último requiere de herramientas diagnósticas y de recursos farmacológicos para el tratamiento. El acto médico involucra a casi todo el personal de salud: enfermeras, residentes, estudiantes, nutriólogos, laboratoristas, fisioterapeutas, trabajadoras sociales, entre otros. Se pretende que los sujetos interactúen entre sí de manera colaborativa y ordenada para gestionar y dar sentido al aparato asistencial. Las interacciones entre el personal de salud son diversas y están atravesadas por relaciones de poder. Pueden darse en comunidades profesionales entre pares, o entre distintos estratos. En la clínica las situaciones donde intervienen el paciente y sus acompañantes son las más frecuentes. El personal de salud, distribuido en franjas de actividad, interactúa con los consultantes en áreas como urgencias, consulta externa, piso en caso de hospitalización, en imagenología, el laboratorio, fisioterapia, ventanillas de farmacia, archivo, cajas, entre otras demarcaciones nosocomiales.

Además del asistencial, hay otros marcos vigentes en el entramado de la clínica que funcionan con sus propias lógicas. El marco educativo se orienta en la capacitación y entrenamiento del personal de salud en disciplinas como la medicina, la enfermería, el trabajo social y la fisioterapia, entre otros. Los aprendices se forman en el proceso de atención en comunicación directa con los enfermos y sus familiares. El marco educativo tiene la particularidad de estar ligado con las universidades. La consecución de los planes de estudio orienta muchas de las interacciones entre quienes enseñan y aprenden en la clínica. De tal manera que el marco asistencial y el académico se traslapan en las situaciones e interacciones clínicas, lo que no está exento de tensión.³⁴ Por lo general, el organigrama hospitalario se empata con la estructura del mapa curricular, de tal forma que el flujo de poder sea congruente. Así, por ejemplo, un residente de mayor grado instruye a los principiantes afianzando las je-

³⁴ Marcia Villanueva y Roberto Castro, "Sistemas de jerarquización del campo médico. México: un análisis sociológico", *Ciênc. Saúde Coletiva*, núm. 6 (2020), acceso el 2 de abril de 2024 <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.28142019>.

rarquías y las dinámicas institucionales en las distintas franjas de actividad.

Además de las interacciones propias de los marcos de atención y académicos, existe el marco relativo a la investigación. En las actividades hospitalarias, la incertidumbre es un componente que está siempre presente en la resolución de los casos clínicos. Con frecuencia, las preguntas científicas que emergen en los procesos de atención derivan en la elaboración de proyectos de investigación que buscan progresar en los conocimientos médicos o psicosociales.³⁵ Aunque la intención es que los marcos asistenciales, educativo y de investigación confluyan en sus objetivos, en su realización suelen surgir conflictos por los diversos intereses, por ejemplo, entre la salud del paciente, el aprendizaje del estudiante en la práctica o la obtención de datos de algún protocolo de investigación. El cuarto de los marcos de referencia que se manifiesta en las interacciones clínicas es el administrativo. La gestión de los recursos humanos y materiales en el proceso asistencial está articulado al mecanismo burocrático que regula aspectos como el jurídico, el económico, los estándares de calidad y eficiencia, la infraestructura, el mantenimiento. El cual suele no ser reconocidos, pero tiene repercusiones directas en el resto de los marcos³⁶.

Los marcos constituyen andamios que dan forma a lo estructural y lo funcional. En las interacciones, dichos marcos operan como principios ordenadores que al mismo tiempo están instituidos y son instituyentes en el devenir de los procesos de atención.³⁷ Los sentidos subjetivos (pensar, sentir) se objetivan en los actos personales (hacer) y se comparten en las secuencias interaccionales donde las ideas y los significados sociales emergen, circulan, se apropian y se recrean. Así,

³⁵ Jessi Nayelli Zurita Cruz, "Los alcances de la investigación clínica", *Revista Mexicana de Pediatría*, núm 5 (2019), 173-174, acceso el 2 de abril de 2024, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522019000500173&lng=es&tlng=es.

³⁶ Ilario Rossi, "La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época?", en *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*, org. por Liz Hamui, Alfredo Paulo e Isaías Hernández (México: Facultad de Medicina-UNAM / El Manual Moderno, 2018), 38-53.

³⁷ Cornelius Castoriadis, *La institución imaginaria de la sociedad* (México: Tusquets, 2013), 37.

definimos al dispositivo clínico como entramado organizacional, orientado hacia la atención a la salud, que se recrea en las interacciones de los agentes situados, ubicado en condiciones sociohistóricas específicas.

Las franjas de actividad y la dinámica de la clínica

En las franjas de actividad de los contextos hospitalarios, la correlación de los marcos y las interacciones son diversas y en cada una predomina una o varias lógicas. Los consultantes las atraviesan y se adaptan a las configuraciones diferenciales que existen en cada una. Por ejemplo, tanto en la entrada como en la salida del territorio clínico, es decir, en las fronteras que separan el mundo exterior del interior, el marco administrativo se combina con el biomédico para admitir a un paciente en la institución. La entrada sucede por la franja de actividad de urgencias o por la consulta externa. Una vez que el personal médico valora al enfermo y lo atiende por el motivo de su consulta actual, se decide el ingreso o no como paciente en el nosocomio. Cuando es admitido entonces el aquejado transita por procedimientos burocráticos para su registro. En las interacciones del paciente y su familia con el personal hospitalario intervienen los trabajadores en los módulos de información, vigilancia, personal de caja, del área de archivo, trabajadores sociales y otros agentes de apoyo para guiar el proceso de atención. En cuanto al personal de salud participan médicos adscritos, residentes de todos los años, enfermeras, ellos trabajan en colaboración o en conflicto, con los administrativos para documentar los casos en el expediente clínico y otros formatos. Así, en el ingreso, los marcos administrativos y biomédicos predominan en esta franja de actividad.³⁸

Las diferencias jerárquicas entre los agentes posicionados actualizan las relaciones de poder en secuencias reticulares de interacciones. En esa modelación de los servicios, el enfermo y sus familiares quedan rodeados por el aparato de atención y operan variados mecanismos de control. La salida de la clínica no es

³⁸ Sergio Lemus Alcántara, “Construcción sociocultural del proceso de atención de mujeres adolescentes embarazadas en un Hospital Federal de Especialidad” (tesis de doctorado, Facultad de Medicina-UNAM, México, 2023), 103.

menos compleja, en esta franja de actividad las interacciones sociales también se multiplican; en el “alta” del paciente hay procesos administrativos que cubrir: pasar a la caja, a la farmacia, al área de programación de citas, recibir indicación de cuidados para la transición del hospital a la casa. Aquí intervienen los médicos que prescriben los tratamientos farmacológicos, trabajo social, en ocasiones cuidados paliativos, las áreas de ayuda como grupos de apoyo, terapias, atención de salud mental, entre otros.

Una vez dentro de la clínica, en las franjas de actividad, la hegemonía del discurso biomédico orienta las diversas interacciones sociales en la lógica asistencial, educativa y de investigación e incluso en la administrativa. La persona que padece se convierte en paciente y su afección en enfermedad, se transforma en un caso objeto de estudio y atención.³⁹ Las entregas de guardia, los pases de vista, los encuentros de médicos y pacientes son franjas de actividad donde el acto terapéutico cobra centralidad. Éste se regula por la intervención iterativa de medicamentos prescritos por el médico, así como por el tratamiento y el cuidado físico y moral para disciplinar el cuerpo y modificar los comportamientos. El discurso médico —basado en postulados científicos— aparece como verdadero, pues pretende ser objetivo, observable, medible y verificable. No obstante, en la práctica cotidiana, las interacciones son contingentes y las expresiones del padecer a veces son inaprensibles.⁴⁰ El dispositivo institucional es la instancia productora de esta práctica discursiva, y las estrategias de poder dan origen a presunciones, afirmaciones, argumentaciones y experiencias expresadas en el lenguaje especializado del saber médico que construye esa realidad percibida como verdadera. Las interacciones se dan en el marco de esos dispositivos, que potencian y constriñen a los agentes en lo que Foucault⁴¹ denomina la microfísica de los cuerpos,

³⁹ Josefina Ramírez, “Trayectorias de atención y trayectorias de afección. Apuntes desde una etnografía relacional en espacios clínicos psiquiátricos”, en *Interacciones y narrativas en la clínica: más allá del cerebro*, de L. Hamui et al. (México: Facultad de Medicina-UNAM, 2022), 65-162.

⁴⁰ Cheryl Mattingly, “The concept of therapeutic emplotment”, *Social Science Medicine*, núm. 6 (1994), 811-822.

⁴¹ Foucault. *El poder psiquiátrico*, 28

con el fin de tratar y vigilar los posibles desequilibrios para mantener la disciplina de los procesos.

Las franjas donde suceden las actividades asistenciales están intrincadas con las educativas y de investigación, aunque éstas también tienen sus propios marcos y espacios; por ejemplo, los pases de visita son ocasiones para interrogar a los estudiantes, las presentaciones de casos en las sesiones académicas ponen a prueba las competencias de los residentes, la consulta externa constituye una oportunidad para la interacción asistencial jerarquizada, pero también para el aprendizaje de la disciplina.⁴² En las clases o espacios académicos, los profesores —que generalmente son médicos adscritos— encuentran la ocasión para la transmisión y actualización de los conocimientos de su especialidad. Cada situación de interacción refrenda el dispositivo de poder y la supervisión mutua —intra e interestrato—, actualiza continuamente los procedimientos.

A continuación se presentan situaciones en la clínica, específicamente en el área de fisioterapia, que muestran la manera en que el dispositivo clínico opera en situaciones de interacción referidas a los procesos de atención, educación, investigación y administración.

Método

Este estudio forma parte del protocolo de investigación “Análisis interpretativo de las narrativas en el contexto clínico de la salud mental”, que se llevó a cabo en el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (seudónimo, Cifanep). El Comité de Ética y de Investigación del hospital aprobó y registró la investigación, así como el Comité de Investigación y Ética de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM; además, se contó con el apoyo académico y financiero del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la DGAPA-UNAM.

⁴² Liz Hamui-Sutton *et al.*, “Violence and clinical learning environments in medical residencies”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2023), 6754. <https://doi.org/10.3390/ijerph20186754>

Los participantes fueron informados del objetivo y alcance del estudio y dieron su consentimiento. Se utilizaron seudónimos para conservar el anonimato de las personas. Los resultados fueron compartidos con los integrantes de las tres áreas de fisioterapia en un encuentro organizado por los investigadores en el mismo hospital denominado “Diálogos por la Salud Mental”, el 30 de octubre de 2019, ahí se presentaron y comentaron los hallazgos de la investigación y se escuchó el punto de vista de los agentes. En lo general, estuvieron de acuerdo con lo presentado, y aunque surgieron algunas discusiones con un responsable de área, éstas no pusieron en entredicho los resultados del estudio.

En el diseño metodológico de la investigación se utilizó la etnografía relacional en el contexto clínico, la entrevista narrativa y la observación *in situ* con el fin de instrumentar la propuesta teórica-metodológica del andamiaje interpretativo. Se solicitó la autorización de las autoridades de la Unidad de Fisioterapia (UF) para observar las interacciones en esa franja de actividad.

Durante cuatro meses se acudió a la UF. Después de entender la lógica de las temporalidades, espacios, actores principales e interacciones que le daba sentido y significado a las prácticas, se ubicó a los agentes clave para realizar entrevistas narrativas con dos terapeutas adscritos y cinco estudiantes, uno de posgrado y cuatro de pregrado.

La recolección de los datos se hizo a partir de una guía de entrevista semiestructurada basada en preguntas abiertas con la intención de recuperar la descripción de las experiencias concretas de los informantes. Las observaciones y entrevistas se llevaron a cabo de febrero a mayo de 2019. Las entrevistas duraron en promedio de 45 minutos. Se sostuvieron en español, se audiograbaron, se transcribieron literalmente para su ordenación temática y posterior análisis.

El análisis de la información se elaboró en el programa OneNote® a partir de la codificación y categorización del material transcrito y las observaciones del diario de campo. Para este escrito se seleccionaron fragmentos dialógicos con el fin de comprenderlos e identificar las tramas narrativas que operan en la clínica.

nica. El foco del análisis de las entrevistas transcritas estuvo puesto en las impresiones y justificaciones enunciadas por los sujetos participantes que se complementaron con los registros del diario de campo.⁴³ A partir del análisis se buscó descifrar la manera en que los dispositivos institucionales dieron forma a las interacciones, así como las articulaciones y tensiones que se generaron en la práctica clínica.

Resultados

Los itinerarios de atención en la Unidad de Rehabilitación

La UR se encuentra ubicada en la parte posterior del Cifanep, lo que implica que hay que atravesar todo el centro para llegar a sus instalaciones, incluyendo el estacionamiento de empleados y almacén. Esta ubicación no sólo separa al área de otros espacios de atención como Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, sino que implica que los pacientes y familiares deben caminar en subida aproximadamente un kilómetro desde la puerta principal del nosocomio hasta la UR donde recibirán atención médica; y se trata de pacientes que en su mayoría tienen dificultades motoras.

El lugar en donde se brinda la rehabilitación es un edificio de una sola planta dividido en tres áreas de atención: Terapia Física, Terapia de Lenguaje y Terapia Ocupacional. Constituye un espacio reconducido que no fue construido explícitamente para las terapias de rehabilitación. Si bien todas las áreas están en un solo piso, no hay comunicación directa entre ellas, de tal suerte que cada vez que algún integrante del equipo interprofesional quiere trasladarse a un sitio diferente o comunicarse con un colega debe entrar y salir del recinto.

El itinerario de rehabilitación de los pacientes con afecciones neurológicas inicia en la jefatura del departamento de rehabilitación, donde les practica una evaluación, es ahí donde también se coordina a los especialistas adscritos de las tres áreas. De acuerdo con la organización de la UR, la evaluación es integral, pues

requiere de la participación de todos los miembros del equipo interprofesional. No obstante, durante el trabajo de campo observamos que sólo acontecía entre las áreas de terapia física y ocupacional, pues los intercambios con terapia del lenguaje fueron mínimos. Las terapias de rehabilitación son coordinadas por los responsables de las áreas, quienes deciden las técnicas y ejercicios por aplicar.

En la UR participan estudiantes en servicios social (o pasantes) de tres disciplinas: Fisioterapia, Medicina Física y Rehabilitación, provenientes de universidades públicas y privadas; en menor medida también laboran residentes de la Especialidad en Medicina de Rehabilitación y de Neurología. Son los pasantes quienes llevan el peso de la consulta ya que, en ocasiones, atienden hasta tres pacientes simultáneamente en el transcurso de una hora. Los rehabilitadores adscritos dan atención a cinco o seis pacientes en ocho horas laborales, aunque también orientan a los pasantes de servicio social.

En esa franja de actividad, la distribución del trabajo y las posiciones que ocupan los agentes influye en la asimetría de las relaciones de poder y en la lógica de la atención. La división en tres áreas de rehabilitación muestra situaciones con articulaciones y tensiones particulares que se manifiestan en las interacciones concretas como descritas a continuación.

Situación 1. Área de terapia física y rehabilitación

Miércoles, 10:30 a.m. Las sesiones en todos los servicios se encuentran saturadas. En el área de terapia ocupacional se brinda atención a los pacientes citados; pero también se ha integrado a la “terapia colectiva” un paciente que no asistió el lunes. Su familiar argumentó la falta de tiempo del pariente que se comprometió a llevarlos y el elevado costo que representa el pago de un taxi.

Dos pasantes y un responsable de área, en la mesa colectiva, modulan su ritmo de trabajo para atender hasta tres pacientes simultáneamente. Casi para finalizar la sesión, se hace presente una profesional del área de investigación y solicita hablar con la responsable del área, quien de inmediato le ordena a uno de los pasantes suspender las actividades que venía realizando con el fin de atender a la investigadora visitante.

⁴³ Catherine Riessman, *Narrative Analysis. Qualitative Research Methods* (Newbury Park: Sage, 1993), 51-74.

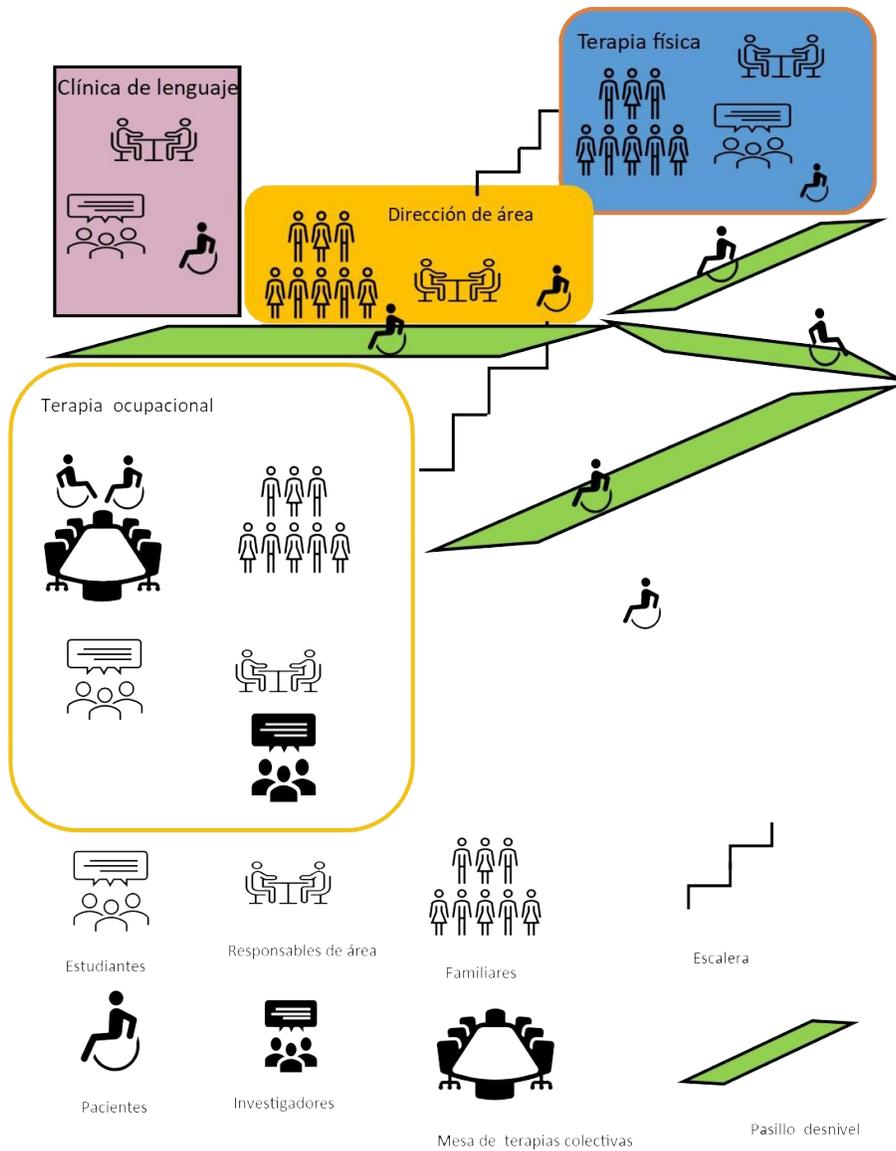


Figura 1. Distribución espacial del área de terapia física y rehabilitación. Fuente: Elaboración propia

Inicia el nuevo turno. Los pacientes poco a poco se sientan alrededor de la mesa, la cual luce repleta. La investigadora visitante se nota molesta y abandona el área, mientras que la pasante, un tanto nerviosa, se incorpora a la mesa de terapias colectivas para iniciar la atención de los dos nuevos pacientes que se le asignaron.

Mientras los pacientes practican las terapias, consistentes en introducir objetos pequeños en una caja o desarmar juguetes, conversan 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 la mayor parte de los pacientes y familiares acompañantes.

De repente, al área de terapia ocupacional acuden, tres residentes provenientes del área de investigación neurológica. Con amabilidad, solicitan a algunos de los familiares desalojar los lugares en la mesa, pues serían ocupados por un paciente y su madre. Se trataba de un joven diagnosticado con esclerosis lateral amiotrófica, quien fue canalizado al área de rehabilitación con el fin de que se le practicara una evaluación. Fue seleccionado para ser parte de un protocolo de investigación el cual involucraba el suministro de fármacos.

Mientras el paciente y su madre seguían sentados, los residentes del área de investigación —que permanecieron parados todo el tiempo— los interrogaban. Al mismo tiempo,

se realiza la terapia ocupacional; no obstante, las interacciones tienden a concentrarse en torno al protocolo de investigación. La saturación de personas y la proliferación de sonidos dificulta poner atención a una sola de las actividades.

Cuando los residentes del área de neurología culminan su tarea, le envían una señal con la mano a la responsable del área de terapia ocupacional, quien de inmediato solicita a una de las pasantes que supervise las actividades que venían realizando los dos pacientes a su cargo. La responsable se dirigió a un escritorio en donde recoge una carpeta y camina a la mesa en donde se encontraban sentados el paciente y

su madre. De pie, continúa con la valoración, la cual integra al protocolo de investigación.

Cercano a las 11:00 a.m. cada uno de los pacientes y un familiar acompañante se levantan de la mesa de terapia colectiva. La responsable del área de terapia ocupacional, de manera apresurada, se dirige hacia ellos con el fin de darles instrucciones sobre las terapias a realizar en sus hogares. Mientras tanto, los tres residentes del área de investigación tratan de explicar al paciente y su madre la utilidad de la información recabada para el protocolo de investigación. Estos últimos sólo escuchan en forma pasiva y no expresan ninguna duda. Al despedirse fue notorio el que los tres residentes se retiraran apresuradamente al área de investigación del hospital; mientras que el joven paciente apenas y podía levantarse de la silla. Con la ayuda de su madre, logra incorporarse y caminar hacia la salida del área de terapia física y rehabilitación.

En un diálogo posterior con la responsable del área de terapia ocupacional y los dos pasantes, expresaron:

Entrevistador: —Son pasadas las 11:00 ¿Y apenas desayunan?

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

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

Durante las terapias de rehabilitación ocupacional, las interacciones entre la adscrita responsable del área, los pasantes de servicio social, los residentes del área de investigación, los pacientes y sus familiares se expresaron en diferentes temporalidades que orientaron las experiencias individuales y colectivas. Se trató de interacciones emergentes e improvisadas que permitieron dar sentido y significado a las franjas de actividad.

En un primer momento, las interacciones se centraron en la atención de los pacientes, en las que tuvieron un papel central el adscrito responsable del área de terapia ocupacional y los pasantes. Sin

embargo, la situación se caracterizó por la rapidez y la saturación, pues se ponían en marcha terapias simultáneas de carácter colectivo, las cuales fueron interrumpidas por los investigadores de otras áreas. En ese primer momento, los marcos asistenciales y académicos confluyeron en la atención a los pacientes, los adscritos organizaron la atención y los pasantes ejecutaron las terapias.

A otro nivel, las interacciones se concentraron en la aplicación de un protocolo de investigación. En torno de un solo paciente interactuaron tres residentes del área de investigación y la responsable del área de terapia ocupacional; en tanto, las actividades de rehabilitación fueron delegadas a los dos pasantes y cada uno se vio en la necesidad de atender a tres pacientes simultáneamente. En tal situación, el marco de la investigación se impuso a los dos previos, tensionó la labor asistencial y afectó también tanto la enseñanza como el aprendizaje de los estudiantes en servicio social, ya que se desenfocaron de las terapias programadas para centrarse en un caso ponderado desde del área de investigación.

Al final del episodio, las interacciones se volvieron a dirigir al proceso de rehabilitación inicial, es decir, a la dinámica entre los pacientes, pasantes y el responsable del área. No obstante, fue notoria la rapidez con la que se llevaron a cabo los ejercicios de rehabilitación, pues el tiempo de la clínica había sido afectado, de igual forma la interlocución; el último tramo se redujo a dar y recibir órdenes para los ejercicios de rehabilitación doméstica. Las relaciones de poder asimétricas entre neurólogos y rehabilitadores hicieron evidentes las estructuras del dispositivo institucional, dando preeminencia al marco investigativo sobre el asistencial y académico.

Situación 2. Narrativas co-construidas con residentes y pasantes de servicio social en el área de rehabilitación

En los fragmentos de entrevista que se presentan a continuación, los testimonios de los residentes y pasantes dan cuenta de las prácticas clínicas donde se devela la manera en que se enmarcan las interacciones en situaciones que suceden en franjas de actividad es-

pecíficas. Se trata de un análisis narrativo por temas⁴⁴ el cual tiene por objetivo interpretar los significados de lo dicho y las posibilidades de generar identidades sociales o reafirmar la pertenencia a un grupo. A partir del enfoque teórico de la franja de actividad, la situación y los cuatro marcos —asistencial, académico, investigación y administración—, las narrativas se dividieron en categorías temáticas, sin embargo, no se les conceptuó como segmentos aislados, sino como partes de una secuencia que en su conjunto transmiten sentidos. Así, se trata de un estudio de caso, en el que de manera inductiva se generan conceptos que ayudan a la comprensión y teorización del fenómeno de estudio.

Con fines expositivos, se mostrarán algunas de las temáticas que sobresalieron por el orden de las secuencias de las tramas narradas por los estudiantes y responsables en el área administrativa.

Es decirle en dos minutos [al paciente] el diagnóstico 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 así es...! (Residente de la Especialidad en Medicina de Rehabilitación de tercer año, abril del 2019).

El marco administrativo guía las formas de organizar los espacios y tiempos en el área de rehabilitación, por lo que influye de manera importante en los marcos asistencial y educativo. En esa franja de actividad, las interacciones se caracterizan por la adecuación a las temporalidades y las locaciones donde intervienen los agentes: responsables, adscritos, residentes, pasantes, pacientes y familiares, entre otros.

Las normatividades administrativas del centro marcan jornadas uniformes de lunes a viernes para la atención de los pacientes; sin embargo, en el área de rehabilitación la atención tiende a concentrarse los martes y miércoles, por lo que en esos dos días se incrementan las interacciones entre la jefatura del departamento, los especialistas responsables, los estudiantes y los pacientes. No obstante, en esta franja de actividad es notorio que las actividades relacionadas

con la asistencia a los pacientes son desempeñadas por los pasantes de servicio social o los residentes de la Especialidad en Medicina de Rehabilitación. Justo en un miércoles, al finalizar la jornada, hubo un diálogo con la responsable del área de terapia ocupacional quien explicó las adecuaciones temporales que se ha visto obligada a implementar.

Hay pacientes programados: lunes, martes, jueves y viernes, pero el miércoles es día de consulta libre. Es decir, 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 sepan esa dinámica. (Responsable del área de Terapia Ocupacional, abril del 2019).

La flexibilidad en la organización de las citas es indicativa de la disfuncionalidad del marco administrativo en el área de rehabilitación, pues al encuadrar el marco administrativo a tiempos y espacios específicos, se contraponen las lógicas de los marcos asistencial y académico. En el marco asistencial, las situaciones se orientan hacia el paciente, pero también hacia sus familiares, pues en su lógica de acción, se pondera la rehabilitación corporal del paciente, así como su integración familiar y comunitaria. En la labor de rehabilitar, veinte minutos para la atención del paciente, marcados por el área administrativa, operativamente resultan insuficientes. Así, en cada turno las interacciones entre responsables del área, estudiantes, pacientes y familiares se extienden hasta una hora, aunque ello les represente tener que atender simultáneamente a tres pacientes y, por lo tanto, la saturación de actividades.

En el caso del marco educativo, la disfuncionalidad del marco administrativo se expresa en situaciones caracterizadas por interacciones que dificultan el proceso de aprendizaje, ya que los alumnos se ven rebasados de actividades. Los pasantes cuentan con poca o nula supervisión de los responsables del área, incluso en acciones ajenas al marco de atención, lo cual genera incertidumbre y condiciones para el conflicto. Ése es el caso de una residente de la Especialidad en Me-

⁴⁴ Goffman, *Frame analysis*...

dicina de Rehabilitación, quien, al preguntarle por su experiencia formativa en la UR, expresó su sufrimiento al no poder comprender las dinámicas del marco asistencial, sobre todo el tiempo destinado a la rehabilitación de los pacientes.

¡Era como 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 [...] A mí me parece que ese momento de la terapia 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! No entiendo la prisa. (Residente de la Especialidad en Medicina de Rehabilitación de tercer año abril del 2019).

En las tramas narrativas se describen relaciones, pero sobre todo se exponen explícitamente las contraposiciones de significados y sentidos de quienes participan en el acto terapéutico. Las lógicas que organizan las experiencias e interacciones de los estudiantes en el área de rehabilitación devienen en insatisfacción y se produce un corrimiento de significados, de lo educativo a lo asistencial. Su presencia en esa franja de actividad responde a la lógica educativa, es decir, a ser enseñados y aprender, no obstante, en la práctica están para resolver la carga asistencial de la UR. Como se ha expuesto, los marcos de comprensión, dominantes y subordinados suelen intercalarse y entrar en tensión en una misma situación.

Es evidente la existencia de jerarquías y el subsecuente ejercicio del poder; sin embargo, el marco normativo que las sustenta es interpretado como ambiguo, pues se supone que el médico adscrito es el responsable del proceso de rehabilitación, pero las experiencias narradas indican que, dependiendo de la situación, puede pasar a manos de los médicos residentes y pasantes de servicio social, incluso pueden verse involucrados en actividades que poco o nada tienen que ver con la clínica.

La ambigüedad se debe a que, en una misma franja de actividad, están operando marcos administrativos, de investigación, asistenciales y educativos que se articulan

y se tensan. Sin embargo, dichos marcos no tienen finalidades comunes pues la primera tiende a ser preponderante al enfatizar la productividad, que se expresa en un tipo de atención que valora la rapidez de las tareas. Ese marco se potencia en situaciones en las que se ven involucrados protocolos de investigación, pues se genera un repentino cambio de responsabilidades del adscrito hacia los estudiantes. Así, las actividades asociadas a la asistencia y la educación, propias del proceso de rehabilitación del paciente, tienden a ser subordinadas y hasta anuladas, situación que provoca sufrimiento en los residentes y pasantes de servicio social.

Discusión

El *frame analysis* o análisis de marcos, inspirado en la propuesta de Goffman y relacionado con el trabajo de campo realizado en el Cifanep, permite describir en las franjas de actividad, los contextos en los que interactúan los agentes en entornos clínicos. En las dinámicas interaccionales emergen situaciones que se enmarcan en las tramas subyacentes que a su vez se intersecan generando articulaciones y tensiones en momentos específicos. La comprensión del sentido en las interacciones permite dilucidar dichas situaciones e interpretarlas, y desde ahí, proponer estrategias para resolver las contradicciones estructurales en la confluencia de los marcos.

En las narrativas, extraídas de los testimonios citados de los actores posicionados, en la franja de actividad del área de terapia física y rehabilitación, la laxitud y poca claridad del marco administrativo crea desorden en las interacciones entre los pacientes y otros profesionales de la salud. El manejo discrecional del tiempo por parte de los responsables del área tensa el ritmo de las actividades de los terapeutas, quienes se ven saturados de trabajo. El exceso de encargos simultáneos lleva a la improvisación de situaciones para intentar cumplir y subsanar las presiones, lo que involucra una gran dosis de incertidumbre y provoca confusión en el encuadre de las interacciones.

La disfuncionalidad del marco administrativo-organizacional afecta las lógicas asistenciales y educativas, generando insatisfacción en los agentes. Los terapeutas piensan y sienten que no están realizando

bien sus prácticas; es decir, no le dedican la atención y el tiempo necesario que requiere el paciente para su rehabilitación. Por su parte, la falta de supervisión de las actividades por parte de los profesores provoca incertidumbre en los estudiantes acerca de su aprendizaje y el estado de sus competencias mientras ejecutan los ejercicios con los pacientes, perciben que no les enseñan, dudan de sus actos y están conscientes de las consecuencias de sus posibles errores.

Lo anterior lleva a que el acto terapéutico pierda sentido para quienes lo realizan y se genere malestar sin vías de comunicación fluidas para su resolución. El encuadre administrativo disloca el sentido asistencial y educativo creando tensiones que alteran los procesos de atención. Las contradicciones entre las diversas lógicas estratégicas del orden clínico se manifiestan en la pérdida de sentido según las expectativas de los participantes posicionados. De ahí que el conflicto y la ambigüedad de los significados derivada de perspectivas epistemológicas discordantes, se exprese en tramas narrativas donde emergen dificultades para interpretar las situaciones complejas y comprender los significados de las interacciones.

Uno de los aspectos que destaca en el análisis temático de las narrativas presentadas es la relevancia del marco investigativo. En un momento dado, en las dinámicas interaccionales de la terapia ocupacional aparecen personajes procedentes del área de investigación neurológica que desarrollan protocolos o estudios clínicos. Cuando ellos arriban a la UR para la valoración de un paciente que forma parte de su estudio, todas las actividades que están en marcha se suspenden y adquiere prioridad la petición de los neurólogos. La preponderancia del marco investigativo sobre el asistencial indica un rasgo institucional significativo, las actividades de investigación tienen relevancia sobre las terapias fisioterapéuticas que se ofrecen en la UR. La interrupción de la atención en el área de rehabilitación genera malestar en los terapeutas y los pacientes que, sin embargo, toleran la perturbación. La tensión creada es producto del choque de los marcos y, desde el punto de vista situacional, de la ruptura de la relación entre terapeutas-pacientes-familiares.

El análisis narrativo de las situaciones en la clínica vinculado a la propuesta teórico-metodológica de los dispositivos y los marcos, entendidos como lógicas ordenadoras que dan sentido y significado a la acción de los agentes, permiten comprender e interpretar las funcionalidades y disfuncionalidades del proceso de atención y con ello ajustar las pautas interaccionales para optimizar las relaciones sociales y de poder en cada franja de actividad.

Conclusiones

La utilidad de estudios como el presente consiste en la posibilidad de analizar situaciones donde los sentidos y significados, expresados en lo que los agentes piensan, sienten y hacen en su interacción con otros, dan cuenta de la compleja dinámica de la clínica. Se pretende dilucidar la manera en que las acciones encuentran referentes en los marcos que coadyuvan a la articulación o tensión de los procesos de atención y sus tramas subyacentes. Por ejemplo, en las situaciones estudiadas, fue claro que el marco administrativo en esa franja de actividad provocó desorden y desánimo entre los agentes. Una intervención en la reorganización administrativa de los tiempos y espacios de trabajo que considere los intereses de los terapeutas, estudiantes, pacientes y familiares permitiría que el acoplamiento de los marcos asistencial, educativo y de investigación se diera de manera más fluida. El respeto a los tiempos programados, la supervisión académica, la consideración de las necesidades de los pacientes y familiares, el desarrollo de estrategias acordadas con antelación para atender los imprevistos, serían algunos cambios que tenderían a disminuir las tensiones para mejorar la coordinación y el servicio de atención en esa franja de actividad.

Los hallazgos etnográficos de las situaciones microsociales analizadas desde perspectivas múltiples e interdisciplinarias fortalecen la investigación en el campo de la salud. La comprensión de las experiencias y los contextos de quienes participan en los procesos de atención en la clínica puede derivar en acciones de cambio que respondan a los pensamientos, sentimientos e intereses de las personas involucradas. Además de las lógicas organizacionales mencionadas en este artículo, el marco socioan-

tropológico tiene el potencial de aportar una visión más humana y ética que incida en la solución de los diversos problemas que emergen en los contextos clínicos.

Agradecimientos

Queremos agradecer a las personas de la Unidad de Fisioterapia del Cifanep que participaron en este estudio y se tomaron el tiempo para compartir sus pen-

samientos y experiencias. Gracias por su confianza. También agradecer a María Fernanda Rodríguez Hernández (MPSS) por ayudarnos en la adecuación del artículo al formato de la revista. Esta investigación fue financiada por la Universidad Nacional Autónoma de México, gracias al apoyo recibido para el proyecto de investigación “Análisis interpretativo de narrativas en el contexto clínico de salud mental” DGAPA-PAPIIT IN305320.