

The background features a line drawing of a face in profile on the left and a hand on the right, set against a colorful, abstract wash of yellow, red, and blue. The title is centered in white, bold, uppercase letters.

INTERACCIONES Y NARRATIVAS EN LA CLÍNICA: MÁS ALLÁ DEL CEREBRO

Liz Hamui Sutton (coordinadora)
María Alejandra Sánchez Guzmán
Alfredo Paulo Maya
Josefina Ramírez Velázquez
Sergio Lemus Alcántara
Tomas Loza Taylor
Verónica Suárez Rienda



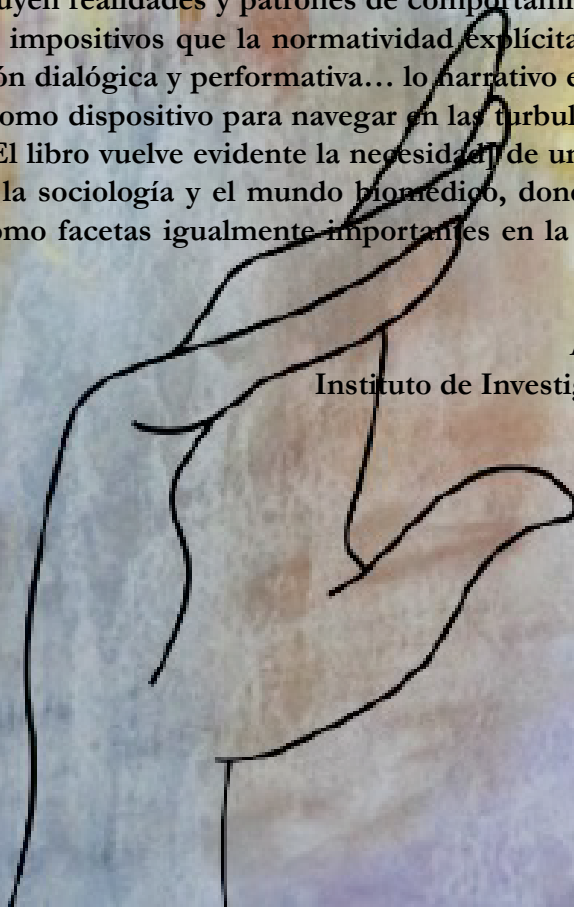
Facultad de Medicina



Este libro es el resultado de una detallada y sofisticada investigación etnográfica, hecha en una institución para la atención de pacientes con afecciones neuro-psiquiátricas, localizada en la capital mexicana.... El equipo de investigación que ingresó al Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (CI-FANEP) durante varios meses con la libreta de apuntes en mano, cual herramienta por antonomasia de la etnografía, tuvo como propósito comprender “la construcción cultural de la realidad clínica”. Este objetivo partió de un referente central: una institución dedicada a la investigación, formación y tratamiento de pacientes con afecciones neurológicas y psiquiátricas no está al margen de prácticas sociales que estructuran culturalmente la interacción entre sujetos y, a su vez, la vida cotidiana de dicho espacio.

Desde el título y hasta la bibliografía del libro, la “narrativa” fue la categoría fundamental que estructuró la investigación y la metodología de este trabajo colectivo. Sin embargo, no debe comprenderse en su significado literal, como aquello que dicen los sujetos entrevistados, sino como una articulación de interpretaciones, experiencias y prácticas que construyen realidades y patrones de comportamiento que en ocasiones son más rígidos e impositivos que la normatividad explícita... Así, la narrativa adquiere una dimensión dialógica y performativa... lo narrativo es el vehículo al que apuestan los autores como dispositivo para navegar en las turbulentas aguas del habitus hospitalario... [El libro vuelve evidente la necesidad] de un diálogo horizontal entre la antropología, la sociología y el mundo biomédico, donde lo biológico y lo cultural sean vistos como facetas igualmente importantes en la constitución de las realidades clínicas.

Andrés Ríos Molina
Instituto de Investigaciones Históricas
UNAM



INTERACCIONES Y NARRATIVAS EN LA CLÍNICA:
MÁS ALLÁ DEL CEREBRO

INTERACCIONES Y NARRATIVAS EN LA CLÍNICA: MÁS ALLÁ DEL CEREBRO

Liz Hamui Sutton
Coordinadora

María Alejandra Sánchez Guzmán
Alfredo Paulo Maya
Josefina Ramírez Velázquez
Sergio Lemus Alcántara
Tomas Loza Taylor
Verónica Suárez Rienda



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CIUDAD DE MÉXICO, 2022

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Hamui Sutton, Liz, editor. | Sánchez Guzmán, María Alejandra, autor. | Paulo Maya, Alfredo, autor. | Ramírez Velázquez, Josefina, autor. | Lemus Alcántara, Sergio, autor. | Loza Taylor, Tomas, autor. | Suárez Rienda, Verónica, autor.

Título: Interacciones narrativas en la clínica : más allá del cerebro / Liz Hamui Sutton, coordinadora; María Alejandra Sánchez Guzmán, Alfredo Paulo Maya, Josefina Ramírez Velázquez, Sergio Lemus Alcántara, Tomas Loza Taylor, Verónica Suárez Rienda.

Descripción: Primera edición. | Ciudad de México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2022.

Identificadores: LIBRUNAM 2140849 (impreso) | LIBRUNAM 2140262 (libro electrónico) | ISBN 9786073062688 (impreso) | ISBN 9786073062701 (libro electrónico).

Temas: Etnopsiquiatría -- México. | Psiquiatría cultural -- México.

Clasificación: LCC RC455.4.E8.I568 2022 (impreso) | LCC RC455.4.E8 (libro electrónico) | DDC 616.89—dc23

Interacciones y narrativas en la clínica: más allá del cerebro

Primera edición: 2022

Fecha de término de la edición: 28 de julio de 2022

D.R. © 2022 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán

C.P. 04510, Ciudad de México, México

Facultad de Medicina

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

ISBN 978-607-30-6268-8 (impreso)

ISBN 978-607-30-6270-1 (electrónico)

Impreso y hecho en México

Publicación realizada con el apoyo de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM, a través del Proyecto DGAPA PAPIIT IN 305320, *Análisis interpretativo de las narrativas en el contexto clínico de la salud mental*.

Cuidado editorial: Érika Maya Vargas

Corrección de estilo: Érika Maya Vargas

Diseño y diagramación de interiores: Martha Patricia Oropeza

Forros y separatas: Iridian Carmona Zamudio

AGRADECIMIENTOS	11
SÍNTESIS CURRÍCULARES	15
PRÓLOGO	
<i>Andrés Ríos Molina</i>	19
INTRODUCCIÓN	
<i>Liz Hamui Sutton - Josefina Ramírez Velázquez - María Alejandra Sánchez Guzmán - Alfredo Paulo Maya - Tomas Loza Taylor - Sergio Lemus Alcántara . Verónica Suárez Rienda</i>	23
La neurología y psiquiatría en el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica	23
El hospital como orden social: delineando “la clínica”	29
Franjas de actividad, tramas y narrativas performativas	32
La inmersión en el campo: la etnografía y las narrativas	39
Análisis narrativo: los andamiajes teórico-metodológicos	49
Estructura del libro	53
CAPÍTULO 1. TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN Y TRAYECTORIAS DE AFLICCIÓN. APUNTES DESDE UNA ETNOGRAFÍA RELACIONAL EN ESPACIOS CLÍNICOS PSIQUIÁTRICOS	
<i>Josefina Ramírez Velázquez</i>	63
La etnografía como instrumento reflexivo	64
Ensamblando nociones teóricas y conceptuales	69

Reflexiones metodológicas	85
Realización del trabajo de campo	88
Etnografía del acto clínico. Tres momentos que hablan de las trayectorias de aflicción y las trayectorias de atención de la Sra. Antonia en el CIFANEP	91
<i>Primer momento.</i> Acto clínico en el que se decide el internamiento	94
Los medicamentos ya no le hacen, pero no está bien todavía	97
<i>Segundo momento.</i> El proceso de internamiento	103
Registro de internamiento desde urgencias	103
Registro de ingreso pabellón psiquiátrico	105
El ingreso. Nuevamente contar la historia	108
<i>Tercer momento:</i> Sesión académica de Psiquiatría	112
Diagnóstico y tratamiento como centro de deliberación	112
Sesiones académicas de presentación de casos: Un sistema colegiado y dialógico para la deliberación clínica	116
Presentación del caso de Antonia	118
Primera fase. De la historia clínica al relato reconstruido entre eventos estresantes y largos tratamientos farmacológicos	120
Segunda fase. Entrevista videograbada	130
“Échale ganas, me dicen todos”	130
No se acaba el ejercicio clínico en la traducción literal de la queja	132
Voy muy mal, ¿verdad?	134
Tercera fase. Evaluaciones neurológicas y neuropsicológicas	135
Cuarta fase. Medición del metabolismo cerebral de glucosa por regiones	137
Quinta fase. Razonamiento diagnóstico y tratamiento	137

Almacena, pero no evoca. Una característica de depresión	140
Terapia electroconvulsiva como decisión colegiada	140
Análisis narrativo y situacional del acto clínico de los tres momentos planteados	141
<i>Primer momento.</i> La notoriedad de los medicamentos	144
<i>Segundo momento.</i> El proceso de internamiento, el tránsito de persona a paciente	147
<i>Tercer momento.</i> La deliberación diagnóstica, un tránsito de paciente a caso	149

CAPÍTULO 2. LA FORMACIÓN CLÍNICA Y LA IDENTIDAD PROFESIONAL: APRENDIENDO A SER PSIQUIATRA, ENTRE LA DOCILIDAD Y LA ASPIRACIÓN

<i>María Alejandra Sánchez Guzmán, Liz Hamui Sutton</i>	161
Introducción	161
Antecedentes y contexto de la formación de psiquiatras	165
La enseñanza de la psiquiatría en México	166
Teorías para el análisis de situaciones	178
Abordaje metodológico	185
Breve descripción del campo en el CIFANEP	190
Situaciones	191
Situación 1. “En urgencias eres de los neurólogos”	192
Introducción	192
Contexto	193
Testimonio	197
Análisis	199
Conclusión	204
Situación 2. “En el mundo real uno no tiene a un lado un PET o una resonancia magnética”	206
Introducción	206
Contexto	207

Fragmento de interacción	210
Testimonio	213
Análisis	218
Conclusiones	223
Situación 3. La supervisión y clases en la residencia de psiquiatría. “[...] Clasitis. Muchas clases sin ver pacientes [...] yo digo, primero hay que enseñarles lo que es ver una esquizofrenia en el paciente”	225
Introducción	225
Contexto	226
Testimonio	231
Análisis	236
Conclusiones	239
Comentarios Finales	240

CAPÍTULO 3. EL CASO DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN: EXPERIENCIAS EN CONFLICTO

<i>Alfredo Paulo Maya, Tomas Loza Taylor</i>	249
Introducción	249
Marco teórico	250
Hacia una antropología del contexto sociocultural de la clínica	255
Métodos de investigación	260
Aspectos metodológicos	263
El análisis	266
El orden normativo del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica	267
El Departamento de Terapia Física y Rehabilitación	270
El área de terapia física	272
El área de terapia ocupacional	285
La clínica de lenguaje	291
Conclusiones	298

CAPÍTULO 4. “GOTITA A GOTITA”. LA ATENCIÓN PALIATIVA EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL: ENTRE TENSIONES, DISCURSOS Y ARREGLOS ADMINISTRATIVOS	
<i>Sergio Lemus Alcántara, Verónica Suárez Rienda</i>	305
Introducción	305
La atención institucionalizada	308
La institucionalidad y las instituciones	315
La Atención Paliativa como Derecho a la Protección de la Salud	319
Metodología	322
Etnografía del contexto clínico	326
La narrativa en el contexto clínico	332
Las franjas de actividad en el programa de cuidados paliativos	335
Interacciones disciplinares	347
El cuidado paliativo en el ámbito familiar	353
Discusión	358
Conclusiones	366
REFLEXIONES FINALES	371
REFERENCIAS	377

AGRADECIMIENTOS

La experiencia de trabajar en un grupo de investigación dedicado a la socioantropología en salud constituyó una gran oportunidad académica y formativa. Por cuatro años, los autores de este libro leímos, discutimos propuestas teórico-metodológicas, formulamos ideas, elaboramos diseños metodológicos para el estudio, realizamos etnografía clínica y pusimos a prueba las estrategias analíticas de las narrativas para dar cuenta de las interacciones hospitalarias.

En estas líneas queremos agradecer al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General de Personal Académico (DGAPA) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por el apoyo y financiamiento otorgado a dos proyectos vinculados y consecutivos. El primer protocolo de 2018 y 2019 se tituló “Investigación narrativa en el contexto clínico” con la clave IN304918 en DGAPA-PAPIIT y en la División de Investigación de la Facultad de Medicina UNAM con el registro FM/DI/092/2017; el segundo, durante 2020 y 2021, se denominó “Análisis interpretativo de las narrativas en el contexto clínico de la salud mental” con clave en DGAPA-PAPIIT IN305320 y registro en la Facultad de Medicina FM/DI/089/2019. Deseamos agradecer a ambas instancias académicas el apoyo y la confianza depositada en el equipo de investigación, cuyo trabajo se ve reflejado en esta obra.

También en el seno de la Facultad de Medicina se llevó a cabo de manera quincenal el “Seminario Permanente Narrativas del Padecer”, que fue el espacio académico de interacción entre los investigadores para llevar a cabo el proyecto. Este espacio, primero presencial y luego virtual (en tiempos de pandemia), fue fundamental en el intercambio de ideas, así como en la definición de los rumbos y los ritmos de la investigación.

Hubo otros espacios académicos donde se abordaron los temas de las narrativas, la comunicación, las interacciones en el ámbito de la salud y la etnografía clínica. Algunas de las actividades desarrolladas fueron: las materias de posgrado “Narrativas del Padecer 1 y 2”, y el diplomado “Perspectivas Socio Antropológicas de la Salud”, donde hubo módulos específicos dedicados a estos tópicos impartidos por los investigadores de este proyecto. Los avances de investigación fueron presentados en el simposio “La salud mental en las ciencias sociales: abordajes teórico-metodológicos desde las narrativas en contextos clínicos” del VI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología, en modalidad virtual, en noviembre de 2020.

El protocolo fue registrado y aprobado en el hospital donde se desarrolló el trabajo etnográfico, el CIFANEP. Agradecemos la apertura de este centro de salud por permitir la estancia de los investigadores en los diversos espacios clínicos. A todo el personal de salud y a los pacientes que ahí se atienden: mil gracias por dejarnos ser copartícipes de sus actividades y sus historias.

Aunque los investigadores del proyecto pertenecemos a instituciones académicas diversas (ENAH, INNN, IMSS, Hospital de la Mujer, INSA-BI, COFEPRIS), el marco académico e institucional que nos alojó y apoyó fue la Facultad de Medicina. Específicamente el proyecto se inscribió en el programa de posgrado de Antropología en Salud, coordinado por la Dra. Elia Nora Arganis, en el marco del campo de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina UNAM, en la línea de investigación “Narrativas del Padecer”. Una mención especial a la Mtra. Jessica Margarita González Rojas, compañera querida que formó parte del equipo en estos años y aportó conocimientos, ideas y datos etnográficos valiosos.

La gestión financiera de los recursos asignados estuvo a cargo en el primer protocolo de la unidad administrativa de la Secretaría de Educación Médica; y en el segundo, del departamento administrativo de la División de Estudios de Posgrado.

Agradecemos a la Lic. Marisela Hernández, la Lic. Loreli Rodríguez, el Mtro. Horacio Arroyo y al Lic. Iván Romero por el tiempo y esfuerzo dedicado a los proyectos.

Gracias también al Dr. Andrés Ríos Molina, del Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, por la lectura atenta del libro y la escritura del prólogo. En el proceso editorial, agradecemos al Dr. Jorge Avendaño y la Lic. María de la Paz Romero por el acompañamiento en la dictaminación del libro y el respaldo del Comité Editorial de la Facultad de Medicina para la publicación y difusión del libro. Un reconocimiento especial a Erika Maya Vargas por la corrección de estilo, la formación del libro y el cuidado de la edición digital, así como a Iridian Carmona Zamudio por el diseño de la portada.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar a nuestros familiares y amigos que estuvieron cerca en los diferentes momentos del proceso. El apoyo de las personas que forman parte de nuestras relaciones sociales es fundamental, pues constituye un componente básico de las condiciones de posibilidad para llevar a cabo las actividades académicas que nos confieren identidad profesional. Gracias infinitas por estar ahí.

SÍNTESIS CURRICULARES

Liz Hamui Sutton (Coordinadora)

Doctora en Ciencias Sociales, Profesora Titular C de Tiempo Completo Definitivo en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Investigadora Nacional Nivel III nombrada por el CONACYT y miembro de la Academia Nacional de Medicina. Sus líneas de investigación se relacionan con la Educación Médica y la Antropología en Salud. Actualmente imparte cursos de posgrado en el programa de Antropología en Salud y la materia optativa Enfoque Médico Social de la Salud en pregrado. Entre sus proyectos de investigación destacan Interacciones y narrativas en contextos clínicos y Evaluación docente en las residencias médicas. Entre sus libros, destacan los títulos Evaluación de las competencias docentes en Salud, Aproximaciones teórico-metodológicas a las narrativas del padecer y MEDAPROC. Modelo Educativo para Desarrollar Actividades Profesionales Confiables.



Alejandra Sánchez Guzmán

Estudió Derecho en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, cursó la maestría en Estudios de Género en El Colegio de México y es Doctora en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Es autora de diversos artículos y capítulos de libros sobre los procesos de salud y atención en el campo de las enfermedades psiquiátricas y neurológicas. Actualmente es Investigadora en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, MVS, y miembro del Sistema Nacional de Investigadores.



Josefina Ramírez Velázquez

Doctora en Antropología, con especialización en Antropología Médica. Profesora-Investigadora SNI nivel II. Coordinadora de la línea de investigación “Cuerpo y Poder” del Posgrado de Antropología Física de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, en México. Desde esa línea de investigación tiene como tema central al padecimiento como expresión socio-cultural y la histeria como fenómeno colectivo del mundo laboral. En la actualidad realiza investigaciones en contextos clínicos, etnografiando procesos de interacción social para atender la salud mental en diversos grupos de enfermos. Tales investigaciones se orientan a través del concepto “cuerpo sentipensante” que configura la principal trama teórica para explicar la múltiple expresión de afecciones físicas, emocionales, cognitivas y conductuales de diversos conjuntos sociales generadas a partir de contextos laborales cultural y socialmente específicos.



Alfredo Paulo Maya

Antropólogo social especializado en el estudio proceso salud enfermedad atención desatención. Sus investigaciones se han centrado en los impactos de los discursos globales, sobre las políticas de salud y la formación de los profesionales de la salud. Enfoque crítico de la interculturalidad en salud y contexto sociocultural de la clínica. Desde el 2010 ha participado en diferentes grupos académicos orientados a dilucidar y contribuir con los marcos teóricos y metodológicos de la temática de las narrativas del padecer y la antropología de la salud. Autor de 20 artículos en revistas y 33 capítulos de libro.



Sergio Lemus Alcántara

Doctor en Ciencias Sociomédicas por la UNAM, Maestro en Ciencias en Salud de los Trabajadores por la Universidad Autónoma Metropolitana, distinguido con la medalla al mérito académico. Miembro del Seminario Permanente de Narrativas del Padecer. Investigador asociado en los proyectos “Análisis interpretativo de las narrativas en el contexto clínico de la salud mental” y “La investigación narrativa en el contexto clínico”. Actualmente trabaja en el servicio de Psicología Clínica del Hospital de la Mujer, donde desarrolló un protocolo de atención para evaluar la salud mental de mujeres adolescentes embarazadas y puérperas que se aplica desde el año 2021.



Tomas Loza Taylor

Investigador en los temas de enfermedades crónicas, salud mental y enfermedades terminales. Músico desde temprana edad, ha realizado trabajos para cortometrajes y documentales, ha impartido talleres sobre cuerpo y emociones. Miembro del seminario permanente de narrativas del padecer de la Facultad de Medicina, UNAM 2017-2021. Es médico especialista en medicina interna con maestría en antropología de la salud y con doctorado de antropología física en la línea de especialidad de cuerpo y poder. Actualmente labora como profesor titular C en la Universidad de la Salud de la Ciudad de México.



Verónica Suárez Rienda

Maestra en “Antropología: Salud e Historia” en la Universidad de Granada y egresada de la Maestría en Antropología Social del CIESAS. Actualmente en proceso de titulación del doctorado de Antropología en Salud, en la Facultad de Medicina de la UNAM. Miembro de la Red Nacional de Investigadores en los Estudios Socioculturales de las Emociones (RENISCE), miembro integrante del Seminario de Investigación de narrativas del padecer, de la Facultad de Medicina (UNAM), y coordinadora del Community Advisory Board (Consejo Asesor Comunitario) del Departamento de Infectología del INCAN. Algunas de sus investigaciones giran en torno a la presencia de las emociones en las trayectorias de atención en personas con enfermedad crónica y personal de salud, así como al pluralismo terapéutico. Actualmente labora en la Cofepris, donde desempeña actividades de capacitación, difusión de información e investigación.



PRÓLOGO

Este libro es el resultado de una detallada y sofisticada investigación etnográfica hecha en una institución para la atención de pacientes con afecciones neuro-psiquiátricas: el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (CIFANEP), localizado en la capital mexicana. Esa herramienta que comenzó a ser elaborada por los primeros antropólogos a inicios de siglo xx para comprender las especificidades culturales de sociedades indígenas que fueron consideradas –por su distancia con occidente– refractarias a la modernidad, se ha transformado de tal manera que en la actualidad es útil para comprender la complejidad narrativa y simbólica que se encarga de estructurar la vida cotidiana en un hospital de tercer nivel en la capital mexicana. En consecuencia, esa mirada etnográfica que otrora nació para comprender a sociedades alejadas del mundo moderno, en este libro es resignificada en aras de descifrar los patrones culturales que rigen las relaciones cotidianas entre médicos, residentes, enfermeras, terapeutas, pacientes y familiares en un espacio que se considera punta de lanza en la modernidad científica. De manera particular, el equipo de investigación que ingresó al CIFANEP durante varios meses con la libreta de apuntes en mano, cual herramienta por antonomasia de la etnografía, tuvo como propósito comprender “la construcción cultural de la realidad clínica”. Este objetivo partió de un referente central: una institución dedicada a la investigación, formación y tratamiento de pacientes con afecciones neurológicas y psiquiátricas, no está al margen de prácticas culturales que estructuran culturalmente la interacción entre sujetos y, a su vez, la vida cotidiana de dicho espacio.

Desde el título y hasta la bibliografía del libro, la “narrativa” fue la categoría fundamental que estructuró la investigación y la metodología de este

trabajo colectivo. Sin embargo, no debe comprenderse en su significado literal como aquello que dicen los sujetos entrevistados, sino como una articulación de interpretaciones, experiencias y prácticas que construyen realidades y patrones de comportamiento que en ocasiones son más rígidos e impositivos que la normatividad explícita. Por ello, además de las palabras de los entrevistados, en los capítulos encontramos la interpretación de silencios, gestos, acciones, omisiones, llantos y confusiones. Así, la narrativa adquiere una dimensión dialógica y performativa.

El público lector encontrará en cada capítulo un sólido aparato teórico que direcciona las estrategias metodológicas y define los asideros conceptuales. En el extenso abordaje teórico encontramos autores que van desde la etnografía clásica, como Victor Turner, Max Gluckman y Clifford Geertz, hasta reflexiones contemporáneas de Paul Atkinson, Arthur Kleinman y Byron Good, para mencionar solo algunos. Además, autores como Pierre Bourdieu, Paul Ricoeur y Cornelius Castoriadis aparecen como interlocutores para reflexionar sobre la naturaleza del saber en el mundo contemporáneo. Finalmente, este es un trabajo que sigue los pasos de Erving Goffman, quien hace más de sesenta años hizo lo mismo que el equipo de autores de este libro: ponerse una bata blanca e incursionar en un hospital psiquiátrico para comprender la forma en que las rutinas y prácticas no verbales, muchas veces signadas por el maltrato, se encargaban de construir la identidad de los pacientes psiquiátricos. La impronta goffmaniana sigue vigente, pero con nuevos elementos analíticos que aquilatan las narrativas y su valor heurístico.

La densa descripción etnográfica captura miradas, expresiones corporales, el agotamiento de las terapeutas y su frustración, la arrogancia de los médicos con más autoridad, el sufrimiento de los familiares que han recorrido instituciones por años, buscando tratamiento en vano, y la confusión y el miedo de los pacientes. Es un análisis del “abismo semántico”, siguiendo a Kleinman, entre la narración fragmentada y sufriente e incoherente del paciente en oposición a la clínica, donde la lógica biológica

se yergue como hegemónica. Los autores ingresaron a las juntas médicas, donde se analizan los casos complejos. Estuvieron en sesiones para diagnosticar pacientes y para formar residentes, fueron testigos de la presión con la que trabaja el personal de terapia física y de lenguaje, y también de la marginación de aquellos dedicados a suministrar tratamientos paliativos. La fina etnografía nos permite imaginar y comprender a los sujetos en la celeridad y el agotamiento propio de un hospital. Además, se evidencian las tensas relaciones de poder entre neurología y psiquiatría, y la subordinación de áreas como Cuidados Paliativos, Terapia Física y Enfermería; lo cual deja clara la rígida estructura vertical que atraviesa, en este caso, una importante institución de salud mental de la capital mexicana.

¿Qué pueden decir las ciencias sociales frente a la salud mental? Este libro propone varias respuestas posibles a esta gran pregunta. Como corolario, lo narrativo es el vehículo al que le apuestan como dispositivo para navegar en las turbulentas aguas del *habitus* hospitalario. Finalmente, a manera de *llamado urgente*, es perentorio un diálogo horizontal entre la antropología, la sociología y el mundo biomédico, donde lo biológico y lo cultural sean vistos como facetas igual de importantes en la constitución de las realidades clínicas.

ANDRÉS RÍOS MOLINA
Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM

La neurología y psiquiatría en el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica

El estudio del funcionamiento del sistema nervioso ha sido una tarea crucial en la medicina, particularmente el siglo pasado estuvo cargado de descubrimientos y avances tecnológicos en diversas disciplinas, que plantearon la necesidad de un abordaje transdisciplinario en este campo. En 1990, gracias al Consejo de Asesores del Instituto Nacional de Salud Mental, el Congreso de los Estados Unidos declaró que sería la “década del cerebro” (Goldstein, 1994). Se dibujaba en el horizonte la neuro-utopía, un futuro que prometía y promete que el estudio del cerebro es la panacea científica. Dentro de este amplio panorama, la medicina, la genética, la biología molecular y otras disciplinas han apuntado a entender los mecanismos biológicos que explican al encéfalo y sus funciones, pero también las ciencias sociales han planteado la necesidad de comprender el sentido de cómo el cerebro dirige el comportamiento social y viceversa (Goleman, 2006). Esto supone entender las interacciones sociales y la cultura a partir del cerebro y más allá de él. No obstante, dentro de este vasto campo hay pocos estudios que aborden la construcción cultural referida a la práctica en la atención de las enfermedades del sistema nervioso y de las personas que son formadas para su ejercicio. Es decir, en el avasallante avance de las neurociencias ¿qué sucede con quienes la practican e investigan?

A casi treinta años de que transcurrió la “década del cerebro”, un grupo de científicos sociales nos adentramos a la vida diaria de médicos, residen-

tes, estudiantes, rehabilitadores, enfermeras, pacientes y cuidadores que realizan trabajo clínico y de investigación o que son atendidos en el principal centro de atención y estudios del sistema nervioso de México. Preocupados por las interacciones clínicas y la construcción del conocimiento, nos dimos a la tarea de reconstruir algunos espacios e interacciones periféricas en torno al cerebro para, desde ahí, reconocer las coordenadas que se articulan alrededor del hospital como orden social.

El Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica¹, en adelante CIFANEP, que nos abrió las puertas, se autodescribe como una institución que se dedica al estudio de las ciencias neurológicas, donde se realiza investigación, enseñanza, diagnóstico y tratamiento en tres divisiones de las neurociencias clínicas: Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.

El CIFANEP es producto del desarrollo científico y político que acompañó el proceso de profesionalización de la neurología en nuestro país. Si bien la neurología en México comenzó el camino hacia la constitución como disciplina médica a finales del siglo XIX y principios del XX, en particular la constitución del CIFANEP como centro de alta especialidad tuvo sus antecedentes en varios momentos: el primero de 1939 a 1952, cuando se conformó la comunidad científica de neurólogos;² otro a partir de 1952, cuando se publicó el decreto presidencial para su creación; y culminó en 1964, con su inauguración (Vicencio, 2018: 234).

El paradigma que constituye el “ethos” de CIFANEP es el neurológico-neurocientífico y permea toda la actividad dentro de la institución; por lo tanto, se atiende a personas con enfermedades mentales y neurológicas, se realiza investigación en el campo y se forma a residentes en neurología

¹ Para guardar la confidencialidad de nuestros informantes no se revela el nombre del hospital donde realizamos la investigación.

² De acuerdo con Vicencio (2018), este período se distingue por el acceso a nuevos instrumentos y tecnologías de tratamientos, la conformación de comunidades que se destacan por la relación cercana con Estados Unidos debido al contexto de la Guerra Mundial.

y psiquiatría, en el caso de estos últimos enfocados en la neuropsiquiatría. Es decir, se trata de una práctica que constituye una interfase entre los padecimientos neurológicos y psiquiátricos, por ejemplo, un paciente de Parkinson con afectaciones psiquiátricas (Ramírez-Bermúdez *et al.*, 2010) o un abordaje desde la psiquiatría biológica a padecimientos como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, por mencionar algunos.

Antes de distinguir los encuentros y desencuentros dentro del contexto de la neurología y la psiquiatría en México, nos parece importante hacer algunas precisiones, aunque no se hará un trabajo exhaustivo, las reflexiones al respecto servirán como guías contextuales del sitio donde se realizó la investigación que presentamos en este libro.

De acuerdo con Germán Berrios, la Psiquiatría es la rama de la medicina dedicada al estudio de la enfermedad mental. Como disciplina científica surgió a finales del siglo XVIII y principios del XIX como una especialización dentro de la medicina en el contexto de los asilos que eran guiados por administradores y médicos generales (Berkenkotter, 2008). La necesidad de que la disciplina se asentara en la práctica científica de las ramas “duras” como la Neurología o la Genética ha estado en tensión histórica con los requerimientos de la práctica clínica que presta atención a las experiencias subjetivas de los pacientes, es decir, los aspectos fenomenológicos de la Psiquiatría (Kleinman, 1988).

De acuerdo con German Berrios (2011), la psiquiatría puede definirse como una disciplina teórica y práctica, cuya estructura epistemológica se encuentra entre las ciencias naturales y las humanidades. Esto es así porque los trastornos psiquiátricos son heterogéneos, algunos son enfermedades médicas, otros son variaciones de la normalidad, otros están en el medio de ambos. Por lo tanto, dentro de la psiquiatría los seres humanos son tanto organismos como agentes, objetos y sujetos, y existen en el mundo de los significados y en el de la materia (Berkenkotter, 2008). Las implicaciones de esta heterogeneidad en la presentación de los signos y síntomas psiquiátricos se refleja en la necesidad de la utilización de mé-

todos diversos para abordarlos; por un lado, el de las ciencias naturales o empíricas que ofrece una explicación de este tipo de condiciones; y en el otro escenario, los métodos de las ciencias sociales que buscan la comprensión de las alteraciones mentales y el comportamiento (León, 2014).

Aquí vale la pena precisar que:

[...] el lenguaje de la psiquiatría es lo que se conoce como psicopatología descriptiva, mientras en Estados Unidos esta es equivalente a psiquiatría, en Europa se refiere a la ciencia de los síntomas de la mente y usualmente se divide en dos, descriptiva experimental y psicodinámica: La psicopatología descriptiva (o fenomenológica) enfoca “la forma” del síntoma (es decir, tener visiones u oír voces, en ambos casos, ejemplos de alucinaciones) [...] la psicopatología experimental o de enfoque numérico intenta captar y medir el fenómeno con medios objetivos por ejemplo, comprobando las experiencias alucinatorias mediante el análisis por escaneo de los movimientos oculares o empleando la tomografía por emisión de positrones [...] la psicopatología psicodinámica se centra en la semántica del contenido, y para lograr esto se necesita un mecanismo del tipo creado por Janet o por Freud (Berrios, 2008: 27).

Comúnmente se suele pensar que la psiquiatría es sinónimo del término “Salud Mental”; no obstante, hay que precisar que solamente es uno de sus componentes. La Salud Mental más que una categoría homogénea y unificada es un campo disciplinario amplio donde las fronteras epistemológicas, teóricas y metodológicas son difusas. Bajo este concepto se cobijan discursos y prácticas que se insertan en enfoques diversos sobre la salud y enfermedad, amparados en múltiples disciplinas como la salud pública, la filosofía, la psicología, la antropología, la psiquiatría, entre otras (Restrepo y Jaramillo, 2012). A diferencia de la conformación de la psiquiatría como disciplina médica, que –como decíamos– comienza a finales del siglo XVIII, las referencias técnicas al término “salud mental” comienzan a mediados del siglo XX, asociadas al movimiento de higiene mental que relaciona el estado mental de las personas con condicio-

nes biológicas y sociales de su entorno, y se centra en la preocupación por mejorar la atención de las personas que sufren enfermedades mentales (Bertolete, 2008).

Como campo disciplinario, la salud mental es producto de un reordenamiento sociopolítico, cultural y económico que acontece en distintas partes del mundo en el cual se busca replantear la definición y atención de la enfermedad mental acorde con los ideales de los estados democráticos. Las reformas psiquiátricas que plantearon la decolonización de la atención y teorización de la locura por la psiquiatría, han apostado al estudio transdisciplinario. Es decir, la intención ha sido que los problemas de salud mental dejen de pertenecer únicamente a la órbita de los profesionales expertos en la enfermedad mental y sean tratados por otras disciplinas (Cuervo, 2019). Esta nueva perspectiva no solo postula que se opere fuera del manicomio con la activa participación del paciente y sus comunidades, sino profesa su interés en la prevención de riesgos y el bienestar psíquico de la población (González, 2000). A partir de ese momento, la salud mental –como decíamos– ha sido objeto de reflexión y práctica de múltiples disciplinas, pero también ha sido una herramienta para la implementación y operación de los sistemas de salud en diversas latitudes.

Respecto al término “Neurología”, fue acuñado en el siglo XVII por Thomas Willis, quien lo definió como el estudio del sistema nervioso conocido en ese entonces, que abarcaba el encéfalo (cráneo, cerebro y cerebelo), médula espinal y nervios autónomos. Para él, las funciones orgánicas del cuerpo y los procesos mentales estaban regidos por el sistema nervioso (Vicencio, 2018: 25). La primera cátedra de enfermedades del sistema nerviosos se dictó por Charcot, en 1882, en la Facultad de Medicina de París. Como especialidad médica, empezó a delinearse a partir de las publicaciones de clínicos como Charcot, Babinski, Duchenne, Romberg, Henocho, Westphal, Wernicke, Jackson, Wilson, Gowers, Holmes, Erb, Brown-Sequard, Parinaud, Oppenheim y Broca, Ramón y Cajal, entre otros (Arriagada, Court y Novoa, 2005).

La Neurología se define como la rama de la medicina que se ocupa de los trastornos del sistema nervioso. Abarca las enfermedades que afectan a todo el sistema nervioso: el cerebro, la médula espinal, los nervios que van y vienen de los músculos y órganos sensoriales (Coles, 2019: 1). A partir de los años sesenta, el estudio del sistema nervioso se expandió y empezó la carrera de las neurociencias, que incluyó a la neurología, pero no se limitó a ella. Las neurociencias se entienden como un campo disciplinar que aborda desde distintos paradigmas la anatomía, funcionamiento, patología y desarrollo del sistema nervioso (Álvarez, 2013). En este creciente campo se distinguen un sinnúmero de enfoques y acercamientos que incluyen la medicina, la filosofía, la economía, el derecho, la sociología, la antropología, entre otras. Los temas que se abordan no solo se circunscriben a la atención de las enfermedades del cerebro, sino a estudiar cómo se origina el pensamiento, la conciencia, la interacción social, la creatividad, la percepción, el libre albedrío y la emoción, entre otros (Cumpa-Valencia, 2019).

Retomando la idea de delinear cuáles han sido las intersecciones de la psiquiatría y la neurología en México, con el fin de comprender cómo funciona el CIFANEP, de acuerdo con Vicencio (2018) podemos por lo menos considerar tres etapas:

- a. de dependencia. En este período de 1930-1939, había una dependencia absoluta de la neurología hacia la psiquiatría, las clasificaciones de las enfermedades eran de la psiquiatría e incluso la mayoría de los que practicaban e impulsaban el estudio de la neurología eran psiquiatras.
- b. de división. Es a partir de 1940 que empezó una escisión clara entre la psiquiatría y la neurología debido al creciente aumento y uso de nuevas tecnologías e instrumentos de diagnósticos basados en evidencia. A esto se sumó el interés de los psiquiatras por el psicoanálisis.
- c. de consolidación. A partir de los años cincuenta se consolidó como ciencia y no solo como actividad clínica debido al acceso a los neurofármacos y las terapias específicas de la disciplina.

Actualmente, el encuentro de la neurología y psiquiatría en el CIFA-NEP es cada vez más vigente, sobre todo respecto a la manera como se alinea la psiquiatría al paradigma neurocientífico, con una clara tendencia a la práctica neuropsiquiátrica sobre otro tipo de terapéuticas. Sustentados en los avances de neuroimagen y su correlación con las posibles bases anatómicas y biológicas de los trastornos psiquiátricos, más el uso especializado de fármacos, se practica una clínica predominantemente orientada a la neuropsiquiatría. Esta conexión simbiótica entre ambas disciplinas implica entender que el cerebro es un territorio extenso, que las enfermedades neurológicas tienen aparejadas afecciones de orden psiquiátrico y que los trastornos psiquiátricos implican al cerebro (Mitchell, 2004).

Finalmente es importante señalar que el CIFANEP gira en torno a la neurología, existen distintos servicios como psiquiatría, rehabilitación, nutrición, cognición y conducta entre otros, que nutren la atención obedeciendo la finalidad principal que son las neurociencias. Igualmente el área de investigación se enfoca principalmente a las neurociencias teniendo espacios de investigación, básica, clínica y social. Al ser un centro de alta especialidad, los trastornos neurológicos y psiquiátricos que se estudian y diagnostican generalmente son graves o de alta complejidad, siendo, en algunos casos, el único lugar donde se atienden en el país.

El hospital como orden social: delineando “la clínica”

El interés por la salud y la enfermedad son tópicos prístinos para la antropología y la sociología. Las indagaciones en la primera resultan del entramado simbólico, debido a su arraigo en las tradiciones y rituales, atravesadas por sus marcos explicativos asentados en la magia y la religión; la segunda disciplina se ha ocupado más de las formas de organización, por ende, de sus aspectos colectivos y sus nexos con otros sistemas. Sin

embargo, salud y enfermedad son fenómenos antrópicos, siempre vinculados a sistemas simbólicos que les dotan de riqueza inconmensurable en la producción de significados y sentidos al formar parte de la experiencia del sujeto y la colectividad.

En la sociedad contemporánea los límites entre lo individual y lo colectivo son difusos: lo colectivo marca pautas mediante acciones instituyentes; por tal razón, la salud se presenta como competencia del Estado y refleja su rectoría en el complejo sistema de salud. El entramado institucional para la salud integró –en un abigarrado proceso histórico-social– instituciones altamente reguladas que abrevan de un marco jurídico que reconoce a la salud como derecho, seguido de la obligación de operarlo mediante normas técnico-científicas y técnico-administrativas, orientadas a la protección. Son normas que regulan no solo a los profesionales, también a pacientes y familiares que acuden a los establecimientos públicos. No obstante, el hospital público tiene configuraciones particulares, parte de este trabajo es descifrar el entramado de interacciones que ocurren al interior, donde no existe una realidad uniforme dictada por las regularidades administrativas. No se trata de encontrar las fisuras, ni las fallas, sino de aprehender su estructura y organización para entender su funcionamiento.

Huelga decir que cualquier interpretación al margen del marco administrativo limita el entendimiento, por eso importa encontrar las articulaciones entre los aspectos normativos y los no normativos. A simple vista parecen polos opuestos, principios antagónicos, pero la etnografía nos permitió observar cómo, aún dentro de lo institucional, ocurren dinámicas que propician tensiones, desencuentros o conflictos, los cuales no anulan la colaboración, el apoyo o cooperación, aunque sin llegar a la interdisciplinariedad. Ciertamente la atención se configura por *el hacer* de todos los involucrados, pero no garantiza la construcción de un mismo objeto ni la posibilidad de compartir la misma metodología.

Un concepto clave para adentrarnos en la institución es “la clínica”, que definimos como el espacio que se construye mediante las interaccio-

nes entre profesionales de la salud, y estos con los pacientes y sus familiares. Es en la clínica donde el especialista despliega su conocimiento, el razonamiento médico, pone en práctica sus técnicas, toma decisiones; y ahí mismo, pacientes y familiares construyen su experiencia de atención y actúan guiados por esta. De modo que estos últimos, no tienen un rol pasivo dentro de la clínica, si bien no poseen el conocimiento especializado ni conocen a fondo la estructura y funcionamiento del sistema, sí se posicionan, interactúan, toman decisiones, aceptan o rechazan indicaciones, generan alianzas o buscan opciones para solucionar los problemas que afectan su salud.

Si bien la clínica se caracteriza por las interrelaciones que se construyen, es imposible soslayar las diferencias entre los profesionales del campo, a pesar de que los dispositivos administrativos, como las jerarquías en el organigrama o los diversos contratos laborales, los colocan en categorías específicas, y en la práctica se establecen diferencias a partir del conocimiento altamente especializado. Lo anterior es uno de los rasgos esenciales de la atención en el tercer nivel de salud y marca un elevado nivel de exigencia entre los profesionales, lo que también se refleja en la formación de los futuros especialistas. Lo interesante es que no tiene como único fin brindar mejor atención, se traduce en autoridad, ejercicio de poder y jerarquía, que si bien no responden a lo normativo, sí establece formas de organización a las cuales se inscriben todos los involucrados.

Con base en lo anterior, podemos decir que el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (CIFANEP) es parte de la extensa red simbólica de nuestra sociedad; en un sentido, representa de manera concreta la rectoría del Estado en materia de salud neurológica y mental. Asimismo, es expresión del conocimiento altamente especializado, donde se desarrollan funciones socialmente valoradas como la investigación, la educación-formación y la atención. Al mismo tiempo, es el marco para la actuación de los profesionales del campo, pues solo dentro de este orden social pueden desarrollar sus competencias que no sola-

mente son técnicas, pues a muchos les permite expresar su compromiso social y humano. En otro sentido, esas actividades se traducen en expectativas muy concretas para pacientes y familiares, que acuden para encontrar alivio, solución a aquello que ha generado una alteración en su estado de salud. Por tanto, no se trata de una patología, es su experiencia de vida.

Acudir al CIFANEP es una actividad instituida, pues dentro de una sociedad construida y organizada mediante instituciones, es inadmisibles que la salud y la enfermedad, como fenómenos vitales, se vivan fuera de ese marco. No obstante, compartir el espacio, moverse dentro de la misma estructura organizada administrativamente, no es garantía de compartir los mismos objetivos o guiar las actividades bajo los mismos principios. Por eso es relevante realizar investigaciones sociales como esta, que proponga encuentros y diálogos, en vez de privilegiar la mirada de lo biológico sobre lo social o viceversa.

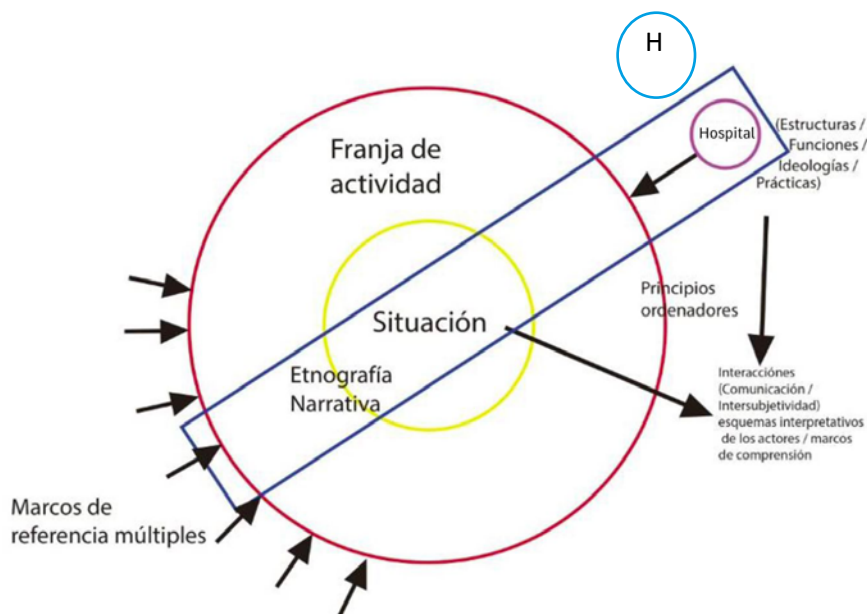
El abordaje multidisciplinario es un punto de partida que justifica y nos exige el esfuerzo de trazar límites para la demarcación teórica y metodológica que nos acerquen a lo institucional. El estudio del gran marco de la salud con toda su complejidad tiene el propósito de brindar explicaciones que, además de aportar al conocimiento, contribuyan a la reflexión sobre la realidad social en torno a la salud, la enfermedad y la atención, posibilitando el replanteamiento de las actividades medulares que se desarrollan en los establecimientos públicos. En la inteligencia que dentro de la institución se satisfacen múltiples necesidades de todo orden, físicas, sociales, educativas, de investigación, que contribuyan al bienestar y la realización de los sujetos.

Franjas de actividad, tramas y narrativas performativas

La antropología no solamente estudia los fenómenos observables, como las formas de organización social y los patrones de conducta; también se

encarga de comprender los procesos que conducen a la significación y generación de sentidos en un determinado conjunto social. Innumerables ideas y valores culturales se transmiten mediante la comunicación verbal, interrelacionando palabras, en tanto signos dotados de una significación cultural previamente aprendida y compartida. Este aprendizaje se logra a través de diversas formas de interacción dentro de una sociedad, es decir, procesos de socialización. El hospital como orden social es un espacio de socialización con modalidades particulares en los que se llevan a cabo interacciones orientadas a la atención, la investigación y la formación de recursos humanos.

En los intercambios comunicativos se transmite no solamente información factual; también se reafirman los sentidos y los valores de las experiencias vividas. Esto se logra por medio de las tramas narrativas, que subyacen a las expresiones verbalizadas donde el narrador evoca la imaginación para organizar una secuencia y selecciona los acontecimientos que considera significativos, con el fin de que dichos sentidos sean comunicados y comprendidos por su audiencia.



La propuesta de Goffman sobre los marcos o “frame analysis” ha sido útil para delimitar el ámbito teórico-metodológico y relacionarlo con la investigación etnográfica y narrativa desarrollada en este libro. En el siguiente esquema se muestra el sistema de relaciones conceptuales que opera como andamio para el análisis heurístico de la etnografía narrativa realizada en el espacio clínico.

En el centro del diagrama se ubica “la situación”, donde suceden las interacciones, en ellas se ponen en juego los esquemas interpretativos de los actores que operan como marcos de comprensión para darle sentido a la trama narrativa y otorgar significado a los acontecimientos, muchos de ellos ligados a estados corporales y mentales. Las interacciones están atravesadas por diversas modalidades de comunicación (lenguajes, rituales, turnos de habla,...) e intersubjetividad (emociones, historias, memorias, experiencias, conocimientos,...). En dichas interacciones tiene lugar el intercambio de lógicas explicativas donde se pone en juego el yo cultural de los actores, por ejemplo la relación médico-paciente en la consulta.

En torno a la situación, nosotros –como investigadores– nos posicionamos para dar cuenta de los procesos sociales que observamos y el lugar desde donde surgen las narrativas que analizamos. La situación sucede en una franja de actividad, donde se condensan un conjunto de acontecimientos en un tiempo y un espacio en los que el sujeto reflexiona, se posiciona y actúa (Goffman, 2006). Los marcos como recursos cognitivos socialmente compartidos tienen componentes prácticos y organizan la experiencia individual y colectiva en tramas situadas. Los contextos constituyen franjas de actividad donde la acción adquiere significado.

A su vez, las franjas de actividad están situadas en marcos de referencias sociales, externas, objetivas y múltiples, que se expresan en las interacciones y las narrativas, constriñendo o posibilitando la acción. En palabras de Foucault, se trata de dispositivos institucionales, culturales, burocráticos y de otro tipo, que son introyectados por los sujetos, es decir, están dentro y fuera, son personales y compartidos, y pautan las interacciones sociales en

tramas significativas. Los marcos de referencia son diversos, se articulan y se contraponen, y operan de distintas maneras según el momento, con ponderaciones situacionales, emocionales, racionales, experienciales (recuerdos y expectativas), sociales, económicas, políticas o de otro tipo.

El marco de referencia coadyuva iterativamente en la interpretación de la situación y en la participación del sujeto. Los referentes actúan como representaciones sociales con más o menos estabilidad y se traducen en prácticas, creencias, valores que se manifiestan en las preferencias, en los gustos, en las decisiones, en las estrategias de acción de los agentes. Estos marcos incorporados, semejantes al “habitus” de Bourdieu, también son impuestos desde fuera y el sujeto se adapta a las limitaciones que se establecen en espacios sociales regulados, como los hospitales. La diversidad de los marcos de referencia que circulan se apropian, se adaptan y se transforman en las interacciones que suceden en situaciones y en franjas de actividad concretas opera en los esquemas de interpretación donde se articulan, se resisten o confrontan las tramas de significados.

El “encuadre” (*framing*) a partir de los esquemas de interpretación se refiere a la lectura de una situación dada; no obstante, como explica Goffman, puede haber dificultades en el proceso que dan cuenta de la vulnerabilidad de las construcciones de la realidad. Entre estos problemas aparecen: la ambigüedad, los errores, las rupturas, así como las disputas de los esquemas de comprensión que se pueden presentar en el transcurso de una interacción. En muchas ocasiones puede no estar claro el marco de referencia apropiado a la situación, como cuando el anclaje del marco (el contexto espacial, material o las personas que participan de la interacción) provoca dudas sobre lo que está ocurriendo e incertidumbre acerca de cómo actuar. También puede suceder que no se tenga la información suficiente para determinar el marco correcto, que haya dificultades para la interpretación del lenguaje de la interacción, o que haya un cambio de clave que no sea identificado con claridad.

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 los testimonios de las personas correspondientes con el contexto donde se generan. Así, la pertinencia interpretativa y pragmática del marco se da en un contexto determinado en la medida en que su uso práctico se pueda evaluar en situaciones que constituyen hechos sociales.

Así, Goffman busca las estructuras de las situaciones de interacción social y su posible articulación con las estructuras mentales de los actores, utilizando la teoría de los marcos de referencia (reglas, leyes, etc.) como vehículo para la interpretación que orienta la interacción. Al dar significado a los eventos o situaciones, la estructura opera para organizar la experiencia y guiar la acción, individual o colectiva. La intención del autor es ir más allá de lo individual y lo subjetivo para comprender las disposiciones estructurales que gobiernan de manera invisible los procesos sociales. Los marcos de comprensión de la experiencia y los marcos de referencia se construyen en la interacción constante, en lógicas inductivas y deductivas, que legitiman e instituyen o descalifican representaciones y prácticas sociales.

Además de los variados marcos de referencia incorporados por los agentes en el transcurso de su vida, que operan como esquemas interpretativos, al interactuar en una organización específica, comparten la cultura institucional de este espacio social. Nuestro trabajo se enfoca en la estructura, funciones, normatividad, ideología, tradición e historia, así como en las prácticas formales e informales del CIFANEP, pues constituye un marco de referencia común que opera con principios ordenadores y permite estructurar tramas de la atención, la investigación y la educación en las diversas franjas de actividad institucional. De ahí que nuestro objeto de estudio relaciona la situación, captada por la etnografía y las tramas narrativas en contextos clínicos, con la cultura hospitalaria específica con el fin de dar cuenta de los procesos de atención y formación que ahí suceden.

Para dar cuenta de lo anterior, el papel del investigador social comienza al establecer relaciones de reciprocidad con los actores, para generar

ambientes de mutua confianza y acordar los objetivos de la investigación. Posteriormente, plantea preguntas detonantes que lleven al interlocutor a desarrollar sus narrativas, para su posterior registro y análisis. Es importante destacar que el investigador no pretende comprobar la veracidad de los relatos, sino comprender los sentidos que le fueron comunicados. Así, ambas partes contribuyen a la generación de las narrativas, por lo que se considera una co-producción, de autoría compartida. El narrador presenta sus experiencias bajo su propio orden temporal y subraya aquello que le fue significativo, con el fin de generar sentidos. Se ha señalado que en el estudio de las narrativas se corre el riesgo de sobredimensionar el punto de vista del actor y anular el contexto sociocultural; sin embargo, el análisis detallado de las tramas narrativas permite identificar el tipo de relaciones y el conjunto de valores compartidos por algunos sectores sociales. En este sentido, el rigor metodológico conduce a describir explícitamente las condiciones socioculturales en las que se trabajó.

La teoría antropológica ha estudiado los rituales conceptualizándolos como fenómenos religiosos; es decir, eventos colectivos en los que reiteradamente se simbolizan los valores, las concepciones del mundo y las relaciones sociales, mediante diversas acciones y representaciones estéticas. Los sociólogos, al estudiar las formas de organización en un contexto institucional, como centros educativos u hospitales, han mostrado que las personas actúan de manera reiterada para reafirmar su sistema de valores, sin apelar a un sentido religioso. La observación constante de esas situaciones reiterativas permite abordarlas como tramas narrativas, ya que en ellas confluyen espacios, tiempos y experiencias que expresan ordenadamente sentidos colectivos, las cuales se han definido como tramas performativas.

La antropología ha estudiado cómo los grandes sistemas culturales modelan la forma de pensar y actuar de sus integrantes. En el abordaje de las organizaciones a nivel micro y su respectiva interconexión con los niveles meso y macro (sistema global), se han conceptualizado tipos de “culturas

institucionales”. Los enfoques sociológicos centrados en los “marcos de referencia” indican que, dentro de espacios delimitados (por ejemplo, una institución hospitalaria), los individuos suelen significar las formas en que se interrelacionan entre sí, durante su convivencia cotidiana. Se trata de itinerarios de acción y subjetividades compartidas, que ordenan las experiencias y guían sus acciones.

Ahora bien, las interacciones de los individuos en ciertas situaciones, como las sesiones académicas, el proceso de atención a la salud o los procedimientos administrativos, reflejan la coexistencia de varios marcos de referencia. De hecho, estudios antropológicos han señalado la recurrencia de situaciones conflictivas entre los equipos interdisciplinarios y sus integrantes, dentro de las instituciones hospitalarias. Estos acontecimientos no ponen en juego la estructura organizativa de la institución, más bien contribuyen a reducir las tensiones sociales y a conservar el orden normativo. Los conflictos son estudiados por la antropología como procesos, es decir, como fenómenos constituidos por fases que se manifiestan en diferentes tiempos. En la primera de ellas se rompe del orden cotidiano y surgen facciones contendientes: los individuos suelen formar grupos y posicionarse en función de los valores que les son significativos, lo que implica a su vez la contraposición con otros valores.

El análisis de las “situaciones en conflicto” dentro de una estructura social (sistema jerárquico y orden normativo) inicia observando las formas de organización temporales y las acciones que realizan los actores clave. Posteriormente, la información se ordena y se presenta en forma de casos. La reconstrucción de los “marcos de referencia” requiere del establecimiento de relaciones de interlocución con los actores clave. El investigador social también recupera el punto de vista de diversos actores, para generar narrativas diferenciadas a partir de una coyuntura. La expresión, quizá idealizada, de los puntos de vista de otras personas, constituye la polifonía y la heteroglosia. En las situaciones en conflicto, los involucrados relatan lo sucedido desde su propia perspectiva, enfatizando la

importancia de su “drama” respecto a la de sus contrapartes. Por tanto, el investigador social debe tener la habilidad de escuchar y comprender lo narrado por sus interlocutores, en lugar de cuestionar su proceder ante los conflictos. Toda narración alude a una interpretación personal de la realidad: a partir del yo (*self*) se ordenan los eventos y las temporalidades. Así, en situaciones conflictivas, la identidad y la postura personal se reafirman, diferenciándose abiertamente de los puntos de vista disímiles, llegando incluso a discriminarlos.

El orden normativo de una institución resalta los valores que deben compartir sus integrantes, entre ellos el equipo interdisciplinario de atención a la salud. Sin embargo, cada profesional suele identificarse con los saberes y valores correspondientes a su área. Cuando la institución se especializa en una de las disciplinas, tiende a reducir la importancia del resto. Este fenómeno ha sido abordado por autores como Spivak (1993): dichos estudios indican que la forma en que se relacionan los elementos periféricos con los centrales en un contexto institucional, permite identificar los valores que sustentan las jerarquías de poder y los campos de conocimiento dominantes. En el caso del CIFANEP, la neurología se ubica al centro e impone sus paradigmas en la investigación, la atención y la formación de personal, el resto de los servicios y programas periféricos responden en función a las necesidades del centro. En este libro, se profundiza en las áreas periféricas, para dar cuenta de la dinámica institucional desde las franjas de actividad subalternas como son el servicio de psiquiatría, el servicio de fisioterapia y el programa de cuidados paliativos.

La inmersión en el campo: la etnografía y las narrativas

Uno de los métodos cada vez más utilizados en ámbitos médicos para explorar hechos del mundo real que atañen a la comprensión de la enferme-

dad y su atención, enfocando procesos de significación, es la etnografía, en este caso entendida como estrategia reflexiva y acción interpretativa en la clínica.

En dichos ámbitos, esta estrategia metodológica ya tiene una larga historia y se ha puesto en práctica con mayor interés con el propósito de indagar la satisfacción de usuarios en hospitales públicos. Las ciencias de la salud se han venido apropiando de este método, haciendo una lista cada vez más extensa de publicaciones en las que destacan aquellas que aplican entrevistas en profundidad como técnica básica, para llegar a conocer, con cierto detalle, el nivel de satisfacción de los usuarios sobre diferentes tópicos que pueden contribuir a ofrecer una mejor calidad de vida para los pacientes.

Desde un análisis epistémico, las ciencias socioantropológicas han mostrado que el interés por un acercamiento al mundo médico y su producción de sentido, así como la manera en que se construye su conocimiento y se lleva a la práctica, ha revelado también, de manera muy fecunda, algunos hallazgos importantes y tránsitos paradigmáticos que contribuyen a generar investigaciones metodológicamente más cuidadas y equilibradas en función de las voces que se buscan dar a conocer.

Mishler (1986) apuntó, por ejemplo, que el mundo de la medicina se conformaba por la voz de la medicina que representa su saber técnico y científico y, la voz del mundo de la vida que habla de la experiencia personal y contextual del paciente. Aun reconociendo la existencia de ambas voces, estas se describieron por separado, pero con resultados que pronto revelaron nuevas posibilidades de teorización.

El acento en la voz de la medicina, analizada desde el discurso, mostró diversos enfoques, cada uno de los cuales fue ampliado por sus propias limitaciones. Kuipers (1989), en un análisis muy destacado, valora tres enfoques principales para el estudio del discurso médico: referencial, (post) estructural e interaccional. El primero se centra en el lenguaje como herramienta de referencia y relación, pero excluye cuestiones de poder y

control social. El segundo vincula el discurso, el poder y las estructuras institucionales, pero lo hace ignorando las realidades emergentes y situadas de la interacción verbal. Y el tercero justo apunta lo que el segundo ignora.

En un sentido similar, al analizar la voz del mundo de la vida a través de la experiencia del padecer para explorar la subjetividad del paciente y los significados que le atribuye dicha experiencia, se pasó del análisis del nivel individual, o sea desde la experiencia, a observar la influencia de esta en las relaciones, y así dar paso al nivel interactivo y, de este, al nivel institucional como analiza Pierret (2003). Estos tránsitos pusieron en evidencia un análisis más abarcador al enfocar la interacción entre la experiencia del padecer y la estructura social, dado que la experiencia de la enfermedad, su producción narrativa y significativa requiere situarse, contextualizarse para una mejor comprensión.

El llamado de los científicos sociales es advertir que el conocimiento médico y las realidades del padecer son fenómenos esencialmente sociales que producen sentido, por tanto, son producciones discursivas cargadas de significación y generadas en contextos políticos y sociales específicos. A esto hay que añadir, como apuntan Good y DelVecchio (1981: 178), que la importancia de “la contextualización trajo un interés renovado en el discurso y la interpretación, en la interrelación de la semántica y la pragmática, y en la relación de las formas culturales con la praxis social y la construcción social de la realidad”.

Desde ese punto de vista, también es preciso subrayar que toda producción de conocimiento generada en la interacción clínica tiene una dimensión hermenéutica, ya que médicos, pacientes y familiares interpretan sus significados y los de los otros, y traen a la luz una coherencia o sentido subyacente en cada una de sus interpretaciones que nos interesa develar.

Tomando en cuenta lo anterior, consideramos que una aproximación holística de la realidad clínica tiene que contemplar de manera relacionada la producción y reproducción del conocimiento médico, las realidades del

padecer, los factores socioculturales e ideológicos y la estructura social que configuran su acción. La acción clínica, como lo ha expuesto Kleinman (1980), es la actividad central de la medicina en donde se producen, reproducen y legitiman las designaciones de aquello que comprendemos por enfermedad y las formas legítimas de tratarla.

Concretamente nos interesa *La construcción cultural de la realidad clínica*, es decir, 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” (Kleinman *et al.*, 2006: 144). Creemos que para dar cuenta de ello se requiere aplicar la lógica de la investigación etnográfica que, desde nuestro punto de vista, tiene como horizonte de acción la reflexividad. En términos simples esta acción nos conduce a aclarar a qué se va al campo y qué se espera encontrar, pero también advertir sobre aquello que no se busca pero que resultó altamente significativo para los involucrados y que, más adelante, contribuye a la robustez y fundamentación teórica de toda investigación.

Una considerable revisión de las potencialidades metodológicas de la etnografía en la clínica evidencia miradas críticas que hablan de demasiada investigación cualitativa “delgada” que se dice etnográfica (Atkinson, 2017) o de investigaciones que se presentan como etnográficas pero que reflejan una falta de coherencia y de rigor metodológico, pasando por alto reflexiones epistémicas notables (Hamui y Ramírez, en prensa) o incluso mostrando algunas inconsistencias incluida su propia concepción (Romaní, 2013).

En este sentido, consideramos relevante mencionar que nuestra decisión por la etnografía *in situ*³ se fundamenta en dos cuestiones. La primera en

³ Parecería una perogrullada, pero consideramos importante la anotación, sobre todo porque cada vez más las etnografías apoyadas en el desarrollo de las tecnologías de la información son realizadas de manera remota y, en la actualidad, con mayor razón debido a la pandemia que ha azotado al mundo en general.

que los comportamientos humanos pautados por procesos de significación solo pueden ser bien comprendidos y explicados si “estamos ahí”,⁴ compartiendo el contexto social en el que se observan. “Estar ahí”, en el sentido antropológico, significa experimentar, en un nivel tanto intelectual como corporal, las vicisitudes que implica estar en un sitio que no es el propio (Clifford, 1991), sumergirse en un entramado de relaciones que guardan códigos particulares, para poder observar y escuchar la función que cumplen.

La segunda se refiere a que, para estudiar la producción de sentido generada en la construcción de la realidad clínica, hemos estimado enfocar directamente a los actores en acción. No solo su producción discursiva o narrativa a través de la entrevista y de manera aislada⁵, sino que, primeramente, nos interesó destacar lo que Goffman (1983) llama *el orden de la interacción*, que remite al dominio del microanálisis, para visibilizar, a través de la interacción social y su narrativa, esa producción de sentido claramente situada en franjas de actividad específicas de la institución en cuestión. Porque la etnografía clínica no se reduce a observar actores y actos individualizados, sino que, capta, a través de la observación y la escucha, la interacción de los actores, en su contexto y en una temporalidad particular. Así, nuestra propuesta extiende la mirada analítica para ir más allá del discurso que remite a su producción oral o escrita exclusivamente, y, con ello, enfocamos la narrativa para hacer comprensibles la producción de sentidos y significados a través de otras formas de comunicación que se expresan performativamente y en la interacción social. Es decir, nos guiamos desde los paradigmas del punto de vista del actor como narrador y desde el paradigma de la acción social.

⁴ “Estar ahí” en el sentido antropológico significa experimentar, en un nivel tanto intelectual como corporal, las vicisitudes que implica estar en un sitio que no es el propio, sumergirse en un entramado de relaciones que guardan códigos particulares, para poder observar y escuchar la función que cumplen.

⁵ La importancia de esta actividad no tiene discusión; sin embargo, dados nuestros intereses, no fue la central, sino la complementaria a nuestra indagación.

Por lo anterior, resignificamos las nociones de etnografía y de narrativa, no solo para dejar en claro a los lectores el horizonte de nuestra construcción teórica conceptual y metodológica, sino para nuestra propia guía analítica. En este sentido, subrayamos que la etnografía como oficio de la mirada y el sentido es un medio para producir conocimiento a partir de un compromiso académico, sensible e intersubjetivo. Es un instrumento reflexivo 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, como variables, intervienen en la explicación de los fenómenos. Por esta razón, la etnografía que aquí desarrollamos es relacional porque enfoca procesos que involucran configuraciones de relaciones entre diferentes actores o instituciones (Desmond, 2014). Y hablamos de procesos experienciales, interpretativos, dialógicos y polifónicos. De esta manera, subrayamos que la etnografía no es una actividad autorial monológica, sino una labor de diálogo entre voces que dan cuenta de la polifonía⁶ y la heteroglosia⁷ en un mundo complejo de poderes y saberes en el que incluso el etnógrafo-analista tiene un papel importante, pues no solo recaba información, sino que es parte del proceso en el que se co-construye esa información en su forma narrativa.

Pusimos énfasis en la narrativa al considerar, como apunta Bruner (1986), que esta no es un modo de discurso, sino una forma fundamental de creación de sentido, extendiendo además su comprensión al subrayarla como formas de relación y estrategias de acción (Mattingly y Garro, 2000). La narrativa es un acto imprescindible para la construcción de la experiencia interpersonal y sociocultural y da cuenta de la manera en que se estructuran y operan tanto los relatos como los agentes que los co-producen en la interacción social (Hamui, 2016).

⁶ La polifonía habla de las diversas voces representadas en la acción narrativa.

⁷ La heteroglosia habla de los diversos códigos que articulan las acciones: códigos de jerga profesional, códigos de expresión emocional, códigos institucionales, situacionales.

Siguiendo a Frank (1995), consideramos que la narrativa es un acto dialogal y lo que el actor social, como narrador, expresa no es un “yo interior, sino dialogal”. 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” (Ramírez, 2016: 69).

Enlazando con la etnografía relacional, diremos que las narrativas son historias relacionales en torno a la enfermedad en su doble dimensión y productos intersubjetivos que crean significado, elaborado por diversos actores en acción, en un contexto y un tiempo específicos. Porque narrar es una actividad relacional que implica, por un lado, a alguien que, al hablar, expone su pensar-sentir-decir-hacer como actos interpretativos sobre algún acontecimiento en particular, y, por otro, un oyente con escucha atenta que involucra esos mismos actos con lo cual cada uno expresa su yo cultural (Ramírez, s/f).

En esas historias narradas pusimos atención en las palabras, pero también en las gesticulaciones, silencios, emociones corporizadas y acciones que narran la experiencia vivida, ya sea en los procesos educativos donde los médicos, a través de capacitación y formación académica, construyen su identidad profesional, o en aquella que se externa en el relato del padecer compartido entre médicos, pacientes y familiares para dilucidar la enfermedad y su atención, en la que se expresa en tratamientos paliativos o de rehabilitación y, también, en la propia experiencia de esas interacciones para tal efecto.

Dado que hemos considerado que la base epistemológica de nuestra etnografía es la hermenéutica, la tarea puntual para ello implicó una inmersión al campo –en este caso la clínica–, ejercitando principalmente la observación y la escucha acuciosas para lograr registros que permitieran describir con cierto detalle la interacción en la clínica, con sus narrativas específicas. Nos propusimos la creación de relatos complejos que mostraran los intereses que delinearon cada uno de los trabajos aquí compi-

lados. Algunos se guiaron por la descripción “densa” de Geertz (1973), buscando registrar las experiencias de campo en las que el investigador detalla las diversas capas y códigos que subyacen en la interacción y en las tramas narrativas, para develar el significado intencional, comunicativo, interpretativo de dicha interacción narrativa. Otros igualmente sensibles a la búsqueda del detalle se guiaron por la etnografía granular propuesta de Atkinson (2017) para analizar los mundos sociales y su orden a través de capas complejas que develan formas sociales, convenciones y modalidades. Cada uno de los trabajos aquí presentes se ha guiado por estas directrices, aunque cada uno lo ha expuesto poniendo a prueba modalidades de análisis particulares.

La investigación etnográfica que se presenta aquí implicó la observación y la escucha principalmente y una participación que, en términos secundarios, se generó en la co-construcción de sentido de las narrativas registradas, dando lugar a interpretaciones de primer y segundo orden. Es en este sentido que la lógica que se impuso en nuestro trabajo etnográfico fue la de una inmersión al campo reflexiva y relacional fundamentalmente.

En el corazón de la etnografía está sin duda la preocupación por la comprensión inmersiva al campo. De manera tal que, así como desde el inicio de la investigación se construyó cuidadosamente el objeto de estudio, también se procuró, en términos metodológicos, tener las rutas adecuadas para lograr una inmersión guiada por preceptos académicos, sensibles y éticos.

Se ha comentado en alguno de los capítulos que los métodos de acceso para realizar trabajo de campo en instituciones de salud mental son complejos y, por ello, investigadores como Ringer (2017), para participar en el mundo social de los pacientes y profesionales, ha experimentado con diferentes enfoques etnográficos, incluyendo su propia hospitalización en una institución psiquiátrica contemporánea. Sin duda, la inmersión al campo para realizar etnografías en espacios clínicos psiquiátricos impone un desafío notable que tiene que ver con la negociación del acceso en un

entorno jerárquico, plagado de conflictos con diferencias de poder tangibles entre profesionales y pacientes y que además al tener en sus manos el cuidado de la salud de las personas, imponen normas para un manejo ético de todos los procedimientos que involucra ser parte de la organización institucional y de “estar ahí”.

Por fortuna no tuvimos que impostar nuestra presencia en esos ámbitos configurados a través de estructuras complejas, burocráticas y de una organización que “impide la entrada a toda persona ajena” a la institución, ya que “estar ahí”, como científicos sociales en el rol de observadores y escuchas, principalmente, implicó presentar al CIFANEP un protocolo de investigación sostenido y justificado en marcos socioculturales que buscan tender puentes con las ciencias de la salud.⁸

Hemos insistido en que las acciones investigativas básicas del trabajo etnográfico fueron la observación y la escucha atenta (no solo de los actos generados en la interacción clínica, 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 (Hamui y Ramírez, en prensa).

La mayoría de los investigadores de campo, siguiendo la tradición etnográfica, han puesto atención principalmente en la observación llamada “participante”, que alude a aquel propósito de entrar al mundo del otro y con empatía participar de dicho mundo y encontrarle sentido. Sin embargo, coincidimos con Wind (2008) en que el carácter del trabajo de campo en sistemas de salud altamente especializados no encaja bien con esta suposición, por lo que él sugiere utilizar la noción de *observación interactiva*

⁸ Como ya se ha comentado, nuestro protocolo de investigación fue revisado y aprobado por el comité de investigación y ética de la UNAM. Una vez contada con esta aprobación se presentó ante el CIFANEP, cuyos comités de ética e investigación brindaron la aprobación, para que nuestro equipo pudiera realizar la etnografía en varios lugares de dicho centro.

negociada como una forma más apropiada de describir dicho trabajo en entornos hospitalarios o clínicos.

Además de ello, debemos destacar que dado el interés que mantenemos sobre la narrativa más allá del discurso, consideramos que, darle un sitio especial a la escucha con sus tonalidades diversas pretendió privilegiar aquellos elementos cargados de significación, tales como las pausas, las interrupciones, los silencios, los monosílabos que se expresan corporalmente en la interacción que observamos (Ramírez, s/f).

En general, la participación fue negociada y nuestro lugar fue dado simbólicamente con el uso de la bata blanca que nos situó sin mayor explicación en la interacción clínica. Aunque es preciso decir que el lugar como *científicos* sociales en la clínica nos fue dado una vez que se aprobó el protocolo de investigación, de tal manera que la mayoría del personal del CIFANEP ya sabía que un equipo de antropólogos estaría presente haciendo observaciones *in situ*.

Con esa anuencia, nos desplegamos en equipos de trabajo para realizar la observación y escucha de la acción clínica socialmente situada en diversas áreas: consulta externa, urgencias, piso de psiquiatría, clínica de internamiento, guardias, área de rehabilitación neurológica, área de cuidados paliativos, sesiones académicas y salones de clase. En esos lugares, procedimos a la observación, escucha atenta, registro de interacciones diversas y realizamos entrevistas *in situ* con diferentes actores sociales: médicos psiquiatras adscritos, residentes (R1, R2, R3, R4), enfermeras, fisioterapeutas, pacientes y familiares de quienes nos interesó observar la interacción narrada sobre experiencias previas, saberes y poderes ya establecidos, lógicas institucionales y rutinas profesionales.

Podemos decir que nuestro “estar ahí” fue siempre terso, aunque no faltó cierta tensión derivada de alguna falta de comunicación. Fue sorprendente encontrar que médicos y enfermeras están sensibilizados ya a ser vistos en sus interacciones diarias y quizá por ello no se sintieron importunados con nuestra presencia. Ello significó mirar y escuchar con una

gran libertad; no obstante, dada nuestra clara convicción de que la investigación antropológica debe cuidar la secrecía se acordó en que toda historia narrada fuese contada bajo el anonimato de quienes participaron en ellas.

Análisis narrativo: los andamiajes teórico-metodológicos

En este trabajo de investigación existieron diversas miradas que permitieron interpretar las particularidades de los espacios clínicos CIFANEP; por ende, las narrativas co-construidas desde la observación en la práctica clínica y en las entrevistas constituyeron un cuerpo narrativo invaluable y complejo de analizar.

Las voces de todos los participantes (médicos, rehabilitadores, residentes, enfermeras, personas afectadas e investigadores) se situaron dentro de una línea discursiva única y junto con sus acciones cotidianas construyeron los significados y los contextos de las relaciones e interacciones sociales.

Las líneas discursivas de los participantes construyeron un orden textual⁹ que se puede ejemplificar durante un interrogatorio clínico, a simple vista podemos situar tres órdenes:

1. el de la subjetividad de la persona afectada;
2. el contexto particular del que interroga y;
3. el de la mirada clínica que analiza la cognición y la mente de las personas.

De forma general, estas textualidades concretan lo que Frank (2010) denomina el sentido personal y social de las narrativas que se evidencian en el sentido que producen, por lo que según nuestro punto de vista cons-

⁹ Por textualidad entendemos a los enunciados que residen en un discurso.

tituyen un orden inter-textual de campo.¹⁰ De acuerdo con esta idea, las narrativas tienen diversas posibilidades interpretativas, ya que toman en cuenta el contexto de las personas, los espacios, los discursos, los rituales de las prácticas clínicas y, por supuesto, la mirada teórica.

Una vez definida la heterogeneidad inmersa en la interpretación narrativa, es importante considerar los puntos nodales que construyeron la práctica analítica de esta investigación. Por ende, fue vital construir una intertextualidad teórica que guiara nuestros objetivos, observaciones e interpretaciones de la realidad social en los espacios clínicos. Definir los puntos nodales fueron imprescindibles para la investigación, y para esto fue necesario discutir en el seno del grupo la necesidad de centrar a las interacciones sociales como punto de partida.

Existen diversas miradas teóricas que pueden ser escogidas para profundizar en las interacciones sociales, pero la obra de Edwin Goffman (1963) fue la más relevante para nuestra investigación, ya que nos permitió comprender que las franjas de actividad tienen un marco de referencia, es decir, un sentido que guía a la experiencia de las personas que se articulan con el contexto socio-histórico, construyendo diversos significados. Una vez dirimido este punto, los andamiajes teóricos construidos por cada grupo de trabajo resolvieron la interpretación de los rituales practicados en cada espacio clínico. Esta flexibilidad teórica nos permitió generar una iteratividad continua entre los datos, las ideas y la teoría, conformando un tercer orden intertextual que se genera al interpretar con la teoría las narrativas recabadas (Atkinson, 2017; Loza, 2019).

La construcción de las distintas intertextualidades fue el punto de partida del análisis en este trabajo de investigación y cada grupo de investigación consideró prudente construir un orden intertextual que les permitiera interpretar las franjas de actividad. La etnografía fue la matriz

¹⁰ Por intertextualidad entendemos al espacio donde se cruzan y entrecruzan múltiples enunciados tomados de otros textos; es decir, un cruce de superficies textuales, un diálogo entre varias escrituras u oralidades de los actores, de los sujetos y de los agentes inmersos en un contexto sociocultural (Batjín, 1979; Kristeva, 1997: 2; Loza, 2019).

de la construcción reflexiva (Atkinson, 2017) y la inmersión en el campo terminó de construir las preguntas de investigación para que las narrativas fueran interpretadas bajo una mirada teórica profunda. Así, el análisis interpretativo reveló un movimiento que se generó entre las distintas intertextualidades al que le llamamos “cruce intertextual”, este movimiento representó el significado desvelado de las observaciones, de las entrevistas y de nuestras apreciaciones (Loza, 2019).

Las posibilidades de cada andamiaje teórico-metodológico fueron amplias de acuerdo con las reflexiones y las problemáticas trazadas por cada grupo de investigación. En total, cuatro equipos con dos integrantes cada uno se dieron a la tarea de realizar un trabajo de campo riguroso, por lo que se describieron los contextos y las interacciones dentro del CIFANEP. Un equipo se enfocó en la enseñanza médica, donde fue evidente que la intertextualidad teórica empleada retomó al discurso, el performance y los dispositivos institucionales como formadores de un *habitus*. En cambio, el aporte de una participante en la consulta externa evidenció cómo se construye el diagnóstico clínico en psiquiatría. Para lograr un análisis riguroso, el marco teórico empleado retoma la mirada de Kleinman, Good, Matingly y Frank para considerar que la narrativa es una producción social que se gesta a través de un circuito hermenéutico donde las personas sienten, piensan, dicen y hacen dentro de las interacciones sociales. En el área de cuidados paliativos, dos integrantes levantaron una amplia descripción etnográfica sobre un programa de atención, el cual resulta ser periférico para la mirada curativa de atención. El equipo se pregunta cómo se construye la atención de cuidados paliativos en un hospital de tercer nivel y cuáles son sus articulaciones y tensiones. Para profundizar en las franjas de actividad observadas, los investigadores retomaron a Castoriadis y su concepto de “institución”, pero también el sentido ontológico, de Beorlequí; y la visión de la norma, de Sardan. Finalmente, el equipo que trabajó en rehabilitación física intentó reconstruir la crisis de los rehabilitadores físicos y como estos sorteaban la atención y la enseñanza a su favor. Los

investigadores retomaron la noción de drama, de Turner; el análisis de narrativas, de Reissman; y la amplia visión de Good y Kleinman para reflexionar en torno a la moralidad de los actores y sus decisiones clínicas.

Es obvio que existía comunicación entre los grupos de investigación, lo que nutría la visión de cada pregunta a responder y, en consecuencia, estas acciones dialógicas construyeron el análisis interpretativo. Cada investigación está conectada con categorías similares y categorías diferenciales, pues al investigar los contextos, la propia cultura organizacional del CIFANEP evidenció la necesidad de construir categorías homogéneas que articularan nuestra investigación. Así, la clínica, la normatividad, la performatividad y las jerarquías fueron constantes en cada una de las investigaciones trazadas, lo que reveló un orden transtextual en todas las categorías analizadas. De acuerdo con esto, las narrativas recabadas al ser analizadas, ordenadas y reflexionadas dentro del grupo adquirieron una relevancia distinta.

El orden transtextual evidencia la necesidad de que otras miradas critiquen y reflexionen el trabajo de investigación aquí presentado, esperamos que las audiencias comprendan la construcción de significados de los distintos textos presentados. El empleo de las narrativas tiene la intención de construir un lenguaje común para comunicar las ideas, para ver el movimiento implícito de la realidad social, pero también para comprender que somos seres sociales que reflexionamos bajo diversas miradas (Paulo-Maya, 2018).

La interpretación y el análisis implicó construir un diálogo entre el grupo de investigación, pero también con las narrativas co-construidas, en ellas existe un cúmulo de voces que plasman diversos momentos históricos (Batjin, 1982). La pregunta que puede construirse desde las audiencias tiene otro nivel de comprensión, pues implica proyectar al futuro nuestra capacidad de reflexionar en torno a la esencia de los procesos sociales. Esta tarea es compleja pero tiene una relevancia epistémica para determinar el movimiento de las narrativas de las personas y, sobre todo, valorar el aprendizaje que podemos adquirir de ellas.

La coherencia del texto radica en el planteamiento teórico-metodológico. Si bien cada capítulo se ciñe a una franja de actividad y devela las interacciones propias del espacio y los actores que ahí confluyen, hay un hilo conductor a través del uso común de la etnografía, las narrativas y las interacciones para describir el orden social de la clínica. De tal suerte que tenemos una obra rica en materia empírica que además constituye una herramienta analítica que puede utilizarse en distintos campos y disciplinas médicas.

Estructura del libro

Este libro es producto de la investigación del grupo que conforma el Seminario de Narrativas del Padecer. Después de la edición del libro *Narrativas del Padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, que se publicó en 2019, quisimos poner a prueba, en un estudio práctico, la propuesta de las narrativas para entender el sentido de las interacciones en la clínica, a partir de las estrategias delineadas en dicha obra. Este emprendimiento de construcción teórica, diseño metodológico, recabación de datos etnográficos, análisis de las tramas narrativas discursivas y performativas, así como la escritura de este volumen, reflejan el trabajo individual y colectivo llevado a cabo de 2018 a 2021. Cabe mencionar que además de este ejemplar, el equipo integró un número especial de la prestigiada revista *Dimensión Antropológica* y varios artículos en revistas arbitradas en México y el extranjero.

Descifrar el orden de la clínica es una tarea compleja, en la que confluyen planos temporales, espaciales, científicos, académicos, sociales, culturales, económicos, políticos, y también personales y emocionales, que se condensan en situaciones concretas. En este libro, se describen y analizan franjas de actividad, centrales y periféricas, en la dinámica de la investigación, la formación de recursos humanos en el campo de la salud, y la

atención neurológica y psiquiátrica en un hospital de tercer nivel de la zona metropolitana del Valle de México.

En el primer capítulo, la doctora en Antropología Física, Josefina Ramírez Velázquez, aporta una mirada acuciosa acerca de la trayectoria de atención de una paciente psiquiátrica que transita por variadas franjas de actividad hospitalarias para mostrar la manera en que las historias de aflicción de los pacientes se transforman en casos clínicos. Desde una etnografía relacional y situando el análisis en las interacciones cotidianas, en su producción narrativa y en las formas en las que se genera la intersubjetividad en contextos clínicos psiquiátricos, describe la configuración del acto clínico para dar visibilidad a la construcción del diagnóstico y el tratamiento como un proceso interpretativo que involucra a todos los actores sociales médicos-paciente-familiares. El texto muestra un proceso reflexivo sobre el desarrollo de los trayectos de atención de la salud mental y la manera en que se desfigura la identidad de la paciente en el proceso de internamiento hasta convertirse en caso. Acción que, si bien permite el desarrollo de la investigación y enseñanza, también contribuye a desdibujar la trayectoria de vida y aflicción que dan sentido a la atención, así como al sufrimiento de la persona. Sus postulados giran alrededor de la idea de que al mostrar las trayectorias juntas se puede ir más allá de la imagen naturalista de la enfermedad mental para visibilizar de manera compleja cómo los procesos sociales de aflicción constituyen fuentes de comprensión para la construcción narrativa de las interpretaciones diagnósticas y terapéuticas.

El segundo capítulo aborda el complejo proceso de formación de los médicos psiquiatras. Las doctoras María Alejandra Sánchez Guzmán y Liz Hamui Sutton centran su atención en las interacciones de los residentes de la especialidad y observan lo que sucede en el orden hospitalario. Después de realizar la etnografía clínica relacional al participar en observaciones y entrevistas con los residentes, se presenta en el capítulo un marco introductorio, teórico y metodológico, que sustenta el trabajo

de campo y el análisis interpretativo de la información recabada. En el capítulo se exponen tres situaciones de interacción en las que buscan delinear las características de los procesos formativos. Los episodios muestran la manera en que lo microsocioal se incorpora en órdenes disciplinares e institucionales que norman las interacciones del equipo de salud en los procesos de atención donde interviene también el paciente, así como la configuración de la identidad profesional del residente. En el análisis, las autoras utilizan la propuesta analítica de Catherine Reissman para comprender la acción social y la posición de los residentes en los espacios clínicos intersubjetivos donde sucede el acto médico.

En cada situación, se describe el contexto de la franja de actividad, el fragmento de realidad seleccionado en forma de testimonio en una narrativa verbal o performativa, para después realizar el análisis de los registros etnográficos, con el fin de develar la estructura y el funcionamiento de los espacios clínicos en que se forman los psiquiatras. La primera situación alude a un R1 en urgencias que se enfrenta a la incertidumbre y la frustración de no saber cómo atender a un paciente y no contar con el apoyo del equipo de salud. El segundo episodio se refiere al protocolo y las interacciones que suceden en las sesiones académicas a las que asisten prácticamente todos los integrantes del servicio de psiquiatría y otros, con el fin de analizar casos clínicos complejos que presentan los residentes. Finalmente, el tercer evento describe las interacciones en el salón de clase, en el que médicos (profesores) y residentes (estudiantes) discuten temas y casos propios de algún área de la psiquiatría.

En las residencias médicas el trabajo en equipo es central para el buen funcionamiento institucional, y la posibilidad de aprender se ubica en el sitio donde se propician oportunidades de práctica. La colaboración entre los participantes del proceso educativo es un elemento importante para favorecer ambientes laborales y de aprendizaje, propicios al desarrollo formativo. Desde las ciencias sociales, la exposición de las lógicas de interacción donde se intersectan lo formal y lo informal en tramas narrativas que

dan sentido a los procesos de atención y educación en la clínica, visibilizan las potencialidades y limitaciones para fomentar la mejora en la calidad de la formación de los especialistas y fortalecer su identidad profesional.

En el tercer capítulo, los doctores Alfredo Paulo Maya y Tomas Loza Taylor penetran en el espacio de la rehabilitación que atiende a los pacientes con afectaciones neurológicas. El Departamento de Terapia Física y Rehabilitación se compone de tres áreas: terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. Cada una está conformada por trabajadores adscritos y apoyada por estudiantes de especialidad (residentes) y de pregrado. Ellos explican que la manera en que opera el servicio es jerárquica, con un responsable de la unidad; médicos adscritos especialistas que asumen tareas administrativas deciden la distribución del trabajo y el tratamiento de cada paciente. Por lo general, las terapias son realizadas por los estudiantes de posgrado (residentes de rehabilitación) y pregrado (pasantes de servicio social de la licenciatura en fisioterapia).

Después de una estancia de varios meses en el sitio para realizar trabajo de campo etnográfico, observación y entrevistas, los autores decidieron presentar en su capítulo las interacciones generadas entre los agentes en esa franja de actividad, enfocando la perspectiva de quienes atienden directamente a los pacientes en las diversas terapias que se ofrecen. En el caso de la terapia física y ocupacional, las más recurrentes dan cuenta de la situación que experimentan los y las estudiantes. Destacan el tiempo restringido y la excesiva carga de trabajo que limitan la posibilidad de realizar sus labores según lo prescrito, el vínculo con el paciente y el proceso de aprendizaje. En el caso de la clínica del lenguaje, muestran la narrativa discursiva y performativa de la doctora que atiende a los pacientes neurológicos que buscan recuperar el habla. En su relato develan el sentido de sus acciones y el significado a corto, mediano y largo plazo de su dedicada labor terapéutica.

Los autores hallaron que las relaciones cotidianas con los grupos interdisciplinarios de las neurociencias y los profesionales que los conforman

tiende a anular las valoraciones y el trabajo de rehabilitación a cargo de los equipos del Departamento de Terapia Física y Rehabilitación. El paradigma de la **neurorehabilitación** llega a ser percibido como una especie de terapia complementaria y no como parte integral de la rehabilitación enfocada al desarrollo de la persona y su integración social. El análisis de las narrativas identifica dos tipos de tramas narrativas preponderantes: la de los estudiantes, donde se expresa la sensación de que existen moralidades en contradicción, generadoras de incertidumbre y sufrimiento; y la de los profesionales adscritos, quienes en sus narrativas refieren “la elaboración de permanentes negociaciones” ante la mala planeación y autoridades que desvaloran sus saberes.

En el cuarto y último capítulo del libro, se aborda la dinámica del programa de cuidados paliativos. Los maestros Sergio Lemus Alcántara y Verónica Suárez Rienda se preguntan ¿cómo se estructura la atención paliativa desde la política de salud? y ¿de qué manera funcionan los cuidados paliativos en una institución de tercer nivel de atención? Estas interrogantes les permiten indagar acerca de los aspectos formales que sostienen la atención y descifrar las relaciones subyacentes. Desde la premisa de Goffman (2006), sostienen que en el marco de lo institucional se encuentran franjas de actividad interaccionales, de tal manera que la clínica no es solo un espacio científico, en ella lo cotidiano se hace presente desde la experiencia de los sujetos, configurada por su noción de salud, enfermedad y atención.

En un primer momento, los autores abordan desde un enfoque histórico-social la configuración de la atención paliativa y su incorporación legal a la clínica. Lo paliativo se constituye como un campo de conocimiento especializado y el cuidado deja de ubicarse en lo social para presentarse bajo una sistematización normativa de acciones. Al mismo tiempo, el cuidado paliativo se entiende como un derecho reconocido y otorgado por el Estado, quien en su rectoría dispone de estructura y organización para su funcionamiento, es decir, para que el sujeto pueda ejercer su derecho a

la atención paliativa como una de las formas que adquiere la protección a la salud.

Desde lo metodológico, la etnografía relacional en el contexto, clínico llevada a cabo por los investigadores, consistió en acompañar y dialogar, observar, registrar y entrevistar a los integrantes del equipo de cuidados paliativos en el hospital. El área, con más de 10 años de operación, sigue manteniendo el mismo estatus en el manual de organización, lo que limita su estructura y funcionamiento. El programa recae en dos responsables con amplia experiencia laboral, una médica geriatra y una enfermera especializada en paliativos. Sus tareas consisten en la revisión del censo oficial del hospital, el acompañamiento de la visita médica, la participación en sesiones médicas de neurocirugía y neurología, la difusión del programa mediante eventos de educación continua dirigidos al personal de salud y la difusión del programa mediante eventos dirigidos a familiares y pacientes. La atención paliativa se concreta en las siguientes actividades: seguimiento a pacientes hospitalizados, capacitación de familiares y seguimiento no normativo vía telefónica y aplicaciones móviles.

Al mirar de cerca las interacciones del equipo de cuidados paliativos en las diferentes franjas de actividad del contexto clínico, muchas de las necesidades del “paciente paliativo” quedan resueltas en el proceso de atención institucional por los diferentes servicios, por ejemplo: el de nutrición; sin embargo, como destacan los autores, esa forma de intervención tiene una lógica sumativa, no integral. Refieren que no es exagerado señalar esta incongruencia porque el CIFANEP, en su obligación de ofrecer la atención paliativa, carece del equipo multidisciplinario completo. Aunque se tiene la posibilidad de prestar mayor atención a los pacientes paliativos, porque cuentan con el programa y los recursos humanos que cubren el perfil para la función, el enfoque institucional lo hace incompatible al mantener su rigor biomédico, que antagoniza con las disciplinas del ámbito social y humano. Esto obliga a que las intervenciones de otros profesionales sean marginales y los recursos humanos sub-utilizados, pues quedan a expen-

sas del llamado de los médicos para responder a las necesidades paliativas de los pacientes.

En síntesis, esta obra pone a prueba el andamiaje teórico-metodológico de las narrativas discursivas y performativas en el contexto clínico y pretende dar cuenta del esfuerzo teórico, práctico, etnográfico, analítico e interpretativo que el equipo de investigación ha realizado en el último lustro. Hay aún muchos caminos y cuestionamientos que se derivan de las ideas planteadas por los autores de este volumen. Es nuestra expectativa que los escritos aquí presentados alimenten a los lectores en su interés por conocer, preguntar, indagar y desarrollar nuevos estudios sobre los temas aquí expuestos y que los argumentos aquí planteados se pluralicen con los recursos y estrategias de la investigación narrativa.

LIZ HAMUI SUTTON

JOSEFINA RAMÍREZ VELÁZQUEZ

MARÍA ALEJANDRA SÁNCHEZ GUZMÁN

ALFREDO PAULO MAYA

TOMAS LOZA TAYLOR

SERGIO LEMUS ALCÁNTARA

VERÓNICA SUÁREZ RIENDA

Ciudad de México, a 6 de septiembre de 2021



Handwritten signature in black ink, featuring stylized, flowing cursive letters.

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN Y TRAYECTORIAS DE AFLICCIÓN: APUNTES DESDE UNA ETNOGRAFÍA RELACIONAL EN ESPACIOS CLÍNICOS PSIQUIÁTRICOS

Josefina Ramírez Velázquez

Desde una etnografía relacional, y situando el análisis en las interacciones cotidianas en su producción narrativa y en las formas en las que se genera la intersubjetividad en contextos clínicos psiquiátricos que configuran el acto clínico, me propuse dar visibilidad a la construcción del diagnóstico y el tratamiento como un proceso interpretativo, que involucra a todos los actores sociales médicos-paciente-familiar. El texto muestra un proceso reflexivo que expone que en el desarrollo de los trayectos de atención a la salud mental la persona transita hacia la identidad de paciente y en el proceso de internamiento se convierte en caso. Acción que, si bien permite el desarrollo de la investigación y enseñanza en un hospital de tercer nivel, también contribuye a desdibujar la trayectoria de vida y aflicción que dan sentido a las trayectorias de atención y al sufrimiento de la persona. Mostrar las trayectorias juntas podría permitir ir más allá de la imagen naturalista de la enfermedad mental para visibilizar de manera compleja cómo los procesos sociales de aflicción pueden constituir fuentes de com-

presión para la construcción narrativa de la interpretación diagnóstica y terapéutica.

La etnografía como instrumento reflexivo

Las investigaciones realizadas en hospitales psiquiátricos para etnografiar la interacción entre los actores sociales que se dan cita en tales espacios para dilucidar problemas de salud son muy escasos en nuestro país. Es posible que la razón sea, en primer lugar, la dificultad que implica acceder, como observador y analista, a la tarea de etnografiar esos espacios de interacción donde se expone la enfermedad, el sufrimiento, la incertidumbre y las diferentes estrategias de atención que el saber profesional de la biomedicina ha configurado para dar respuesta a ello a través de procesos de construcción diagnóstica y terapéutica.

De cualquier forma, esas imposibilidades han sido sorteadas por algunos investigadores como Payá y Jiménez (2011), quienes, al estudiar un Sanatorio Psiquiátrico en la Ciudad de México, muestran, con cierta densidad, la complejidad que entraña el estudio de la enfermedad mental, tomando en cuenta las relaciones familiares, la afectividad, los espacios regulados y los intercambios simbólicos al interior de marcos institucionalizados. Otro autor es Ramos (1998; 2011), publicando resultados de una investigación realizada para observar el funcionamiento de un hospital psiquiátrico de Guadalajara y particularmente la manera en que se llevan a cabo las reuniones clínicas y la función que cumplen.

No obstante, llama la atención que en los últimos años no se hayan publicado otras investigaciones realizadas en nuestro país. Esta cuestión, de alguna manera, ha contribuido a incentivar el trabajo de nuestro equipo de analistas que se ha interesado por realizar etnografías en el contexto clínico. La investigación ha abordado diversas franjas de actividad, que constituyen contextos intersubjetivos en donde acontecen intercambios comu-

nicativos de diversa índole para dilucidar la enfermedad y su atención y de lo cual presentamos algunos resultados compendiados en esta obra.¹

En el ámbito internacional es notable que hay más tradición e interés en las etnografías hospitalarias, muchas, desde luego, inspiradas por los clásicos estudios de Claudill (1958) o de Goffman (2001), pues no solo sus capacidades descriptivas coadyuvan a todo investigador a inspirarse en el ordenamiento de lo que observa y anota, sino sobre todo sus orientaciones teóricas, que implican dar cuenta de la interacción social en espacios institucionales altamente estructurados, protegidos y exclusivos/excluyentes, como lo ha apuntado Foucault (1975).

En otro texto (Hamui y Ramírez, en prensa a) se presentó un avance del marco referencial que orienta nuestra propuesta, así como una revisión puntual de las etnografías clínicas, destacando la tendencia anglosajona y enseguida la francófona. Sin embargo, es notable que las publicaciones en el mundo de habla hispana se han ido incrementando cada vez más. Al respecto, son sobresalientes los trabajos que hace algunas décadas iniciaron antropólogos españoles (Martínez-Hernández, Orobitg y Comelles, 2000) en el intento por articular reflexivamente la antropología y la psiquiatría para luego destacar “el poder de la etnografía’ y su doble faceta de metodología y de sistema dialógico de intervención” (Martínez-Hernández, 2010: 61), además de generar acercamientos desde la narrativa que da cuenta de los mundos de ficción (Correa *et al.*, 2006; Martínez-Hernández, Masana y DiGiacomo, 2013).

Otros autores, aunque sin generar aún una tendencia en sus países, han desarrollado propuestas de acercamiento entre las ciencias sociales y la

¹ Es importante señalar que es comprensible que las investigaciones en hospitales psiquiátricos tengan algunos grados de dificultad. Por esta razón, considero importante destacar un agradecimiento a las instituciones que nos respaldan como equipo de investigadores. En primer lugar, a la UNAM a través del apoyo dado al proyecto PAPIIT IN305320 y enseguida a la institución que nos permitió realizar nuestra labor de etnógrafos, no sin antes haber revisado y aprobado nuestro protocolo, por parte de su comité de investigación y ética.

psiquiatría; por ejemplo, en Colombia, para explicar el trastorno obsesivo compulsivo desde la narrativa del paciente (Cortés, Uribe y Vásquez, 2005). O en Argentina, en donde hay un creciente interés por abordar las problemáticas de los enfermos mentales, del saber profesional psiquiátrico y sus formas de atención, aplicando enfoques socioculturales y, aunque hay varios autores abordando los temas en cuestión, tampoco hay una tendencia clara. Mantilla y Alonso (2012) apuntan que el país que sí se distingue por sus contribuciones a la literatura especializada es Brasil, con producciones que, utilizando acercamientos etnográficos, resaltan narrativas de enfermedad y modelos de atención en los que destaca la constitución del psicoanálisis como referente cultural y como discurso terapéutico hegemónico.

La revisión de estos acercamientos y sus hallazgos brindó la oportunidad de reflexionar sobre las formas de intervención de los profesionales en un orden institucionalizado que genera un tipo de interacciones sociales en diversas direcciones y crea y recrea constantemente la “cultura de la psiquiatría”, en la cual pacientes y familiares se verán inmersos en el momento mismo de solicitar atención institucional. De igual manera permitió advertir la densidad de relaciones y complejidades definidas a través de interacciones y narrativas producidas hacia un fin múltiple que es la atención a la salud, la investigación y la enseñanza. Relaciones que de alguna manera evidencian tradiciones epistémicas distintas que a menudo exponen un choque de paradigmas entre lo objetivo y lo subjetivo, entre lo cuantitativo y lo cualitativo, entre el razonamiento médico y la experiencia del paciente. Y en ellas mismas, la presencia del etnógrafo observador y analista que también contribuye a la producción de una intersubjetividad compleja.

En la actualidad, algunos autores siguen reflexionando no solo en el poder de la etnografía, pues es claro que ha logrado consolidar sus credenciales científicas, sino en los retos que implican el acceso a las instituciones psiquiátricas. Cuestión que, sin duda, es algo en lo que hay que reflexionar en términos no solo científicos sino también éticos.

En un potente análisis sobre los métodos de acceso para realizar trabajo de campo en instituciones de salud mental, Ringer (2017) destaca, de manera crítica, que tuvo que experimentar con diferentes enfoques etnográficos, incluyendo su propia hospitalización en una institución psiquiátrica contemporánea para participar en el mundo social de los pacientes y profesionales. Su reflexión es muy necesaria y gentil al compartirnos, a los interesados en realizar etnografías en espacios clínicos psiquiátricos, los desafíos involucrados en la negociación del acceso en un entorno jerárquico, plagado de conflictos con diferencias de poder tangibles entre profesionales y pacientes.

Por fortuna nuestro equipo de trabajo no tuvo que llegar a realizar un acceso impostado como pacientes a ser tratados, pues —como lo he anotado anteriormente— el acceso al CIFANEP² se logró a través de presentar un protocolo sólido y pertinente para analizar *in situ* los diferentes procesos de intercambios comunicativos generados en cada franja de actividad que configuran las actividades de enseñanza, investigación y de atención a la salud neurológica y mental.

Es preciso mencionar que el trabajo que aquí presento forma parte de una acuciosa propuesta elaborada de manera colectiva, con el propósito de producir marcos referenciales teóricos y conceptuales que den cuenta de la producción narrativa y la interacción social generada en la atención a la salud mental en franjas de actividad particulares, como la consulta médica, en la que realicé mi trabajo analítico. Pero también nos propusimos develar las formas utilizadas para armar la información obtenida en campo, tratando de esclarecer los procesos interpretativos.³

Nuestro punto de partida común fue tratar de dilucidar ¿Cómo se co-construye situacionalmente la atención médica al interior del campo clínico de la neurología y la psiquiatría?

² Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica.

³ Análisis interpretativo de las narrativas en el contexto clínico neurológico y psiquiátrico. Proyecto DGAPA-PAPIIT 2020.

Con esas orientaciones, mi labor fue poner en acción, en primer lugar, la observación y la escucha y, posteriormente, una participación más activa, principalmente en el escenario configurado como consultorio médico del CIFANEP, aunque igualmente interactué en varios espacios, como urgencias y pabellón de internados.

A partir de una etnografía relacional, reflexiva y dialógica realizada en cada acto clínico observado, me propuse develar los sentidos y significados que se generan en el acto clínico, concebido como una franja de actividad, en la cual, como contexto intersubjetivo, interpretativo y significativo que organiza la experiencia, se expresa un juego de relaciones entre actores sociales diversos que interactúan comunicando y generando procesos de transacción de conocimiento sobre la atención a la enfermedad.

Una evaluación cognitiva de la etnografía realizada para tal propósito⁴ puso en evidencia la importancia de dar seguimiento a una mujer de 52 años, quien, junto con su esposo, llegó a solicitar atención médica y fue aceptada para ser internada debido a su ansiedad y depresión generalizada. Ya que tuve la oportunidad de presenciar diversos actos clínicos referidos a ella, en los que observé la interacción entre médico, paciente y familiar, advertí la importancia de poner la mirada en las trayectorias de atención diversas de la paciente. Razón por la cual decidí problematizar ese gran tema que, por cierto, ha producido una amplia literatura desde la antropología médica, pero que, sin duda, las argumentaciones teóricas más reveladoras provienen del ámbito de la sociología con las investigaciones de Strauss, que fueron develando que la noción de trayectoria aludía a la complicada relación entre el desarrollo de una enfermedad y los diversos tipos de trabajo realizados para “manejar” dicha enfermedad.⁵

Conforme fui estudiando, ordenando, clasificando e interpretando la información etnográfica, fui perfilando la idea de que, desde una perspectiva relacional entre las trayectorias de aflicción y las trayectorias de

⁴ Más adelante hablaré con detalle de cómo se realizó la etnografía.

⁵ Volveré sobre esto más adelante.

atención, es posible ir más allá de la imagen naturalista de la enfermedad mental para mostrar de manera compleja cómo los procesos sociales de aflicción pueden constituir fuentes de comprensión para la construcción narrativa de la interpretación diagnóstica y terapéutica. Además de subrayar que es en el trabajo etnográfico, pautado por las narrativas producidas en cada acto clínico, lo que posibilitará visibilizar las tramas que subyacen en cada intercambio comunicativo que devela procesos de transacción de conocimiento a través de tensiones, silencios, respuestas corporales, incomprensiones, pero también de acuerdos y negociaciones que son imprescindibles para la comprensión y atención a la enfermedad.

Una aspiración más en esta puesta en acción de la etnografía relacional está en concebirla, como lo ha apuntado Martínez Hernández (2006) en un instrumento reflexivo que permita repensar la “cultura de la psiquiatría”.

Ensamblando nociones teóricas y conceptuales

Uno de los aspectos más importantes que articula al equipo de trabajo, del cual surge la presente reflexión, es compartir la preocupación por la investigación narrativa que logre reflexiones epistémicas, conceptuales, teóricas y metodológicas, que abran un horizonte a la creatividad como ya se mostró en una reciente publicación (Hamui *et al.*, 2019). De manera tal que la afirmación de concebir la investigación desde la narrativa deje en claro que tras ello hay revisiones epistémicas puntuales (Ramírez, 2016).

Para quienes estamos interesados en la explicación y comprensión de la enfermedad como construcción sociocultural queda claro que en el encuentro médico suceden numerosas confusiones y malentendidos que muchos antropólogos definieron como producto de los usos del lenguaje y, por ello, para comprender cómo cada cultura nombra, significa y explica sus enfermedades, pusieron atención en el lenguaje como producción de conocimiento.

De ahí que, ya hace algunas décadas, los antropólogos interesados en explicar el proceso salud-enfermedad-atención han propuesto una de las nociones teóricas más significativas de la comprensión de los sistemas médicos y el conocimiento que producen al afirmar que los dilemas médicos podrán ser mejor comprendidos en la medida en que se trate de resolver, diría Kleinman (1988), ese “abismo semántico” que existe, entre el registro preciso de la biomedicina y la palabra entrecortada que se puede prolongar en un relato fluido, desordenado o fragmentado de alguien que sufre, porque ha sido presa de un padecimiento, de la incertidumbre y de la transformación de su yo, de su cuerpo y de sus relaciones sociales y afectivas (Ramírez, 2010).

Tratando de dilucidar ese abismo semántico y de comprender el punto de tensión entre la precisión de la objetividad marcada por la biomedicina y la complejidad enunciada por el sujeto en su calidad de padeciente, surge el creciente interés por las *narrativas* como ese recurso posible que vuelve a remarcar la voz y el sentir de los pacientes, paradójicamente silenciados en el ámbito clínico, pero que, a través de la mirada antropológica, esa voz y ese sentir son problematizados visibilizando el sufrimiento como tema de notable interés, para explicarlo, en términos de Kleinman (1997: 316), “como experiencia transpersonal y como encarnación de la memoria colectiva”.

Desde la Antropología médica, una amplia literatura teórica y etnográfica ha puesto en relieve la importancia de analizar la experiencia del padecer tomando en cuenta la narrativa (Kleinman y Good, 1985) y, en esta, las formas de sufrimiento que se comparten en el acto de contar. Es decir, abordar la experiencia del padecer advirtió tempranamente que en dicha experiencia se reflejaban las relaciones sociales, los contextos de privación social, pérdidas y presiones sociales relacionadas con el género, la etnia y la clase social (DelVecchio y Good, 2000; Singer, 1989; Tausig, 1980; Waitzkin 1989; Young, 1980). Relaciones y contextos en los cuales se encuentran las explicaciones causales de la enfermedad que, como lo

ha apuntado Kleinman (1986), pueden ser analizadas desde una ontología causal: biomédica, psicológica, pero también sociopolítica que incluye la pérdida, la derrota y la injusticia social que pueden invocarse en diferentes regiones del mundo, para definir las circunstancias del sufrimiento.

Esta orientación me permite tomar en cuenta que si bien la enfermedad (en este caso psiquiátrica) es un infortunio contingente, es también una fuente de sufrimiento. Y para comprender el sufrimiento hay que reconocer que su característica definitoria es que forma parte de la condición humana, determinada histórica, social y culturalmente. Por ello, es preciso poner atención en las fuentes contextuales de dicho sufrimiento, ya que al ser analizadas en la relación médico-paciente (esa relación asimétrica marcada por jerarquías de clase, género, etnia, saber y poder), se puede advertir su desdibujamiento por parte del saber profesional. He ahí la importancia de no solo poner atención en la enfermedad como construcción sociocultural que involucra el saber profesional y la experiencia del paciente, sino también en ese complejo lenguaje de sufrimiento, ya que puede ofrecer una descripción más válida y ampliada de dicha experiencia.

En este sentido, es la narrativa la estrategia apropiada para develar las capas de significado expuestas en el encuentro médico, en el cual es posible advertir que la iteración semiótica del sufrimiento que muestra el mundo moral del paciente y su comunidad, como lo ha mencionado Kleinman (1997), es deslegitimado en aras de las diversas interpretaciones que los profesionales utilizan para la atención y terapéutica del paciente. Así es como numerosos antropólogos han subrayado que los pacientes sufren “padecimientos”, los médicos diagnostican y tratan “enfermedades”. Y esas acciones encierran un proceso interpretativo al que solo es posible acceder a través de la narrativa.

Para hablar de la importancia de la narrativa es preciso apuntar la trascendencia del giro narrativo, habilitado en buena medida por el giro lingüístico y el giro discursivo, que instaura la posibilidad dialógica de la comunicación, es decir, hablar con otro(s) y generar nuevos elementos

para la comprensión de lo que ocurre en el acto clínico, cuyo propósito es dilucidar la enfermedad. El giro narrativo muestra la importancia de pensar no solo en la producción discursiva de la vida, sino en la manera en que se narra, cómo se narra, qué se narra y para qué se narra.

Lo que compartimos en el equipo es que al hablar de narrativas no solo nos referimos a elementos discursivos o a expresiones orales, toda vez que, una de las limitaciones de ello, es dejar de lado la acción, la interacción, la intersubjetividad y los contextos. Por ello, se ha hablado de narrativas performáticas, porque aluden no solo a la producción discursiva, sino, sobre todo, a la acción social que produce la intersubjetividad. No obstante, me parece que es necesario establecer algunas precisiones más, a fin de lograr una mejor comprensión del entramado teórico y conceptual que deseo proponer.

Al parecer, hoy en día muchas investigaciones se basan en las narrativas; por ello, es un requisito de toda propuesta investigativa esclarecer a qué nos referimos. Muchos autores, por ejemplo, están de acuerdo en que es necesario definir lo que es la narrativa, y lo que no lo es (Riessman, 2008; Rimmon-Kenan, 2006), así mismo, y tal vez de mayor importancia, es apuntar qué es el análisis narrativo. Aunque, como han señalado otros autores, es claro también que existe una gran variedad de análisis narrativos (Gubrium y Holstein, 2009), que se definen a partir del énfasis puesto, ya sea en las narrativas personales o en las sociales, las que se generan en la interacción y en contexto particulares. Los debates y análisis sobre ello invitan a mantener un equilibrio metodológico que vaya más allá de las historias personales pero que no las excluya. La sugerencia entonces es pensar en la narrativa como un elemento que articula lo personal y lo social, lo externo y lo interno, la acción y la emoción.

Por ello, para mi comprensión, la narrativa no solo apela al uso del lenguaje, sino a la continuidad del relato, a las formas de interacción, a la historicidad, temporalidad y a la singularidad del acontecimiento imbuidos en una narración, que da cuenta de la manera en que las estructuras o

los fenómenos sociales son aprehendidos y expresados en las experiencias particulares de los sujetos. Sus historias específicas participan de la construcción de significados al interior del grupo social, pero también manifiestan intereses particulares, formas de relación y estrategias de acción (Garro y Mattingly, 2000).

A través de la narrativa se busca dar relevancia al actor social como narrador que, al expresar su acontecer, alusivo a la enfermedad, va a reflejar necesariamente su dimensión estructural y su dimensión simbólica. Y atendiendo a la manera en que cada actor social se presenta con esas pertenencias que le dan identidad, asumo metodológicamente la perspectiva centrada no solo en el actor social, sino también en el significado que produce, como lo han hecho otros investigadores (Good, 1994).

Un actor social es un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y/o de los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias.

Si bien es claro que la noción de enfermedad tiene una doble dimensión como constructo médico y como experiencia, es importante destacar que en la noción de enfermedad como proceso que provoca mudanzas en la identidad de los sujetos está la idea de que representación, acción y experiencia están articulados en esos diversos momentos de transformaciones, que si bien son reflexionados de manera individual, es el contexto en el que se desarrollan el que provee la lógica de dicha racionalidad, en donde lo cultural y lo ideológico está presente de igual forma. De ahí la importancia epistémica del enunciado “no existe actor sin contexto” (Ramírez, 2010).

Es decir, en esta investigación me interesa destacar no solo los significados producidos sobre la enfermedad (ya sea desde la experiencia o desde la configuración profesional), sino también me interesó poner atención

en cómo esos significados son transmitidos, compartidos, rechazados o negociados en la interacción entre varios actores sociales y generados en un específico contexto o franja de actividad.

Poner atención en el sentido y significado de la narrativa permite mantener un equilibrio entre lo individual y lo colectivo, entre lo que se narra y cómo se narra. Entre la expresión pronunciada y la proposición expresada. Ello confiere la necesidad de visibilizar el punto de vista del narrador, ya que considero la narrativa como acto dialogal y, de acuerdo con Frank en *The Wounded Storyteller* (1995), lo que el narrador va a expresar no es un “yo interior, sino dialogal”.

La importancia de este enfoque centrado en el punto de vista del actor social estriba en que permite no perder de vista que el encuentro médico se realiza entre actores sociales diversos, no solo caracterizados por diferencias culturales, sino también por diferencias sociales tamizadas por la clase, la etnia y el género, características que han sido observadas con mayor interés cuando se estudia la relación médico-paciente en escenarios que comparten la misma cultura, los mismos valores que configuran a una sociedad.

El punto de vista del actor social se formuló teóricamente para resolver un problema con estatuto epistemológico que refiere a la explicación de cómo los sujetos comprenden y explican, desde su propia perspectiva, la imagen que tienen de sí mismos, lo que piensan, sienten, dicen y hacen respecto de la enfermedad como realidad sociocultural, es decir, como constructo científico y como experiencia. Y cómo esto, a su vez, es comprendido y explicado o traducido e interpretado por el antropólogo. Y aunque la literatura antropológica cuando se refiere al punto de vista del actor social lo ha hecho mayoritariamente para destacar a los sujetos cuya voz ha sido silenciada política y culturalmente –es decir, a los enfermos– es importante subrayar que el punto de vista del actor es una perspectiva teórico-metodológica que habla de la producción de sentido que atañe al sujeto social.

Además, considero que, efectivamente, al poner solo atención en el paciente y buscar su punto de vista como narrador, no solo se corre el riesgo de reificarlo e idealizarlo, como ha señalado Atkinson (1997), sino que se deja sin esclarecer el acto clínico como fenómeno que de por sí es colectivo y dialógico. Esta cuestión es notable porque el acto de narrar requiere de un posicionamiento que expone la experiencia propia y la pertenencia a un grupo o a una comunidad, produciendo significados que se comparten social y culturalmente.

Desde este punto de vista, insistimos en que la relación médico-paciente no es solo una relación diádica, sino más que eso dado que en ese encuentro, cara a cara los actores sociales involucrados interactúan representando su propio sector, su posición, su saber, su estatus social, su género, su cultura. Mostrar ese escenario desde el modo narrativo de la creación de sentidos devela a los actores sociales en interacción con su densidad narrativa particular que precisamos observar, describir y analizar para esclarecer los procesos que involucra.

Para poner el foco en una tesitura compleja en donde varios actores sociales están interactuando, produciendo narrativas diversas, me apoyo en la noción que Kleinman y colaboradores (2006: 144) llamaron “construcción cultural de la realidad clínica”, es decir, un 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”. Todo ello mediado por producciones narrativas que se construyen socioculturalmente. Considero que, para ir más allá del estudio tradicional de la antropología médica que enfoca tan 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. En este tejido complejo de sentidos generados en el contexto clínico, la enfermedad se visibiliza como el andamio que ensambla el cuerpo, el yo, las relaciones sociales, el contexto y sus diversos significados y metaforizaciones.

Sintetizando este marco referencial, quiero puntualizar que el acto clínico es una construcción social, institucional y contextual que abordo como un hecho social, colectivo, dialógico y narrativo, definido relacionamente entre contextos de acción e interacción y actores sociales. Esta cuestión es notable porque el acto de narrar requiere de un posicionamiento que expone a los actores sociales desde la experiencia propia, pero también desde la pertenencia a un grupo o a una comunidad, produciendo significados que se comparten social y culturalmente.

Al actor social lo defino principalmente en su calidad de narrador. Su importancia está en que los significados producidos en la interacción social se emiten desde su punto de vista que refleja su situación en términos políticos, morales y éticos, de autorreflexión y de control.

Ahora bien, respecto a la noción de narrativa quiero asentar, siguiendo a Bruner (1986), que esta no es un modo de discurso, sino una forma fundamental de creación de sentido. Él indica que la narrativa es un modo de pensar y, al dialogar con la Antropología, argumenta que es un modo de pensar cultural (Bruner, 2002).

Tomando en cuenta la noción de “cuerpo sentipensante” (Ramírez, en prensa b) que en la interacción no solo utiliza la voz, sino todo el cuerpo que, piensa, siente, dice y hace, para expresar un proceso de comprensión de sus circunstancias en un acto complejo de negociación y renegociación, me anima proponer que la narrativa debiera ser abordada como una forma de pensamiento, sensibilidad, discurso y praxis cultural. Esto permite visibilizar las situaciones y tramas narrativas y de interacción configuradas por el flujo de sentido y acción que se generan entre diversos

actores sociales para dilucidar la enfermedad y su atención en un contexto particular. En este sentido, la trama narrativa es la estructura que gobierna una secuencia temporal de acontecimientos y acciones perfectamente situadas y contextualizadas que dan sentido a la interacción social.

Así pues, desde mi perspectiva, las narrativas son historias relacionales que, en torno a la enfermedad en su doble dimensión, describen diversos actores en acción, en un contexto y un tiempo específicos; evocan, traducen, representan y presentan metafóricamente lo que los narradores, desde un circuito hermenéutico⁶, piensan, sienten, dicen y hacen en torno a sus condiciones corporales y sus circunstancias. Poner atención a ese circuito hermenéutico nos da la pauta para la comprensión del punto de vista del narrador.

Como se puede ver, 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 importancia de la intersubjetividad y, como ha subrayado Mattingly (1998), de las acciones y experiencias.

El abordaje de la narrativa que aquí propongo aspira a generar una propuesta integradora que permita ir más allá de la centralidad que ha tenido en la antropología médica o en la antropología de la salud y la enfermedad, el actor social en tanto enfermo contando su experiencia, para subrayar ahora la importancia que tiene en la producción de narrativas, la perspectiva relacional al develar la acción performativa, es decir, las formas de pensar, sentir, decir y hacer en franjas de actividad específicas que evidencia a los actores en interacción, en un contexto y una temporalidad particular. En este sentido, narrativa, acción e interacción social se advierten aquí desde una perspectiva relacional que va a evidenciar procesos de transacción entre los actores sociales que no solo producen diagnósticos

⁶ Dicho circuito hermenéutico tiene la importancia de visibilizar la dimensión emocional desdibujada en las propuestas que solo abordan la cognición y la acción que involucra la explicación del proceso salud/enfermedad/atención. Para una discusión al respecto, véase Ramírez (2016).

de enfermedad y relatos del padecer, sino que generan intercambios comunicativos y procesos de transacción en los que una narrativa se configura como hegemónica y se impone sobre otra, desdibujando fundamentalmente la experiencia del padecer que, a menudo, cuando se habla de enfermedad mental está más impregnada de aflicción y quebranto social.

Al respecto vale la pena destacar, como señalaría Kleinman (1997), en “lo que realmente importa”, que la comprensión de la queja del paciente, cuyo significado puede ser traducido como una historia de sufrimiento, es abrogado por la profesión médica y su tecnología científica. En “lo que realmente importa”, el autor reflexiona más allá de lo que ya ha sido aceptado por los antropólogos al asumir, en interacción, las características biológicas, sociales y culturales de la enfermedad, para ir poniendo en relieve los significados profundos derivados de las amplias implicaciones contextuales que inciden en las experiencias profundamente humanas del sufrimiento y que el saber profesional deslegitima en favor de una agenda técnica estrecha de principios definidos profesionalmente.

En este trabajo asumo la importancia del sufrimiento social que devela diferentes formas de adversidad humana (Kleinman, 1988) y lo equiparo a la noción de aflicción como una forma de experiencia intersubjetiva, pero también como evidencia narrativa, como lo apuntaron Martínez-Hernández *et al.* (2013), cuya función es afrontar la incertidumbre de la enfermedad y las circunstancias de desolación que esta genera. Su importancia es vital, ya que como construcción sociocultural forma parte también del contexto que provee el sentido y la lógica de la experiencia de enfermar.

De esta manera, el contexto, la cultura y la experiencia son tan importantes en la configuración diagnóstica que Kirkmayer (2005) sugiere que la nosología psiquiátrica y el proceso de evaluación clínica deben considerar las formas en que la psicopatología está determinada por los contextos sociales y culturales como los de la familia, el lugar de trabajo y el sistema de atención de la salud, así como los intereses profesionales, económicos y políticos globales. Una consideración notable de su propuesta es que

los relatos de los síntomas y la experiencia de la enfermedad dependen en gran medida del contexto social de la narración.

Estimo que todo ello debe ser pautado debidamente a través de una etnografía clínica que posibilite la comprensión relacional de los narradores, de su subjetividad, su acción performativa, su gestualidad, su expresión emotiva, su forma de interactuar con los otros involucrados en el encuentro clínico, sus situaciones de acción y su contexto en una temporalidad particular.

En la configuración de un marco de referencia también relacional, preciso tomar en cuenta aquí la visión interaccionista del mundo, la definición de la vida social como acción colectiva. Propuesta que requiere visibilizar en interacción el punto de vista y las acciones de todos los actores en un ejercicio permanente de observación relacional del yo y el otro en una situación específica e interacción, que refleja las condiciones estructurales y su contexto situacional.

Teniendo como punto de partida un referente goffmaniano, orientado por los conceptos de “franja de actividad” y “marco de referencia”, hice una reflexión necesaria de la importancia de la interacción social como campo fundamental en la comunicación humana, dado que permite la comprensión de diferentes dinámicas sociales y situaciones sociales que se configuran en contextos donde dos o más individuos se hallan en presencia de sus respuestas cognitivas, afectivas, discursivas y actanciales (presenciales y narradas).

Si bien el “marco de referencia goffmaniano” se reconoce eminentemente como una estructura cognitiva, me interesa ampliar el campo de análisis al observar, describir, analizar e interpretar el acto clínico, poniendo atención al proceso narrativo producido por los actores mencionados, concebidos como narradores y productores de sentido desde el circuito hermenéutico definido por el pensar-sentir-decir-hacer.

Como lo mencioné anteriormente, el acto clínico es una construcción sociocultural, institucional y contextual cargado de valores y regulado por

ciertas normas y códigos institucionales que estructuran la interacción. Es además un espacio de producción de sentido y significado cuyo centro de interés es la interpretación y solución de la problemática de enfermedad.

Una perspectiva por demás ilustrativa sobre esta orientación que estoy configurando es la de Zaner (2003: 30), filósofo y especialista en ética clínica, quien, al estudiar el encuentro médico desde una perspectiva fenomenológica y hermenéutica, subraya que dicho encuentro es una realidad cargada de valores y saturada de moralidad, que abarca todo el “mundo de la vida”⁷ del paciente y el médico, configurando una compleja “díada terapéutica”.

El trabajo de Zaner es tan detallado que permite ver con claridad a esa “díada terapéutica” con su carga de valores. Al respecto, Juszi (2007: 22), quien hace una síntesis analítica de su trabajo, lo muestra así:

Cada participante aporta sus propios pre-juicios e historicidad a la situación. El médico y los proveedores de atención médica tienen cada uno una condición bibliográfica específica con actitudes, hábitos y valores derivados de su propia tradición y cultura. El paciente está presente con su propia situación biográfica, así como con su propio conjunto de valores, creencias, actitudes, historia, lenguaje y hábitos. El paciente a menudo está acompañado por sus familiares y amigos, que también juegan un papel crucial en el proceso de toma de decisiones. Esta díada compleja con sus diversos estratos y elementos discursivos tiene influencia importante en la diagnosis, pronóstico, cuidado, terapias propuestas y resultados de los pacientes.

En efecto, en ese acto clínico cada actor social se presenta con su yo cultural. Ambos son narradores y forman parte del círculo hermenéutico de interpretación. Por un lado, está el médico en su calidad de escucha,

⁷ Me resultó muy interesante advertir en su propuesta que al mencionar “todo el mundo de la vida” refiere no solo al paciente y al médico, sino también a la familia y amigos del paciente.

con sus recursos profesionales y su saber que se pone en juego. Por otro, de cuerpo presente, la persona que narra sus síntomas, sus dolencias, sus circunstancias, su aflicción y, a cada pregunta del médico, sus respuestas, cargadas de valores, juicios y emociones, van dando sentido a su experiencia de enfermedad, articulando su itinerario corporal y terapéutico anterior. En ese relato, el narrador dota de sentido a la experiencia y va configurando su interpretación, “... porque hablar de lo que aqueja representa un esfuerzo por explicar, nombrar y dar forma a lo que se concibe como enfermedad, sus orígenes, sus causas, ubicándola en tiempo y espacio, elaborando una comprensión del cuerpo y sus circunstancias” (Ramírez, 2016: 70).

A partir de esa narrativa, el médico, en calidad de escucha, va configurando su interpretación, orientado por el saber hacer de la biomedicina y, a través de la historia clínica o anamnesis. Esta tiene un formato estandarizado altamente codificado en la profesión psiquiátrica, en ella se acomoda la historia del paciente y va creando una particular narrativa que, como apunta Berkenkotter (2008), sigue un “patrón narrativo”, es decir, una estructura, estilo y léxico convencionales, que se ha convertido en la forma estándar de presentación de las historias clínicas en medicina clínica y psiquiatría. Desde mi perspectiva, esta narrativa es una narrativa comprimida dados los estándares de la codificación, pero, también, dados los propósitos de lograr una representación objetiva de la enfermedad.

En esos intercambios narrativos el médico le otorga al narrador su rol de paciente en el momento mismo que se instaura la atención para dirimir la enfermedad a través de diagnósticos presuntivos y tratamientos diversos. Un momento importante de este proceso se da por parte del médico al reconstruir la historia de la enfermedad contada por el paciente y diseñar así posibles trayectorias de atención. Visibilizar este nivel de producción narrativa hace posible plantear la importancia de las trayectorias que se van perfilando para la interpretación. Por un lado, tendremos el relato del paciente delineando sus síntomas (que serán la concreción de su

sufrimiento y cobrarán sentido a partir de su biografía) para ir delineando su propia interpretación de la enfermedad en la cual se van develando tanto la trayectoria de atención en la que se exponen sus diagnósticos y terapéuticas anteriores, como su trayectoria de aflicción. Por otro, en forma de itinerarios terapéuticos se advertirán las diversas trayectorias de atención expuestas desde la práctica médica, no solo en el acto clínico de la consulta médica, sino, también, si es el caso, en su posible hospitalización, situación en la cual se genera un trayecto de atención para dilucidar el diagnóstico y la terapéutica, y el paciente se convierte en caso a través de una inspección clínica y técnica puntual, en donde es posible advertir las trayectorias de aflicción y las de atención como líneas separadas. Hablo de trayectorias porque muestran movimiento, “ires y venires” plagados de vicisitudes e incertidumbre, que dados los elementos que he venido exponiendo cobran sentido al concebir que ambas trayectorias pueden contribuir a esclarecer de manera más amplia los procesos de aflicción, enfermedad y sus formas de atención.

Las trayectorias de atención han sido muy analizadas en la literatura socioantropológica con el interés de patentar que, en ellas, se despliega un pluralismo médico que afirma la articulación de diferentes instancias asistenciales y terapéuticas, institucionalizadas o no, en una misma sociedad (Perdiguero, 2006).

Si bien la gran mayoría de los estudios antropológicos han puesto atención en la manera en que los síntomas traducen la cultura de la gente a través de metáforas codificadas que hablan de aflicciones y aspectos contradictorios de la vida social, e incluso se han abordado ya desde las narrativas de aflicción (Martínez-Hernández, 2013; Mariano, 2013), pocas investigaciones se han realizado desde el paradigma de la acción social que den cuenta de cómo esa experiencia vivida que refleja procesos de aflicción es codificada, explicada y atendida por los médicos en situaciones específicas, a fin de dirimir el diagnóstico y la terapéutica en cuestión.

El concepto de “trayectoria” ha sido de enorme importancia para develar los procesos que implican el desarrollo de una enfermedad y sus diversas formas de atención. Es un concepto complejo que, gracias a la reflexión teórica y empírica de Strauss, ha dejado de pensarse como una noción estática y se ha llenado de un complejo sentido, brindando luz a los análisis interaccionistas, pues este autor se distingue por armar teóricamente una ruta analítica en donde destacan nociones como “acción, negociación, orden social, trabajo médico” y, entre tales nociones, la de “trayectoria”, a la que define más allá del proceso fisiopatológico de la enfermedad de un paciente, para tomar en cuenta también la organización total del trabajo realizado a lo largo de ese curso, más el impacto en los involucrados en ese trabajo y su organización (Strauss *et al.* 1985).

El amplio estudio realizado por Strauss y sus diversos colaboradores muestra de manera notable que, para la explicación de la muerte, el dolor, las enfermedades crónicas y las enfermedades en general, se precisa tomar en cuenta la manera en que son percibidas y manejadas por diversos actores sociales en acción, (pacientes, familiares y profesionales de la salud), y cómo ello se convierte en un objeto de análisis y requieren una organización sofisticada del trabajo. Estos elementos van dejando claro la visión interaccionista del mundo, su definición de la “vida social”, así como, la acción colectiva que requiere que todo investigador tome en cuenta el punto de vista y las acciones de todos los participantes.

Con todo lo antes planteado, la noción de trayectoria viene a ser un elemento notable del ensamble que he armado hasta aquí y que me permite mirar, en acción, las narrativas que se presentan en el acto clínico, mostrando la ruta para el esclarecimiento del diagnóstico de la enfermedad y su terapéutica. Y brinda, sobre todo, la posibilidad de visibilizar los procesos de sufrimiento, ya que, en cada acto clínico, se develan las dimensiones de la experiencia de los *cuerpos sentipensantes* en acción, y el sufrimiento y la aflicción son una de esas dimensiones.

En mi interés por advertir la importancia del sufrimiento provocado por condiciones de adversidad y por la propia enfermedad, observé que los diversos trabajos de Strauss y colaboradores fueron mostrando, a través del concepto de “trayectoria”, procesos de sufrimiento severo, relacionados con pacientes, familiares e incluso con personal médico. Resalta entre estas investigaciones, sin duda, *Anguish: The Case Study of a Dying Trajectory*, de Strauss y Glasser (1970), que, pese a ser un texto con varias décadas de distancia, aún resulta relevante su descripción por ese halo de sufrimiento severo que, como fenómeno biográfico por excelencia, afecta —a decir de los autores— la identidad personal de los enfermos, sus dependientes, amigos y familiares, y tiene graves consecuencias para la interacción, la comunicación y los procesos de trabajo entre el enfermo y las personas que los tratan.⁸

Encontré también otros autores que ya habían reflexionado sobre la “trayectoria” como concepto teórico básico para analizar el sufrimiento y los procesos sociales desordenados. Así, Riemann *et al.* (1991: 337) elogian el concepto de Strauss y afirman que dicha noción “denota procesos sociales desordenados y procesos de sufrimiento, [es] una categoría que permite identificar, reconstruir y comprender los fenómenos que habían sido pasados por alto y descuidados en la mayoría de las investigaciones”.

Algo sumamente revelador para la propuesta que estoy realizando en este texto es que esos autores admiten que, pese a la riqueza teórica soportada por datos empíricos en los estudios de Strauss y coautores, los aspectos biográficos de la trayectoria no han sido explicados del todo, por lo que ellos consideran que las trayectorias pueden ser vistas como fenómeno biográfico propiamente dicho.

La reflexión de estos autores es compartida por mi propio trabajo analítico derivado del trabajo etnográfico, en el cual, una vez revisado con

⁸ Hay numerosos trabajos notables de Strauss y otros coautores imposible de mencionar aquí, pero una revisión de los ensayos publicados en su honor puede orientar algunos intereses como el planteado aquí. Véase Maines y Strauss (1991).

detenimiento, percibí aquellos aspectos que, como rupturas biográficas, cobraron enorme importancia en la historia contada por los pacientes, pero marginada por las acciones de los profesionales y cuya trascendencia me pareció que se incrustaba nada menos y nada más que en la construcción del diagnóstico.

En cuanto al diagnóstico, si bien comparto la idea de que este es una hipótesis de trabajo, una conjetura, una suposición por parte del médico, también afirmo que el diagnóstico es una construcción de sentido; por tanto, un acto interpretativo que requiere de múltiples voces, ya que no solo se configura a partir del razonamiento médico, sino que en dicha elaboración cobra notable importancia la narrativa de la experiencia del enfermo compartida en cada acto clínico. En este sentido, el diagnóstico no puede ser comprendido solo como un evento del saber médico, sino más bien como una forma de co-construcción de sentido que se genera en la interacción del acto clínico, cuya función se puede ver en un doble orden: el esclarecimiento de la patología que conlleva una terapia particular y ayuda al sujeto a reconfigurar la versión final de sus síntomas; por el otro, el alejamiento de la sospecha y la incertidumbre por parte del paciente que, al tener un nombre de lo que le aqueja, puede transitar a otro estado para su posible solución.

Reflexiones metodológicas

Uno de los giros epistémicos producidos sobre lo que se considera trabajo etnográfico se refiere sin duda al hecho de ser pensado como un acto de reflexión permanente, que permita observar ese proceso circular que va de la teoría al dato y de regreso. En este sentido, me interesa mostrar que la investigación es como un viaje. En el entramado de su significativa ruta es importante mencionar los puntos de partida como ya lo hice en los anteriores apartados para ahora sí explicitar el rumbo, los pasos, las

articulaciones pensadas desde las abstracciones hasta los datos empíricos, a fin de empezar a tejer de manera fina una trama para interpretar. Este tono de la ruta de viaje la pensé dado que en el proyecto mayor expuso como orientación principal el análisis interpretativo de las narrativas en el contexto clínico de la salud mental.

El ejercicio que quiero privilegiar evidencia los cruces intertextuales que, como ha apuntado Loza-Taylor (2019), configuran un momento importante del análisis interpretativo de las narrativas. Estos cruces intertextuales se van generando entre las elaboraciones teóricas, la observación, la escucha y el relato de quienes forman parte de este estudio. En ese ejercicio subrayo la importancia de la acción reflexiva, cuyo propósito es hacer explícito lo que a menudo en las investigaciones y en los relatos etnográficos permanece como tácito. Aún con los avances que hay en el terreno metodológico de las ciencias sociales no hay en nuestro país una tendencia vigorosa que exponga con claridad cómo los investigadores construyen sus objetos de estudio, cómo trazan su ruta de descripción y análisis y cuáles son las principales estrategias que usan para construir el dato antropológico. Por reflexividad me refiero a ese proceso eminentemente personal de revisión cognitiva permanente sobre el actuar cotidiano en la investigación. Es, como lo ha apuntado Bourdieu, un imperativo epistemológico que también tiene un sentido ético. Porque la tarea de todo investigador no se circunscribe a su actuar como sujeto de conocimiento, sino que también lo sitúa en una acción moral y política. La reflexión como acción investigativa se dirige hacia una deliberación realizada por pares, sobre los porqués y los cómo de la investigación que realizamos, teniendo como marco de referencia el mundo de la clínica. “Dicha tarea, orientada por diversas técnicas de ruptura (aplicadas a la revisión crítica de sus principales postulados teóricos y conceptuales y metodológicos), permite estar atentos a los tránsitos o giros paradigmáticos que iluminan nuevas rutas para teorizar” (Ramírez, en prensa b: 19).

En la Antropología, el giro reflexivo ha provisto elementos para que la experiencia del investigador, al ser receptor de estos relatos, pueda ser visi-

bilizada y considerada como parte del ejercicio interpretativo y de la comprensión. Es importante mencionar que el proceso reflexivo coloca en un sitio relevante pero no central al investigador como observador en relación con el observado para evidenciar el proceso de co-construcción del hecho social a indagar. Y, en esta situación, ambos son sujetos relacionales, produciendo la intersubjetividad.

Además de ello, quiero subrayar la importancia de la etnografía relacional, que visibiliza en la descripción por lo menos a tres actores sociales –médicos, paciente-familiar– quienes ocupan diferentes posiciones en el acto clínico y dan lugar a la construcción cultural de la realidad clínica en esa interacción cuyo propósito es la atención a la salud. Debo precisar que en términos metodológicos una etnografía relacional no sigue los preceptos tradicionales de la etnografía al analizar una “comunidad” o un “grupo particular” buscando comparación y exaltando sus pautas culturales. La etnografía relacional diseña conjunciones entre actores, contextos, procesos, situaciones, para explicar la interacción que por las diferentes posiciones de los actores sociales se pueden apreciar en conflicto (Desmond, 2014). A partir de ella, se puede observar en tiempo real los puntos de contacto y conflicto, la cooperación y el compromiso, la incompreensión y el significado compartido entre los actores que ocupan diferentes posiciones en un campo.

Otro aspecto importante de la etnografía es su naturaleza 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, como variables, intervienen en la explicación de los fenómenos. Mostrar los procesos de articulación en detalle puede implicar una etnografía genuinamente relacional.

En resumen, me interesa construir con esto un modelo relacional que como dispositivo heurístico permita comprender la complejidad de las fuerzas sociales que se pueden visibilizar en un espacio relacional en donde se dirime el acto clínico, en el cual la interacción destaca en principio una

tensión entre dos tipos de saberes: el saber médico y el saber del sentido común. Saberes que configuran el conocimiento narrativo, que es delimitado por el contexto, culturalmente aprendido y socialmente situado. Si bien se pone el acento en el sentido de la acción social, se amplía el horizonte de comprensión al visibilizar el circuito hermenéutico –pensar-sentir-decir-hacer–, como actos de sentido y significado a través de los cuales se producen diferentes narrativas que encarnan el orden percibido y experimentado.

Realización del trabajo de campo

La información de campo se generó durante cuatro meses en varias áreas de concentración de médicos especialistas (R1, R2, R3, R4, enfermeras y alumnos de escuelas externas) que brindaron consulta externa a pacientes con problemas neuropsiquiátricos. La compilación de la información articuló tres acciones básicas del investigador (la observación, la escucha y la descripción) para lo cual se utilizaron diarios de campo, revisión de historias clínicas, entrevistas informales y en profundidad, realizadas a médicos –residentes y adscritos–, paciente y familiar.

En el diario de campo se realizaron anotaciones provenientes de la observación y escucha de situaciones particulares enmarcadas en la consulta médica, en donde principalmente se generó una interacción entre médico y paciente, las más de las veces mediada por un familiar y teniendo como espectadores a grupos de estudiantes médicos. Estas descripciones escritas a mano se transcribieron a un documento de word, lo mismo que las entrevistas grabadas, a fin de contemplar un mismo método de ordenamiento y clasificación.

Toda la información proveniente del trabajo de campo se ordenó, clasificó y catalogó a partir de grandes categorías y por temas. Tres grandes temas: actores sociales, temas, situaciones. Los temas se agruparon (to-

mando en cuenta al actor social, médico-paciente-familiar) en narrativas, tramas, significados, experiencias, metáforas, trayectorias de aflicción, trayectorias de atención. Como han señalado Hammersley y Atkinson (1983), el ordenamiento categorial por temas no se hace porque sí, sino que se orienta por las rutas teóricas creadas en la fase de construcción del objeto de estudio. En este sentido, el proceso de creación del dato antropológico empezó, sin duda, en la abstracción lograda para crear un objeto de estudio y trazar los principales lineamientos para su ordenamiento y análisis.

Elegí la consulta médica para observar en tiempo real la interacción y todo lo que deriva de ello, teniendo como vehículo visible la narrativa que se produce en el momento del acto clínico, buscando la manera en que se producen sentidos, significados, representaciones, metáforas generadas por médico-paciente-familiar y que muestran la tensión, el conflicto y la negociación al tener un propósito común; entender y atender la enfermedad.

La etnografía realizada comprendió la observación y escucha de diversos actos clínicos y un proceso de internamiento al que se le dio seguimiento, a fin de documentar los procedimientos institucionales requeridos y las diferentes formas de atención, diagnóstico y terapéutica. De igual manera, se realizaron diversas entrevistas a profundidad. Véase la siguiente tabla donde se compendia la información de campo.

Tomando en cuenta el análisis del contexto del CIFANEP, y particularmente de la franja de interacción denominada “acto clínico”, decidí problematizar la experiencia de la Sra. Antonia y su esposo Gilberto, para mostrar –de manera reticular– las relaciones generadas en el proceso de dilucidación de su enfermedad y tratamiento con varios médicos, particularmente con la Dra. Loza y el Dr. González.⁹ Como mencioné anteriormente, para la realización de una etnografía relacional y guiada por la

⁹ Por razones éticas y confidencialidad de la investigación, todos los nombres de los participantes han sido cambiados.

Tabla 1. Información de campo obtenida en el periodo febrero-mayo de 2019

OBSERVACIÓN / RELATO ETNOGRÁFICO	PARTICIPANTES	OBJETIVO
34 actos clínicos	<p>12 pacientes hombres y 22 mujeres Edad de 25 a 75 años todos acompañados de un familiar esposa (o), hermana (o) o padres</p> <p>15 profesionales, 9 hombres y 5 mujeres.</p> <p>6 adscritos a neuropsiquiatría, neurocirugía, neuroncología, radiología, epilepsias, y trastornos del movimiento.</p> <p>7 residentes de neurología y psiquiatría.</p> <p>4 fellows (neurocirujanos con especialidad en columna)</p> <p>5 pasantes de medicina de la U. Anáhuac</p>	<p>Observación y descripción de la producción narrativa y las formas de interacción entre diferentes actores sociales durante el acto clínico.</p> <p>Registro realizado en el diario de campo.</p>
5 actos clínicos	Entrevistas previas al internamiento a paciente femenina y su esposo	<p>Observación y descripción de la producción narrativa y las interacciones del paciente y sus familiares con distintos especialistas según el curso de la atención en la consulta externa.</p> <p>Registro realizado en el diario de campo.</p>
1 proceso de internamiento	Paciente femenina (Antonia) con posible diagnóstico de depresión mayor, acompañada de su esposo Gilberto	<p>Observación y seguimiento en el proceso de internamiento y atención de Antonia a la clínica psiquiátrica.</p> <p>Registro en diario de campo y en ocasiones algunas interacciones fueron grabadas.</p> <p>Realización de entrevistas en profundidad Antonia y Gilberto.</p>
1 sesión académica de psiquiatría de presentación de caso	Diversos médicos, psiquiatras adscritos y residentes. Unos participan como presentadores del caso, otros como audiencia que participa en la discusión del diagnóstico y la terapéutica	<p>Observación y descripción de la producción narrativas y las interacciones generadas entre los diferentes médicos. Registro realizado en diario de campo y apoyado por el audio grabado del evento.</p>
Entrevistas en profundidad	<p>Paciente (Antonia) a la que se dio seguimiento en su proceso de internamiento.</p> <p>Familiar, esposo (Gilberto)</p>	<p>Observación y descripción de la producción narrativa cuyo tema central fue la experiencia de la enfermedad.</p> <p>Algunas entrevistas se reconstruyeron a partir de notas de campo.</p> <p>Otras fueron grabadas.</p>

Entrevistas a profundidad	Médico psiquiatra Dr. Guillermo González	Entrevistado sobre los grandes temas de la práctica psiquiátrica, su trayectoria y su mirada sobre las formas de atención, el diagnóstico y la terapéutica.
---------------------------	------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

narrativa como actividad de co-construcción, fue preciso mostrar los procesos de interacción de los actores y sus narrativas en detalle, haciéndolo desde mi propia voz narrativa, a fin de ordenar y exponer en un marco teórico, conceptual y de referencias interactivas, las diferentes voces narrativas de los actores que participan de los diferentes actos clínicos.

Etnografía del acto clínico. Tres momentos que hablan de las trayectorias de aflicción y las trayectorias de atención de la Sra. Antonia en el CIFANEP

Como ya se ha mencionado en otros momentos, el CIFANEP es una institución de alta especialidad, cuyas actividades centrales son la investigación, enseñanza, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrales, desde sus bases moleculares hasta sus componentes sociales. Con estas características, es único a nivel nacional, y, por ello, su afluencia es abundante, pues asiste gente diversa de todo el país.

El equipo médico está integrado por especialistas y subespecialistas de las ciencias neurológicas y psiquiátricas, a quienes se denomina “adscritos”; residentes; 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).

Para nadie es nuevo saber que los residentes desafían de manera periódica una exigencia extrema dirigida a obtener conocimientos teóricos,

pero sobre todo empíricos. Ellos se forman cotidianamente encarando la duda diagnóstica junto con el sufrimiento y la necesidad de numerosos pacientes que ven a diario, mezclando acaso también su propio pesar por las cargas extenuantes de trabajo y por ese sufrimiento que, en la mayoría de los casos, no les es ajeno. Este trabajo diario se ve reflejado en varios espacios en los que rotan: consulta externa, urgencias y hospitalización. Cada espacio tiene sus particularidades, pero los dos primeros quizá sean los más exigentes por lidiar con la necesidad y angustia de los enfermos que se acercan a la institución para ser aceptados. Hay, en ese acto, una primera exigencia que ellos deben cumplir, pues se les ha dicho que no pueden aceptar a todos los aspirantes. Se les enseña que esa acción debe ser tomada al ver que el problema de enfermedad no es de alta especialización y a tomar en cuenta que solo aquellos cuadros que parecen conformar enfermedades poco comunes, o claramente comprometidas con alguna afección cerebral podrían ser de su interés en términos investigativos.

Nuestro equipo de investigadores inició, en grupos de dos, un trabajo de campo intenso bajo una estricta observación interactiva negociada, como lo ha apuntado Wind (2006). Es decir, pudimos acceder a varios espacios de la institución, tras haber sido aprobado nuestro protocolo por diversos comités de ética.¹⁰ De esta manera, accedimos como observadores que, de a poco, a fuerza de la cotidiana presencia, fuimos interactuando con médicos, pacientes y familiares. Solo nos distinguíamos por nuestro diario de campo en mano y por la constante actitud de escribas.

¹⁰ El protocolo de investigación ha sido creado desde un amplio equipo de trabajo, conformado por sociólogos, antropólogos, psicólogos y médicos, quienes, apoyados por la UNAM, hemos contado con su anuencia, así como con el financiamiento adecuado para llevar a cabo la investigación. Vale aclarar que el protocolo DGAPA-PAPIIT IN305320 fue también revisado y aprobado por su comité de investigación y ética de la institución. Una vez contada con esta aprobación, se presentó ante el CIFANEP, cuyos comités de ética e investigación brindaron la aprobación para que nuestro equipo pudiera estar *in situ* en cada franja de actividad considerada vital para la investigación.

Elegí formar parte del equipo que realizó la etnografía en la consulta externa y dicha elección, es claro, no fue ingenua, ya que en el centro de mi inquietud estaba, y sigue estando, tratar de comprender cómo médicos, pacientes y familiares encaran la incertidumbre de aquello que aún no tiene nombre, pero que trastoca la vida de quienes experimentan en cuerpo propio la enfermedad, pero también perturba la vida, la percepción y los sentimientos de sus familias y, por ello, se aproximan a la institución e inquietan a los médicos con ansiedad para alcanzar alguna certeza de su estado de salud, pero, sobre todo, para tener un tratamiento y atención adecuada.

De manera central, me interesaba saber cómo se dirime el diagnóstico psiquiátrico, qué tipo de atención y tratamiento se sugiere y cómo se llegaba a ello. Y dado que, si bien la emisión del diagnóstico es una actividad del saber profesional de la medicina, era imprescindible darle su espacio de importancia a la voz y experiencia del paciente y su familiar, quienes traen al encuentro del acto clínico un relato complejo cuando el trayecto de la incertidumbre de la enfermedad se ha configurado por varias décadas.

Me interesaba entonces observar cómo en la interacción del acto clínico se dirimía el diagnóstico psiquiátrico, qué elementos narrativos y conductuales eran generados por el personal médico y cuáles por los pacientes y familiares y cómo en todo ello se podía advertir un proceso de transacción. Estas ideas se dirigían a tratar de explicar y comprender los principales interrogantes que se definieron así: ¿Cómo se construye situacionalmente la atención médica al interior del contexto clínico de la salud neuropsiquiátrica? ¿Cuál es la función que cumplen los diversos actos clínicos que se efectúan para iniciar el proceso de internamiento en el CIFANE? ¿Qué narrativas como mediaciones nos permiten comprender las interacciones, transacciones y significados producidos en el acto clínico?

Con estas orientaciones, presentaré en los siguientes apartados los tres grandes momentos que hablan de la trayectoria de atención que recibió la Sra. Antonia en el CIFANE. El primero es el acto clínico de la consulta médica en la que se decide su internamiento. El segundo, habla del pro-

ceso de internamiento. Y el tercero se refiere a las sesiones académicas, cuya característica principal es que son eventos colectivos de intercambios comunicativos en los que se presentan la configuración de la historia clínica, diversos procesos diagnósticos basados en estudios clínicos y conductuales, a través de los cuales se va dando forma a lo que se denomina “presentación del caso clínico” para dirimir tanto el diagnóstico como el tratamiento de continuidad.

***Primer momento. Acto clínico
en el que se decide el internamiento.
Entrar al CIFANEP y ser aceptada como paciente***

No importa cuán difícil y doloroso sea un diagnóstico psiquiátrico, finalmente será una certeza y podrá despejar las inquietudes que pueden pervivir por años, antes de ser atendido por especialistas. Eso es lo que diversos pacientes comentaron en cada acto clínico al que asistí, dejando ver con claridad que, quienes llegan al CIFANEP, cuyo prestigio es amplio por considerarse un lugar de alta especialización, se han acercado –después de un largo trayecto– en busca de atención para esclarecer aquello que, al parecer, han aprendido a reconocer que está en su mente o en su cerebro y que no les permite mantener el comportamiento normal que exige la sociedad.

Para lograr entrar a la institución se pasa por varios filtros. El primero está a la entrada, en donde algunas encargadas solo checan que los interesados cumplan con los requisitos: que el solicitante sea mayor de edad, venga acompañado por un familiar y traiga una receta de algún médico que indique la posible afección por la que debería ser admitido en el CIFANEP. Si se cumple con todo, pasa a la consulta externa, en donde será atendido por los médicos residentes de menor rango encargados al momento, siempre supervisados y acompañados para discutir el posible diagnóstico por un residente de mayor rango, pero también por un adscrito si lo requiere el caso.

Durante varios meses continuos del 2019, observé y registré más de 40 consultas atendidas por diversos especialistas, ya sea neurólogos, neuropsiquiatras o psiquiatras.

De manera cotidiana y al azar, los residentes atienden dos tipos de consulta: la preconsulta que representaría el primer filtro, definido por los especialistas, y la consulta, para abrir expediente e iniciar la historia clínica.

En cada consulta se crea un escenario distinto en el que la producción de las narrativas también lo es, las tramas narrativas son únicas, según el tipo de consulta, el motivo de la atención, el momento en el que se encuentra la persona con su problema de salud, según el especialista y área de conocimiento, su género, su edad, su trayectoria académica. También depende de la presencia de los alumnos en formación, así como el acompañamiento e intervención familiar.

El contexto de la consulta externa en el CIFANEP muestra situaciones específicas, por lo que —a partir de esas interacciones sociales— es donde se gesta la producción narrativa que, como vehículo que orienta la construcción de la experiencia, le va a dar sentido a dichas interacciones.¹¹ Ambas consultas siguen agendas casi idénticas. Los residentes observan quién remite al solicitante y bajo qué sospecha e inician un breve interrogatorio sobre sus signos y síntomas. Evalúan su condición a través del funcionamiento de su sistema nervioso, su capacidad sensorial y su respuesta. Para ello el médico se asiste de linternas, martillos, diapasones, agujas, hojas o simplemente utilizando su dedo o una pluma. También, si lo consideran oportuno, evalúan la capacidad cognitiva y de memoria del paciente a través de pequeñas pruebas diagnósticas.

¹¹ En otro texto he abordado a la narrativa como construcción de la experiencia, y eso significa subrayar la importancia del acto de narrar. “Y Narrar quiere decir describir en un acto performático la elaboración de sentido que articula la memoria con la vida. Ese acto —del cual seremos privilegiados de presenciar y escuchar— nos convoca a la responsabilidad de generar una etnografía situada, reflexiva, procesual e intersubjetiva, a partir de la cual se expongan, con mayor éxito las dimensiones personales, emocionales y humanas que se resisten a ser cuantificadas como hechos áridos y datos numéricos” (Ramírez, 2017: 17).

En otro texto (Ramírez, en prensa a) he propuesto que la consulta médica concebida como ritual clínico es también un espacio fronterizo, en el que se advierte un ir y venir del cuerpo a la mente y de la racionalidad al drama existencial. Es decir, observé de manera constante que los residentes, neurólogos y psiquiatras discutían la prominencia de lo orgánico, lo físico sobre lo subjetivo y lo referente al contexto sociocultural de los pacientes, con frecuencia se desdibujaba, aunque es claro que mucho del contexto es obligatorio para la configuración de la historia clínica. A veces ellos mismos comentaron que no se podía hacer una indagación profunda dado que tienen un tiempo de consulta más o menos establecido. No obstante, hay ocasiones que la situación amerita dedicar el tiempo que se requiera cuando el médico advierte la importancia del caso.

La tensión entre el saber que se está poniendo en práctica y los tiempos con los que los médicos cuentan no es menor y requiere reflexionarse para comprender, como lo ha apuntado Kirkmayer (2001), que las formas de interpretación y lectura de estos especialistas están fuertemente limitadas por el contexto institucional y la necesidad de actuar con base en su lectura de la situación.¹²

Si bien los tiempos de consulta se han disminuido en general, en la atención pública de la salud es importante destacar que en la observación etnográfica pude constatar que los tiempos de atención en el CIFANEP fueron muy variados. Algunos profesionales (los menos) fueron expeditos en los encuentros médicos, pero otros se llevaron el tiempo necesario para dilucidar la problemática presentada, porque, a decir del psiquiatra Guillermo González, en el CIFANEP se procura deliberar los casos y ello lleva tiempo. Él afirmó en entrevista:

En las instituciones donde te citan un paciente cada cinco minutos y pretenden que veas treinta pacientes en un día, no hay tiempo para la deliberación, por lo tanto, lo que puede hacer un médico es tomar decisiones automáticas. Esto hace que el médico se vuelva eficiente en un sentido, pero también

¹² Cuestión que se ha visto con mayor detalle en el primer capítulo de la presente obra.

que sus automatismos, sus prejuicios, etcétera, pues no se contrapongan, no tengan una contraposición, no tengan un contrapunto, y sacan un producto a contrarreloj. Aquí (en el CIFANEP), puede ocurrir que dediquen 10 minutos, pues ya cada médico tiene su propio estilo. Yo, por ejemplo, pedí que en mi consulta se citara a cada paciente cada media hora. A mí no me importa irme a las cuatro de la tarde, pero yo no quiero ver pacientes cada diez minutos, porque entonces no puedo deliberar los casos, no puedo reflexionarlos, no puedo hablar con la familia, no puedo hablar con el enfermo. Casi siempre lo que se sacrifica cuando se reducen los tiempos es hablar.¹³

El Dr. González tocó un punto muy importante de la configuración del acto clínico en el que, desde su perspectiva, se debe dar amplio espacio para la deliberación clínica, y para ello subrayó la importancia del tiempo necesario para la comunicación.

El acto clínico que describiré a continuación muestra tres elementos que se distinguen por su importancia. El primero alude a la atención de la Dra. Loza, a quien, justo el día que se estrena como R3, se le encomienda la atención de la paciente. El segundo a una historia de medicaciones complejas (antipsicóticas y antidepresivas), mostradas en una larga lista registrada por el familiar. El tercero a la gravedad del caso que requirió hospitalización.

Los medicamentos ya no le hacen, pero no está bien todavía

Son las 8:40 de la mañana de este primero de marzo de 2019, me presento con la Dra. Loza, quien sosteniendo el expediente de la próxima paciente responde extendiéndome la mano y, con una sonrisa, me dice feliz que hoy oficialmente es R3. Ella acepta que esté presente durante su consulta y llama a la paciente, quien entra con su familiar.

¹³ Entrevista Dr. González, médico psiquiatra adscrito, 15 de mayo del 2019.

De inicio, la Dra. Loza con el expediente en mano lee rescatando algunas partes para mencionar “la vimos el 30 de octubre y la referimos al Fray Bernardino porque no teníamos camas. Y de ahí nos la enviaron de nuevo con el diagnóstico de ‘Deterioro cognitivo’”. Al parecer ella traduce el diagnóstico que se define como demencia frontotemporal (DFT).¹⁴ Después de ello levanta la mirada para interactuar con la paciente y pregunta:

—¿Cómo está Antonia?

Antonia se soba las manos una y otra vez, y de cuando en cuando deja ver que le tiemblan. Su mirada está hacia abajo, pero responde: “Ansiosa”.

Con un tecleo ágil, la doctora inicia la historia clínica preguntándole datos generales a los que se les intercala información sobre enfermedades en la familia.

Antonia es una mujer de 52 años, vive en el Estado de México. Es casada, solo estudió hasta la secundaria, se dedica al hogar, es católica, escribe con la derecha. Sus padres viven. Mamá tiene 79 años, es hipertensa. Papá tiene 80 años, ya no escucha. Tiene tres hermanos: dos hombres y una mujer. Ante la pregunta de si son sanos, ella responde que sí, pero corrige:

—Tengo un hermano epiléptico.

El interrogatorio continúa: tiene una sobrina con lupus, una tía materna con Parkinson y no hay cáncer en la familia. La casa en la que vive es propia con todos los servicios. Vive con su esposo y su hija de 27 años. Todas estas respuestas cortas son generadas durante el interrogatorio. Con ímpetu y para continuar con el interrogatorio, Antonia menciona:

—Tuve un hijo que murió de apnea del sueño.

El interrogatorio sigue, y ella responde:

—Tengo dos perros bien cuidados. No fumo, solo tomo los medicamentos indicados.

—¿Qué problemas de salud y operaciones ha tenido? —pregunta la doctora.

Antonia con la mirada a medias responde:

¹⁴ Esto se pudo ver con mayor claridad en la presentación del caso, el 22 de marzo de 2019.

—Me operaron de varices, de cesárea y tengo depresión desde hace 20 años, con muchos medicamentos. Me hacen daño al estómago.

—¿Qué medicamentos tomaba y por cuánto tiempo?

—Prozac y otros dos, por dos años, por varios años.

—¿Cómo era su depresión?

—Con mucha angustia, no dormía, de todo me alteraba.

—¿Última regla y papanicolao?

—A los 50 años, y sí me he hecho papanicolao.

—¿Había violencia familiar?

—Sí, mi papá nos golpeaba y mi mamá solo nos gritaba. Yo tenía que cuidar a mis hermanos. Mi papá... se paseaba desnudo en la casa.

La doctora le pregunta sin voltear a mirar a Antonia

—¿Se le encimó?, ¿abusó de usted?

Titubeante, Antonia responde:

—No, solo se paseaba desnudo.

Con actitud de querer cerrar la historia clínica, la doctora pregunta:

—¿Nunca estuvo libre de síntomas?

Con voz decidida, Gilberto, el esposo de Antonia, quien no perdió detalle nunca de las preguntas de la doctora y las respuestas de su esposa, respondió

—Como vulgarmente se dice, ella volvió a tener un “bajón” a los 15 años de nuestra hija. Después de ese evento, no se quitaron los síntomas. Hace tres años que tuvo otro episodio de depresión.

Con una voz más firme, Gilberto continúa para mostrar algo que parece ya un relato armado por las numerosas veces que seguramente lo ha contado:

—Mire, el primer episodio fue con la muerte de nuestro hijo. Ella no podía dormir, necesitaba forzosamente pastillas, lloraba mucho y se sentía culpable, no se concentraba.

La doctora interrumpe y pregunta:

—¿Qué medicamentos le dieron?

Gilberto responde:

—Ahorita toma riopan, metamusil, omeprazol, clonazepam, citalopram, gabapentina, propranolol, que es para la hipertensión. El segundo episodio —continúa Gilberto— fue, como le decía, cuando organizábamos la fiesta de 15 años de nuestra hija. Ella lloraba mucho.

Para completar el relato, Antonia menciona:

—Lloraba porque sentí que [mi hija] se iba a ir. Mi papá me decía que cuando los hijos tienen 15 años se casan y se van.

Gilberto retoma la palabra:

—Se entristecía, estaba muy sentida, irritable.

Ella menciona:

—Me sentía culpable porque no podía atender a mis hijos por la enfermedad.

La doctora retoma la historia clínica.

—¿Pensamientos suicidas, trabajo para concentrarse, inseguridad?

Gilberto contesta con el propósito de volver a acomodar el relato de acuerdo con los eventos estresantes que son para él los detonadores de la sintomatología de Antonia.

—El tercer episodio fue cuando me despidieron de mi trabajo, entonces pasó ¡de estar abajo y se fue para arriba! Estaba ¡“súper maniaca”!, se arreglaba, se salía y se perdía. Estaba irritable. Decía que ella me iba a mantener, decía cosas sin sentido, ¿no?

—¿Dejó de hacer cosas? —preguntó la doctora—.

—Sí —respondió Antonia— dejé de hacer de comer porque me salía todo el día.

—¿Ha cambiado su personalidad, desinhibida, como niña chiquita?

—Sí —responde Gilberto— de hecho, hasta habla como niña... [imponiendo la voz Gilberto dice] no me quiero bañar.

Gilberto vuelve al tercer episodio y menciona de manera resumida:

—Tres meses le duró ese comportamiento, muy impulsivo, hacía cosas ilógicas. La llevé con la psiquiatra particular. Nos dijo que tenía un cuadro ma-

níaco. Dijo que estaba en un estado tóxico y que, si no se trataba, iba a tardar de 2 a 3 meses en recuperarse. Le mandaron inyecciones para bajarla por completo. Estaba muy sedada y mareada. Con esa inyección arrastraba los pies. Después, desde hace dos años, se volvió a deprimir. Hace 6 meses se quiso ahorcar con un lazo, fue impulsivo. La encontré con las marcas en el cuello.

Antonia afirma:

—Sí, me puse el lazo, como que me desmayé y me caí en un mueble y lo rompí... Viene un exabrupto de llanto que quiere detener, pero no puede. Entonces con sollozos dice:

—Les hago un montón de daño a ellos.

Gilberto menciona:

—Sí, ya tuvo otro episodio de hacerse daño, quería matarse con un cuchillo. Pero gracias a que llegué en ese momento, lo impedí.

—¿Qué medicamentos le dieron entonces?

—Quetiapina, symbyax, pero no le cayó —afirmó Gilberto, y continuó mostrando ahora un gesto de preocupación, pero también de desesperanza y, acercándose un poco más al escritorio muestra una actitud algo suplicante para decir— Doctora, los medicamentos, ya no le hacen, pero no está bien todavía. De hecho, el clonacepam es muy dañino para ella, el citalopram la estrñe y le cae muy mal. Ha tomado muchos, muchos medicamentos y nosotros vemos que va empeorando.

—¿Sabe cuáles han sido todos los medicamentos que le han suministrado?

—Sí, desde hace tiempo hago una lista de ellos. Aquí la traigo. Gilberto la saca y se la enseña a la doctora.

La Dra. Loza se muestra maravillada ante la información que lee. Dice:

—Esto es oro puro, señor, ¿me permite que le saque una copia? —Gilberto asienta con la cabeza y la doctora sale inmediatamente del consultorio.

Mientras la doctora estuvo fuera, Gilberto se dirigió a mí, mencionando:

—En el Fray me dijeron que tiene acatisia. Venimos de ahí, acaba de salir, pero nos indicaron que viniéramos aquí porque sigue con los movimientos

involuntarios. No sabemos por qué es eso, pero para mí que son las medicinas.

Estaba mencionándoles que en el hospital donde nos encontrábamos la iban a atender muy bien, cuando de nuevo entra la Dra. Loza. Se sienta con actitud de brindar información y proceder a la siguiente parte de la consulta mencionando:

—Miren, el cerebro deprimido pueda dar información de deterioro cognitivo, por ello vamos a hacer algunas pruebas para ver cómo está.

La doctora le presenta unas hojas y le pide a Antonia que responda unos pequeños ejercicios de memoria. Al parecer son *test* para evaluar el estado cognitivo y que exploran la memoria, la atención, la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento.

Antonia mira las hojas fijamente. Solo se nota su mano temblorosa con el lápiz, pero dice que no puede, que no sabe. Yo anoto en mi diario de campo: “Se niega a responder, dice que no puede”.

La doctora se para y hace una llamada telefónica a la que, como respuesta, aparece en pocos minutos el Dr. Avendaño, quien se presenta con la paciente y el familiar y, por su seguridad y actitud directa, se advierte que ya conoce la situación.

—¿Cómo está Antonia?

Ella responde:

—No estoy bien.

—Y si le echa ganitas ¿Como que sí podría?

Antonia responde:

—No.

—Veo que se ha querido hacer daño. ¿Cómo se mataría? ¿lo haría con un cuchillo?

—Es puro pensamiento, me detiene mi hijo, que diga... mi esposo — contesta Antonia.

Con actitud franca y directa el Dr. Avendaño le mencionó

—Quiero decirle que usted puede estar bien. Aquí tenemos una estrategia más rápida y mejor para que usted se recupere. Así... que le hagan su registro para que se quede aquí, ¿cómo ve?

Antonia empieza a llorar abiertamente y dice que no quiere. El Dr. Avendaño recuerda que es viernes y calmándola le dice:

—No se preocupe, vaya a su casa y la vemos el lunes aquí, a las 3 de la tarde. Todo va a estar bien.

La consulta se da por finalizada con las indicaciones de lo que debe hacer el familiar el siguiente lunes y enseguida Antonia y Gilberto salen a la sala de espera a realizar varios trámites.

Ahí, entre su espera y mi momento de registro de la interacción en la sala, me encontré de nuevo con Gilberto, que aguardaba las indicaciones. Le solicité su teléfono para poder convenir algunas entrevistas de carácter personal. Él accedió y acordamos que lo acompañaría el próximo lunes 4 de marzo a darle seguimiento al proceso de internamiento de su esposa.

Segundo momento. El proceso de internamiento El ingreso al CIFANEP

Lunes 4 de marzo. Antonia y Gilberto entran al CIFANEP y nos encontramos en la explanada de entrada general. Al parecer, las indicaciones no fueron del todo entendidas, dado que, estando ya adentro de las instalaciones del CIFANEP, los tres nos dirigimos a la clínica psiquiátrica conocida como “La casita azul”. Llegando ahí, en una pequeña sala de espera, nos sentamos mientras alguien nos podía atender. En tanto, entre los tres iniciamos una conversación que de mi parte quiso retomar algunos aspectos que, organizados como los apuntaron los dos, podrían contribuir a configurar la trama. Al cabo de unos minutos, llegó un enfermero que nos hizo saber que para internarse se debe generar un registro, entrando, por urgencias.

Registro de internamiento desde urgencias

Así que volvimos a caminar hacia urgencias. Desde ahí, el propósito es generar todo el trámite de admisión para que el paciente sea referido al

sitio indicado por los médicos que lo valoraron, se pague la consulta y se le otorgue el servicio, de acuerdo con al Triage¹⁵.

En virtud de que ya estaba establecido por el Dr. Avendaño que ese día Antonia se internaría, no hubo necesidad de hacer una valoración por los médicos que en ese momento estaban a cargo de urgencias. Pero sí se realizó una nueva indagación por parte de la trabajadora social, a fin de ubicar el nivel socioeconómico de la paciente y establecer el costo de su atención. Para dicho registro hubo muchos minutos de espera que no pudimos entender, pero que al parecer tenía que ver con que a este sitio debía llegar el expediente clínico de Antonia.

La trabajadora social preguntó si tenía seguridad social. Gilberto mencionó que tenían ISSSTE, pero que “ahí le dijeron que la dejara, que ya no se iba a curar y que no había medicamentos especializados”. Por ello, la llevó durante 12 años con una psiquiatra particular, quien, a decir de él, experimentó con su esposa con varios medicamentos hasta que ya no pudo atenderla más. Dio algunos datos de su trabajo y su sueldo y, mencionó brevemente, que remitieron a su esposa del hospital Fray Bernardino, en donde estuvo más de un mes, a este CIFANEP ya que le mencionaron que aquí podrían atenderla adecuadamente.

La trabajadora social indicó los requisitos que se solicitan a todo paciente que se interna; por ejemplo, que debe llevar donadores de sangre, los horarios de visita, lo que debía pagar en ese momento, etc. Una vez realizado el pago, volvimos a subir al pabellón psiquiátrico.

En el trayecto, le pregunté a Gilberto sobre la psiquiatra y cómo ella la había derivado a este lugar. Él comentó con cierta decepción que la psiquiatra particular le dijo: “No puedo seguirte desangrando más”. Gilberto recordando ese trayecto de atención, relataba:

¹⁵ El *Triage* es una escala de gravedad, que permite establecer un proceso de valoración clínica preliminar a los pacientes, antes de la valoración, diagnóstico y terapéutica completa en el servicio de urgencias.

—La psiquiatra, me habló claro y me dijo: “Yo ya no te puedo seguir engañando. Tu esposa está para que la traten en el Fray Bernardino, llévala, si le da otra crisis, ahí la van a ayudar. Ya has gastado mucho en medicamento y en atención y no quiero hacerte gastar ya”.

Gilberto mencionó que pagaba \$650 pesos de consulta y los medicamentos costaban hasta \$1,200 pesos.

Gilberto continúa su relato:

—Así que cuando tuvo la crisis en octubre, que la pasamos muy mal, pensamos en traerla al Fray, pero por una u otra cosa no me decidía. En octubre del 2018 se puso tan mal que tenía procesos de ansiedad, quería echarse a correr, quería agarrar un cuchillo, empezó a llorar, empezó a tener una actitud muy violenta, se pegaba en la cara, se pegaba en la cabeza. Porque ya estaba fuera de sí. Ya su mirada era otra, muy perdida de tanta ansiedad, tanta desesperación. Dije: “¿Ahora qué pasa?”. Vi que el medicamento no le estaba haciendo efecto; en lugar de estarle haciendo un bien, le estaba haciendo un mal tremendo. Entonces yo me daba cuenta, ya que los últimos medicamentos que le daba como que la alteraban mucho. Dije no, ya no. Ya mejor decidí. Hablé con la psiquiatra, y ella me dijo: “No, suspéndeselo ya, ya llévatela para el Fray Bernardino”. Fuimos ahí, pero nos dijeron que ellos no trataban problemas psicomotrices o de mucho movimiento. Entonces nos mandaron al CIFANEP. “Aquí le hacen la valoración”, y nos dicen, “Sí trae un problema de acatisia, producto de tanto daño de los medicamentos. Pues sí, aquí la podemos tratar, pero no hay camas”, y me botan nuevamente para el Fray Bernardino y ahí se queda internada del 16 enero a los últimos de febrero del 2019.

Registro de ingreso pabellón psiquiátrico

Muchos minutos pasamos en esa salita hasta que un enfermero de nuevo fue por Antonia para hacerla subir e ingresarse. En esos minutos en los que solo estábamos ellos dos y yo, conversamos de nuevo, iniciando sobre eventos de su vida y las razones por las que ellos creían que Antonia estaba ahí.

Primero les solicito a los dos me permitan utilizar la grabadora y ellos acceden. Continúo. Hoy es 4 de marzo de 2019, estamos iniciando la entrevista con la Sra. Antonia, quien hoy se internará en el CIFANEP.

Antonia suspira y menciona:

—Hoy es cumpleaños de mi hijo.

Recuerdo lo mencionado en la consulta con la Dra. Loza acerca del hijo que murió a unos días de nacido, motivo por el cual, como lo mencionaron ella y su esposo, empezó su decaimiento y posterior sintomatología que inició con sentimientos de culpa, llanto fácil, tristeza la mayor parte del día, dificultad para conciliar el sueño, falta de apetito, dificultad para la concentración, lentitud de movimientos. Síntomas que se fueron agudizando al paso del tiempo, hasta encontrarse con nuevos estresores que complejizaron su cuadro.

Al parecer, tanto Antonia como Gilberto, su esposo, cuentan ya con algunos relatos acomodados a manera de explicaciones sobre los posibles detonantes que llevaron a Antonia a experimentar síntomas diversos que le provocaron cierta disfuncionalidad.

Una llamada inesperada por celular hace que Antonia no pueda seguir comentando y se retira un poco para contestar. En ese momento Gilberto continúa el relato y él, sin yo pedírselo, se va directamente a la infancia de Antonia, donde coloca, en ciertos eventos violentos, la aflicción y el padecer de su esposa y además apunta algunas acciones tomadas para su atención.

—Yo no sabía [sino] hasta hace poco —apuntó Gilberto— lo que había sufrido mi esposa en su infancia. No me lo contaba porque le daba pena, pero yo le dije que era su esposo y la quería ayudar. Entonces, ya me dijo que sus papás se llevaban muy mal, había violencia en la familia, su mamá los golpeaba y su papá les gritaba si no hacían bien las cosas y a ella le recargaron mucho, pues le hicieron responsable de sus hermanos a temprana edad. Y me contó que su papá intentó violarla. Pero bueno... después yo le dije que eso ya quedó atrás, que por lo menos no se

llevó a cabo, que tenía que salir adelante. Pero sí, poco a poco fui viendo cómo desde la vida familiar de su infancia tuvo problemas con sus papás, quienes ahora estigmatizan mucho al saber de cómo ha estado mi esposa, pero yo me acuerdo de que, por su culpa también, otros hermanos están en tratamiento en el Fray Bernardino. Uno de ellos cambia constantemente de humor, el otro tiene epilepsia.

Cuando se incorpora Antonia, menciona que ella se asustaba con la violencia que vivía. Dice que se escondía de su papá debajo de la cama cuando él quería pasearse en la casa “encuerado”.

—Una vez —dice Antonia— hizo como que se le cayó la toalla y quiso tocarme, yo me asusté. Le conté a mi mamá y no me creyó. Desde entonces tenemos muy mala relación y porque me obligaban a cuidar de mis hermanos, yo estaba en la primaria y ellos cuatro, dos hombres y dos mujeres eran chiquitos también. Yo no tenía amigas, no me dejaban salir para nada, nomás cuidar y hacer tareas y la casa.

—Y, entonces, ¿cómo se conocieron ustedes? —les pregunto a los dos.

Antonia dice:

—Es que... ya de más grande, yo era su secretaria, trabajábamos en la UNAM. Pero me embaracé antes [de] que nos casáramos y me llené de miedo.

Gilberto interviene para decir:

—Cuando me dijo del embarazo, le dije que no se preocupara, que haría frente a esta situación, y nos casamos. Pero durante el embarazo me di cuenta de que ella cambiaba su estado de ánimo. Había días que estaba muy alegre y había días que se ponía muy triste. Tenía temor, me decía: “Es que yo ¿cómo voy a ser mamá?, ¿cómo voy a ser? ¿Cómo yo voy a tener un hijo propio y cómo lo voy a cuidar?”. Ese temor ya después lo vi más claramente ya cuando nació la niña. Veía que [Antonia] se enojaba cuando se enfermaba mi hija; entonces, se ponía de malas, cambiaba su estado de ánimo por un estado de ánimo más fuerte, se podría decir, explosivo. Y después... ya me hizo ver que así se ponía su mamá, creo que

se le quedó en su cerebro cómo se portaba su mamá con ellos. Además, apareció la culpa, decía: “Ustedes tienen la culpa de que se enfermen, porque estaban haciendo eso, no se lavan las manos y agarra cualquier porquería”. No había otro patrón más que ese que veía. Y así, así se ponía muy enojada, le gritaba a mi hija, yo le decía: “Oye no, espérate, así no se educa”. Otro evento importante en el que veía que respondía también con otras emociones era en el invierno, tenía sus bajones, se ponía muy triste, como que no le gustaban las fiestas de diciembre, porque nunca tuvo el convivio bonito con sus familiares. Cuando empezó con esas tristezas, me di cuenta de que algo pasaba. Primero la llevé con el médico general, pero no me decían qué tenía [sic], solo hablaban del estado de ánimo, que si era estrés, que si tensión, pero casi nadie le atinaba o no coincidía con lo que ella tenía. Y así la fuimos sobrellevando, sobrellevando, sobrellevando, hasta que después se volvió a embarazar y cuando nació nuestro hijo lo más difícil fue que a unos días se muere. Los médicos dijeron que fue por apnea del sueño.

Antonia vuelve a suspirar y sus lágrimas salen sin esfuerzo al decir:

—Hoy es el cumpleaños de mi hijo.

El momento queda interrumpido por el enfermero que nos pide que subamos para que se haga ya el ingreso a la clínica.

El ingreso. Nuevamente contar la historia

Casi tres horas después, o sea a las 17:45, la Dra. Águeda R3 y el Dr. Jorge R1, quienes estaban de guardia, realizan la historia clínica en un cubículo pequeño en el que nos colocamos algo apretados.¹⁶ Los médicos están frente a la computadora. La R3 va guiando al R1 para llevar a cabo el interrogatorio. Antonia y Gilberto están al lado derecho de ellos. Yo me coloco atrás de los médicos.

¹⁶ En esta parte del itinerario no uso la grabadora para no importunar la acción del acto clínico. Todo se reconstruye a partir de las notas de mi diario de campo.

Águeda le va diciendo a Jorge cómo anotar en la computadora. El interrogatorio comienza como siempre, con datos generales, antecedentes médicos generales de la paciente, antecedentes heredofamiliares en donde voy advirtiendo como pequeña variación que Antonia responde que tiene una tía con Alzheimer.¹⁷

En los antecedentes escolares y laborales, ella contesta muy decidida que sí tenía amigos y que se llevaba bien, que no tenía buenas calificaciones, pero que terminó hasta la secundaria.

Jorge pregunta sobre el tipo de relación que llevaban sus padres, y Antonia responde que era de mucha agresión física y verbal, que trabajaban todo el tiempo y que a ella le encargaban del cuidado de sus hermanitos. Que no sabe porqué se había separado y porqué se volvieron a juntar.

A la pregunta sobre su personalidad, ella contesta que sí era alegre y dinámica, pero “a raíz de que tuve la ansiedad, se me olvidó hacer mis cosas”.

—¿Tomaba decisiones antes?, ¿era segura, sociable, responsable, organizada? Antonia responde tan solo que sí.

—¿Es optimista, piensa las cosas?

—Antes sí, ahora me cuesta. Últimamente soy muy ansiosa. Soy enojona. Su esposo Gilberto menciona:

—Es de carácter fuerte.

—Vemos que la mandaron del Fray Bernardino, diciendo que tiene “Deterioro cognitivo frontal derecho”. ¿Por qué está aquí? —pregunta Jorge, como para dar paso a un relato más amplio de paciente y familiar.

—Por depresión, ansiedad, fui a cuatro médicos particulares —responde rápido Antonia.

Le sigue Gilberto, diciendo:

—Dijeron muchas cosas, que si depresión, bipolaridad, esquizofrenia, trastorno maniaco-depresivo. Todo comenzó cuando perdimos a nuestro

¹⁷ Esta afirmación me resalta ya que en la consulta con la Dra. Loza, Antonia afirma que su tía tiene Parkinson. Tal vez esta confusión habla un poco del estado en el que se encontraba en el momento.

hijo. Falleció el 4 de marzo. Y ella comenzó con sentimientos de culpa. Lloraba y se ausentaba de sus pensamientos. Se encerraba. La llevé entonces con el psicólogo, le dieron terapia. Y luego ya fui con un especialista, porque un hermano me decía que la llevara con un psiquiatra. Ahí le dieron antidepresivos. Sertralina, una pastilla, y cuando la veían muy bajoneada le daban otros medicamentos. Yo empecé a leer sobre estas cosas, buscaba libros y alguna información para tratar de entender qué le pasaba.

Jorge pregunta sobre ideas suicidas. De primer momento, no hay una respuesta clara, pero entre paciente y familiar van incorporando ideas que parecen confusas, aunque en realidad muestran el propósito de ubicar las razones, los eventos que consideran detonantes de la posible ideación suicida.

—Sí —respondió Gilberto— tuvo esos episodios en los que quiso ahorcarse o agarrar un cuchillo y matarse. Es que —Gilberto se detiene, y vuelve a colocar la importancia de los 15 años de su hija en medio de cuya organización deviene la depresión de Antonia. Comentan que se le dio prozac, media pastilla por la mañana y 1 por la tarde. Antonia dice:

—Me sentía bien, pero con ánimo triste.

—Mejoró con la fluoxetina —explica Gilberto.

No recuerdan cuánto duró ese episodio, pero mencionan el siguiente episodio referido a la pérdida de trabajo de Gilberto. Él describe con detalle que iniciaron un negocio de jarciería para que lo atendiera ella. Pero ella empezó a tener comportamientos de tristeza y de mucha actividad también. Mencionó que ella empezó a tener planes de poner una cocina económica y salía a hacer compras innecesarias, tomaba dinero del que guardaban para los gastos y se los prestaba a amigas que ella decía que hacía en la calle. Tenía muchas ideas a la vez. Hablaba más rápido de lo normal. Dormía dos o tres horas y se paraba a pintar las paredes de la casa. Así duró como dos semanas, porque no quería ir al psiquiatra. Decía que se sentía bien.

Jorge pregunta:

—¿Sí escucha voces o ve cosas que otros no ven?

Antonia responde que no.

Antes de que Jorge hiciera otra pregunta, Gilberto apunta rápidamente que cuando por fin la llevó con la psiquiatra, esta le dijo que la tenían que bajar con una inyección. Ella (la psiquiatra) modificaba el medicamento, porque le recetaba para esquizofrenia, pero luego se lo iba ajustando hacia otra cosa y le decía: “Vamos a cambiar el medicamento por uno de nueva generación”. Había momentos en que estaba más sobria, pero aun así se sentía mareada. La psiquiatra le dijo que tenía síndrome de acatisia, con movimientos involuntarios y que la llevara al Fray Bernardino.

—No podía estar sentada, me daba por echarme a correr —decía Antonia.

Gilberto menciona:

—Caminaba todo el tiempo de un lado a otro y no paraba. Le dieron Olanzapina, pero déjeme decir que todos los medicamentos le crearon una acidez estomacal y bueno... eso del movimiento. Por eso la llevé al Fray. Ya estando ahí me dijeron que tenía deterioro cognitivo.

—¿Ha tenido problema de olvidos, falta de concentración? —preguntó el doctor.

—Sí —afirmó Gilberto—. Además, con esas sensaciones cada vez estaba más mal. Ella decía que ya no servía para nada, se le olvidó el precio de los productos de la jarciería y, por su ansiedad, se le olvidó cómo se hacen los alimentos, le dio un miedo tremendo acercarse al fuego.

Con la mirada cansada, y en general sin ganas, Antonia voltea a mirar a Gilberto y le dice:

—Pa’ qué me quieres, si no te sé hacer de comer.

La entrevista termina señalándole a Gilberto que los informes se dan de lunes a viernes de 2:30 a 3 de la tarde, y le indican a ella por dónde puede pasar al pabellón. Yo la acompaño.

En la entrada un policía verifica quiénes somos y, después de solicitar anuencia al supervisor, nos cede el paso. La enfermera Purificación nos recibe y vuelve hacer preguntas que Antonia ha respondido varias veces. Son preguntas por padecimientos psi. Le lee el reglamento, le enlista las

cosas con las que puede pasar, se confirma que trae todo. Le quita los lentes y mirándome dice que “Es cuestión de reglamento y de precaución”.

Entre tanto, advierto que ya es hora de la cena y que hay 15 internos cenando.

Con un apretón de manos, le transmito tranquilidad a Antonia y le digo que ahí la tratarán muy bien.

Tercer momento. Sesión académica de Psiquiatría

Diagnóstico y tratamiento como centro de la deliberación

Para una comprensión analítica de la organización y ejecución del trabajo diagnóstico y terapéutico, se describen en este apartado algunas notas sobre cómo se desarrolla la sesión dedicada a la deliberación del diagnóstico y tratamiento de Antonia.

Una de las partes fundamentales de la enseñanza de los médicos en preparación en el CIFANEP son las llamadas “sesiones académicas” a las que acuden todos los especialistas (médicos psiquiatras adscritos, residentes de todos los niveles, médicos especialistas en diagnósticos clínicos computarizados y por imágenes, estudiantes, que discutirán un caso en particular).

Las sesiones de psiquiatría, como ya se ha mencionado en otro capítulo, son la franja de actividad por excelencia en la que se condensan la vida hospitalaria y la enseñanza. No obstante, además de ello es preciso destacar que esa enseñanza descansa, en buena medida, en la forma en que se construye, a través de consideraciones y decisiones clínicas colectivas, el diagnóstico de la enfermedad que le aqueja al paciente, pero también para establecer acuerdos sobre el tratamiento de continuidad.

Es en este sentido que se puede apreciar con mayor detalle la trayectoria de atención que ha seguido la paciente que, en esa sesión colegiada, se articula y sintetiza con la historia clínica, el itinerario que siguió desde que se presentaron los primeros síntomas, los numerosos medicamen-

tos que le suministraron, las diversas formas de atención que ha recibido, los variados procedimientos clínicos aplicados y con el presente y futuro de la terapéutica acordada colectivamente. Las sesiones académicas son, como lo apuntó el Dr. González, espacios para la deliberación clínica.

Antes de que llegara al CIFANEP, la señora Antonia le había solicitado al Dr. González me concediera una entrevista. Él ya estaba enterado de los propósitos de nuestra investigación que subrayaron el interés por la producción de narrativas, las formas de interacción sociocultural y la construcción de significados y procesos metafóricos que tienen lugar en diferentes espacios clínicos del CIFANEP, por lo que aceptó gentilmente.

Elocuente y con una narrativa fluida que lo develó como un profesional con marcos científicos bien establecidos, pero sensible y culto, ya que, de manera ágil combinó en su relato la comprensión neurobiológica de la enfermedad con la apreciación del sufrimiento humano, el Dr. González apuntó con claridad que antes que dar cualquier tipo de diagnóstico, se debe tener toda la información.

Pautando su reflexión como médico adscrito encargado del caso de Antonia, apuntó tres momentos para dirimir el diagnóstico expresado en el acto clínico. En el primer momento se recaba toda la información; en el segundo momento se reúne al paciente y su familiar para mostrar cómo se está razonando y qué se va a hacer para resolver la situación; en un tercer momento se exponen los argumentos y la conclusión a la que se llega para ver ahora qué es lo que paciente y familiar piensan al respecto.

Pero ese referente era una síntesis de un proceso más complejo que alude a la producción de conocimiento colectivo que, a decir del Dr. González, está orientado por la deliberación clínica. Es decir, un proceso colectivo en el que, apunta:

[...] varios médicos, opinan, supervisan; en el cual ya hay, desde luego, una profesionalización y se está generando esa profesionalización. Eso permite que haya más controles de calidad. Yo comento los casos de mis colegas, ellos comentan mis casos, todos estamos abiertos a la crítica. [...] La de-

liberación clínica se da en un sistema colegiado y dialógico que ocurre en dos fases que generan interpretaciones. La primera es en la consulta y en la entrega de guardia. La segunda es en las sesiones académicas, en donde lo que se busca es ir ganando certeza diagnóstica. ¿Cómo lo voy a hacer? Pues con diagnósticos paraclínicos, observaciones más prolongadas, confirmar otras fuentes de información, para ir ganando siempre certeza y, finalmente, poner a prueba las hipótesis con alguna intervención, cuando se puede hacer.

En la narrativa del Dr. González el diagnóstico psiquiátrico habla de los grandes enigmas de la psiquiatría, de una labor profesional compleja, pero también de una acción demostrativa colegiada en la cual la comunicación del paciente requiere de cierta profundidad.

Por su apertura y atenta escucha, tuve oportunidad de indagar sobre una pregunta que forma parte de grandes reflexiones, como la que Kleinman realizara desde hace algunas décadas en *Rethinking Psychiatry* (1988), en donde habla de las tensiones de la psiquiatría y de la importancia de incluir la investigación intercultural y su interpretación antropológica en esa disciplina. La inquietud central de este autor está en el reconocimiento de la relación entre categorías culturales y experiencia personal, subrayando la inexorable presencia de las diferencias culturales. Por ello, considera que la pregunta que debe ser sometida a una revisión crítica es: ¿Qué es un diagnóstico psiquiátrico?

Me atreví a preguntarle eso al Dr. González porque considero que el diagnóstico, más allá de hablar de cómo lo construye la psiquiatría en términos profesionales, debe considerar también, de manera notable, la narrativa y experiencia del paciente, su trayectoria de aflicción, sus explicaciones y expectativas. Al respecto, la respuesta del Dr. González fue muy esclarecedora.

El diagnóstico siempre es una hipótesis [...]. Es un proceso de razonamiento, que implica tener una lectura cuidadosa de todos los detalles que conforman el caso. Es decir, información que se transmite verbalmente a través de la historia clínica con el paciente y con su familia. Entonces, todo eso va a generar

una primera narrativa, que podría ser como una narrativa todavía cruda, por así decirlo, aunque desde que se hace la entrevista ya se va organizando. Yo, en una entrevista con una persona, primero permito un poco de tribuna libre para ver qué tiene que decir la persona, sin hacer ninguna pregunta y, a partir de ahí, ya voy capturando datos relevantes. Esto implica que la persona y su familia ya hicieron ellos mismos un filtrado. Ya están diciendo lo que a ellos les importa, lo que a ellos les duele, lo que a ellos les molesta, lo que a ellos les conflictúa, etcétera. Esa es una primera narrativa. Con esta narrativa, uno ya elabora ciertas hipótesis, en base a [sic] eso ya se hacen preguntas más específicas y se hace una segunda narrativa, que ya es mucho más analítica. Todo esto va generando ya como la identificación de patrones clínicos. Después, en una segunda etapa, viene una fase sistemática de exploración física o de exploración del estado mental a través de pruebas, que pueden ser pruebas de conducta o exploración física y neurológica del paciente: su fuerza muscular, su capacidad de movimiento, la exploración de los movimientos oculares, la sensibilidad, el corazón, en fin, una exploración física y neurológica, y también una exploración de la conducta del paciente: pruebas de memoria, pruebas de lenguaje, pruebas de atención, etcétera, para ver cómo está funcionando el aparato mental del paciente, sus otras funciones neurológicas y su organismo, las vísceras y demás. Una vez que uno ya hizo ese escrutinio, y junto con la narrativa que se había adquirido inicialmente, ahora sí, uno ya tiene hipótesis más robustas. Eso implica una labor hermenéutica, una interpretación que uno hace, en base a [sic] los conocimientos que uno tiene, o sea, si uno no tiene los conocimientos no puede interpretar nada.

Los conocimientos a los que refiere el Dr. González hablan del saber hacer de la psiquiatría, de una “cultura psiquiátrica”, comprendida como un sistema de valores, esquemas y saberes compartidos (Sánchez y Hamui, s/f). O bien de una “ideología” que se produce y reproduce para la construcción de la identidad social del médico, y legitima su poder y su presencia a través de prácticas discursivas (Apker y Eggly, 2004).

Entonces el conocimiento psiquiátrico se pone en juego en las sesiones académicas, a fin de dilucidar el diagnóstico, que no es más que como lo he apuntado al inicio, un proceso de interpretación.

Sesiones académicas de presentación de casos: Un sistema colegiado y dialógico para la deliberación clínica

La penúltima semana de marzo del 2019 fue bastante ardua. Realicé casi 50 horas de observación de las consultas en el CIFANEP, más las sucesivas visitas que le hice a la Sra. Antonia, junto con su esposo, para ver cómo se daba su adaptación al internamiento y si se podía vislumbrar mejoría. En esos días me enteré de que el viernes 22 de marzo habría una sesión académica en donde se presentaría algún caso. Los viernes, por lo general, todos los médicos dejan de dar consulta para asistir a dicha sesión, de modo que no había de otra, más que asistir.

La primera vez que todo el equipo de investigación al que pertenezco presencié una sesión académica fue muy reveladora. Estábamos apenas acercándonos al sitio en cuestión y poco sabíamos de la logística y funcionamiento de dichas sesiones. En esa ocasión, ocurrida el 25 de mayo del 2018, la reunión fue en una sala pequeña en la que se dispusieron en un sitio hasta adelante todos los médicos adscritos, al otro lado los residentes de mayor rango, y, atrás, residentes de menor rango y estudiantes y, por supuesto, nosotros como observadores.¹⁸

Lo primero que saltó a la vista fue la disposición jerárquica en la ubicación de cada uno; después, sus voces mostrando el saber que se rebate en cada postura. En este sentido, las sesiones confirman lo que Ramos (2011) ha apuntado en uno de los escasos trabajos referidos al estudio de las reuniones clínicas en un hospital psiquiátrico en México, al subrayar que las reuniones no solo están destinadas a la enseñanza del diagnóstico, terapia, investigación y teoría; sino que también en ellas se dirimen la reproducción de jerarquías, situaciones anímicas del personal, rituales de iniciación, pugnas y alianzas. Así pues, en esa sesión me llamó la atención la interacción de los participantes, así como la disputa por el diagnóstico final. Disputa en la cual varias voces de jóvenes en formación que emitie-

¹⁸ Las notas provienen de mi diario de campo. Mayo del 2018.

ron su opinión se vieron opacadas por la voz contundente representada por el médico adscrito de mayor edad.¹⁹

¹⁹ Presento aquí una síntesis de ese momento porque quizá contribuya a comprender el funcionamiento de las sesiones académicas y la manera en que se dirime el diagnóstico. Reconstrucción a partir de las notas de mi diario de campo. El 25 de mayo del 2018 vimos cómo esa sesión representaba un ritual de presentación con un orden claramente definido de interacción. Primero un par de residentes R1 y R2 presentan la historia clínica. Dan datos generales de la paciente introduciendo su sintomatología patológica situada cronológicamente y relacionada con los medicamentos suministrados a lo largo de varios años de padecer. Se mencionan los diagnósticos recibidos en otras instituciones médicas. Su personalidad premórbida es definida como afable y tranquila, su malestar se remonta al 2010, cuando afirma que sus vecinas le hacen brujería, que en el tinaco hay veneno y que tiene temor a la lluvia porque su casa se puede inundar. Todo ello se sintetiza como ideas catastrofistas. En el 2017 fallece su madre. Manifiesta irritación, miedo angustia, agresión, y sentimientos de minusvalía; lo cual se valora psíquicamente como labilidad afectiva. Se menciona también que tiene dificultades para la marcha. El R1 que presenta la historia clínica hace mención que la paciente es reenviada del Fray Bernardino al CIFANEP y, con cierta sorna y mirando al auditorio, hace la broma “a ver si encuentra un buen psiquiatra aquí”, la audiencia sonríe a sabiendas que es ahí uno de los lugares en donde el saber se disputa. También se especifica qué tipo de pruebas neuropsicológicas se le aplicaron. Se apunta en el pizarrón MOCA, COGNISTAT, SHIMPLEY2 (escalas para medir inteligencia y deterioro cognitivo). Cuando los Residentes terminan de hacer su exposición solicitan traer a la paciente para que delante de toda la audiencia se realice una pequeña entrevista. La paciente entra con marcha lenta. Porta el uniforme de la institución, ya que está internada. La entrevista se lleva a cabo de manera simple. El médico pregunta, la paciente responde. Por ejemplo, el médico dice: “¿Quiere irse a su casa?”. Ella sonríe y asienta con la cabeza. Se le pregunta también: “¿Sus preocupaciones eran reales o absurdas?” Ella responde: “Absurdas”. Después dice: “Nada me hace daño”. Con ello denota que tiene deseos de salir de la institución, lo intuyo porque en sus respuestas se advierte una actitud “bien portada”, es decir, que responde a lo que le indica el médico. Además, en el análisis que, posterior a la entrevista, presenta el R1, este afirma que la paciente se mantuvo cooperadora, con discurso coherente, pero parco y estereotipado. Es decir, muestra el deber ser y además niega todo comportamiento extraño por el que fue llevada a esa institución. Después de esa exposición, se presentan los especialistas en medicina nuclear, quienes, tras su indagación sobre el metabolismo cerebral de glucosa por regiones, mencionan que hay una anormalidad. Lo que arroja el PET, dicen los especialistas, es una demencia fronto temporal. Se abre una discusión sobre lo que provee el análisis del funcionamiento del metabolismo cerebral, así como de los comportamientos psicóticos que manifestó la paciente y sobre el posible diagnóstico. Hay intervenciones que consideran que puede ser

Efectivamente, las sesiones académicas son un complejo momento de interacción, de producción de conocimiento, de expresión de relaciones de poder, de ritos de iniciación, de debate de un saber que ha conseguido ser cultura hegemónica, ideología que se replica y legitima desde las voces más autorizadas para que las que están en formación logren también legitimidad. Pero ese proceso, que ya ha sido analizado en otro capítulo, no es el que interesa aquí, ya que lo que quiero subrayar es cómo en ese acto de deliberación colectiva y, en aras de un proceso de razonamiento clínico, en el esclarecimiento de la enfermedad, es decir su diagnóstico y posterior tratamiento, el paciente se vuelve dato, objeto, y su sintomatología se comprime a fin de dar espacio a las categorías diagnósticas configuradas en manuales estandarizados.

Presentación del caso de Antonia

Encontré una diferencia importante entre la primera sesión a la que asistimos en 2018 y la que a continuación describiré ocurrida en 2019. Esta diferencia refiere a que en aquella sesión la paciente era presentada ante la audiencia para que todos vieran cómo se lleva a cabo una entrevista y cómo reacciona la paciente. Ahora la entrevista se presenta en un video para que la audiencia observe la manera en que la paciente responde a las preguntas del médico y a las diversas pruebas neuropsicológicas realizadas.

esquizofrenia. Unas más, trastorno neurovegetativo que cursa con demencia. La discusión generada por los residentes va dirigida a sostener que hay una discapacidad intelectual, que no es una paciente límite. Una voz insiste: “Hay una ruptura biográfica, ha sido límite siempre. Cuando su mamá murió hubo un cambio”. La discusión continúa sobre el trastorno psicótico sin descartar DFT. Uno más dice que no es depresión. Hacia el final de la discusión, una voz de autoridad, (del médico más canoso) menciona: “Yo construiría el caso totalmente diferente. Desde los 40 años tiene ideas delirantes. Es la construcción de un problema delirante primario, de 10 años de evolución. Cuando le dan tratamiento antipsicótico le funciona. Así que es: trastorno delirante primario, con una personalidad limítrofe”. Después de algunas palabras más se termina la sesión.

Otra cuestión tiene que ver con la configuración del propio escenario. En esta ocasión, el lugar es una sala amplia como de congresos, a la que le antecede el espacio donde se ha puesto una mesa con bocadillos, café, té, agua, frutas, etc., para que los asistentes, antes de iniciarse la reunión, puedan compartir por grupos, algunas ideas sobre lo que dicha reunión versará.

Ahí me encontré a la Dra. Loza, quien, gustosa, comentaba con otros médicos adscritos que ella había atraído ese caso a la institución. Decía a un par de médicos adscritos interesados en la presentación:

—Yo la compré, fue muy interesante porque el esposo tenía un registro de varios años de diversos medicamentos que la paciente tomó.

De acuerdo con las diversas entrevistas realizadas con algunos residentes y sobre la propia práctica, advertí que los pacientes que son aceptados en la institución son elegidos en principio por tener algún padecimiento grave o enfermedad que resulta interesante por su extrañeza, por representar un desafío al conocimiento psiquiátrico y neurológico, por ampliar el debate sobre los enigmas de la psiquiatría. O también, como lo apuntó Ramos (2011), porque son casos de pacientes agudos, cuya perspectiva clínica complace por ser dados de alta en corto tiempo.

Después de una breve conversación mientras tomamos café, nos introducimos a la sala en donde ya estaban dispuestos los presentadores y donde advertimos una amplia asistencia entre residentes, adscritos, alumnos y probablemente uno que otro personal de firmas farmacológicas que seguramente costearon el *catering*.

La sesión se divide en varias fases claramente definidas para todos los casos.²⁰ Pero para fines de su descripción, la he dividido en cinco fases que serán sintetizadas, exponiendo lo más relevante de la deliberación en cuestión.²¹

²⁰ Todas las sesiones mantienen una secuencia estandarizada, como se ha presentado en el Esquema 1 de este capítulo.

²¹ En esta ocasión, la sesión se reconstruyó a partir de su grabación y transcripción y de mis notas de campo.

En la primera fase se presenta la historia clínica, que es una primera narrativa co-construida entre diversos médicos que vieron a Antonia en diferentes encuentros clínicos. La segunda fase es dedicada a la presentación de una entrevista videograbada donde se observa que interactúan el Dr. González y Antonia. Una tercera, en donde se presentan las pruebas neuropsicológicas. Una cuarta fase es dedicada a la presentación de los especialistas médicos nucleares con su interpretación de la tomografía por emisión de positrones (PET). Una quinta fase, dedicada a la discusión final. Preciso apuntar que, al finalizar cada fase, los presentadores abren un espacio a la discusión que ellos llaman “ejercicio clínico”.

Primera fase. De la historia clínica al relato reconstruido entre eventos estresantes y largos tratamientos farmacológicos²²

²² Lo que a continuación se expone es una síntesis de ese primer momento en donde mayoritariamente el caso es expuesto por los R1J, R2 y R3. En pocas ocasiones, algunos asistentes residentes y adscritos que se identifican como Q1, Q2, Q3, Q4 y así sucesivamente, intervienen con preguntas. Las he dejado tal cual, ya que considero que contribuye a esclarecer la manera en que los residentes que presentan arman la trama e interpretan algunos datos proporcionados, ya sea por la paciente o por su familiar –que siempre es Gilberto, el esposo–.

Referencias

R1J, R2C, R3A, etc.: Médicos que presentan el caso y dirigen la discusión.

Q1, Q2, Q3, etc.: Médicos del auditorio que participan con comentarios y preguntas.

GG: Dr. Guillermo González.

AG: Paciente Antonia García.

(cursiva): acotaciones sobre la sucesión de hechos y sobre el ambiente.

LF: Luis Fernando, residente de primer año.

R2: Residente de segundo año.

HS: Dr. Humberto Santos, intérprete del PET.

Oraciones en negritas: Preguntas varias e Intervenciones del Dr. González en la entrevista videograbada.

(...): Los puntos suspensivos señalan pausas hechas por el hablante o discursos que fueron cortados por la intervención de algún interlocutor.

En la primera fase se conjugan las miradas de todos aquellos que atendieron a Antonia, empezando por la R3 que la atendió en la primera consulta, la trabajadora social, los residentes de guardia que la recibieron para su internamiento, los que estuvieron en el pase de visita y el médico adscrito que le ha dado seguimiento. Todos ellos contribuyeron a la elaboración de la historia clínica que sigue un patrón claramente establecido dentro del marco de la psiquiatría y, que, a decir de algunos autores —como Berkenkotter (2008)—, va pautando un patrón narrativo que construye y reconstruye la historia del paciente. Como lo apuntó anteriormente el Dr. González, es una primera narrativa.

La presentación la realizan el R1 Jorge, el R2 Carla y la R3 Águeda.

R1 Jorge inicia con los antecedentes médicos de Antonia y su familia, así como de sus datos personales y familiares. Siguiendo el orden de la historia clínica, inicia la presentación con los antecedentes médicos generales y heredofamiliares, siempre se refiere a ella como la paciente. Destaca que una tía tiene Alzheimer. Además, como dato a subrayar, que la paciente estuvo internada un mes en el Fray Bernardino. Enseguida habla de los datos familiares, mencionado que nace en familia monoparental, es la mayor de cuatro hermanos. Sus padres separados se vuelven a juntar cuando ella tiene 7 años y “empieza la agresión física y verbal hacia la paciente y hermanos. Actualmente tiene buena dinámica con su familia, con los hermanos y con su hija, quien tiene 27 años, y con su esposo”. Su vida laboral la inicia a los 15 años en una fábrica de juguetes. Luego trabaja cuatro años en la UNAM, donde conoce a su esposo. Cuando queda embarazada, deja el trabajo y se desempeña como ama de casa.

Al hablar de la personalidad de la paciente, el R1 Jorge menciona ciertos elementos a partir de los cuales algunos asistentes psiquiatras hacen preguntas directas.

R1J: —La paciente es sociable, generosa, altruista... responsable, organizada, que era optimista, no tenía como impulsos hacia las cosas, que era pací-

fica, pero se enojaba con facilidad, en cuanto a los cambios de opinión que es flexible, pero que le costaba en ocasiones aceptar opiniones diferentes. ¿Preguntas hasta aquí?

Q1: —Sí, ¿a qué te refieres cuando dices “altruista”? ¿qué hacía para que vieras ese altruismo?²³

R1J: —La paciente se refiere a que, pues le gustaba mucho cocinar y a veces regalaba comida, como a sus familiares, amigos, pero nada más.

Q2: —¿Y sabemos la edad aproximada de [la tía], a los cuántos años, si fue a una edad avanzada?

R1J: —No, no sabemos, solo que tuvo Alzheimer.²⁴

El residente continúa mencionando:

—Ahora vamos a encontrar una historia más, contada desde la paciente.

Y muestra algunas ideas sintetizadas en *power point*, destacando que ha tenido unos estresores importantes en su vida, así como tres intentos de suicidio. En marzo de 1998, la paciente tiene un hijo por cesárea. Este muere en su casa a los seis días de nacido. En este año la paciente tenía 31 años. Posterior a este evento, inicia la sintomatología con sentimientos de culpa, llanto fácil, sentimiento de tristeza la mayor parte del día, dificultad para conciliar el sueño, falta de apetito, dificultad para la concentración, lentitud de movimientos. Esto lo refiere el esposo, señalando que en este episodio empezó con ideas constantes de daño y con fantasías de muerte, pero nunca planeó nada ni lo ideó como tal. En este evento, ella acudió, dice, con un psicólogo con el que estuvo cinco meses de tratamiento, que le dio sesiones de terapia y 50 mg de sertralina, con lo cual tuvo mejoría

²³ La observación es pertinente, pues habla de una falsa interpretación por parte del residente, ya que regalar comida, dicho tal vez en el momento de preguntar sobre su personalidad, deja de lado la posible asociación de otros comportamientos que manifestó Antonia cuando tuvo un episodio de mucha actividad, como se verá más adelante, que involucró ciertos comportamientos –como prestar dinero, comprarles comida a extraños en la calle–, hechos relatados por su esposo Gilberto, que él mismo decía que eran incongruentes.

²⁴ Este es un dato cuya importancia extraña que no se haya indagado.

parcial de sus patologías, pero nunca llegó a sentirse, dice ella, como normal. Como la paciente nunca regresó al estado basal, tuvo múltiples tratamientos farmacológicos certificados en esta época, con los cuales presentaba mejoría parcial. Luego veremos el historial de fármacos bastante amplio de los últimos años que sí especifica.

El siguiente evento es en el 2007. En los XV años de su hija, a la edad de 40 años de la paciente. Posterior a eso, empieza con ideas de que se va a quedar sola porque su hija ya va a ser grande y se va a ir. Empieza otra vez con ánimos tristes la mayor parte del día, pero la sensación de tristeza era menos intensa que en el cuadro anterior. Tenía dificultad para conciliar el sueño, para concentrarse, disminuyó el apetito. En este evento no refirió ideas ni fantasías de muerte. Entre estos dos periodos no llegó a estar bien. Por ello volvió a ir con un médico, no dice si es psicólogo, psiquiatra o médico general, pero le dio fluoxetina en dosis no especificadas y otra vez continuó con mejoría parcial de la sintomatología.

Otro estresor importante en su vida fue la pérdida de trabajo de su esposo, en abril de 2016, a los cincuenta años de la paciente. El esposo se desempeñaba como herrero y tuvo que cerrar su fábrica o su oficio de herrería, porque no tenía dinero para comprar material, aparte que no vendía lo producido.²⁵

Después de este evento, empezó con esta sintomatología, sensación de tristeza, insomnio global, ánimo bajo, enlentecimiento de movimientos, no poderse concentrar, aunque la paciente lo refiere como normal. No tuvo alteración del apetito, disminuyó el disfrute de cada actividad diaria, igual sin referir ideas de muerte.

Al preguntar a la paciente qué es lo que le gustaba hacer de actividades, refiere que actividades propias del hogar, quehacer, comida, cuidar a su hija. Este período duró aproximadamente dos meses. Casi inmediato, al

²⁵ Este dato es inconsistente con la información que se recabó en los diferentes momentos que presencié la historia clínica, ya que el esposo no trabajaba en una fábrica ni tenía oficio de herrería.

terminar con la sintomatología de tristeza, en el período de octubre-noviembre de 2016, empezó con aumento de energía. Empezó a salir mucho, realizaba mucho quehacer, compras innecesarias y amistades nuevas. El familiar refiere que la paciente salía, se iba al centro seis, siete horas, volvía con productos de limpieza y herrería cuando no ocupaban ninguna de las dos cosas. Hacía amistades en la calle y se ponía a platicar con alguien, le compraba comida, esquites, elotes. En una ocasión planeó un viaje a Sinaloa con unas personas que conoció en el centro, pero no lo llevó a cabo.

En este período también quería poner una cocina económica en el patio para ayudar a su esposo, pero pues no tenía dinero para hacer tal cosa. También el esposo refiere que ella le prestaba dinero a gente que apenas conocía y este dinero lo obtenía como de guardaditos que él tenía abajo del colchón. El familiar refiere que a veces no se le entendía lo que decía. Tenía muchos pensamientos a la vez, aumentaba la afluencia del habla. Empezó a dormir tres horas al día, más o menos, sin sentirse cansada durante el día. Entre las actividades que realizaba, dice el familiar que se levantaba a las tres de la mañana y se ponía a pintar la pared de la cocina o a limpiar, eso lo hizo varias veces, pintó varias veces la pared de la cocina. Este episodio duró aproximadamente dos semanas, no refiere medidas especiales, no acudió a ningún médico, porque, según esto, se sentía bastante bien.

Entre noviembre y diciembre del mismo año, empezó con fallas en la memoria. Dijo que olvidó cómo preparar los alimentos, cómo programar la lavadora. Dice el familiar que no podía seguir la conversación porque él le preguntaba una cosa y ella le contestaba otra cosa. Empezó a tener miedo a acercarse al fuego, por eso, según nos comentan, no cocinaba. En este período acudió con un médico que le empezó a dar múltiples medicamentos que ahorita se van a mencionar.

Más o menos en enero-febrero del siguiente año, empezó con una necesidad subjetiva de moverse, este sentimiento duró más o menos un año,

pero la paciente no acudió a consulta o tratamiento, porque no le molestaba tanto en realidad. Esto es lo que nos decía ella.

Siguiendo la presentación de su *power point*, el residente habla ahora de los intentos de suicidio.

Tenemos que, en el 2018, aproximadamente a medio año, en el período de abril o junio, ella tuvo tres intentos suicidas. Primero se intentó ahorcar, siendo encontrada por su esposo, únicamente con la marca en el cuello. No acudió a valoración. El segundo, intentó tomar todos sus medicamentos, los cuales —afirma el residente— sí eran bastantes, pues el familiar mencionó que ya estaba harta de esa condición. El último gesto suicida fue en junio del 2018, bueno... “intento suicida” (corrige el residente), intentó clavarse un cuchillo en el tórax siendo detenida por su esposo.

Para finalizar este apartado de eventos estresantes, tenemos que en octubre la paciente acude a valoración al Hospital Fray Bernardino. Ahí la refirieron para acá (CIFANEP) para valoración. Aquí es valorada y contrarreferida al Fray por espacio físico y, nuevamente, se refiere a la paciente a este hospital con el diagnóstico de DFT.

—Ahora viene la historia del tratamiento —comenta el residente.

—Empezó en enero de 2016 con clonazepam, fluoxetina, citalopram y fluvoxamina. Después continuó, se le agregó citalopram, luego volvió otra vez con... la fluvoxamina, continuó otra vez con clonazepam, fluoxetina; esto nada más en el 2016. Estos cambios en el tratamiento se refieren porque la paciente no presentaba mejorías. Por ello acudió otra vez con el médico particular, el cual cada vez le ajustaba el medicamento, que básicamente era quitar uno, poner otro o ir aumentando. En noviembre-diciembre del 2016 tenemos como tratamiento la [fluoxetina/doxepina], zuclopentixol, de depósito el ultrasol y biperideno, lo cual recordamos que más o menos en este período es cuando empezó con el episodio este del aumento de las actividades que mencionamos anteriormente. El siguiente año recibió estos medicamentos y aquí lo que llama la atención es que en junio del 2017 empezó con quetiapina, clonazepam, biperideno, fluoxetina, amisulprida

y olanzapina. Fue el primer registro que tenemos que le dieron olanzapina. En ese período también le dieron un medicamento que es una combinación de olanzapina y fluoxetina, entonces tenía doble dosis de fluoxetina, de olanzapina, más el medicamento que eran los dos combinados.

Los registros de medicamentos por año se apuntan en una diapositiva, y el residente va comentando rápidamente.

—En el 2017, continuó con más medicamentos... sigue la historia de medicamentos. En 2018, siguió con los medicamentos, como pueden ver aquí. Y en el 2019 estos son los medicamentos con los que llegó aquí, al CIFANEP: clonazepam a esas dosis, propranolol, el seropram, la pectina y omeprazol. Como vemos, ha tenido una larga lista de medicamentos a lo largo de su vida.

Para finalizar, el residente se dirige a la audiencia:

—¿Alguna pregunta hasta aquí? ¿De la historia de vida, del tratamiento?

Q3: —¿Cómo interpreta todo eso, doctor?

R1J: —No, pues era básicamente que la paciente estaba harta de su condición de estar todo el tiempo triste, sin ganas. Si fuera por el médico, le daría muchos medicamentos y ninguna mejoría.

Q4: —Una pregunta, doctor, yo sé que tenemos una disminución de energía que... es así como esta percepción de no poder. Aparte tenemos otro episodio de aumento de energía, ¿qué medicamento sería antes de este episodio?

R1J: —Ese más o menos era el período con el que inició con la olanzapina, que fue creo octubre-noviembre de 2016.

Q5: —Cuando empezó con la... pero antidepresivos, por ejemplo, ¿tenía los mismos que desde el inicio? Desde el año...

R1J: —Sí, fueron alternados fluoxetina, citalopram. En este período no sé exactamente qué sería, pero básicamente en ese rango de medicamentos.

Q4: —Un comentario amistoso y tengo dos preguntas. Primero les pediría que, por parte de usted, del personal me pudieran ayudar a traducir más lo que vimos enfrente.²⁶ Y en diciembre de 2017 tienes en una diapositiva, que más que sea memoria, pero ¿qué fue lo que pasó?

²⁶ Se refiere a las imágenes del PP.

R2C: —No, se pone ahí pérdida de memoria, que es lo que refiere la paciente que tuvo.

Q4: —¿Qué más pasó con eso? Siguió en el tiempo...

R2C: —Actualmente sigue, sigue todavía.

Q6: —¿Es lo mismo? De no poder operar cosas como la lavadora y...

R3A: —Sí, esos detalles si quieres ahorita los voy a comentar, pero sí la paciente refiere justo cuando le preguntas si puede cocinar, dice que no sabe porque se le olvidó todo. Entonces es así como un punto muy específico que vamos ahorita a entrar más en detenimiento.

GG: —Bueno, el tema de las fallas de memoria, como lo pusiste en la diapositiva, creo que deberías ponerle quejas subjetivas, que olvida y demás, lo cual ese es el dato clínico. Cuando una persona se queja de que tiene problemas de memoria, el dato es la queja. No forzosamente el problema de memoria significa que no pueda tener un problema de memoria real, hay un cierto grado de relación, pero eso también puede ser el escenario de que se están viendo otro tipo de fenómenos. Por ejemplo, hay muchas personas que tienen estos cuadros como de hipocondriasis cognitiva, que todo el tiempo te dicen que tienen problemas de memoria y demás y no precisamente lo tienen. Entonces ahí valdría la pena nada más, en otro momento, corregir eso.

Para contestar a la pregunta de ¿qué fue lo que pasó?, el residente recurre a sus diapositivas, mostrando los momentos importantes relacionados con el suministro de los fármacos, destacando el período de exaltación del estado de ánimo y de sentimientos tristes y, termina diciendo:

—Y aquí estamos en este estado que predomina en la paciente a los 52 años. Ahorita está hospitalizada y sigue con la misma sintomatología que refiere pues, ya de mucho tiempo atrás.

En la audiencia hay mucha inquietud, ante lo presentado. El siguiente intercambio muestra que las dudas hablan de la falta de información y de claridad en la misma. Pero también de la inquietud por relacionar los “eventos estresores”, como los denominó el residente, con los fármacos suministrados.

Q7: —Jorge, ahí me pones que llegó a maníaco, falta, ¿pidió hospitalización?

R1J: —No, ella no fue con un médico porque se sentía bien.

Q7: —¿Tuvo síntomas psicóticos?

R1J: —No, no tuvo de ningún tipo, ni alucinaciones ni pensamiento desorganizado, ni...

Q7: —¿Disfuncionó?

R1J: —Sí, sí disfuncionó. Porque ya no cocinaba, ya no limpiaba...

Q7: —Pero ya no cocinaba porque ya no sabía cocinar...

R2C: —Porque ella refería que no sabía cocinar, pero sí disfuncionó en gastos excesivos, en el hecho de que trató de armar una cocina económica en su casa, tuvo muchos contratiempos en lo personal, con su esposo.

Q7: —Si con eso tuvo algún cambio en cuanto a todos esos medicamentos que... o sea, digamos que de repente estaba con muchos antidepresivos al mismo tiempo, ¿hubo un cambio relevante antes de?

R1J: —¿En qué parte? ¿En los 50 años?

Q7: —Antes del episodio maniaco.

R1J: —Pues sí, hubo muchos cambios...

(Pausa). El residente busca la información en sus notas, titubea e interviene la R3A.

R3A: —Este episodio fue más o menos en 2016, a finales de 2016, no siempre fue una constante, en algún momento se alternaba con [los cambios] en 2016, un poquito antes.

(Alguien, que no se distingue, pregunta sobre las dosis de los medicamentos)

R1J: —Los tiempos, períodos, dosis, los refiere el familiar; entonces, no tenemos, como tal, certeza de “Este medicamento le dio tal, ni bien el día”.

Q9: —¿Cómo se lo estuvieron manejando más o menos?

R1J: —Con psiquiatra privado.

Q9: —¿Y eran varios psiquiatras o era uno solo?

R1J: —No, creo que era uno. Pero eso es lo que refiere el familiar, como tal no tenemos bien qué día, cómo.

R2C: —O sea, lo tiene apuntado en una libreta. Hay días que sí los tiene más específicos, pero hay otros días que de noviembre a diciembre que apunta todos los medicamentos que tuvo y no sabemos si los tuvo al mismo tiempo, qué dosis le dieron, etcétera.

Q10: —Perdón, ahí en 2017, tienen una diapo donde dice que estaba acatísica o que, ¿es después de diciembre o...?

R2C: —Eso sí lo sabemos, que fue secundario al inicio de olanzapina en 2017. Más o menos en ese período.

Q11: Y este pico, en abril de 2017, cuando tuvo como las conductas suicidas, parasuicidas, ¿no se volvió a repetir? ¿fue la única vez que tuvo estos episodios?

R2C: —No sabemos más del contexto de esto, no sabemos.

Q12: —¿Qué tan confiable consideran ustedes esa historia farmacológica?, tomando en cuenta que nos están diciendo que hubo en un momento una interacción leve y lo que tiene son dos antipsicóticos, no tiene ningún anti-depresivo, o sea, ¿la persona que lo tiene anotado lo tiene con fechas?

R2C: —Pues algunas sí las tiene con fechas. Es el esposo el que lleva el registro, él dio en un inicio aval, lo empezó hasta el 2016, allí algunas cosas las apuntó posterior a que le solicitaron como un registro de los medicamentos, tiene ahí un sesgo de tiempo, pero sí hay cosas con fechas que supongo que las sacó de alguna receta y que las transcribió.

Q12: —Dentro del montón de cosas llamativas en estos esquemas farmacológicos, llama la atención “una interacción leve”, y por más que lo forcemos, ese esquema no cabe.

GG: —O sea, la sospecha sería que esa dosis de zuclopentixol hubiera sido para el episodio maniaco como tal. Es lo lógico, es lo más probable, aun así, no nos queda exactamente claro cuál habría sido la maniobra que desencadenó el episodio maniaco y ya habrá tiempo de ponerlo en contexto a la hora de hacer los estudios diagnósticos gnoseológicos.

—Bueno, pasemos a la siguiente fase, que es la entrevista —menciona el residente.

(Pausa de alrededor de un minuto)

(Se prepara la proyección en la pantalla)

Se escucha a alguien preguntar

Q13: —¿Eso es antes del tratamiento?

R2C: —Sí, doctora, perdón. Un día antes del tratamiento.

Segunda fase. Entrevista videograbada

Le entrevista realizada por el Dr. González a Antonia está organizada en dos partes. En la primera indaga sobre su estado anímico (síntomas, rutinas, pensamientos, sentimientos, etc.). En la segunda se aplican una serie de pruebas neuropsicológicas.

“Échale ganas, me dicen todos”

Se inicia el video en el que se observa la entrevista del Dr. González con Antonia:

GG: —En los próximos minutos le voy a hacer algunas preguntas relacionadas con su estado actual, cómo se siente usted y quizás algunas pequeñas pruebas, solamente para saber cómo está funcionando su nervio, digamos, necesito que me eche la mano, ¿está usted de acuerdo?

AG: —Mmm [¿no lo va a ir a contar?, ¿no va a ir a fumar?]

GG: —[¿Sí no lo voy a ir a contar?, ¿sí no voy a ir a fumar?] No, si quiere empecemos. A ver plátiqueme ¿qué problemas tiene usted con su memoria?

AG: —Pues, fíjese que mi esposo me ha dicho como “alguien viene ahí” y dice que le tenemos que hablar, hay muchos [pueblos/pobres], somos padres de familia, mi hija de 27 estudió en la Facultad de Derecho, no ha acabado la carrera... mi esposo trabaja en un colectivo, un colectivo... que es, [tiene su ramo], en el pueblo, hay mucha competencia, hay muchas rutas, muchas rutas, mucha demanda, y es muy poco el gasto, esa es mi preocupación en mi vida actualmente.

GG: —¿Tiene ahorita preocupación por el dinero?

AG: —También me dice mi esposo cuando él llega, me dice que le eche muchas ganas.

(Se advierte que Antonia comienza a llorar).

GG: —¿Usted cómo se sintió cuando él le dijo eso?

AG: —Me sentía como... un poco decaída, también para mi hija. Y si ahorita dice: “Tu hija, pues ya tiene novio”, pues este..., pues... yo lo que reco-

miendo es no tener al novio en la habitación, bueno, si él saca su ronda, yo vivo en Chimalhuacán, Estado de México, hace dos horas y media para venir para acá, para venir a verme en transporte público, en transporte colectivo.

GG: —¿Hay algo en especial que la ponga triste?

AG: —Ya quiero salir de aquí, como mis compañeras.

GG: —Ok. Cuando estaba en casa, ¿se sentía mejor o también se sentía mal?

AG: —Me sentía igual, por eso me trajeron para acá, porque me sentía igual, andaba con una desesperación de estar así casi todo el tiempo, mi hija lloraba conmigo, dice: “Mamita, ya no quiero que estés así”, así me decía ella (*comienza a llorar*), ella decía que sufrí mucho y ahora te dejaron todos, empezábamos a llorar bastante. Sí sufrí muchísimo y no salgo todavía, sufrí por mi hija... que no salgo, no salgo y no salgo.

GG: —¿Usted siente que los ha hecho sufrir a ellos?

AG: —Sí, por mi hija, por todos en general, cuñadas, cuñados, me dicen que le eche muchísimas ganas, me tengo que ir.

GG: —Pero usted no los ha hecho sufrir en forma intencional, ¿no?

AG: —No... no, no, no. Me siento impotente.

GG: —¿Le puedo hacer algunas preguntas en relación con su estado de ánimo? Primero dígame, ¿cómo ha sentido su estado de ánimo durante estos días?

AG: —Me entra mucho la ansiedad, he molestado mucho a nuestro enfermero, gracias a él me han dado el medicamento, pero no siento control.

GG: —Le entra la ansiedad. ¿Qué pensamientos le vienen a la mente?

AG: —Pienso en la muerte, siempre en la muerte.

GG: —¿Qué es lo que piensa con respecto a la muerte?

AG: —Que me morí, pero no está mi familia conmigo. Pienso que sería mejor irme de aquí, salirme, pero aquí me dejó mi esposo y me dijo: “Tienes que salir bien”.

GG: —¿No siente ya deseos de vivir?

AG: —A veces no, pero por mi familia... que me quiere mucho.

GG: —Anteriormente ¿qué cosas le gustaba hacer?

AG: —Mi quehacer.

GG: —Su quehacer, ¿si lo disfrutaba?

AG: —Sí lo disfrutaba mucho.

GG: —Y ahorita, recientemente, ¿ya no lo disfrutaba?

AG: —No, ya no, mi hija es la que hace las cosas en la casa.

GG: —Hace un momento me decía que se llegaba a sentir un poco culpable por esta situación.

AG: —Así es, me siento un poco culpable. Mi hija, pues... no ha podido salir adelante por mi culpa, porque me ha está cuidando. Al rato viene ella, y voy a estar con lo mismo, diciéndole que me siento mal, y me va a decir que no le echo ganas “Sabes qué..., sabes qué, mamita linda”, porque me dice mamita, “Échale ganas, échale ganas”.

GG: —Oiga, pero esto no es porque usted haya hecho algo malo como tal ¿verdad?

AG: —¿Como qué?, perdón.

GG: —Conoce que esto no es la consecuencia de algo malo que usted hizo, sino es simplemente una enfermedad o algo así, ¿no?, o usted qué piensa, por qué cree que se ha encontrado en este estado.

AG: —Pues, mi culpa...

GG: —¿Qué explicación le da usted a todo esto?

AG: —En esa pregunta, perdón, no le entiendo muy bien.

GG: —Sí, o sea, usted se siente culpable porque dice que eso ha tenido consecuencias sobre su hija, ¿verdad?

AG: —Mi hija y mi esposo, mi hija y mi esposo, porque, pues, no le echo ganas.

La entrevista también abunda en los períodos de sueño de Antonia, así como en los olvidos y sus miedos. González insiste en que le describa cómo se hace un arroz y ella lo describe bien. Al final de la entrevista, Antonia habla también de sus ansiedades por comer y de sus problemas de digestión.

No se acaba el ejercicio clínico en la traducción literal de la queja

La R2C anuncia que se hará el ejercicio clínico del primer video y pide a la audiencia que los que quieran participar sean breves. Señala que empezarán con el R2 Luis Fernando, quien hace su descripción de lo que vio.

LF: —Bueno, es una paciente femenina con estado de alerta y despierta. Edad aparente similar a la cronológica, una conformación endomórfica, sentada, totalmente con indumentaria hospitalaria. Con fases de angustia, estableciendo contacto visual con el entrevistador solo de manera parcial. Actitud cooperadora, abordable y asequible; con psicomotricidad levemente aumentada, a expensas de manierismos con las manos, de estarse algunas veces acomodando. El habla está afluente con adecuada forma y volumen; el lenguaje, bueno, yo no le encuentro alteraciones. De discurso, tiene un problema para producir un discurso, es lineal, llegando a metas, en ocasiones con ayuda. Es coherente, de contenido, bueno, tiene algunas ideas de muerte, dice que le da por irse y echarse a correr y no volver. De ánimo, me parece hipertímico, resonante, triste y, bueno, aparte le es muy difícil poder respirar.

R2: —Me pareció, a mi juicio, en cuestiones como que ella quiere que no sepa la verdad, que no acepta ¿no?

LF: —Se cierra al juicio...

R2C: —[Le da como desconfianza]. Ahora, alguien de los R2 con la historia e interrogatorio, que me pueda decir...

R2: Vemos que tiene una alteración [muy extensa], un síndrome depresivo. Pero además tuvo el aumento de la energía...

R2: A mí me parece que estuvo en un episodio probablemente familiar

R2C: A pesar de que no requirió los servicios, también cumple con los criterios de tiempo, a nosotros ella nos llegó como una probable DFT del Fray Bernardino. Ellos, además de sus quejas subjetivas, dijeron fallas mnésicas. Realmente no nos especificaron qué fallas en las funciones ejecutivas, anomia, agrafia. Fue una DFT de variante conductual.

En la discusión sobresalen algunas ideas que subrayan que “no queda todavía tan, tan clara la historia”, pero varios dan argumentos. Algunos breves, otros más amplios, como dejando nuevas tareas para pensar. No obstante, los diagnósticos hablan de pseudodemencia, trastorno de ansiedad generalizada TAG, amnesia por depresión y trastorno bipolar.

Se discute el diagnóstico de DFT con el que la mandaron del Fray Bernardino y con argumentaciones clínicas se descartan las ideas de falla de memoria como características de la DFT.

Dos comentarios finales cierran esta sesión. Uno que hizo un R1 al proponer que la paciente llevaba veinte años parcialmente tratada, y, por ello, al final se dio la evolución natural del TRASTORNO BIPOLAR con aumento de deterioro neurocognitivo. Y fue el único que refirió la posible incidencia de los fármacos.

El otro es el cierre final del Dr. González quien apuntó:

GG: Hay que tener como consideración clínica que una referencia llena de fallas no se termina en la traducción literal de la falla. Una de las características que, si bien no es diagnóstico, sí puede orientar a la diferenciación entre una demencia y lo que llamamos pseudodemencia en un cuadro objetivo. Es justamente la referencia sustituta, las personas que tienen alguna alteración en el desempeño cognitivo, como tal en un proceso neurodegenerativo, como en esta sospecha, no suelen quejarse; al contrario, intentan remediarlo con su mismo discurso, con su misma conducta, que no es la totalidad de los casos, no, pero sí es orientado, incluso hay una condición clínica que se llama “constelación catastrófica”, cuando la gente tiene un deterioro en su desempeño cognitivo tiende a ser o molestarse cuando se les hace notar o a distraerlo de otra manera para que no se note. No se acaba el ejercicio clínico en la traducción literal de la queja.

¿Voy muy mal, verdad?

El siguiente video muestra cómo el Dr. González le aplica varias pruebas cognitivas que estimulan y evalúan la memoria de Antonia.

Lo que se destaca en el video es cómo, en esos ejercicios, Antonia está siempre preocupada por tener la respuesta correcta a las preguntas del Dr. Es decir, es consciente en ocasiones de que se equivoca y su pregunta constante fue: “¿Voy muy mal?”.

En el ejercicio clínico, los asistentes destacan que se ve que la paciente tiene un sesgo a sus errores, que se da cuenta de sus fallas. Y para brindar elementos para una mejor comprensión del diagnóstico diferencial, uno de los adscritos llama la atención sobre la importancia de diferencia a través de una escala la pseudodemencia de la demencia y apunta:

Q14: Una escala así aporta datos [muy concretos] de la paciente. Dos de ellos tienen que ver con las quejas. El paciente se presenta con una queja de la cual se da cuenta: “Me está fallando la memoria, ya no sé hacer las cosas”; en lugar de que el paciente diga: “Lo hago bien”... y el familiar es el que objete, cuando ella dice y se acuerda al momento de que el Dr. González le hace las pruebas: “Voy muy mal, lo estoy haciendo mal”, y la segunda vez, cuando uno la está evaluando. Usualmente los pacientes con “pseudodemencia”, entre comillas o que están con déficits cognitivos por algún episodio afectivo, suelen bloquearse, pero hay una respuesta afectiva a sus fallas y reconocen sus fallas. Cuando lo contrario, los pacientes que tienen demencia suelen tener hasta fenómenos de confabulación o dar respuestas inexistentes. Pero sí hacer énfasis en esos datos clínicos que pueden ayudarles a diferenciar o a empezar a pensar en esos datos.

Tercera fase. Evaluaciones neurológicas y neuropsicológicas

Enseguida de este ejercicio, la R3A menciona que también se le realizó la exploración neurológica que, afirmó ser, completamente normal. Y se aplicaron otras pruebas, como la escala de depresión de 23 puntos, la escala de Acatisia de Barnes de 7 puntos²⁷, MoCA²⁸ punto en 24. Y se le realizó la evaluación neuropsicológica través de la prueba Wisconsin²⁹ y la Torre de Londres³⁰.

Un primer comentario sobre lo que arrojaron estos instrumentos pone en alerta a la R3A al mencionar que la paciente se mostró ansiosa con

²⁷ La BAS o BARS es una escala de cuatro ítems que evalúa la presencia y gravedad de la acatisia inducida por fármacos.

²⁸ MoCA-test es un instrumento utilizado para la detección del deterioro cognitivo leve (DCL) y la demencia, con puntos de corte que varían según la población estudiada.

²⁹ Se utiliza para medir algunas funciones ejecutivas como flexibilidad, cambio de tarea o inhibición.

³⁰ Test que tiene como objetivo la evaluación de la capacidad de planificación ejecutiva.

labilidad emocional, siempre necesitando la aprobación de cada uno de los reactivos, a pesar de que las instrucciones son muy específicas y no se puede dar ayuda. No se puede dar alguna guía para hacer que se ubique. Lo mismo pasó con la Torre de Londres, se ponía bastante ansiosa. Dijo que no se va a recuperar, o sea, empezó ya con una acentuación sintomática muy clara... Por ello, al ver esta condición clínica, no se quiso someter a la paciente a insistirle en realizar las pruebas como se indica.

No obstante, la R3A hace un análisis de la reacción de la paciente en la respuesta a esas pruebas, mencionado de manera importante que hay falla en la actividad premotora y fallas de atención a nivel visoespacial.

Comentó también que se aplicó el MBTI³¹ con el que observó lo siguiente: es un perfil que habla de comportamientos ansiosos y depresivos, elementos somáticos, y si algunas puntuaciones se acercaran más (indica rangos), se hablaría ya de un trastorno psicótico. Concluye:

—En este tiempo y en esta evolución, si con estos elementos que estamos viendo no detenemos el proceso, llegaría a una situación muy franca de una cuestión psicótica. Las otras escalas que estamos aquí presentando... lo que resaltan nuevamente son la depresión y ansiedad.

Para finalizar, subraya que:

—Tenemos a una paciente con datos clínicos de un cuadro mixto ansioso depresivo grave con inhibición de la actividad, acompañada de elementos somáticos, que afectan en este momento el adecuado funcionamiento cognitivo. Aunque no son las condiciones más idóneas para evaluar a una paciente y tener un rendimiento real, la bondad de estos instrumentos está en que nos dan datos muy importantes para establecer un diagnóstico diferencial. Sugiero que se oriente al familiar en este caso,

³¹ Apunta a evaluar cuatro escalas bipolares de preferencias: Extraversión/Introversión, Sensación/Intuición, Sentimiento/Pensamiento y Juicio/Percepción. El MBTI arroja tres tipos de datos: las puntuaciones directas (PD), las puntuaciones de preferencia (Pr) y las puntuaciones en el continuo de la escala (Pe).

se dé la voz de alarma y todo ello, para que ustedes puedan tomar las decisiones que sean necesarias para el abordaje de la paciente.

Cuarta fase. Medición del metabolismo cerebral de glucosa por regiones

El Dr. Santos, del Departamento de Medicina Nuclear, presenta los estudios realizados sobre metabolismo cerebral, a través de la tomografía por emisión de positrones (PET) mencionando que:

—Los hallazgos fueron inespecíficos, lo cual es necesario correlacionar con la química para poder determinar si las imágenes o el mismo metabolismo que estamos viendo se correlaciona o no en este enfermo.

A través de la presentación de imágenes y sus interpretaciones, el Dr. Santos destaca que hay un hipometabolismo a nivel frontal, y que lo que busca son patrones concordantes con los trastornos degenerativos enfocados a la demencia. Sin embargo, no cumple criterios suficientes para poder determinar que es una demencia frontotemporal. Aunque, de acuerdo con la clínica que le mandaron de la paciente, subrayó que podría también relacionarse con una depresión o un trastorno bipolar.

La discusión se amplía hacia detalles de imágenes, pero el diagnóstico es contundente en su participación.

Quinta fase. Razonamiento diagnóstico y tratamiento

El R1J inicia con el punto de partida. Menciona

—El caso realmente se presentó por esta duda diagnóstica, ya que la paciente se nos envió del Fray Bernardino con un probable diagnóstico de demencia frontotemporal. En el expediente que enviaron, que sí lo revisamos bien, no había muchas especificaciones. Solo una nota que se

repetía varias veces, y que mencionaba fallas mnésicas sin especificar cuáles. Fallas ejecutivas también sin especificar cuáles, anomia, agrafia y, pues, fallas como en las pruebas que se le hicieron.

Y realizando todos estos estudios, las pruebas neuropsicológicas y la evolución de la paciente, a nosotros no nos ha parecido trastorno depresivo bipolar.

Un adscrito, Q17, para ir armando su argumento trae a la discusión, en términos sintéticos, aquellas emociones displacenteras –como el miedo, la ansiedad– que la tienen incapacitada, pero que ella etiqueta como falla de memoria, y va señalando que los episodios depresivos severos y los síntomas cognitivos que remiten a la falla en la atención le hacen pensar en un episodio depresivo severo con síntomas ansiosos.

Las siguientes intervenciones argumentan diagnósticos que se van descartando, como demencia degenerativa en ciernes tipo Alzheimer, trastorno bipolar típico.

Y la reflexión más elaborada la proporciona el Dr. González, quien es el que ha estado dándole el seguimiento desde el inicio. ÉL comenta lo siguiente, refiriéndose al diagnóstico diferencial:

Creemos que tampoco es trastorno bipolar típico. Si bien tuvo un episodio temprano y sí tiene ahora una manía de inicio tardía, entonces esto ya la pone en un subtipo de trastorno bipolar, que no es el más característico, pero sí es una forma grave. Y pensamos que la razón principal del diagnóstico diferencial ha sido la falta de respuesta al tratamiento, que tiene que ver con un tratamiento desordenado. Pero también uno tiene que preguntarse el porqué es un tratamiento desordenado. Es un tratamiento desordenado porque la paciente tiene muchas quejas. Incluso aquí en el servicio, no se ha podido implementar un buen manejo porque las quejas de la paciente todo el tiempo hacen que el clínico diga “híjole, eso no está funcionando, vamos a buscar otra cosa”, pero es por el malestar emocional de la paciente, tan intenso.

Almacena, pero no evoca. Una característica de depresión

Para cerrar y pasar al tratamiento propuesto, el Dr. Collado menciona:

Tiene, evidentemente, cuatro episodios depresivos. Por eso le pedí a Jorge que hiciera ese gráfico con un episodio maníaco. Entonces podemos hablar de un trastorno bipolar I, predominantemente depresivo, en donde aparece un episodio maníaco. En el primer video de la entrevista con González, aparecen quince síntomas de depresión. Hay ánimo depresivo, desinterés generalizado, anhedonia y posteriormente nos habla de las ideas culposas excesivas, ansiedad, ideas de muerte, duerme, pero no descansa, anergia, lentitud, las quejas subjetivas de la memoria, una enorme inseguridad, es como se traduce este problema para la cocina; nos habla de la tensión muscular, miedos excesivos. Hay un elemento de la depresión bipolar muy importante que comentábamos hace un momento con González, la hiperorexia. Los pacientes en depresión bipolar no completan esa hambre compulsiva, por ratos, se frotan las manos continuamente, hablan de estreñimiento. Fíjense en la enorme cantidad de síntomas del dominio del episodio depresivo, entonces, sí tiene mucha ansiedad, pero no dejemos de ver lo demás. Y en el segundo video, fíjense como almacena, pero no evoca el elemento de la naranja ¿no?, por supuesto que lo almacenó, pero no lo puede evocar y eso es muy característico de los episodios depresivos.

Terapia electroconvulsiva como decisión colegiada

La sesión se acerca a la decisión del tratamiento a llevar a cabo; por ello, es el Dr. González quien apunta:

—Estamos en posición de afirmar a nivel sindromático una depresión bipolar en este momento. Pero no se descarta que en un futuro puedan cambiar las condiciones del diagnóstico. No podemos decir que vamos a darle mementina o algo así y ya se acabó la historia. Nosotros estamos tomando la decisión de darle Terapia electroconvulsiva TEC. Lo hemos consensado con el grupo de TEC, con residentes de piso y, con los demás adscritos del ser-

vicio. Conversamos, hemos tomado ese riesgo, porque pensamos que va a tener un beneficio terapéutico y que no podemos quedarnos con las manos cruzadas. Nuestra primera idea fue darle un antidepresivo dual, olanzapina a dosis altas, pero la paciente tuvo un incremento de los síntomas ansiosos cuando llegamos a 30 miligramos, de manera que no hemos podido continuar con esa maniobra. Entonces, finalmente, la terapia electroconvulsiva es el tratamiento más eficaz para estos cuadros y, también, siendo un tratamiento seguro, pues podemos usarlo.

La última inquietud pone sobre la mesa que el TEC es una maniobra muy eficaz, pero no es curativa, no va a prevenir las recaídas, por lo que la reflexión siguiente es hacia las fases en las que se encuentra la paciente, ya que, dependiendo de la fase en que se encuentre, se define si el tratamiento es de mantenimiento o de continuación. Se menciona que la paciente está en episodio depresivo de fase aguda, por lo que también se requiere ver cuál será la terapia farmacológica de mantenimiento y continuación.

La discusión se amplía recordando incluso la larga lista de fármacos que ya tomó la paciente. Se habla de lamotrigina y litio, por la polaridad depresiva. Porque el litio tiene un factor de protección alto para la depresión, pero por la bipolaridad depresiva y este episodio severo, el Dr. Collado menciona:

—Yo le daría los dos medicamentos, aunque lo ideal es la monoterapia.

Alguien más responde:

—Sí, pero el litio como el estándar de oro ya es una manía de encuesta, y sí le pondría la lamotrigina, pero vamos a tardar tres meses en que operen 200 miligramos, ya que por la polaridad depresiva tan [alta], si nos vamos a tardar un poquito.

Tras una amplia deliberación, finalmente se decide dejar como tratamiento la quetiapina. Y sin mayor discusión, se acepta la terapia electroconvulsiva.

Análisis narrativo y situacional del acto clínico de los tres momentos planteados

Como planteé a lo largo del presente texto, me interesé en observar cómo, en la interacción del acto clínico, se dirimía el diagnóstico psiquiátrico, qué elementos narrativos y conductuales eran generados por el personal médico y cuáles por los pacientes y familiares y cómo en todo ello se podía advertir un proceso de transacción. Mi reflexión teórica y acción práctica se dirigió por estas interrogantes: ¿Cuál es la función que cumplen los diversos actos clínicos que se efectúan para iniciar el proceso de internamiento en el CIFANEP? ¿Qué narrativas como mediaciones nos permiten comprender interacciones, transacciones y significados producidos en el acto clínico?

Sin duda, para responder estas inquietudes queda claro que la estrategia metodológica descansa en la investigación narrativa orientada por un trabajo etnográfico claramente situado. En este sentido, inicio mencionando que una de las premisas centrales que sostiene el presente trabajo es que el análisis de la estructura narrativa de la acción social solo puede lograrse a través de la observación acuciosa como premisa para una descripción densa, ya que la mirada etnográfica ofrece un marco de relaciones dialógicas que posibilita una mayor simetría. Por ello, la etnografía fue nodal para ejemplificar un proceso relacional, dialógico o polifónico que tiene como narrativa central la que generaron, en situaciones particulares, los diferentes médicos, Antonia y su esposo Gilberto, y se orienta por la narrativa de quien suscribe desde una escritura que destacó el punto de vista del actor y desde el paradigma de la acción social.

La perspectiva relacional me permitió visibilizar en la descripción por lo menos esos tres actores sociales más un grupo amplio de médicos congregados en la sesión académica para la deliberación del diagnóstico y terapéutica de Antonia. Todos ellos ocuparon diferentes posiciones en el

acto clínico y dieron lugar a la construcción cultural de la realidad clínica, cuyo propósito fue la atención a la salud mental.

Colocada en el espacio de observación, escucha, participación y compilación de información, el proceso de análisis empezó con la escritura misma, es decir, en esas acciones básicas de hacer notas de campo y transcribirlas para ordenar, en una primera revisión cognitiva, aquello que fue más significativo, más relevante de la interacción social que se observó, sobre todo la manera en que los actores sociales involucrados respondieron ante ello.

El procedimiento de análisis estuvo orientado particularmente por una perspectiva relacional que, partiendo de una inobjetable y pertinente relación entre actor y su contexto, deriva en otras relaciones más que no solo refieren a la interacción social, sino a la articulación de diversos elementos para la comprensión del fenómeno que se quiere explicar desde la producción narrativa. En este sentido, el procesamiento analítico se orienta por un modelo relacional que a partir de un tejido fino va hilando la observación de la interacción social, las entrevistas a diversos actores sociales y la revisión de documentos producidos en el encuentro médico para describir, a partir de una etnografía densa, una trama narrativa que destaca la co-construcción de sentido entre los entrevistados y la investigadora, tamizada por los presupuestos teóricos y conceptuales previamente armados.

Como lo apunté teóricamente, la narrativa es una forma de pensamiento, sensibilidad, discurso y praxis cultural; por tanto, una construcción de sentido de varios actores en interacción. He pretendido entonces a generar una narrativa co-construida a partir de la trayectoria de atención que la Sra. Antonia recibió en el CIFANEP. En dicha trayectoria, la narrativa que expone su experiencia de enfermedad va mostrando otras trayectorias que involucran la atención especializada recibida durante 20 años con un psiquiatra privado, en la cual se va hilvanando también una explicación causal que Antonia y su esposo han ido elaborando como tramas narrativas que ayudan a despejar su incertidumbre.

Decidí describir tres momentos decisivos de la trayectoria de atención de Antonia desde una descripción que, si bien fue sintetizada, procuré no fragmentar para no afectar el sentido de las acciones y los significados construidos ahí, con el propósito de disponer de un material etnográfico –configurado como evidencia–, que buscó registrar la interacción de la realidad clínica tal como se generó en su momento. Con sus pausas, sus silencios, sus cargas emocionales, sus marcos de referencia institucionales que hacen que los personajes respondan de cierta manera. Esta decisión fue reflexionada a la luz de algunas observaciones críticas del análisis narrativo (Holstein y Gubrium, 2012) que, al exponer una buena dosis de cautela metodológica, han dejado ver que resulta más equilibrado el relato fluido que articula la vida interior, la vida social, los marcos institucionales y las resonancias culturales dominantes.

Mi estrategia puntual del análisis narrativo descansa en una acción reflexiva que habla de un proceso iterativo de escuchar, anotar, pensar, grabar, transcribir, ordenar, clasificar, revisar, pensar, escribir y encontrar la trama para contar la historia y volver a pensar. Algo similar a lo que plantea Frank (2011) al exponer su análisis dialógico narrativo (ADN). Un apunte teórico metodológico en el que destaca que, para que el análisis siga siendo verdaderamente narrativo, cada historia debe ser considerada como un todo, no es posible su fragmentación y tiene que ser enfocada sobre la base de la *frónesis* o sabiduría práctica adquirida a través de la experiencia analítica. Frank le llama “frónesis”, yo le llamo “reflexividad”.

Es cierto que el ensamble teórico y conceptual planteado anteriormente configura en sí un lente reflector que orienta una manera particular de ver esa realidad clínica, en la cual insistí en mostrar, apoyada en la literatura socioantropológica, que en el acto clínico, como proceso hermenéutico, se expresa una narrativa de aflicción, que es captada por la escucha médica y registrada en la historia clínica que, como estructura institucionalizada y claramente codificada, no da pie al relato fluido de la persona que busca atención. En el ejercicio de observación y escucha, la mirada estuvo puesta

en ello, pero también en aquello que no buscaba, pero que encontré como regularidades que exponen ahora con claridad que la noción de trayectoria brindó la posibilidad de visibilizar los procesos de sufrimiento ya que, en cada acto clínico, se develaron las dimensiones de la experiencia de los *cuerpos sentipensantes* en acción, y el sufrimiento y la aflicción son una de esas dimensiones.

Asistida por una acuciosa reflexión sobre las capacidades explicativas de la noción de trayectoria que algunos autores realizaron (Riemann *et al.*, 1991), percibí aquellos aspectos que, como rupturas biográficas, cobraron enorme importancia en la historia contada por los pacientes y cuya trascendencia se reveló imperiosa, particularmente en la narrativa de Antonia y Gilberto. Esos elementos dieron notoriedad a las trayectorias de aflicción que, descritas y analizadas junto con las trayectorias de atención, se revelaron en cada avance de la investigación con una potencialidad para contribuir a esclarecer todos los procesos que los mismos profesionales de la salud se interrogaron, pero que quizá no están capacitados para acceder a ellos. Me refiero a tomar en cuenta los procesos sociales de aflicción que hablan de pérdida, de relaciones sociales tamizadas por la violencia y deprivación social, ya que pueden constituir fuentes de comprensión para la construcción narrativa de la interpretación diagnóstica y terapéutica. Esto trataré de mostrar en este acercamiento interpretativo.

Primer momento. La notoriedad de los medicamentos

La escena descrita en el registro de la Dra. Loza muestra las condiciones que impone las normas de la institución de salud. Ella, Antonia y Gilberto se sitúan en el consultorio y producen y reproducen tales normas, colocados en un juego de acciones. Dicho juego de acciones habla de las condiciones en que se produce la narrativa y, por ende, de cómo ellos, en interacción, intercambian significados, experiencias, metáforas y toda

una gestualidad corporal apenas percibida. La voz de Antonia se fragmenta por el interrogatorio médico, pero su cuerpo sigue hablando, tiembla.

—Es acatisia —dice Gilberto—, por eso la mandaron del Fray al CIFANEP, ya que aquí si atienden problemas psicomotrices.

El cuerpo de Antonia refleja el abatimiento y una aflicción que la atrapa, que le impide mirar de frente. Su mirada se pierde en el piso, en una actitud que evoca el abismo de la desesperanza. Sus manos, impedidas en ese momento para hacer algo,³² se entrelazan en un acto de autosometimiento. Envuelta en una trama diagnóstica incierta, Antonia muestra su cuerpo afectado por un proceso de medicalización de larga data, que ha resultado ensordecedor, que hace perder el paso y el rumbo. No solo de ella, sino también de Gilberto, su esposo, quien, aunque ecuánime, sus ojos muestran el cansancio de llevar todo el peso de la situación de aflicción de Antonia. Ambos han logrado, en este largo trayecto, armar una trama narrativa claramente construida al cabo del tiempo y con específicos momentos de ruptura biográfica que hablan de una causalidad moral de pérdida, de violencia y presiones sociales relacionadas con el ser mujer. En cada acto clínico, dicha trama se relata de nuevo, pero es Gilberto el que expone con mayor claridad los momentos cumbre de la expresión del hartazgo de Antonia mencionados a través de tres intentos de suicidio.

En el momento en que la Dra. Loza acepta que Antonia sea atendida ahí, se abre el expediente que guarda el primer registro de su queja. El expediente apunta brevemente la ruta que ha seguido la paciente, la cual se inicia en un periplo cuyo antecedente inmediato es haber sido rechazada en el CIFANEP dos meses atrás por “no haber camas” y remitida al Fray Bernardino, en donde, tras un internamiento de casi dos meses, es enviada de nuevo al CIFANEP con el diagnóstico de Demencia Fronto Temporal (DFT).

Pero la historia es más larga, tanto como 20 años de atención privada especializada en donde al parecer el psiquiatra en turno respondía a las

³² Recuérdese que Antonia dice que no puede responder el ejercicio de memoria que le pone la Dra. Loza.

necesidades de Antonia, cada vez, con medicamentos de “nueva generación”. Medicamentos que, a decir de Gilberto: “Ya no le hacen”; y lejos de mejorarla, la empeoran.

En este primer momento de la trayectoria de atención de Antonia, destacan como rasgos esenciales el reto a dilucidar un problema de salud cuya definición es incierta, dado que la Dra. Loza no acepta de entrada el diagnóstico con el cual es remitida Antonia. Otro elemento es el interés sobre la trayectoria medicamentosa de Antonia registrada por Gilberto, su esposo. Cuando la Dra. Loza R3 recibió como información esa larga lista de medicamentos que, de manera ordenada y con fecha, Gilberto había construido por casi tres años, se maravilló, mencionando que era “oro puro”. Por estas reacciones, puedo decir que este interés fue central, dejando de lado el problema inmediato de acatisia de Antonia, o su ansiedad, o su estado visible de tristeza, fallas de memoria y el halo de oscuridad que contorneaba su cuerpo sentipensante. Es posible comprender esta cuestión, pues recordemos que en la institución se hace docencia e investigación y, por tanto, esa lista de medicamentos representó quizá una información susceptible de ser reflexionada en procesos de enseñanza.

En las diversas consultas médicas que presencié con otros pacientes, me llamó poderosamente la atención la centralidad que cobró el medicamento en cada interacción. En otro texto reflexiono sobre ello mencionando que “en el acto clínico observado, el medicamento tiene un rol protagónico, pues lleva en sí mismo el símbolo de la cura, materializado en ese momento en la receta médica”. Pero también resulta central por ser depositario de la definición diagnóstica por parte del médico (Ramírez, en prensa a). Este interés lo traduje como una posible ruta de comprensión del trayecto de atención, la definición diagnóstica y sus efectos.

Finalmente, el expediente abierto de Antonia es también la primera acción simbólica del tránsito de ser persona a ser paciente, que muestra un proceso de cosificación del sujeto y de prácticas normatizadoras (Lemus, 2017). Es también un proceso ambivalente en el cual se advierte que ella se agobia

y sufre por pensar de nuevo en el encierro, la lejanía de su espacio vital, de su vida afectiva y sus propios ritmos; pero, al mismo tiempo, desea la cura, y junto con sus familiares acuerdan de nuevo el ingreso al internamiento.

Segundo momento. El proceso de internamiento, el tránsito de persona a paciente

Este momento se caracteriza por la reiteración de la trayectoria de atención y la trayectoria de aflicción de Antonia ante cada espacio, ya sea de registro administrativo, o bien de elaboración de la historia clínica para ingresar al pabellón psiquiátrico.

Es el momento en que, a través de diversas entrevistas con Gilberto y con Antonia ya internada, puedo mirar la historia más fluida y llena de elementos biográficos no contados en el acto clínico. Me llamó la atención la avidez con la que Gilberto empezó a narrarme cosas que apenas insinuó o no mencionó en el encuentro con la Dra. Loza. Primero pensé que ello tenía que ver con la situación contextual, es decir, que conmigo se dio la oportunidad de una charla amplia por la oportunidad de estar compartiendo un tiempo largo de espera en el que de alguna manera fluyó la necesidad de contar. Pero también advertí con claridad lo que numerosos autores han expuesto al mencionar que la historia clínica aplasta la experiencia vivida de los pacientes. Cuestión que volví a percibir en este segundo momento en el que la guardia (Dra. Águeda R3 y el Dr. Jorge R1) registra el ingreso de Antonia, dejando en claro que es la estructura institucionalizada y el formato de la historia clínica la que impide, de alguna forma, el desarrollo de la trama que, tanto Gilberto como Antonia, han construido. En ese corto espacio de tiempo del registro, Gilberto enuncia diversos síntomas no solo como meros hechos a describir, sino como interpretaciones que enlazan diversos momentos. Por ejemplo, desde que menciona la tristeza abrumadora y la culpa de Antonia a la pérdida de su hijo de seis días de nacido, surgen las acciones interpretativas en un doble orden: la experiencia interna de Antonia

que se traduce en tristeza y culpa, desde su propia voz, y lo que Gilberto observa conductualmente de ella e interpreta al dar cuenta de esa tristeza, por su falta de ganas de levantarse, por su encierro en sus pensamientos y en su habitación, sus olvidos y sus miedos, y cómo a ello le siguió, en otro momento, comportamientos de mucha actividad también, al mencionar que La autointerpretación de Antonia y la interpretación de Gilberto exponen en el relato otras formas de atención que tienen que ver con la consulta privada, que, a decir de Gilberto, fue una larga decepción que la misma psiquiatra le exigiese a Gilberto que la llevara a otra instancia de atención, como el Fray Bernardino.

De este segundo momento, que habla de la trayectoria de atención durante el internamiento, resalta sobre todo el acto clínico en el que de nueva cuenta se comprime la historia contada, cuestión que se verá más claramente en el tercer momento, en el cual la presentación de la historia clínica sintetiza el relato que escuchamos de Antonia y Gilberto, y deja grandes huecos e imprecisiones. Por ejemplo, con la Dra. Loza se da a entender que la tía de Antonia tiene Parkinson, pero con Águeda y Jorge se menciona Alzheimer. Más adelante veremos que no se hace una indagación de esta información.

En el relato amplio que Gilberto me comparte, previo al internamiento, hace mención a la presencia de problemas mentales en la familia de Antonia en dos de sus hermanos (dice uno de ellos cambia constantemente de humor, el otro tiene epilepsia), y hace hincapié en la infancia de violencia de Antonia, y, por ello, sus miedos a ser mamá; cuestiones que no quedan suficientemente registradas, como se podrá ver en el tercer momento. Si bien esto apenas se enuncia ante los médicos de guardia, me parece relevante por el hecho de haber sido contados por Gilberto y porque considero que contribuye a esclarecer la ontología causal del sufrimiento, como lo mencionaron Kleinman (1986) y Good (1986), al hacer énfasis en las complejas relaciones entre los significados personales y colectivos de los *síntomas* y las quejas, en la lucha por llegar a la comprensión e imponer interpretaciones autorizadas sobre tales fenómenos que reflejan contextos

culturales y cómo desde las ciencias sociales se configura otra forma más de interpretación, que proporciona una ventaja importante para ver el trabajo clínico y los métodos apropiados para su análisis.

Finalmente, el registro del internamiento muestra ahora, en acción, el tránsito de Antonia a convertirse en paciente, es decir, una enferma total al momento de entregar a Purificación, la enfermera, sus pertenencias, incluso sus lentes, para recibir un uniforme y las indicaciones de las normas y reglas que debe contemplar para su estancia ahí. Es un momento que captura la clausura de la identidad deteriorada de Antonia, confina su subjetividad, y la convierte en una más y, en el transcurso del encierro y de su evaluación clínica, la volverá una enfermedad incierta.

Durante su internamiento, por encontrarme en otras áreas del CIFA-NEP, no logré interactuar en los diversos actos clínicos que se efectuaron para Antonia, solo pude estar en varias visitas en donde conseguí observar durante las primeras semanas su cambio paulatino respecto de la relación de ella con el mundo. Me dijo que lo que más le molestaba era que no la dejaran platicar con otros internos, que no podía dormir y que le costaba estar en esa dinámica de tiempos específicos. Casi al final de su estancia y, una vez que se inició la terapia electroconvulsiva, Antonia interactuó conmigo, me miró por primera vez a los ojos, hizo comentarios sobre mi pelo y el arreglo de su pelo. También pudo hablar de la diferencia entre su internamiento en el Fray Bernardino y este, y, mostrando alguna suerte de emoción, decía que le gustaba el uniforme de aquí porque el del Fray estaba descocido, que los espacios de ese lugar la llenaban de temor, pues no le gustaba cuando los niños se convulsionaban.

Tercer momento. La deliberación diagnóstica, un tránsito de paciente a caso

Como se pudo advertir, el tercer momento, referido a la descripción de las sesiones académicas, que habla de la puesta en acción del razonamiento

médico, es complejo. En este, se sintetiza todo el trayecto de atención que ha tenido la paciente, desde que —a través de diversos actos clínicos— se va configurando la anamnesis médica que abarca su historia personal, de enfermedad y de atención, pasando por los diferentes espacios de evaluación clínica, hasta la deliberación del diagnóstico y la terapéutica que presupone contar con toda la información anterior. Aquí, literalmente Antonia desaparece y se convierte en caso, pues el Dr. Jorge —quien presenta la información— siempre se refiere ella y Gilberto, su esposo, como la paciente y el familiar.

Esta presentación habla claramente de un proceso interpretativo colectivo en busca del diagnóstico que funciona como ritual que organiza, legitima y da sentido a los síntomas elaborados a través de una trama narrativa contada por Antonia y Gilberto.

Como se mostró, el diagnóstico es una construcción de sentido; por tanto, un acto interpretativo de múltiples voces, ya que no solo se configura a partir del razonamiento médico, sino que en dicha elaboración cobra notable importancia la narrativa de la experiencia de Antonia y su esposo, compartida en cada acto clínico, lo cual habla de un círculo hermenéutico de interpretación. Ese acto de interpretación se ejemplificó con la sesión académica descrita.

Como lo mencioné anteriormente, las sesiones académicas son un complejo momento de interacción, de producción de conocimiento, de expresión de relaciones de poder, de ritos de iniciación, de debate de un saber que ha conseguido ser cultura hegemónica, ideología que se replica y legitima desde las voces más autorizadas para que las que están en formación logren también legitimidad. Pero, además, es el espacio en el que el paciente se vuelve dato, objeto y su sintomatología se comprime, a fin de dar espacio a las categorías diagnósticas configuradas en manuales estandarizados, mientras que su sufrimiento logra tener tan solo un segundo plano. Y queda en segundo plano porque lo central de las sesiones es el papel del médico frente a una audiencia evaluativa, que pondrá atención a

la manera en que los presentadores del caso manejan la información, presentan sus ideas que, en suma, van configurando sus primeras hipótesis, como lo apuntaba el Dr. González.

La presentación del caso de Antonia es un evento estandarizado y ritualizado, (Brodwin, 2011; Ramos, 2011; Apker y Eggly, 2004) en el que se va configurando una amalgama que condensa diferentes miradas que han sido puestas sobre la paciente y su padecer, y cuyo propósito es la deliberación del diagnóstico y su terapéutica. Cuestión que, como lo apuntó el Dr. González, es una labor hermenéutica.

Dicha presentación configura un ritual iterativo en el que se puede observar claramente la manera en que los médicos interactúan, produciendo narrativas y prácticas no solo discursivas, como las que han estudiado Apker y Eggly (2004), sino también performáticas, como las que nos interesa enfocar y que se han subrayado ya en el primer capítulo. Son performativas porque aluden no solo a la producción discursiva, sino, sobre todo, a la acción social que produce la intersubjetividad, comprendida aquí como interacción dinámica relacionada con el contexto y en la cual también el investigador juega un papel importante.

Subrayo la importancia de la intersubjetividad en este apartado –como núcleo de conocimiento etnográfico–, ya que, como se pudo ver, no solo se observó la interacción e intercambio de subjetividades entre los participantes de la sesión, sino que (la intersubjetividad) se hizo presente en la descripción que aquí realizo como investigadora. Porque –en esta ocasión que participo como observadora– la sesión académica no solo es un ritual iterativo cargado de significados propios de una cultura psiquiátrica, sino también fue un encuentro etnográfico en donde “[...] el yo y el otro no pueden separarse, sino que emergen en la reflexión mutua y la interacción en un espacio compartido dentro del encuentro antropológico” (Pemunta, 2010: 37).³³

³³ Considero que esa es la mayor aspiración de la acción etnográfica implicada en el

Comparto la idea que proponen Tankink y Vysma (2006: 251) en torno a la “intersubjetividad”, pues revelan el concepto como una herramienta analítica de notable importancia para el proceso de investigación antropológica:

[...] en varios niveles diferentes: como una forma de reflexionar sobre los propios supuestos durante la selección del tema, la lectura de la literatura y el análisis de los datos; permanecer conscientes de las subjetividades propias y de los demás durante la interacción dinámica del proceso de entrevista; y como participante en el discurso profesional con los colegas y el público.

Esta idea es orientadora de la acción de descripción y análisis que estoy realizando en el texto en general y particularmente en este apartado, en el que solo a través de estudiar con detalle una sesión de más de dos horas de interacción clínica *in situ*, pude lograr un ordenamiento de las tramas más importantes que se ponen en juego para la dilucidación de la enfermedad y tratamiento de Antonia.

La sesión psiquiátrica en la que se advierte el tránsito de paciente a caso se conformó de cinco fases. En la primera pude observar con mayor detalle lo siguiente. La anamnesis médica que consideré que quedaba conformada en el expediente médico de Antonia muestra varios puntos de inconsistencias; por ejemplo, que, ante la Dra. Loza, Antonia mencionó que su tía tenía Parkinson, pero ante la guardia del pabellón psiquiátrico se dice que tiene Alzheimer y, aun siendo un dato importante no se indaga más, tal como lo evidencian las preguntas de la audiencia.

De igual manera, en el primer acto clínico con la Dra. Loza se menciona que Gilberto fue trabajador de la UNAM, mientras en la historia presentada por Jorge se menciona que el esposo se desempeñaba como herrero y tuvo que cerrar su fábrica, haciendo alusión al momento de

mundo de la clínica y en interacción con médicos y pacientes. Dicha aspiración quiere, sobre todo, contribuir a generar un conocimiento integral del fenómeno que incluye el saber médico, la experiencia del paciente y familiares y la interpretación antropológica.

despido que trajo como consecuencia otro período de decaimiento de Antonia.

La trama narrativa contada por Antonia y Gilberto no se toma en cuenta a cabalidad, ya que la infancia de violencia y exigencias sociales en las que vivió se desdibujan, como se desdibujan los antecedentes heredofamiliares o por lo menos no se recuperan en la información. Ni se interpreta como un todo, pues el R1 Jorge hace alusión a una personalidad altruista porque entre otros comportamientos descritos por Gilberto, el esposo, se decía que regalaba comida y prestaba dinero, pero a gente desconocida, cosa que tiene que ver más con una conducta eufórica que con ser altruista. Aunque sí se apuntan los tres eventos claves de su ruptura biográfica: la muerte de su hijo recién nacido, los XV años de su hija mayor y el despido laboral de su esposo.

En la descripción, que para algunos médicos no fue del todo clara, se advierte el interés de los presentadores en asociar los eventos estresantes con las respuestas conductuales de Antonia —que describió Gilberto—, entre sus momentos de tristeza y mucha actividad y los registros de medicamentos tomados.

La primera pregunta que inicia el proceso interpretativo por parte de los presentadores fue “¿Cómo interpreta todo eso, doctor?”. Y la respuesta refiere a un trinomio sin solución: la paciente estaba harta de su condición, el médico (de consulta privada) solo atendía con medicamentos y no había mejoría.

Las inquietudes de la audiencia van dirigidas a esclarecer ese trinomio, pero se complejizan cuando se pretende entender de manera articulada los eventos estresantes, las respuestas conductuales de la paciente, sus mencionados olvidos —traducidos como fallas de memoria— y el suministro de medicamentos.

Nuevamente las intervenciones de los médicos sugieren que hace falta información, que los presentadores deben “traducir” lo que quisieron decir en alguna diapositiva donde hacen cruces con estresores, conductas y

medicamentos, y que deben aclarar lo de las fallas de memoria, pues –como solicitó el Dr. González a los presentadores– deben cambiar “fallas de memoria” por “quejas subjetivas”, ya que ese es el dato clínico. Cuando una persona se queja de que tiene problemas de memoria, el dato es la queja.

Las diversas participaciones de los médicos tratando de aclarar la información que faltaba ponen de manifiesto que esta es fragmentada, que le hace falta contexto –dice uno–, le hacen falta datos para entender las asociaciones entre conductas de mucha energía y medicamentos suministrados, a tal grado que alguien pregunta si la historia farmacológica presentada es creíble. El problema de acatisia y las respuestas a ciertos medicamentos no se discute.

Efectivamente, mucha de la información que los propios médicos buscaron en la presentación fue ausente, y se evidenció en su respuesta: “No sabemos más del contexto”. Sin ahondar en ello la discusión, se fue hacia las fallas de memoria –que deben tomarse como quejas subjetivas– y, de ahí, el interés diagnóstico empezó a reducirse para centrar la mirada en corroborar las fallas de memoria. Así lo manifiestan las cuatro fases siguientes.

En la segunda fase, representada por la entrevista que el Dr. González le hace a Antonia, se advierte el ejercicio de pruebas de memoria y se evalúa su capacidad cognitiva. Aquí Antonia parece interactuar por momentos desorientada y otros con una narrativa algo caótica, pero los médicos que la analizan no lo perciben así, y su discusión sigue siendo sobre los olvidos como conductas de las que la paciente está consciente, elementos que van dirigidos hacia una interpretación del posible deterioro cognitivo.

La tercera fase –donde se discute el resultado de las pruebas neuropsicológicas– pone de manifiesto la imposibilidad de aplicar todos los instrumentos clínicos, debido a los comportamientos ansiosos, depresivos y los elementos somáticos de la paciente. Aun así, las doctoras encargadas de esta medición concluyen:

[...] Tenemos a una paciente con datos clínicos de un cuadro mixto ansioso depresivo grave con inhibición de la actividad, acompañado de elementos

somáticos que afectan en este momento el adecuado funcionamiento cognitivo.

Los elementos diagnósticos se amplían cuando se presenta en la cuarta fase el resultado de la medición del metabolismo cerebral a través del PET, que anuncia que no cumple criterios suficientes para poder determinar que es una demencia frontotemporal.

La quinta fase habla ya del razonamiento diagnóstico centrado en la definición de la enfermedad y la terapéutica con el tratamiento medicamentoso. Si bien la discusión es compleja y especializada como las anteriores fases que he presentado de manera amplia, aunque sintetizada para el caso, tiene el propósito de mirar cómo finalmente el trayecto de análisis del caso pasa de un contexto mayor en donde no solo se buscan interacciones entre variables, sino respuestas conductuales de la paciente claramente contextualizadas, a ubicar en un análisis del cerebro. Esto es comprensible, dado que estamos en una institución que enseña, investiga y atiende problemas neurológicos y psiquiátricos complejos. Pero también es comprensible porque la psiquiatría que se aplica tiene un marco biologicista que traza como presupuesto central que el cerebro es el órgano de la mente, en donde es posible encontrar y legitimar la investigación y descripción de los trastornos mentales. Desde esta perspectiva, los problemas psiquiátricos se consideran trastornos neuroquímicos, y se propone un modelo de diagnósticos “sindrómicos”: la evaluación se realiza a partir de un razonamiento inductivo sumado a la presencia o ausencia de un conjunto de síntomas (Mantilla y Alonso, 2015: 22).

Con los elementos descritos anteriormente, puedo afirmar que el diagnóstico no puede ser comprendido solo como un razonamiento del saber médico, sino, más bien, como una forma de co-construcción de sentido que se genera en la interacción del acto clínico, cuya función se puede ver en un doble orden: el esclarecimiento de la patología que conlleva una terapia particular y ayuda al sujeto a reconfigurar la versión final de sus

síntomas; por el otro, el alejamiento de la sospecha y la incertidumbre por parte del paciente que, al tener un nombre de lo que le aqueja, puede transitar a otro estado para su posible solución.

Resta tal vez documentar el tránsito de “caso” a otro “estado”. Habría que indagar cuál. Silva (2015), por ejemplo, se interesó en estudiar el tránsito de paciente a “caso clínico”, pero “haciendo un análisis de los liberados del internamiento psiquiátrico mediante la delineación de otro tipo de transición: *del paciente a la historia*”. La autora hace mención que ese tránsito habla de cómo los ex internos se desarrollan en su vida afuera de la institución y cuentan la historia que está detrás de los casos clínicos.

Desde mi perspectiva, y por tratar de desmitificar el uso de la terapia electroconvulsiva, me resultaría interesante tratar de reflexionar —desde la experiencia de Antonia— en el tránsito que hay de “caso” a “la reconfiguración de la vida y la subjetividad”, como creo que sucedió con ella. Ignoro si hay acercamientos sobre ello. Tal vez esta curiosidad la pueda desarrollar más adelante, dándole seguimiento a la última conversación con Antonia y Gilberto, quienes a través de una entrevista virtual —debido a la pandemia— me comentaron las cosas positivas de su atención en la institución. Gilberto me confirmó que su diagnóstico fue “ansiedad depresiva con problemas cognitivos”. Dijo que Antonia recibió 7 terapias electroconvulsivas, que las indicaciones del médico fueron que tal vez tuviera un daño de memoria a corto plazo. Cuando le pregunté sobre su apreciación de la terapia me contestó:

—Creo que le despertó varias neuronas adormiladas, aunque perdió algo de memoria.

Antonia, por su parte, comentó con claridad:

—Siento que antes no fui tratada como debería, los antidepresivos y otros medicamentos me hicieron mucho daño.

La trayectoria de atención de Antonia que presenté fue hilando la observación de la interacción social, las entrevistas a diversos actores sociales y la revisión de documentos producidos en el acto clínico para des-

cribir, a partir de una etnografía densa, una trama narrativa que destaca la co-construcción de sentido entre los entrevistados y la investigadora, tamizada por los presupuestos teóricos y conceptuales previamente armados. Una descripción densa permitió que las diferentes voces de los actores sociales se exhibieran desde la intertextualidad para dar paso a un proceso hermenéutico que configura un corpus transtextual, cuya invitación tácita se encuentra en esta amplia descripción que, como evidencia, puede ser susceptible a múltiples interpretaciones.

Para finalizar, señalo que a lo largo del texto etnográfico se destacan –en la trayectoria de atención– las tramas de sentido, por un lado aquellas que permanentemente mencionan los síntomas asociados a sucesivas rupturas biográficas y, por ello, dan visibilidad a las trayectorias de aflicción y, por otro, las tramas armadas desde el lenguaje médico y razonamiento inductivo que, de cuando en cuando, busca elementos contextuales para explicar las conductas, pero que vuelve al cerebro como punto de inflexión.

La importancia de relacionar las trayectorias de aflicción y las trayectorias de atención estriba en reconocer que los síntomas mentales son productos complejos de la interacción entre factores neurobiológicos y semánticos (personales, socioculturales y dialógicos). Para su interpretación, se requiere que los clínicos no ignoren estos principales componentes hermenéuticos en sus estructuras diagnósticas.

Un llamado desde las ciencias sociales que quiero subrayar es al reconocimiento de las trayectorias biográficas (Riesmann *et al.*, 1991) que revelan la experiencia de aflicción y a la afirmación de que las narrativas de aflicción y los relatos de experiencias de enfermedad abandonen el estigma de lo subjetivo y lo carente de valor, para convertirse en un relato imprescindible (Mariano *et al.*, 2013). Con ello, una vez más confirmo –como lo han propuesto Good y DelVecchio (1981)– que, para comprender la enfermedad, en tanto conjunto de significados, es preciso incluir la realidad afectiva del afectado en ese acto interpretativo.



LA FORMACIÓN CLÍNICA Y LA IDENTIDAD PROFESIONAL: APRENDIENDO A SER PSIQUIATRA, ENTRE LA DOCILIDAD Y LA ASPIRACIÓN

*María Alejandra Sánchez Guzmán
Liz Hamui Sutton*

Introducción

La educación médica es un proceso complejo que se desarrolla de forma diversa en todo el mundo, no recibe la misma formación un médico en China que uno en Francia o en México. Las distinciones obedecen a las condiciones estructurales referentes a las tradiciones teóricas y metodológicas de cada región, que se desarrollan según sus intereses culturales, políticos, geográficos y sociales. También influyen la organización educativa, el presupuesto, los costos, entre otros. Hay diferencias en la enseñanza y aprendizaje, en los estilos pedagógicos, aspectos técnicos, nosológicos, diagnósticos, contenidos curriculares, etcétera (Alarcón, Suárez-Richard y Sarabia, 2014).

Una de las disciplinas en donde se hace patente la separación en la formación clínica y académica es la psiquiatría, y esto es así porque es un campo en el que el paradigma filosófico u orientación del médico marcan una diferencia importante en la definición de las causas de un trastorno

psiquiátrico y cómo se aborda a un paciente. Como explica Paul McHugh (1987), cuando se pregunta a un psiquiatra sobre su orientación se puede encontrar a quien se define como un psiquiatra biológico, a alguien afín al enfoque del comportamiento, o quien se identifica como ecléctico. Esto se debe a que la psiquiatría, como ya explicamos en la “Introducción”, es una disciplina y práctica cuya estructura epistemológica se encuentra entre las ciencias naturales y las humanidades, y cuya construcción histórica ha estado marcada por la definición y tratamiento de la locura atravesados por la cultura y orden político de cada época (Berrios, 2011).

Desde las ciencias sociales ha habido un acercamiento al proceso de formación, por lo menos desde la década de 1950 se ha estudiado la teoría y práctica psiquiátrica como construcción cultural y sistema social, incluyendo la “cultura profesional” (Becker, Geer y Strauss, 1961; Merton, 1975; Atkinson y Pugsley, 2005; Atkinson, 1997; Good, 2003; Cantillon, Grave y Dornan, 2020). Es decir, ha quedado claro que la biomedicina y los sujetos que la practican y transmiten son territorios etnografiables (Martínez, 2008). No obstante, en México pocos estudios se han adentrado a este terreno a profundidad, los acercamientos más recientes desde el ámbito sociológico han versado sobre las determinantes que inciden en la profesión médica y que sesgan su quehacer profesional (Castro, 2011). Mientras que en el espacio de reflexión antropológica encontramos que en 2011 se publicaron resultados de un trabajo etnográfico en un hospital psiquiátrico en Guadalajara, enfocado en el análisis de algunas sesiones clínicas con el propósito de revelar algunas condiciones del personal y del hospital (Ramos, 2011). Otro trabajo que pudimos rastrear es el realizado por un grupo de investigadores de la UNAM que realizó una etnografía en el Sanatorio Psiquiátrico del Carmen, ubicado en la Delegación Tláhuac en Ciudad de México y que discute las relaciones entre las familias, enfermos mentales e instituciones (Sabido, 2011).

Dado el contexto, en este capítulo estamos interesadas en desarrollar algunas coordenadas sobre la formación profesional de médicos psiquiatras

en una institución de tercer nivel.¹ Es un estudio de caso que no pretende hacer generalizaciones sobre el tema, sino ser un foro de reflexión de una observación microscópica de las interacciones que suceden en un hospital, entendiendo este espacio como un orden social que no solo atiende pacientes, sino que también realiza investigación y forma médicos. Al no ser un trabajo exhaustivo, nos referiremos únicamente a 3 situaciones de interacción que desde nuestro punto de vista pueden ser útiles para delinear la complejidad y características de los procesos formativos que ahí suceden. Esta selección de episodios procede de una vasta investigación etnográfica y son analizados por medio de las narrativas performativas que capturamos y describimos, utilizando la propuesta metodológica de Catherine Reissman (1993) para comprender la acción social que da forma a las experiencias de los médicos. También pretende, desde la posición de los residentes, comprender la manera en que se estructuran y funcionan los espacios clínicos intersubjetivos en donde sucede el acto médico y la atención a los pacientes y sus familiares. Es igualmente una apuesta sobre el potencial que tienen las ciencias sociales para acercarse al análisis de los espacios donde se desarrolla la biomedicina.

Los médicos en formación en la especialidad de psiquiatría transitan por contextos intersubjetivos en espacios clínicos donde se co-construye su identidad como psiquiatras. Por lo tanto, aquí se indagan las interacciones entre diversos actores posicionados de manera diferencial en el campo clínico. Por medio de la observación de diversas acciones iterativas se conocen y comprenden los entornos culturales donde se generan narrativas y se co-producen determinados saberes y prácticas relacionados con la formación de los psiquiatras.

Atendiendo al contexto donde realizamos el trabajo de campo, una institución abocada a la atención de trastornos neurológicos e investigación de las neurociencias, uno de los datos importantes que enmarcan nuestro

¹ En el Centro de Atención en Salud Mental y Neurológica (CIFANEP), que ha sido descrito en la “Introducción”.

trabajo son los encuentros y desencuentros entre psiquiatría y neurología. Wilson, Wells e Irigaray (1971) hacen una cronología de los aspectos y eventos claves para comprender la relación entre ambas disciplinas; detallan que en los inicios de 1900 los psiquiatras se encargaban de la atención de pacientes con enfermedades del sistema nervioso, neurólogos y psiquiatras compartían diagnósticos y espacios de atención. Sin embargo, las aportaciones de Bleuler y Kraepelin, el impulso de la Segunda Guerra Mundial a la disciplina, la incorporación de la sociología, antropología y psicología de la psiquiatría en el marco del amplio desarrollo del psicoanálisis y la preeminencia de la terapia sobre otros métodos de atención implicaron una escisión entre la práctica neurológica y psiquiátrica. No obstante, el descubrimiento y aplicación de fármacos como la clorpromazina en los inicios de los años cincuenta; una serie de avances científicos actuales –como la investigación de la neuroimagen y la relación con las bases biológicas de conductas tanto de individuos sanos como con trastornos mentales–; la farmacología con enfoques de tratamiento específico o el creciente estudio de la genómica y su promesa de anticipar enfermedades y ofrecer tratamientos *ad hoc* (Roffman, Simon, Prasad, Truman, Morrison, Ernst: 2006) han derivado en un cambio de paradigma y en el acercamiento de la psiquiatría a la neurología. En este contexto se inserta la formación en el CIFANEP. Por lo tanto, es importante –como preámbulo– asentar que los residentes de psiquiatría que describimos están siendo formados en el paradigma de la neuropsiquiatría, es decir, con un abordaje que, de acuerdo a Jesús Ramírez (2010: 2):

[...] busca ser una interfase entre la neurología y la psiquiatría, lo que implica el abordaje de pacientes que tienen, al mismo tiempo, enfermedades neurológicas [por ejemplo infecciones del sistema nervioso central] y trastornos o síntomas mentales [por ejemplo, trastornos psicóticos].

Si bien el CIFANEP ofrece una subespecialidad en Neuropsiquiatría, la residencia en Psiquiatría está marcada por este paradigma. Además in-

cide en el tipo de interconsultas que tiene el servicio de Psiquiatría dentro del hospital y fuera de él. Por ejemplo, en el hospital los principales motivos de interconsultas fueron neoplasias del sistema nervioso central (14.2 %), encefalitis viral (8.7 %), enfermedad vascular cerebral isquémica (7.1 %), epilepsia (6.5 %) y enfermedad vascular cerebral hemorrágica (4.7 %) (Ramírez, 2010: 108). En tanto, los pacientes referidos de otros hospitales generalmente son enviados por la complejidad y gravedad de sus padecimientos y su posible relación con aspectos de orden neurológico. Esto implica, como veremos más adelante, la práctica clínica y formación médica asentada en la psiquiatría biológica.

El capítulo está estructurado en cuatro apartados. En el primero, titulado “Antecedentes y contexto de la formación de psiquiatras”, hacemos una revisión histórica y actual de la formación de psiquiatras en nuestro país, esta parte también incluye una pequeña descripción de las características del espacio donde realizamos el trabajo etnográfico. En el segundo apartado delineamos las herramientas teóricas y metodológicas que sustentan la presentación y análisis de los datos recabados en nuestra investigación. La tercera parte es donde desarrollamos 3 situaciones que describen y analizan algunas interacciones insertas en la formación de los residentes de Psiquiatría. Finalmente, el capítulo culmina con las conclusiones generales.

Antecedentes y contexto de la formación de psiquiatras

La Psiquiatría como especialización dentro de la medicina surgió a finales del siglo XVIII y principios de XIX. Los primeros practicantes eran médicos de asilos y administradores de estos centros (Berkenkotter, 2008). El desarrollo de la disciplina y de los médicos profesionales ha estado matizado por la dicotomía “cerebro” y “mente”. Al inicio del siglo XX se sientan bases importantes para el desarrollo de la psiquiatría como especialidad

(McHugh, 1987). Con el paso del tiempo ha incrementado la necesidad de desarrollar las bases científicas, principalmente en explicar las relaciones con la neurología, ciencias de cerebro y genética, y un decremento en la atención y los aspectos fenomenológicos de la enfermedad mental, habiendo una constante tensión y encuentros entre las polaridades de las formas “nomotéticas” e “ideográficas” de conocimiento. Es decir, en este devenir histórico de la profesionalización de la psiquiatría hay un claro ascenso del paradigma clásico de la biociencia en contraposición con la narrativa clínica humanista (Berkenkotter, 2008). La psiquiatría contemporánea se inserta en un paradigma regido por los manuales diagnósticos ateóricos y la apuesta a que el control farmacológico puede sustituir a otras propuestas terapéuticas centradas en la subjetividad de los pacientes (Hernández, 2020).

Para comprender la manera en que se preparan los psiquiatras, así como las estructuras educativas y metodológicas en que sucede su trayectoria formativa, a continuación se presenta brevemente el desarrollo de la disciplina psiquiátrica en México desde la perspectiva académica.

La enseñanza de la psiquiatría en México

La enseñanza de la psiquiatría en México se remonta al siglo XIX con la impartición de algunos cursos aislados. En 1868 hubo una propuesta de la Escuela de Medicina de incluir el curso “Perfeccionamientos”. A partir de entonces se comenzó un camino en el que se incluyeron en la formación médica diversos cursos sobre el tratamiento de las enfermedades mentales.

En 1906 se reconoció a la Psiquiatría como una especialidad, tal reconocimiento se perdió al siguiente año y volvió a ser un curso optativo²

² Estos irs y venires en la conformación de espacios educativos en Psiquiatría responden al proceso negociado entre los médicos interesados en la disciplina, por

(Sacristan, 2010). A partir de la apertura del Manicomio de “La Casteñeda”, la clínica psiquiátrica³ fue constante y este centro funcionó como hospital-escuela⁴, tanto de la psiquiatría como de la neurología. La primera residencia en esta disciplina fue en el Hospital psiquiátrico “La Casteñeda” en 1948, y a partir de 1951 la Universidad Nacional Autónoma de México estableció el primer curso formal de psiquiatría. Desde entonces, este curso, actualizado con los cambios en la disciplina, se ha realizado en coordinación con la Secretaría de Salud, centros de seguridad social y el sector privado (de la Fuente y Heinze, 2014).

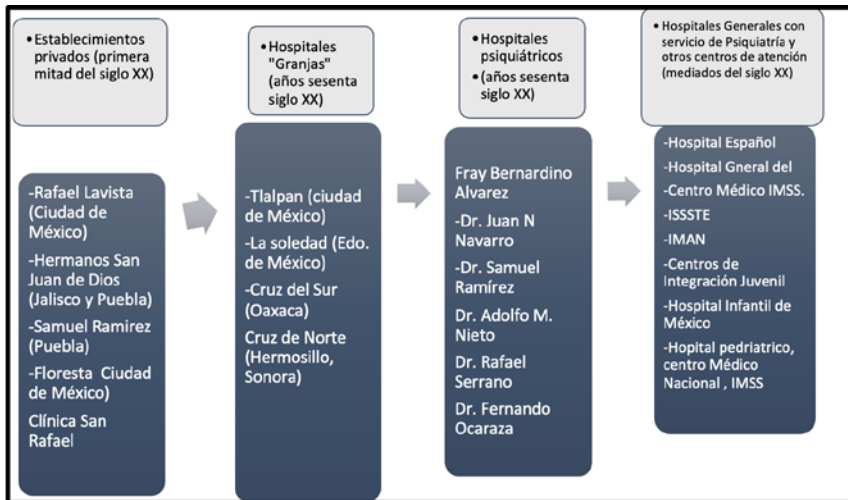
Durante el siglo xx se inauguran diversos centros de atención psiquiátrica, tanto en el ámbito público como privado, además se abren servicios de atención psiquiátrica en hospitales generales e incluso se establecen espacios para atender niños —como el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro—. El siguiente cuadro incluye algunas de las instituciones más representativas.

integrar de manera oficial a los cursos de enseñanza. Como veremos, tomará varios lustros lograr la inclusión y reconocimiento permanente en la educación superior de nuestro país.

³ El Manicomio General de “La Casteñeda” fue uno de los proyectos del programa de modernización que promovió Porfirio Díaz a finales del siglo xix, como parte de la reforma sanitaria, se proponía como un centro de avanzada que pondría a México a la altura de otros países en la atención médica y *formación de psiquiatras, neurólogos, enfermeras, psicólogos, psicómetras y trabajadoras sociales* (Ríos, Sacrisán, Ordorika y López, 2016: 136). Para profundizar en el tema, se puede revisar el vasto trabajo de Andrés Ríos Molina, Cristina Sacristan, entre otros historiadores que han trabajado el tema.

⁴ Un hospital-escuela incorpora en su estructura programas educativos para la formación de recursos humanos en salud. Los aprendices se integran en los distintos servicios y departamentos de atención y de investigación, de acuerdo con una organización formal con programas curriculares que están avalados por escuelas y facultades de universidades reconocidas. Los hospitales-escuelas motivan a que los médicos estén actualizados en los conocimientos científicos, a que haya actividades académicas continuas y a analizar colectivamente los casos clínicos como un ejercicio formativo.

Cuadro 1. Algunos espacios de atención psiquiátrica en México durante el siglo XX



Fuente: elaboración propia con base en de la Fuente y Campillo, 1976.

Para entender cómo se enseña y aprende Psiquiatría dentro del CI-FANEP debemos mirar hacia el pasado. Como ya hemos mencionado, la Neurología y Psiquiatría en México han tenido encuentros y desencuentros. Ambas disciplinas jóvenes, cuyo desarrollo es principalmente a mediados de siglo xx, hicieron una labor de profesionalización en este momento histórico. En este proceso de construcción de las bases teóricas y lenguajes de ambos saberes, la Neurología estaba supeditada a la práctica clínica psiquiátrica —que también estaba en construcción—. A principios del siglo, los manicomios eran el espacio de detección y atención de los padecimientos psiquiátricos y neurológicos, pero las condiciones teóricas y de enseñanza estaban en ciernes. Los neurólogos tenían pocos espacios de discusión y reflexión igual que los psiquiatras, y fue a través de una labor en las asociaciones médicas, publicaciones científicas y formación de médicos en el extranjero que se fueron consolidando ambas disciplinas en nuestro país (Vicencio, 2018).

A principios del siglo XIX, la Psiquiatría y Neurología partían de paradigmas europeos que privilegiaba la formación médica/clínica sobre la

médica/investigación, principalmente, franceses y alemanes. Sin embargo, con la Segunda Guerra Mundial el eurocentrismo de la ciencia perdió vigencia y hubo un acercamiento importante a Estados Unidos que prevalece hasta nuestros días. Esta situación fue de enorme importancia porque se empezaban a definir modalidades específicas de la práctica neurológica y psiquiátrica donde la clínica estaba directamente ligada a la investigación científica. Esta nueva conceptualización se suma a un proyecto de modernización del Estado mexicano⁵ (Vicencio, 2018).

Particularmente para la creación del CIFANEP será fundamental, ya que tal influencia definió en gran parte la estructura institucional. Y es que en 1964, bajo el auspicio de este nuevo paradigma científico y de práctica clínica el Doctor Manuel Velasco Suárez, funda el CIFANEP, cuyo objetivo principal desde entonces fue crear un lugar donde “además de cultivar las neurociencias”, también se realizara investigación y docencia, y se diera atención médica a los enfermos del sistema nervioso (Vicencio, 2018). Esta triada (atención, investigación y docencia) lo distingue de otras instituciones que en su mayoría son definidas por su carácter asistencial. Si bien la práctica neurológica siempre estuvo ligada a la psiquiatría, en el CIFANEP el interés está enfocado en los procesos neurológicos y de ahí que el enfoque formativo de Psiquiatría tienda a uniformarse a un paradigma neurobiológico. Esta distinción es la clave para comprender la diferencia con otras instituciones que comparte el programa de formación de psiquiatras.

Lo anterior explica el perfil de la enseñanza de los residentes de Psiquiatría del CIFANEP, enfocada principalmente al desarrollo de la Psiquiatría Biológica, fundamentada sobre bases anatomofisiológicas, farmacología y la utilización de los manuales diagnósticos como ejes de aprendizaje.

⁵ El proceso de modernización del Estado mexicano se refiere al crecimiento económico de la posguerra. En México, se expresó en la institucionalización de los servicios básicos, incluyendo al Sistema Nacional de Salud. La Psiquiatría no fue ajena a este contexto, por lo que transitó hacia la profesionalización de la disciplina. Para profundizar en el tema, se puede revisar (Loaeza, 2010 y Vicencio, 2018).

En estos espacios clínico-psiquiátricos es que ha tenido lugar la formación de los residentes de Psiquiatría. En latín, el término “formatio” se refiere a la forma, es decir, al aspecto y características externas de las cosas. No obstante, el léxico “formación” alude a múltiples procesos por los que transitan los seres humanos con el fin de prepararse para lograr una meta. Dicha preparación puede ser cognoscitiva, práctica, física y emocional, de ahí que también se pueda entender como un concepto amplio que se refiere a la experiencia de vida, a los sujetos, que —a través de su historia— crecen y forman su personalidad. En ese desarrollo, intervienen muchos elementos: familia, escuela, relaciones sociales, religión, ideología, creencias, preferencias, valores, la moral, entre otros.

En el trayecto se forma/deforma la personalidad desde la cual se afrontan retos, se trazan metas, se toman decisiones y se realizan acciones e interacciones tendientes a su consecución. La formación personal rebasa el ámbito de la formación educativa, profesional o institucional; no obstante, estas últimas se incorporan también en la individual. Como explica Pierre Bourdieu (1990), hay un *habitus* primario, que tiene que ver con la formación en el ámbito familiar desde la infancia, y diversos *habitus* secundarios que son electivos y se relacionan con el o los campo(s) en el(los) que se interactúa. En el ámbito de la medicina, los sujetos —en este caso los residentes— incorporan un *habitus* secundario que posibilita y restringe su acción. Al participar en el campo, se adquieren roles, posiciones y se ponen en juego capitales sociales, académicos y simbólicos, que ubican a los agentes en una configuración normada según reglas, jerarquías y relaciones de poder en estructuras más o menos rígidas o flexibles, que configuran un proceso “formativo” en el ámbito profesional e institucional.

Para ello, las personas aprenden y se entrenan en interacciones y contextos específicos, cuando existe un plan académico, la formación adquiere el denominador de educativa y se refiere a lo que la persona va obteniendo a lo largo de sus estudios para convertirse en especialista. En el proceso formativo intervienen diversos agentes que participan en

la enseñanza y el aprendizaje a distintos niveles, están los estudiantes de pregrado y posgrado, residentes, profesores, autoridades educativas; y en el caso de la medicina clínica, los pacientes, familiares, así como las demás personas que integran el equipo de salud. Por lo general, el curriculum está avalado por alguna institución de educación superior o universidad que propone métodos de estudio, programas y estrategias de evaluación para dar seguimiento a los estudiantes hasta su titulación. La intención es certificar que el individuo ha adquirido los conocimientos necesarios, las capacidades y competencias para desempeñar su rol como profesional, dentro o fuera de la sede.

En la Ciudad de México, un egresado de la licenciatura de Medicina tiene la opción de presentar el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) para realizar una especialidad. Entre ellas está la Psiquiatría, que cuenta con varias sedes en las que se imparte el curso. El programa académico que se lleva a cabo, por lo menos en la zona metropolitana del Valle de México, es el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM (UNAM) y considera las siguientes sedes:

Cuadro 2. Sedes de Psiquiatría en Ciudad de México

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Facultad de Medicina UNAM	Hospital Español de México	Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez	UMAE Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Dr. Bernardo Sepúlveda	Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"	

Fuente: elaboración propia con base en PUEM

Cada una de ellas tienen características distintas; por ejemplo, hay hospitales donde se atienden exclusivamente patologías psiquiátricas, como el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el Instituto Nacional de

Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” o el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM. Otras sedes funcionan como servicios que ofrecen consultas a otras especialidades médicas en la misma sede y se le conoce como Psiquiatría de Enlace, es el caso del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre y el UMAE Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Dr. Bernardo Sepúlveda. Hay sedes que cuentan con sus propios pabellones psiquiátricos pero interactúan con otras especialidades como el Hospital Español de México y el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Dr. Manuel Velasco Suárez.

La forma de aprender Psiquiatría en cada una de ellas es diversa y esto influye en la manera en que se concibe y representa la especialidad. Por ejemplo, en el Fray, lo que distingue a los psiquiatras es la corriente psiquiátrica a la cual pertenecen y la técnica que practican, desde la psicoterapia hasta la prescripción de fármacos. Como mencionamos, en el CIFA-NEP hay un énfasis en lo científico, en el método experimental aplicado a la Psiquiatría, se pretende asociar la morfo-fisiología cerebral, característica de las neurociencias con el comportamiento. Este enfoque influye en la formación de los residentes y les confiere una mirada médica biologista. En el 20 de Noviembre y Siglo XXI, la perspectiva es más diversa en el sentido de que las patologías son variadas y asociadas a gran cantidad de enfermedades, lo que los obliga a ampliar las perspectivas. En el caso de la FM, la consulta externa a la comunidad universitaria es dominante, aunque también realizan rotaciones en sedes psiquiátricas alternas.

El contenido del PUEM de Psiquiatría constituye, en el plano formal, la guía académica de la especialidad, alude a la reseña histórica de la disciplina, la fundamentación del modelo pedagógico por competencias y solución de problemas, la estructura del programa académico por asignaturas, los objetivos de acuerdo al perfil de egreso. En el plan de estudios se explica la duración de los cursos, la carga horaria y los créditos escolares, así como la metodología educativa para desarrollar actividades de

enseñanza y aprendizaje en modalidad presencial y/o mediada por dispositivos tecnológicos. El PUEM además describe los componentes básicos del currículum: el seminario de atención médica (teórico), el trabajo de atención médica (práctica clínica) al que se le confiere la mayor relevancia, el seminario de investigación y el de educación, con todos sus temarios y bibliografía por año. Además incluye los criterios académico-administrativos de los profesores, los Subcomités Académicos y los de las unidades médicas como sedes del curso de Psiquiatría. Finalmente, se especifican los requisitos de los aspirantes para ingresar, permanecer y egresar como especialistas.

Según el PUEM de Psiquiatría (2020: web), la duración del curso es de cuatro años, es de entrada directa y demanda tiempo completo del residente. Para ser considerada como sede, la unidad debe contar con los siguientes espacios: consulta externa, hospitalización, urgencias, psicoterapia, psicología y neuropsicología clínica, neurología, trabajo social y enfermería psiquiátricas. También requiere servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como equipo e instrumental adecuado para la atención médica. En lo educativo, se solicitan docentes que reúnan los requisitos, aulas y auditorios, bibliohemeroteca actualizada y acceso a internet.

La jefatura de enseñanza de la sede gestiona los cursos que ofrece con la universidad para obtener el aval académico. En dicha jefatura se deciden los nombramientos del profesor titular y, en su caso, profesores adjuntos, según el número de residentes en cada curso. Estos son contratados por la División de Estudios de Posgrado, quien verifica que cumplan con los requisitos necesarios para desempeñarse como docentes y posteriormente son ratificados por el Consejo Técnico de la FM.

El jefe de enseñanza, profesor titular, adjuntos y jefe de residente están encargados de elaborar el programa operativo del curso para asignar tiempos, espacios y tareas a los residentes según su año académico. Todos los personajes anteriores se aseguran de la participación de los residentes en las actividades clínicas, educativas y de investigación, dan seguimiento

a su desempeño, ejercen la supervisión, tutoría y evaluación para verificar su avance, lo que implica interacciones intensas.

El profesor titular cuenta con el apoyo de los profesores adjuntos o los médicos adscritos del servicio para desempeñar la función docente, e incluso en un contexto jerárquico como el hospitalario, los residentes con mayor número de años entrenan a los que tienen menos tiempo en el programa. De hecho, las propuestas pedagógicas del aprendizaje situado y experiencial suponen que en la práctica todos los miembros del equipo de salud enseñan y aprenden en las interacciones que tienen lugar en el entorno clínico (Hamui, 2019).

El residente se ubica en el centro de la atención médica y constituye un recurso humano fundamental para el funcionamiento del hospital. Su figura se caracteriza por ser trabajador-estudiante-educador al mismo tiempo, por interactuar en un sistema estructurado con rígidas jerarquías que cambian conforme los años avanzan. Por décadas, ese rol triádico ha sido constitutivo del proceso formativo de los residentes, ser trabajadores temporales del hospital les permite contar con un ingreso y prestaciones, pero también adquieren responsabilidades laborales, las tareas de enseñanza y aprendizaje son importantes en este período, pues les permite contar con un aparato educativo para formarse en áreas específicas de la medicina, al mismo tiempo que forman a otros en ese proceso. Idealmente este esquema resuelve la trayectoria académica del residente, la fuerza laboral especializada que requiere la institución y los recursos de salud que necesita el Sistema Nacional de Salud para la atención médica. No obstante, esta articulación no está exenta de tensiones y, en ocasiones, se enfatiza más o menos cada rol según convenga a los intereses de los involucrados.

El mayor número de años cursados determina la posición que ocupa el residente, la enseñanza que realiza, las decisiones que toma y las responsabilidades médicas que asume. Los de menor jerarquía comparten el rol temporal de ser aprendices, de buscar la realimentación y el apoyo de los de mayor grado. Con frecuencia, la estructura jerárquica da lugar a juegos

de poder que pueden traducirse en prácticas abusivas hacia los de menor nivel (Lempp y Seale, 2004).

En el entramado formal e informal de las instituciones se combina lo académico, lo asistencial y lo administrativo. En las experiencias cotidianas, en las interacciones en la clínica se moldea la identidad profesional: el razonamiento, el comportamiento, la moral y el carácter como psiquiatra. Para responder a la pregunta que alude a las cualidades y capacidades que se esperan de un psiquiatra al egresar, el testimonio del profesor titular del curso enfatiza tres aspectos centrales: la comunicación, el interrogatorio y la entrevista:

[... lo más importante en la formación de un psiquiatra...] Son varios aspectos. Sobre todo, que sepan observar, sepan comunicarse. Nosotros dependemos mucho de la entrevista... En la clase de psicoterapia, hago mucho énfasis en darles herramientas para interrogar, para entrevistar. La persona en muchas ocasiones no considera que tenga un problema psiquiátrico. Cosa que no ocurre en otras ramas de la medicina [...]. Las herramientas para hacer el examen mental y observar, analizar, integrar un diagnóstico primero clínico, sintomático, y de acuerdo a este diagnóstico primario... hacer un diagnóstico diferencial, y decidir si realmente requieres de estudios para confirmar el diagnóstico o si estás sospechando otra patología. Y después decidir cuál es el mejor tratamiento, no solo médico, sino también psicoterapéutico.

La formación de los residentes transita en instituciones hospitalarias, donde se realizan actividades iterativas en franjas interaccionales que denominamos “la clínica”. La clínica no solo es un espacio físico que alude a las instalaciones de una unidad de atención médica, se entiende como un orden social y discursivo con un objetivo preciso, abordar la enfermedad y modificarla. La clínica como orden social implica jerarquías, normas y formas de relación que conlleva el consenso implícito y explícito con un comportamiento acorde a las prácticas institucionales. No obstante, esto no implica que emerja el desorden o contradicciones inherentes a las in-

teracciones cotidianas, existe la disfuncionalidad en la estabilidad que se expresa en tensiones, conflictos y disensos. La manera de lidiar con estas últimas se gestionan de diversas maneras, entre ellas la represión, la indiferencia, la tolerancia o el diálogo, lo que ubica el lugar en la línea que va del autoritarismo a la democracia institucional.

Los residentes, en la acción performativa, esto es en la articulación de su pensamiento, emoción, lenguaje y ejecución, se forman en estos marcos interaccionales más o menos persistentes, reproducen el orden social y las relaciones de poder en la clínica, pues es condición elemental de su propia existencia. Así, la clínica, como orden discursivo y social, constituye un sistema de referencia, de relaciones, como un mapa cognitivo donde se construyen los objetos, las enfermedades y un lenguaje en el cuerpo. Como lo expresa Foucault en su libro *El nacimiento de la clínica* (1963), la clínica es la estructuración de ver, percibir y de hablar de un sistema de relaciones que entreteteje un lenguaje para describir y modificar el curso de la enfermedad. El entramado de la clínica se plasma en la cultura organizacional con formas peculiares de comunicación, con moralidades intrínsecas, discursos e ideologías que los agentes incorporan al interactuar en las franjas de actividad. Los residentes de psiquiatría aprenden a funcionar en el sistema, de tal manera que la formación de su identidad profesional y personal no se entiende fuera del contexto clínico.

Dentro del CIFANEP, los residentes tienen una doble labor: la atención clínica y la formación médica, para tal efecto transitan en los distintos espacios de atención y enseñanza. Igualmente su identidad es de estudiante y trabajador. En sus procesos formativos, deben participar con todos los actores sociales que integran los tres ámbitos de la institución: clínico, administrativo y de investigación.

Al ingresar, son orientados en un curso intensivo de 1 semana en el que deben familiarizarse con los formatos, procesos y actores. Las esferas de interacción incluyen:

1. La presentación en la residencia de su especialidad. Al ingresar al CIFANEP, se les muestra el área del servicio, hay una junta especial donde los médicos adscritos y residentes de cada año se presentan. Igualmente están integrados en esta junta las enfermeras, trabajadora social asignada al área y los miembros de servicios comunes –como cognición y conducta–. Se les orienta en la organización y funcionamiento del servicio y de la residencia (horarios, responsabilidades, jerarquías, etcétera).
2. Servicios de todo el CIFANEP. En un proceso de inmersión, se mezclan con los médicos de nuevo ingreso de otras áreas neurología, neurocirugía, neuroanestesiología, neurofisiología clínica, y, en conjunto, son orientados en un mismo lugar. Ahí cada servicio del CIFANEP se presenta e indican los procesos que realizan y formatos que deben conocer los residentes de nuevo ingreso. Esto incluye, consulta externa, radiología, investigación, enseñanza, rehabilitación, urgencias, bioética, etcétera.
3. Enseñanza les da una plática de introducción, donde se les muestran las reglas de la institución y les entregan un reglamento.
4. El área administrativa informan en torno a los trámites necesarios para recibir el pago de su trabajo en la residencia.
5. La UNAM supervisa los procesos.

Después de esta semana de entrenamiento general son asignados a las siguientes áreas: consulta externa, urgencias o el piso de Psiquiatría. Su formación en los cuatro años también incluye la rotación en otros hospitales y en todas las áreas de CIFANEP.

Según el manual operativo, acuden a clases, sesiones académicas generales, sesiones académicas de Neurología y de Psiquiatría. Así, participan en múltiples situaciones: atención de pacientes (urgencia, consulta externa y terapia), pases de visita y entregas de guardia, sesiones académicas (como ponente o participante en general), etcétera. Y en todas estas situaciones están expuestos al escrutinio de sus pares y sus superiores jerárquicos (médicos adscritos, residentes, autoridades y otros como investigadores). También interactúan con enfermeras, personal administrativo,

trabajo social, psicólogos, nutriólogas, estudiantes de pregrado y pacientes y familiares. La posición que ocupan varía, dependiendo del grado en que se encuentren, sin embargo, nunca dejan de estar bajo la supervisión y control de los residentes de mayor grado, médicos adscritos y autoridades.

Teorías para el análisis de situaciones

Desde el punto de vista teórico-metodológico, el abordaje de las situaciones en los contextos clínicos donde se forman los residentes de Psiquiatría parte de ciertos conceptos sociológicos y educativos con los cuáles se pueden formular preguntas analíticas para dar cuenta del fenómeno de estudio. Las interacciones sociales en el espacio clínico se enfocan desde las nociones goffmanianas de “marcos de referencia” y “franjas de actividad”. Por su parte, para comprender de qué manera la formación del residente como psiquiatra influye en su identidad personal y profesional, y en un sentido dialéctico, cómo su identidad de género, de clase y de etnia, por citar las formas de identidad más influyentes en todo actor social, pueden también influir en la formación profesional, se alude a las nociones de “*habitus*, campo y capitales”, acuñadas por Bourdieu, así como al concepto de “performatividad”, de Butler. En cuanto a las teorías educativas que abonan al entendimiento de los procesos de aprendizaje, se recurre a las propuestas del “aprendizaje situado”, inspirada en la corriente de Dewey; y a la “práctica deliberada y reflexiva”, de Schon y Dreyfus, para el logro de las competencias profesionales. En los párrafos siguientes se explican dichas teorías.

En los contextos clínicos, los agentes reconocen ciertas situaciones tipo en las que pueden desarrollarse diversos protocolos interactivos e iterativos. Cada interlocutor o actor asume uno o varios roles en la interacción, en función del marco y del escenario, así como de la imagen que desea ofrecer a los otros (Sheff, 2005). Desde la perspectiva goffmaniana-

na, no solo las conductas –sino también el contexto espacial y temporal en que estas se desarrollan– adquieren significado y, por tanto, comunican alrededor de un objeto los intercambios simbólicos. Goffman (2006) extendió el uso del concepto “marco” en su teoría de la interacción de actores y lo definió como la herramienta que se utiliza para describir situaciones de intercambio entre los sujetos sociales con el fin de conceder significado al flujo de acontecimientos que se desarrollan en el proceso. Los marcos constituyen referentes comunes en donde se generan acoplamientos en la comunidad de significado, en torno a los cuales se organiza la interpretación de los acontecimientos. El valor hermenéutico del marco es especialmente apreciable en los sistemas normados, donde la identificación de la situación típica en un entorno dado, por ejemplo el encuentro médico-paciente en la consulta, delimita el conjunto de eventos probables (Aguado, 2004).

En la franja de acontecimientos y actividades se suceden las interacciones y aparecen riesgos y desenlaces diversos que los agentes experimentan subjetivamente en un contexto específico. Los sujetos que interactúan en franjas de actividades específicas en entornos clínicos son portadores de experiencias, memorias, expectativas, imaginarios, incertidumbres y preocupaciones que constituyen, en parte, su identidad, misma que se reconfigura en las dinámicas socioculturales y narrativas de las que participa. De ahí que tanto la identidad personal como la colectiva sean relacionales, en constante construcción, aunque anidadas en cierto horizonte cultural (Kosselleck, 1993), donde encuentran sus condiciones históricas de posibilidad.

Los residentes se co-construyen en los contextos clínicos, donde existen dispositivos institucionales y culturales que reproducen procesos normativizados. El residente actualiza, desde la posición que ocupa, la formación discursiva de la que participa, por medio de la acción social. De esta manera, es capaz de articular enunciados e ideas en modalidades diversas –como narrativas, diálogos, secuencias performativas, descripciones,

explicaciones, metáforas, entre otras— y constituirse en sujeto discursivo desempeñando un rol impregnado de ideología.

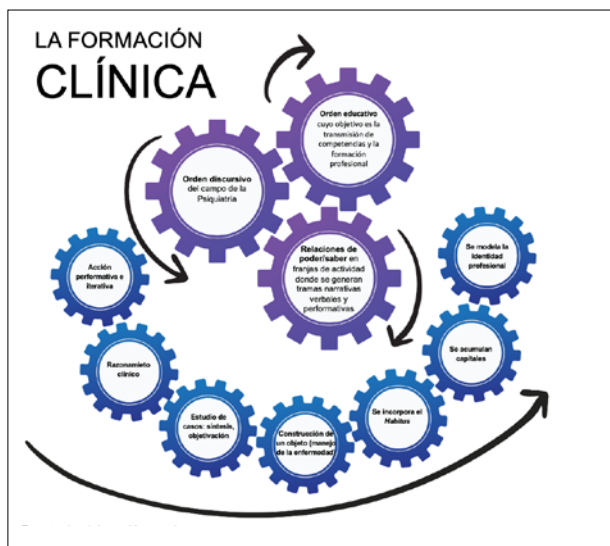
La condición relacional del residente en el ambiente clínico limita y potencia su autonomía, pues se encuentra inserto en relaciones de saber/poder que posibilitan y constriñen su proceder. En el espacio entre lo regulado y lo posible, surgen la crítica y la innovación para encontrar alternativas. Justo en esta ruptura, en este acontecer es que el agente deviene, en la posibilidad de realizarse en tanto relacional, si mismo-otro. Como explica Foucault, en las formaciones discursivas, el sentido de las prácticas y las perspectivas de los sujetos en mundos de vida específicos se articula en la relación saber/poder (Foucault, 1970: 3-20).

Como se mencionó antes, la clínica —entendida como orden social y discursivo— sostiene el acto performativo. En esta dinámica el discurso médico juega un papel importante en la transmisión de los conocimientos, sean estos teóricos o prácticos —como el vestir, el hablar, el sentirse seguro o dar una opinión—. En la formación discursiva, el saber-poder operan en un sistema de relaciones cognitivas donde los médicos aprenden a pensar de forma sintética y objetiva, lo que genera la construcción de los objetos. Habría que distinguir entre la clínica y la cultura organizacional, esta última se expresa en la transmisión del aprendizaje clínico, en la construcción de un lenguaje común para los médicos que se incorpora en el *habitus*.

Bourdieu (1990: 37-54) ofrece las nociones de *habitus*, *campo* y *capital* como herramientas para la comprensión de la acción social en un entorno específico. Según estas categorías, el médico en formación incorpora dispositivos o esquemas para pensar, sentir, decir y actuar asociados a cierta posición social, este *habitus* hace que las personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos. Los agentes poseen capitales (económicos, sociales, culturales, simbólicos) que los sitúan en los diversos espacios sociales de un campo donde se ponen en juego sus representaciones y prácticas, y les posibilitan o constriñen el alcance de su acción.

La repetición de convenciones es impuesta socialmente, se vuelve hegemónica y se percibe como “natural”. Los desplazamientos que suceden en referencia a esas repeticiones, constituyen fisuras, brechas que representan zonas inestables y escapan a las normas. La performatividad, según Butler (2007), no solo alude a los actos singulares, sino a la reiteración relacional de un conjunto de normas. El lenguaje en su dimensión performativa, es decir, de acto que produce efectos, juega un papel central en la constitución de los sujetos y la producción de identidades, el lenguaje articula el pensamiento, la emoción, el habla y la acción; a partir de eso, el lenguaje y la performatividad están implicados tanto en la reproducción sociocultural como en la subversión de las relaciones de poder (Nazareno, 2015). La configuración y reconfiguración de la identidad, según Ricoeur (1996), sucede en la narratividad del devenir de las personas y los colectivos. En el caso de los residentes, la identidad se reconfigura según su posicionamiento en los escenarios relacionales en los que interactúan y en las acciones que regeneran el campo social en el cual se ubican.

Esquema 1. Andamiaje teórico



Fuente de elaboración propia

Con respecto a los conceptos educativos útiles para comprender el proceso para formarse como psiquiatra, la teoría del aprendizaje situado permite descifrar la manera en que se aprende en la clínica. La propuesta parte de la obra de John Dewey, particularmente de su libro *Experiencia y educación* (Dewey, 2000), cuya premisa central es “la educación para la vida”. Sus ideas constituyen la raíz intelectual de muchas propuestas actuales que recuperan la noción de aprendizaje experiencial y, al mismo tiempo, da sustento a diversas estrategias de enseñanza reflexivas y situadas. Según Posner (2004), la perspectiva experiencial inspirada en Dewey se basa en el supuesto de que todo lo que les pasa a los estudiantes influye en sus vidas, y, por consiguiente, el currículo debería plantearse en términos amplios, no solo en lo que puede planearse en la academia e incluso fuera de esta, sino en términos de todas las consecuencias no anticipadas de cada nueva situación significativa que enfrentan. Así, las consecuencias de cualquier situación no solo implican lo que se aprende de manera formal, puntual o momentánea, sino los pensamientos, sentimientos y tendencias a actuar que dicha situación genera en los individuos que la viven y que dejan una huella perdurable.

El aprendizaje experiencial es activo, utiliza y transforma los ambientes físicos y sociales para extraer lo que contribuya a enriquecer sus experiencias y pretende establecer un fuerte vínculo entre lo teórico y lo práctico. Es decir, es un aprendizaje que genera cambios sustanciales en la persona y en su entorno. A través de este, se busca que el alumno desarrolle sus capacidades reflexivas y su pensamiento, así como el deseo de seguir aprendiendo. El aprendizaje situado hace referencia al contexto sociocultural como elemento clave para la adquisición de habilidades y competencias, buscando la solución de los retos diarios con una visión colectiva, como en las residencias médicas implica prácticas situadas y aprendizaje *in situ*, en escenarios reales (Díaz Barriga, 2006). Desde la perspectiva didáctica, el aprendizaje situado implica cuatro pasos consecutivos: partir de casos reales, analizar, estudiar y reflexionar sobre ellos, resolverlos colectivamente

para comunicar y transferir el conocimiento de vuelta a la realidad. De esta manera, se trata de una estrategia educativa basada en la resolución de problemas en situaciones cotidianas.

La postura epistemológica interpretativa del aprendizaje situado está sustentada en la reflexión del practicante, que asume al conocimiento como algo incorporado. El residente prueba los conceptos que estudia durante la práctica, por medio de la acción (Kaufman y Mann, 2007). En este argumento, la reflexión no es una cuestión de pensamiento, sino una concatenación de acontecimientos pasados que conversan en una circunstancia presente para tomar decisiones y actuar en la práctica, es decir, se trata de una reflexión situada (Bonderup-Dohn, 2011). La reflexión sirve como un puente en la relación teoría-práctica y articula el proceso interpretativo, de ahí que la epistemología hermenéutica, a diferencia de la cartesiana (pienso luego existo), sostiene la idea de que la teoría se interpreta a la luz de las experiencias presentes y pasadas en contextos concretos, con los requerimientos y posibilidades organizacionales, sociales y personales en que sucede el evento (Mamede y Schmidt, 2004). Schön (1983) planteó el concepto de la “reflexión en la acción y sobre la acción”, el primero alude a la valoración que se lleva a cabo mientras se realiza la práctica, mientras que el segundo alude al proceso mental reconstructivo que sucede más tarde, después del evento. En este último, se abre la oportunidad de aprender del proceso previo a la toma de decisiones, en un ejercicio metacognitivo ya sea de manera individual o colectiva (Sandars, 2009).

Cuando existen planes, programas y dispositivos pedagógicos que median la experiencia, la práctica se vuelve deliberada, es decir, persigue fines educativos específicos. La reflexión en la práctica deliberada y supervisada mientras se desarrolla la acción, así como en fases posteriores, lleva a estructurar el conocimiento para regresar al escenario clínico y transformar la realidad. De esta manera, la experiencia situada sola no es suficiente para que un profesionista se convierta en competente. La práctica debe ser deliberada, es decir, una actividad intencionada y esforzada que se

lleva a cabo con la intención de mejorar el ejercicio profesional (Ericsson y Charness, 1994). La práctica deliberada implica la reflexión crítica sobre las prácticas personales y colectivas, enfocarse en las fortalezas y las debilidades, sobre todo ante problemas difíciles o inesperados, con el objetivo de mejorar en la práctica.

Para apreciar la adquisición de las competencias, la escala de Dreyfus (1986) propone el tránsito por cinco niveles de “novato a experto” (*novice to expert*): novato, principiante, competente, proficiente y experto. Para cada nivel se establecen descriptores del comportamiento esperado o hitos de desarrollo (Sterkenburg *et al.*, 2010). El tiempo para lograrlo depende de cuatro elementos: el primero es la naturaleza misma o complejidad de la actividad, la que se denomina “tarea crítica” o *critical task*. El segundo es el contexto que incluye los recursos y el personal disponibles. El tercer aspecto alude a la habilidad y destrezas propias de cada estudiante, y el último se refiere a la relación profesional que tiene cada residente con su tutor clínico (Berberat *et al.*, 2013).

En los ambientes clínicos, los residentes pueden o no desarrollar el pensamiento crítico por medio de preguntas pertinentes y desafiantes derivadas de casos reales. Los estudios sobre educación en adultos recomiendan observar tres aspectos clave en situaciones cognitivas para un aprendizaje exitoso: el respeto mutuo, un clima seguro con redes de apoyo y la motivación de los estudiantes de manera no intimidatoria (Brookfield, 1988). Según este enfoque, el conocimiento es el resultado, por un lado, de las interacciones sociales y, por otro, de un contexto dado, y ambos son igualmente importantes (Artino, 2013); por lo tanto, el entorno puede afectar el pensamiento, el aprendizaje y la formación del residente.

El aprendizaje situado es performativo y se optimiza cuando el ambiente clínico es propicio para la enseñanza en la práctica. La implementación de un programa educativo es valorada por los estudiantes (Hamui *et al.*, 2014a) y no está aislado de la práctica clínica. Para el médico en formación no solo es importante obtener una buena calificación en sus evaluaciones,

le interesa desempeñar su rol como profesional y sentirse parte del equipo de salud en contextos donde se conciba como seguro, apoyado y respetado, a pesar de la incertidumbre inherente al acto médico. La reflexión sobre la práctica clínica deliberada y la problematización de los casos por medio de preguntas desafiantes favorecen el pensamiento crítico y potencian la aplicación del conocimiento.

En el siguiente apartado se analizan cuatro situaciones donde se articula alguna situación derivada de los datos etnográficos recogidos, donde se involucran los residentes, con las preguntas de investigación que guían este escrito, aplicando los conceptos teóricos antes expuestos como andamio teórico-conceptual.

Abordaje metodológico

Para acercarnos a la experiencia formativa de los residentes de Psiquiatría, se eligió la “etnografía clínica” como estrategia epistémica y metodológica. La etnografía es un método de investigación particularmente útil en el estudio socio antropológico de las interacciones que suceden en la clínica, en especial en el ámbito formativo. De acuerdo con Fetterman (1998: 1), la etnografía “es el arte y ciencia de describir a un grupo o cultura”. Un acercamiento etnográfico pretende el estudio del conocimiento en acción, de los encuentros sociales, de las ocasiones, situaciones, organizaciones, ceremoniales y rituales; negociaciones, actuaciones incrustadas en marcos sociales y culturales determinados (Atkinson, 2017). Esto implica que los investigadores deben participar abiertamente en la vida cotidiana de las personas, observando lo que sucede, escuchando lo que se dice y haciendo preguntas durante entrevistas formales e informales, recopilando documentos y artefactos (Hammersley y Atkinson, 2007: 3).

Los métodos etnográficos han sido utilizados para estudiar la práctica clínica y los sistemas de salud (Bhui, Dein, Pope, 2021), incluso existe

la etnografía clínica que se define como la “[...] inmersión autorreflexiva cultural y clínicamente informada en mundos locales de sufrimiento, curación y bienestar para producir datos de valor clínico y antropológico” (Calabrese, 2013).

Ahora bien, estudiar cómo aprenden los residentes de Psiquiatría a través de la etnografía es una estrategia que se viene utilizando desde el siglo xx y ha demostrado ser de gran utilidad para documentar las actividades prácticas y ordinarias de la enseñanza en medicina y da cuenta de los aspectos visibles e invisibles en la cultura médica. Como lo reseñan Atkinson y Pugsley (2005), esta tradición metodológica en el campo tiene sus orígenes en los estudios clásicos anglosajones que comienzan en 1950, en Norteamérica, con *The Student Physician*, de Robert Merton (1975), en el que —a través de una investigación con métodos mixtos y en diversos centros de enseñanza— se describen los mecanismos a través de los cuales los médicos adquieren los valores de la profesión médica. También en Estados Unidos, pero únicamente por medio de la etnografía, Becker, Geer y Strauss (1961) realizaron el clásico estudio *Boys in White* en el que se detalla la vida de los estudiantes y sus estrategias para enfrentar los rígidos procesos formales de enseñanza. En Reino Unido, Atkinson (1997) ha realizado una serie de acercamientos sobre la forma en que se trasmite el conocimiento de la atención clínica en la enseñanza y más recientemente Sinclair se enfocó en la comprensión de los rituales en la vida estudiantil de los médicos (1997). Byron Good también abordó la formación de médicos al analizar cómo construye la medicina sus objetos, dejando patente que aprender medicina implica un particular modo de “interrelacionarse con la información”. De acuerdo con Good (2003: 135), la “medicina entendida como una forma simbólica a través de la cual se formula la realidad de una forma específica” enseña a los pupilos a construir personas enfermas, y para eso entrena la mirada, la escritura y el habla. Recién, utilizando el interaccionismo simbólico, en particular la metáfora dramaturgica de Goffman, se ha explorado cómo los roles del profesor clínico y el

alumno se co-construyen en el contexto del trabajo diario en los equipos clínicos (Cantillon, Grave y Dornan, 2020).

Los hospitales, y en particular los hospitales-escuela, como el que describimos en este trabajo, son lugares donde suceden múltiples interacciones y procesos con temporalidades y lógicas diversas que se insertan en particulares marcos sociales y culturales. Las actividades e interacciones formativas a menudo no constituyen una narrativa única, igualmente puede ser un campo ambiguo con constantes tensiones y articulaciones. Por lo tanto, nuestra propuesta metodológica es utilizar la etnografía como medio para comprender cómo se forman los médicos psiquiatras, para lo cual consideramos las siguientes puntualizaciones:

Ya que los espacios de formación médica son múltiples y se encuentran en constante interacción con el hospital entendido como orden social, planteamos una etnografía granular, es decir, realizar una descripción densa y con profundidad, que dé cuenta del terreno de la vida diaria. De acuerdo con Atkinson, el análisis granulado supone reconocer la multiplicidad de formas en que se ordena y realiza la vida cotidiana. Por lo tanto, para documentar cómo los actores sociales logran y realizan lo que hacen, se utilizan las narrativas y relatos. De esta manera, podremos comprender las múltiples capas y texturas que constituyen los mundos sociales en el espacio clínico y formación médica, como lo resume Atkinson (2017: 18):

[...] Los mundos sociales tienen capas complejas de orden. Tienen textura. Tienen sus horarios y arreglos espaciales. Ellos tienen sus rituales y ceremonias. Son creados por los actores que usan relatos, narrativas y chismes. Tienen sus cánones del gusto y estética. Tienen contornos materiales y sensoriales. Como consecuencia, los etnógrafos necesitan trabajar con la esencia de los trabajos sociales. Es decir, necesitamos ser fieles a estas múltiples formas sociales, convenciones y modalidades [...].

Esto supone un acercamiento de carácter procesual y no estático. Además implica adentrarse a un mundo que se caracteriza por la acción obli-

gada *–forced action–* (Dale, 1998), es decir, los médicos, las enfermeras y los estudiantes están en un medio en donde prevalece el hacer y el hacer en el momento, hay que atender al paciente, hay que hacer una maniobra médica, no se puede parar. Esto conlleva a que la presencia de los etnógrafos debe negociarse en este entorno; por lo tanto, nuestro trabajo de investigación retoma la interacción negociada que propone Wind (2008), quien promueve un constante diálogo con los residentes, médicos, enfermeras, etcétera, para establecer sobre cuándo y cómo observar. Así, nuestra estrategia fue seguir a los residentes en distintas franjas de actividad para conocer no solo el entorno, sino las interacciones con otros espacios, actores y procesos que suceden iterativamente en el día a día de los médicos en formación.

Privilegiamos como punto de análisis las interacciones, para lo cual retomamos las narrativas. Las narrativas son la vía con las cuales damos significado a las experiencias. (Garro y Mattingly, 2000). Son el vehículo por medio del cual cobran sentido las experiencias interpersonales y socioculturales, 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 (Hamui, 2016).

El estudio de la dimensión narrativa en la práctica médica ha sido fundamental, pues, en esta disciplina, los médicos se forman y atienden a los pacientes contando historias y escribiendo historias (Good y DelVecchio, 2000), incluso los casos clínicos constituyen un tipo particular de narrativa que ha sido el vehículo que estructura las áreas de la medicina entre las que destaca la Psiquiatría (Berkenkotter, 2008). En nuestro trabajo nos interesa comprender los intercambios comunicativos en una serie de situaciones que serán reconstruidas con nuestras observaciones de campo y con las entrevistas que realizamos. Este enfoque implica ubicar la organización interactiva de los participantes en las historias y las acciones performativas, sus contribuciones y jerarquías, el habla y los silencios, los

valores, normas institucionales, las negociaciones, todo esto en un despliegue temporal particular (Goodwin, 2019).

Para interpretar los fragmentos, en cada situación se recurrió a la propuesta del análisis narrativo de Reissman (1993), en el cual se busca comprender los significados que el narrador le otorga a las interacciones sociales y a su experiencia en el ámbito de la clínica. Al contar la vivencia, hay una re-presentación de los eventos ordenados para responder a la audiencia, en este caso la investigadora. En la situación de entrevista se llevan los objetos del mundo real al espacio narrativo en el acto de la escucha y el habla por medio del lenguaje, entendido como el conjunto de códigos comunicativos que permiten la enunciación de ideas, la comprensión de mensajes, la intersubjetividad, la empatía, la reflexión y la interpretación (González, 2019).

El diálogo inédito en la entrevista se fija en la grabación y posteriormente en la transcripción para el estudio de los textos con el fin de definir momentos críticos del relato, como el testimonio anterior. El reto entonces es tratar de darle sentido a la estructura del texto y descifrar la trama, la tensión dramática, distinguir sus elementos, el lenguaje utilizado, desmenuzar el texto en ideas, en palabras que arrojen luz sobre el sentido y los significados. El análisis crea una “metahistoria” o “transtexto”, donde se narra lo que el relato “significa” en el “contexto”, en este ejercicio se busca un equilibrio entre las voces del entrevistado, del entrevistador, del analista y el lector, con el fin de responder a los objetivos de investigación planteados. En este sentido, todos los textos son polifónicos, dinámicos, abiertos a múltiples construcciones y lecturas en condiciones socio-históricas particulares (Reissman, 1993).

El análisis narrativo tiene sus limitaciones: no se puede generalizar a partir de una experiencia y el fragmento del diálogo es acotado. En ocasiones, el significado es ambiguo y depende del sujeto y del contexto, y los retratos de la realidad son parciales, selectivos e imperfectos. No obstante, como explica Mattingly (1998), el acceso a las experiencias primarias, con

los elementos objetivos y subjetivos que contienen, son vías privilegiadas para comprender el sentido de la acción y la dinámica de los espacios sociales e institucionales donde se desenvuelven los agentes.

Reissman explica, contraponiéndose a Lavob (1967), que el análisis narrativo tiene una secuencia y una trama en la que se van concatenando los eventos hasta su desenlace en procesos complejos más amplios, en ella aparecen personajes con saberes, posiciones, actitudes y emociones que interactúan en eventos sociales situados en espacios y tiempos, en un vaivén entre el pasado, presente y futuro. Dilucidar lo que pasó, la escena donde tuvo lugar, los agentes que participaron y el propósito son premisas para entender el sentido de la narrativa. El narrador cuenta las experiencias del pasado, y muestra su entendimiento e interpretación de los significados de esos hechos. Como explica Kemper (1990), la emoción le agrega valor a la narración, por lo que también es un componente a considerar. Las narrativas no pretenden develar la verdad; más bien, son representaciones de la experiencia que se busca interpretar para comprender el mundo social donde interactúan los agentes, ahí donde encuentran el sentido de su existencia.

Breve descripción del campo en el CIFANEP

El trabajo de campo lo realizamos de enero a mayo de 2019. Previo al ingreso a campo, sometimos el protocolo de investigación a los comités de ética y de investigación. Una vez aprobado, antes de ingresar a los espacios donde sucede la formación médica, entablamos conversaciones con actores claves —como el director del área, algunos médicos adscritos y la jefa de residentes—. Esto permitió que el ingreso al espacio —y, sobre todo, la interacción con los residentes— fuera más sencilla y fluida.

Para hacer la construcción microsocia de la clínica y la formación médica realizamos varias estrategias:

1. Hablamos con una R1 y un R3 y les pedimos que nos permitieran acompañarlos durante todo el día. Este seguimiento incluyó acompañamiento continuo durante por lo menos ocho horas diarias, lo que nos permitió asistir a: entrega de guardia y pases de visita, clases, consulta de pacientes (en consulta externa), evaluaciones de pacientes internados en el piso, aplicación de Terapia Electroconvulsiva, urgencias, pero, además, a los espacios donde solo conviven los residentes, que incluye la estancia en un salón de los residentes (ahí organizan todo el trabajo del piso), las interacciones posteriores a la entrega de guardia y pases de visita, donde revisan las indicaciones que dan los médicos adscritos durante estos procesos y organizan el trabajo. Juntas con residentes, donde se presenta a los de nuevo ingreso y se explica la estructura y funcionamiento de la residencia.
2. Además del acompañamiento de residentes, acudimos –durante tres meses– a distintos espacios y actividades, y pudimos observar las interacciones, esto incluyó: piso de Psiquiatría, consulta externa, urgencias, sesiones académicas y salones de clase.
3. Realizamos entrevistas a residentes de distintas jerarquías (1, 2, 3, 4), médicos adscritos y enfermeras. Aquí indagamos las trayectorias formativas y laborales.
4. Utilizamos como fuente de información las grabaciones de entrevistas, de sesiones y pase de visita. Igualmente, el diario de campo y de observaciones. Además, revisamos los censos y la descripción de algunas notas médicas. Se realizó la transcripción y sistematización de las entrevistas y observaciones.

Situaciones

Para describir nuestros resultados, elegimos una serie de situaciones para detallar los procesos formativos claves en la práctica y clínica psiquiátrica. Los episodios seleccionados muestran tres dimensiones:

1. La manera en que los residentes en lo individual y lo grupal manejan la organización del hospital y la atención a los pacientes en el servicio

de urgencias, que a su vez se articula con la Neurología, el proceso formativo y la dinámica institucional.

2. Las interacciones entre los distintos actores del servicio de Psiquiatría y el modo en que se teje, transmite y reproduce la cultura profesional de los psiquiatras en el CIFANEP, como parte del proceso educativo; y
3. Las interacciones de los residentes con los adscritos y la forma en que estos últimos participan en su formación.

Comenzaremos, pues, no sin antes aclarar que todos los nombres mencionados de las personas y las instituciones son seudónimos. A continuación se desarrollan cada una de ellas con la siguiente estructura que se plasma en los subtítulos de las situaciones: introducción, contexto, testimonio, análisis y conclusión.

Situación 1.

“En urgencias eres de los neurólogos”

Introducción

Después de un complejo proceso de selección de los aspirantes a las residencias médicas (Metodología del Proceso de Selección del Examen Nacional de Residencias Médicas, 2017), y de ubicación de las sedes donde existe el programa de especialización médica elegido, los residentes comienzan su proceso formativo, en este caso en el servicio de Psiquiatría del Centro de Atención de Salud mental y Neurológica (CIFANEP). Los residentes de nuevo ingreso trabajan de cerca con los de años posteriores y en la práctica clínica cotidiana aprenden en las interacciones con ellos. Por lo general, en los procesos de atención forman equipos de residentes que van desde el R4 hasta el R1, donde unos supervisan a otros. Además, se dividen las responsabilidades en las actividades, en la toma de decisiones y en el curso de las acciones subsecuentes vinculadas a las tareas asistenciales.

En el caso del CIFANEP, los residentes de psiquiatría coinciden con los de neurología en franjas de actividad como urgencias, consulta externa y algunas sesiones académicas en las que los intercambios comunicativos son ineludibles, mismos que no están exentos de tensiones y relaciones de poder. No solo las jerarquías y las actividades académicas influyen, sino la “cientificidad” de la especialidad (Ruíz Zavala *et al.*, 2016). En este último sentido, con respecto a la salud mental, la Neurología se acerca más al estudio de la morfofisiopatología del cerebro, mientras que la Psiquiatría a la comprensión del comportamiento y los estados mentales de los individuos con bases biológicas. Aunque en no pocas ocasiones estos objetos de estudio y atención se integran en la práctica, el énfasis en los procesos cerebrales o en los mentales, o incluso en los sociales, confiere un abordaje clínico distinto según la especialidad.

En el trayecto formativo, los residentes se incorporan a la dinámica hospitalaria y reproducen el orden social de cada franja de actividad, con sus asimetrías, sus limitaciones y sus potencialidades. Para dar cuenta de las características del aprendizaje situado y la manera en que sucede la práctica deliberada de los residentes de Psiquiatría en el CIFANEP, en los siguientes párrafos se presenta la experiencia de Ricardo, un R1 de psiquiatría en el servicio de urgencias, donde realizó su primera rotación al ingresar. Antes de mostrar su testimonio, se describe la franja de actividad a partir de la observación etnográfica realizada por las investigadoras. También se considera la reconstrucción narrativa que sobre dicho servicio realizan los residentes de Psiquiatría (R1 a R4), derivada de las entrevistas sostenidas con ellos(as).

Contexto

Para comprender la manera en que las historias personales de los residentes se anidan en la práctica clínica de diversas franjas de actividad en el orden hospitalario, en este caso el servicio de urgencias, es necesario

comprender el sentido que le confieren a sus actos. Desde la lógica individual, expresada en el diálogo y en la acción performativa, se interpretan las interacciones sociales en situaciones concretas. Al mismo tiempo, se develan las tramas institucionales que dan forma a los acontecimientos, los enunciados y el campo donde los agentes adquieren un *habitus* y ponen en juego sus capitales (Bourdieu, 1990).

En este apartado se describe la compleja franja de actividad denominada “urgencias”, en la polivocidad de los residentes de Psiquiatría, cuyo tránsito por este espacio/tiempo influye en su configuración identitaria profesional y en la reproducción de la dinámica institucional (Castoriadis, 2013).

Muchos de los R1 empiezan su rol en urgencias, lo que les causa inquietud, pues esperan incorporarse al servicio de la especialidad elegida, esto es, Psiquiatría. Su rotación en urgencias los motiva a estudiar Neurología para no sentir disonancia cognitiva en la atención, pues la mayoría de los casos son neurológicos, aunque después lo aprecian por los aprendizajes logrados. En palabras de Ricardo (R1): “[...] ni modo, hay que aprender. Hay que estudiar. Meterle ganas, porque ya estás allá en urgencias”; por su parte, Andrea (R2) expresa: “[...] es un buen de trabajo, un cambio fuerte en todo, en cómo vives tu vida, tus tiempos, tu energía. El R1 es un año súper cansado. Físicamente es cansado y al final es el año en el que más te exigen cosas”. Jorge (R3) refiere: “[...] tienes que agarrar ritmo para emparejarte lo más que se pueda con los de Neuro, pues sabes que ahí el giro es a Neuro”. También Pilar (R4) recuerda su primera rotación por urgencias y dice: “En urgencias prácticamente no es nada de Psiquiatría, nada, ves pura Neurología. Eres de los neurólogos, a los psiquiatras ni siquiera los conoces ni te conocen..., no eres ni de aquí ni de allá. Urgencias llega a ser muy pesado, porque puedes pasar hasta treinta y seis o treinta y ocho horas metida ahí”.

En este sitio, al igual que consulta externa, tiene lugar el primer contacto de los pacientes y familiares con el hospital, por lo que la diversidad de padecimientos neurológicos y psiquiátricos que se observan es amplia.

En urgencias, las guardias son intensas, pues es la única vía de acceso a la atención médica en la tarde-noche. Los residentes de Psiquiatría describen las guardias como fatigosas por el número de ingresos. Comúnmente, en el mes de marzo, entran los R1 y los demás residentes pasan al siguiente año académico, la transmisión del conocimiento práctico es un tanto apresurada, aunque en las semanas subsecuentes la enseñanza se intensifica y los procesos tienden a regularizarse.

Tanto consulta externa como urgencias son territorios dominados por los residentes de Neurología. Urgencias se divide en dos espacios: el área de consulta externa, afuera; y el área de hospitalización, adentro. Hay un acceso directo por una de las partes laterales del hospital, que es custodiado las 24 horas por un policía. En la parte exterior tiene una pequeña sala de espera y cuenta con una oficina de trabajo social que atiende exclusivamente esta área, también tiene un cuarto dedicado a la caja. Adentro hay una serie de pequeños consultorios conectados por un pasillo que desemboca en una sala muy pequeña para las reuniones de los residentes. Los consultorios están equipados con una cama, un escritorio, una silla y una máquina de escribir muy vieja.

El R3 de Neurología es el jefe de Urgencias, cabe aclarar que el programa académico de Neurología es de entrada indirecta, pues considera dos años de Medicina Interna seguidos de tres años de Neurología, de tal manera que el R3 en realidad lleva cinco años como residente. En cambio, la especialidad de Psiquiatría es de entrada directa y dura 4 años. Por lo general, el equipo de Urgencias está integrado por dos R1, un R2 y un R3 de Neuro, un residente de Alta Especialidad, un R1 y un R2 de Psiquiatría, más dos o tres rotantes de otros hospitales. La distribución de tareas es clara, los R1 y R2 dan la consulta inicial y ejecutan pendientes mientras que los R3 y R4 supervisan y apoyan en el diagnóstico/ tratamiento de los casos, deciden si se ingresa o deriva un paciente, organizan la logística y el buen funcionamiento de la franja de actividad en cuestión. Ricardo explica: “Tú evalúas al paciente y se lo presentas al R3 y él dice cómo

abordarlo o qué hacer”. En este esquema, la relación con el R3 de Neuro es clave para que la experiencia y el aprendizaje de los demás sean óptimos (Hamui-Sutton *et al.*, 2015).

Durante la rotación en Urgencias las actividades académicas se vuelven secundarias, los residentes de Psiquiatría dejan de asistir a clases y sesiones para darle prioridad a las labores asistenciales. Aunque ellos quieran ir a estos eventos, no les es posible, lo que hace sentir a los estudiantes desvinculados de las franjas de actividad propias de su especialidad: “[...] se entiende, hay mucho trabajo en Urgencias” (Ricardo, R1).

En la franja de actividad de Urgencias, las interacciones entre los médicos residentes de Neurología y Psiquiatría son tensas. La preponderancia de la Neurología sobre la Psiquiatría se expresa en actitudes que se manifiestan en la práctica clínica y en la valoración de los pacientes referidos que entran por Urgencias (Avendaño, 2002). La disputa se centra en qué casos debe atender el neurólogo y cuáles el psiquiatra, aunque de facto el R3 asigna a los pacientes con criterios neurológicos. Los psiquiatras argumentan que primero se debe descartar lo neurológico antes de referir el caso a Psiquiatría, pero no siempre es así. Ricardo (R1) explica: “Cuando envían a un paciente de otra institución porque no puede caminar pero dice en la nota ‘esquizofrenia’, sin revisarlo lo mandan a Psiquiatría, y no valoran primero su movilidad”. Andrea (R2) es más radical y refiere: “Los de Neuro se sienten los reyes de Urgencias y no se dan cuenta [de] que no es de ellos, es de todo el hospital. Desdeñan a los pacientes psiquiátricos y deciden a quien le dan cama y a quien no, porque creen que les mienten para que los internen y los cuiden aquí”. Jorge (R3) se refiere al tema de la credibilidad del paciente y dice: “Los pacientes que se hospitalizan entran por Urgencias o porque ya llevan mucho tiempo mal. Entonces, se programa su ingreso. Pero ahí en Urgencias tienes a los dos, al paciente y al familiar, entonces, es raro que dos personas digan mentiras en ese momento de la consulta”. Por su parte Pilar (R4) confirma: “Aunque seas R4 de Psiquiatría, en la consulta el encargado es el R3 de Neurología, igual

que en Urgencias. Porque casi todo es Neurológico. Entonces nosotros no tenemos tanto conocimiento como para lidiar con eso. El R4 de Psiquiatría también está encargado, pero más de la parte psiquiátrica. Tienes choques en cosas profesionales”.

En los párrafos siguientes se presenta una situación narrada por Ricardo, el R1, en la que vivió un evento tenso. Esta situación fue elegida, pues en ella confluyen múltiples procesos que reflejan la dinámica del orden hospitalario, la forma en que operan las relaciones jerárquicas entre residentes y las experiencias personales que van dibujando la identidad profesional del psiquiatra (Belcher, 2020). El testimonio fue extraído de la entrevista que una de las investigadoras co-construyó con Ricardo y que indagaba su experiencia como residente de Psiquiatría en el CIFANEP. Ricardo llevaba apenas dos meses de haber ingresado a la residencia y su primera rotación fue en Urgencias.

Testimonio

Síntesis del episodio

A. —¿Cuál ha sido en tu experiencia un caso que digas, este caso para mí, en este tiempo, ha sido muy significativo? Y por qué...

R. —Fue un caso de Miller-Fisher. Yo ni sabía que era un Miller-Fisher. Pero lo exploré y lo exploré bien. Me dijeron que estuvo muy bien. Pero me sentí solo. Me sentí abandonado. Al grado que llegué a mi casa y me sentía de que casi empecé a llorar de la frustración.

Encuadre de la trama

A. —¿Por qué?

R. —Llegó el paciente seis y media. Yo tenía clase... No, no había clase. Era miércoles. Tenía que ir... Ya no nos correspondía a nosotros. Y mi R3 me dijo: “Ve al paciente”. Sí, no fui a mi clase, porque el R3 nos dijo que no podíamos ir.

A. —¿En Urgencias?

R. En Urgencias, estábamos terminando la guardia entre semana. Y no es cierto. El que debe ver si llega un paciente y hay clase es el R2 y el R3.

Relato del episodio

A. —¿Y los dejaron a ustedes?

R. —A los R1. Entonces llegaron tres pacientes a las seis y media y cada uno estaba viendo un paciente. No llegamos a la clase. Fue significativo porque me di cuenta que no sé muchas cosas, me falta aprender. Parte de eso fue mi frustración. Pero también me sentía abandonado, porque nadie me ayudó. Dentro de ese abandono venía la frustración de, ¿a quién le pregunto? Iba y le preguntaba a los que iban a entrar al servicio esa mañana. “Pregúntale a tu R3”. Y mi R3 se había ido a desayunar, me dejó ahí.

A. —¿Y qué hiciste?

Incertidumbre y resolución

R. —Lo valoré yo. Se los presenté en la entrega a los que estaban ahí. Pero después de eso regresé con el paciente, lo seguí evaluando. Pedirle estudios. Pero nadie se dignó: “Oye, te falta algo, te puedo ayudar con algo”. Nadie. Fue así como que... entraban los que se iban a quedar ese día, pero ni me preguntaron si quería ayuda.

Mi R3 [de Psiquiatría]... el que me llevo mucho con él, me fue a buscar como a las ocho, ocho y media. Me dice: “Oye, güey, por qué no has entrado. Porque estoy con este paciente y mi R3 que estuvo de guardia...”. Él se quedó y me ayudó. Porque si no, jamás...

Apego a las normas

A. —¿Nunca te dijo nada el R3 que tenía que estar contigo?

R. —¿El que se fue? No.

A. —¿Esas prácticas qué tan comunes son?

R. —A mí me pasó, no sé si a alguien más le pasó.

A. —¿Hay establecidas ciertas normas como estas y se las saltan y ustedes no puedan hacer nada?

R. —Y no puedo decir, es que mi R3. Porque es R3. Ni quejarte, ni nada. Digo, con el otro R3 que me ayudó, le dije: “No manches”.

El paciente/ la patología: sentido clínico

A. —¿Es un paciente muy difícil?

R. —Es un Miller-Fischer.

A. —¿Qué es un Miller Fisher?

R. —Es un síndrome que trae apoplejía, debilidad, hiperreflexia, entonces no puede ni caminar.

A. —¿Era joven?

R. —Sí, como de treinta y ocho años. Tienes que checar la sensibilidad, todos los tipos, fuerza. Y demás. El paciente parecía que se iba a morir, estaba todo ponchado.

A. —Muy sorprendente para ti.

R. —Sorprendente no tanto, sino frustrante. Muy frustrante.

Análisis

Con base en el testimonio anterior, en los párrafos siguientes se presenta un ejercicio heurístico de la narrativa de Ricardo, basado en el análisis narrativo de Reissman, que nos permite profundizar en la experiencia formativa de los residentes de Psiquiatría en contextos clínicos característicos del orden hospitalario (Hamui, 2016). Para identificar los elementos que aparecen en el relato, se subdividió el texto en momentos y en temas, de tal manera que se procede a analizar tramo por tramo del intercambio comunicativo.

En el primer tramo, que se denominó “síntesis del episodio”, la investigadora formula una pregunta detonadora para que Ricardo narre un episodio significativo, el R1 lo identifica y lo asocia con un caso y una patolo-

gía “Miller-Fisher”. Ahí da inicio la trama, en escasas palabras se realiza un resumen de la experiencia: “Yo no sabía qué era”... “lo exploré bien”... “me sentí abandonado... frustrado”. En estos breves enunciados, el drama comienza ante la ausencia de conocimiento sobre la patología que estaba enfrentando, y aunque siguiera el ritual clínico de la exploración al pie de la letra, según él, no era suficiente para elaborar un diagnóstico del caso, lo que devino en sentimientos de soledad y en emociones como la frustración ante la incertidumbre y su incapacidad para resolverla.

Después de la evaluación inicial del acontecimiento, la trama narrativa prosigue cuando Ricardo trata de situar en el tiempo clínico el evento. El horario mencionado es relevante, las seis y media de la mañana, casi al final de la guardia en Urgencias. En el devenir del orden hospitalario, los cambios de guardia son especialmente sensibles, pues representan la transición de un equipo de salud a otro y la información debe ser transmitida con precisión para darle continuidad a la atención de los pacientes. Como refieren Guevara y Arroyo (2015), el cambio de turno es un tiempo clave para garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente, es el momento en que se transfiere la responsabilidad de un equipo de salud a otro. En el relato de Ricardo, esta transición provocó confusión sobre a quién le correspondía atender a los pacientes que llegaban, si a los que salían o a los que entraban. Ricardo dudó si tenía o no clase al terminar la guardia ese día de la semana, pero la orden del R3 de Neuro, jefe de la guardia, de que atendieran a los pacientes que iban llegando, marcó un punto de inflexión en la secuencia de los acontecimientos.

Otro aspecto que destaca en este segmento se refiere a la distribución del trabajo y las jerarquías entre residentes. Las guardias en Urgencias son territorio de los residentes, tanto de Neurología como de Psiquiatría. Por lo general, no hay médicos adscritos en las tardes o las noches. Ricardo se refiere al R3 de neuro como la máxima autoridad durante la guardia de urgencias, sus decisiones son acatadas por todos en esa franja de actividad. De facto, él dio la orden de que se quedaran a atender a los pacientes que

llegaban... y así fue. También mencionó a los R3 y R2 de Psiquiatría, quienes dan seguimiento a las actividades de los R1, como Ricardo, si asisten a clase, si van al pase de visita, etc. Una regla no escrita entre los residentes es que por ningún motivo se puede dejar solo al R1.

Lo anterior denota dos rasgos relevantes en el orden asistencial-educativo: uno, el trabajo en equipo opera, por medio de la supervisión, y es más o menos funcional; dos, las jerarquías se imponen tanto en la atención como en la transmisión de los conocimientos en el aprendizaje situado (Romero, 2015). Sin embargo, cuando la organización de los equipos de residentes se desplaza al final de la guardia puede dar lugar a experiencias descontextualizadas como la que experimentó Ricardo. Una decisión como la del R3 que dejó a los R1 sin supervisión y apoyo para la atención de los pacientes tiene consecuencias en el ritmo y forma de la atención del paciente y en el estado emocional del R1 que percibe afectada su seguridad como profesional.

Al narrar el episodio, Ricardo refiere que llegaron tres pacientes esa mañana que fueron asignados a tres R1, es decir, esto refleja que la indicación del R3 de Neuro no estuvo orientada a probar a Ricardo en una situación difícil, fue casualidad que le tocara un “Miller-Fisher”. Con autocrítica, Ricardo estaba consciente de su ignorancia, pero también de la relevancia de contar con otros residentes y redes de apoyo. Lo que percibe como “abandono” deviene en “frustración”, de no saber y de no contar con ayuda. Llama la atención que tampoco encuentra auxilio en otros que estaban ahí, pues a Urgencias ya había arribado el equipo de salud de la mañana. Ricardo les pidió ayuda, pero lo refrieron con “su R3” de la guardia nocturna, esto muestra la colaboración limitada por el mismo programa operativo. El episodio refleja la manera en que está configurada y funciona la franja de Urgencias, las lógicas interaccionales de la clínica colocaron al sujeto en esa circunstancia. El orden hospitalario, la cultura institucional y la dinámica operativa del aprendizaje situado se conjunta-

ron en la trama narrativa del evento donde las relaciones de saber/poder se hicieron visibles.

Ricardo se sentía fuera de lugar y de tiempo con un gran problema por resolver, pues él percibía que el paciente se podía morir, y sentía una gran responsabilidad hacia él y no lo abandonó. Aquel que lo podía salvar no estaba, se había ido a desayunar. En la trama de la situación, este es el clímax en la estructura narrativa y coincide con el momento más intenso de la incertidumbre en el manejo del paciente en la práctica clínica (Hautamäki, 2018).

El siguiente párrafo plantea el desenlace de la situación, la manera en que se resolvió la tensión. Ricardo llevaba dos horas sin encontrar la manera de solucionar la situación con el paciente. Fue hasta que lo buscó su R3 de psiquiatría, para saber por qué no estaba donde debía estar, en lenguaje coloquial de México lo cuestionó: “Oye, güey, por qué no has entrado”. La interacción entre este R3 y Ricardo destrabó la trama del evento narrado, lo que se resume en la frase “él se quedó y me ayudó”, y con eso se resolvió la situación. En estas líneas de la transcripción, la intervención del R3 de Psiquiatría no rompe las jerarquías y afirma la pertenencia de Ricardo con su especialidad, lo que afirma las alianzas grupales y ratifica su identidad. Un dato más que refleja esta última interpretación se refiere al uso del lenguaje. La expresión “güey” denota confianza, compañerismo y formas de relación que van más allá de las tareas institucionales. Las alianzas e incluso las amistades son necesarias para sobrevivir en el espacio clínico.

Una vez que concluye el relato del evento, la investigadora busca caracterizar este tipo de situación en los procesos de atención médica. A pesar de que ella pregunta si esto es común, Ricardo responde con cautela y no lo extrapola al resto de las prácticas hospitalarias, lo reduce a su propia experiencia. Tampoco culpa al R3 de Neuro. Él sabe que debe seguir sus indicaciones sin quejarse. No obstante, con el “otro” R3 de Psiquiatría, su amigo, comenta el hecho y con una expresión común y popular entre los jóvenes de la Ciudad de México, “No manches”, hace referencia a que no

podía creer lo que le estaba pasando. En este tramo se refleja la personalidad de Ricardo, se adapta a las circunstancias, no cuestiona a la autoridad, ni ponen en duda las reglas institucionales, pero cuando está en confianza con su compañero de Psiquiatría, evalúa el acontecimiento como increíble e injusto y en privado guarda un sentimiento intenso de frustración.

En el siguiente y último tramo, la investigadora se centra en el paciente y la patología de Miller-Fisher. Le solicita a Ricardo se lo explique. En el ámbito clínico, un síndrome de Miller-Fisher es una variante de Guillain Barre y se caracteriza por una parálisis progresiva y por oftalmoplejía, arreflexia y ataxia. Al explicarlo, el lenguaje del R1 es una mezcla de palabras biomédicas y comunes, dice: “Es un síndrome que trae apoplejía, debilidad, hiperreflexia y no puede ni caminar”, lo que no es preciso y denota un manejo parcial de la terminología clínica científica que se utiliza entre médicos. Good (2003) explica: “El estudiante de medicina debe aprender un lenguaje y determinadas maneras de acercarse a la realidad, y ello incluye modos especializados de ver, escribir y hablar”. El lenguaje contribuye al proceso de construcción de realidades sociales al resaltar que los discursos poseen efectos de verdad. Los discursos ayudan a configurar prácticas, instituciones, métodos de enseñanza y políticas sanitarias concretas. Ricardo describe la anamnesis así: “[se debe] checar la sensibilidad, todos los tipos, fuerza y demás”, y seguido hace una evaluación preliminar del paciente con expresiones coloquiales como: “Parecía que se iba a morir, estaba todo ponchado”. Más que sorprenderse por el caso que estaba viendo, Ricardo experimentó una gran frustración en ese momento complejo.

La temporalidad de la situación era compleja en la dinámica hospitalaria. Siguiendo el esquema de la dimensión temporal de Lalive d’Epinay (1990), primero se puede describir el ritmo clínico, el cambio de guardia en Urgencias, lo que desplazó de facto la posibilidad de contar con apoyo; por otro lado, el tiempo psicológico del R1 cuando, sin un diagnóstico, no sabía qué hacer con el paciente y, finalmente, el tiempo de vida del paciente que parecía “iba a morir”. Al sumarle el componente emocional, la frustración

aparece como la imposibilidad de satisfacer una necesidad; en este caso, y desde su percepción, salvar al paciente de la fatalidad. Ricardo experimenta este sentimiento que conlleva tristeza, desilusión y decepción, en sus palabras: “Me sentí abandonado. Al grado que llegué a mi casa y casi empecé a llorar de la frustración”. La resolución de la trama fue positiva para Ricardo y para el paciente, gracias a la intervención del R3 que llegó a buscarlo. Esto evitó para el R1 complicaciones afectivas como la depresión. El paciente se benefició de contar con un diagnóstico sobre su estado de salud, y para el hospital muchos problemas de coordinación y responsabilidad clínica en la compleja dinámica de la atención. Lo que aquí emerge también, además de la sensación de frustración de Ricardo, es una reflexión sobre el sentido de ubicar a un R1 de Psiquiatría en Urgencias recién llegado a la institución. ¿Se trata de provocar un impacto fuerte sobre el tipo de pacientes que atenderá y las tareas que realizará en lo sucesivo en el CIFANEP? o ¿Urgencias funciona como un filtro para asegurarse de la vocación profesional del R1? Tal vez esta forma de enseñar y aprender puede llegar a ser impositiva, pero se piensa que forma el carácter que requiere el profesional de la salud.

La trama narrativa se delineó en la siguiente secuencia: inició con la llegada del paciente en el momento del cambio de guardia en Urgencias, drama ante la incapacidad del R1 para atender al paciente por la incertidumbre de tipo técnico (Han, 2011), caracterizada por la falta de conocimientos; clímax, cuando, ante la gravedad del paciente, no encuentra apoyo y se siente solo y frustrado; desenlace, dos horas después, con la llegada de su amigo psiquiatra, el R3, que lo ayuda en el proceso de atención al paciente.

Conclusión

El servicio de Urgencias es un área donde las interacciones sociales tienen sentido en torno a la labor asistencial y a los procesos formativos de los

residentes que ahí realizan su práctica clínica. Urgencias es un reflejo del orden hospitalario; las actividades iterativas que ahí suceden están atravesadas por un “ethos” entendido como el conjunto de creencias, valores, normas y modelos culturales que orientan el comportamiento; es el núcleo de una cultura que caracteriza a una sociedad, grupo o institución. El “ethos” incorporado por un individuo va siendo introyectado como *habitus* en las acciones performativas que realiza y constituye así su identidad socio-cultural, orienta la regulación de los acontecimientos e interviene como principio ordenador de la acción, lo que se expresa en valores compartidos, creencias, preferencias, formas de relación, relaciones de poder, normas y reglas que se actualizan al ser acatadas o desafiadas (Lalive d’Epinay, 1990). Las actividades cambian según la posición que se ocupe; no obstante, las responsabilidades y la distribución de las tareas están establecidas. En la situación analizada, la posición de Ricardo como R1 y las relaciones de poder entre los residentes de la guardia en Urgencias, la responsabilidad profesional asumida ante el paciente y la supervisión de la práctica clínica constituyen el marco de referencia en el que cobran sentido las interacciones narradas. Ser novato no es sinónimo de ignorancia, el R1 para eso está ahí, para ser formado, la experiencia de Ricardo muestra la manera en que lo formal, lo informal y lo oculto en la dinámica interaccional se intersectan en la práctica clínica cotidiana de la institución.

En la trayectoria de la formación del psiquiatra, episodios como el relatado por Ricardo reflejan las cualidades y capacidades que se esperan de un especialista en psiquiatría con orientación hacia la Neurología. Los contextos clínicos son entornos supervisados en los que el residente aprende con otros. Las tramas institucionales están entrelazadas en el lenguaje médico que permite la construcción del objeto nosológico por medio del razonamiento clínico. En el episodio narrado Ricardo no logró concretar el acto clínico y el aparato educativo falló en darle el apoyo en su proceso de aprendizaje. Cuando este cobijo interactivo desaparece, la situación de vulnerabilidad de los aprendices queda expuesta y puede tener

consecuencias en la configuración de su identidad personal, en la atención del paciente y en el funcionamiento del sistema institucional.

Situación 2.

***“En el mundo real uno no tiene a un lado un PET
o una resonancia magnética”***

Introducción

Como ya habíamos mencionado, la Psiquiatría se caracteriza por su naturaleza híbrida entre las ciencias sociales y naturales (Berríos, 2011). Los síntomas mentales también son objetos híbridos que se encuentran constituidos por una amalgama especial de señales biológicas, configuraciones personales, familiares, sociales y culturales (Luque, 2015: 568). En cada escuela, en cada espacio de atención clínica, se han construido narrativas específicas e independientes que se acoplan de manera diversa a las divisiones en las que la disciplina ha devenido, haciendo distinciones entre la Psiquiatría Biológica, Psicodinámica y Social. El patrón dominante en el CIFANEP se caracteriza por la vinculación entre las configuraciones –conductas– al cuerpo –cerebro– (Luque, 2015). Pero ¿cómo se manifiesta esto en la práctica y formación de los psiquiatras en el CIFANEP?

Convertirse en un profesional, ya sea de la medicina o de cualquier otra disciplina, implica obtener conocimiento a través de la educación formal, pero además adquirir un sistema de valores común que no solo hace afín a una persona a una profesión, sino a un ejercicio particular de esa profesión (Rapisarda y Miglioretti, 2019). Los psiquiatras en formación son introducidos a una “cultura profesional” en el que se desarrollan un sistema de valores, esquemas y saberes compartidos, además de formas de afrontamiento a situaciones imprevistas y cambiantes (Bloor, Dawson, 1994). Para comprender cuál es la cultura profesional de los residentes

del CIFANEP hay que considerar dos niveles de reflexión, tanto teórico –entendido como el conocimiento explícito– como el práctico –generalmente poco manifiesto– (Villagran, 2007). Esto supone reconocer el *habitus*, es decir, las disposiciones duraderas que estructuran, organizan las prácticas regulares y reguladas (Bourdieu, 1998). En este apartado nos preguntamos cómo se inserta la clínica psiquiátrica en la atención médica en un campo en el que predomina el paradigma neurocientífico y a partir de este cuestionamiento nos preguntamos ¿Existe una “cultura” psiquiátrica y cómo se expresa en las narrativas performativas y discursivas en los servicios donde se forman los RS? ¿Cómo se expresan las relaciones de poder/saber entre los especialistas de la Psiquiatría? ¿Cómo se traduce en las jerarquías y los capitales (simbólicos, académicos, sociales, políticos, económicos) en cada estrato? ¿Cómo la identidad de los psiquiatras como grupo es creada y sostenida a través de las narrativas dialógicas y performativas? Particularmente nos abocamos al análisis de la franja de actividad denominada “Sesiones de Psiquiatría”, por ser el espacio por excelencia en el que se condensan la vida hospitalaria y la enseñanza.

Contexto

Las sesiones académicas son una de las actividades de aprendizaje más importantes en el entorno clínico. Son una herramienta fundamental en la enseñanza y formación de la medicina. A través de la exposición de un caso clínico, se despliega conocimiento de todo tipo: clínico, administrativo, asistencial, teórico, etcétera. Es, además, un espacio donde las jerarquías entre médicos adscritos, residentes, trabajadoras sociales y todo el personal de salud se manifiesta y refuerza, pero también es un lugar donde se produce y reproduce un cierto tipo de discurso, conocimiento que da forma a la “cultura psiquiátrica” del CIFANEP. Son actividades iterativas que han sido diseñadas y transmitidas por el orden médico para evaluar a los médicos en formación y para puntualizar qué se debe saber, qué se

debe hacer y qué se debe evitar en la atención clínica (Apker y Eggly, 2004). A través de estas acciones continuas, el CIFANEP constituye la matriz en la que se produce y reproduce el conocimiento; es la organización medica-técnica-administrativa que organiza y provee las coordinadas espacio-temporales, las normas y los valores que enmarcan las interacciones (Ferrero, 2003).

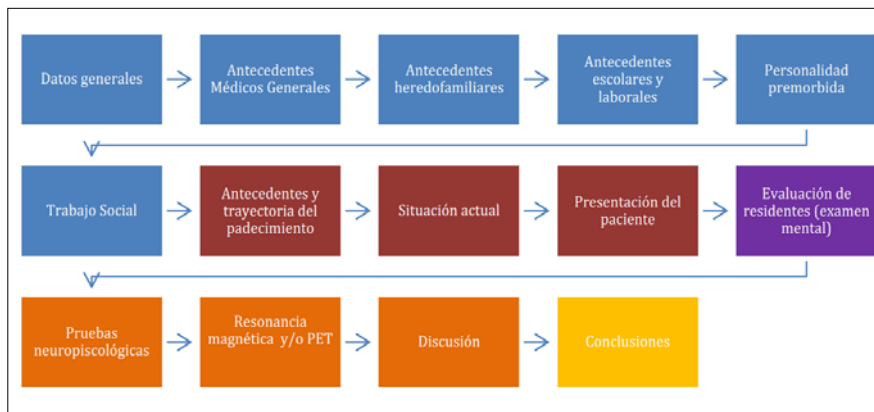
En el CIFANEP, cada área tiene sus propias sesiones; por ejemplo, Neurología tiene sesiones, igual Neurocirugía, lo mismo sucede con Psiquiatría, pero además hay sesiones generales en donde todos los residentes, sin importar la adscripción, deben participar. En estas últimas, las presentaciones se relacionan con tópicos más generales, no necesariamente con presentación de casos, aplicables a todas las disciplinas; por ejemplo, la ética en la Práctica Clínica, Historia de la Medicina, entre otros. Aunque también predominan temas generales de Neurología.

Cada semana durante todo el año, con excepción del fin de año académico, vacaciones decembrinas y algún otro evento que implique la participación de los residentes, se celebran estas sesiones. En Psiquiatría se realizan los viernes y duran de 10 a 12:00 del día. La asistencia es obligatoria para los residentes y se espera que también asistan los médicos adscritos. Aunque están dirigidas a los residentes de Psiquiatría, suele acudir también estudiantes de pregrado, de Neuropsiquiatría y algún otro estudiante o investigador interesado en los temas. Las sesiones son presentadas por los residentes de menor grado R1 y R2, quienes son guiados por los R3 y R4; sin embargo, cuando se trata de presentaciones de Neuropsiquiatría, es presentado por los R4 o algunos estudiantes de posgrado. Aunque los casos están a cargo de los residentes, ellos se valen de la ayuda de los especialistas de cada área, por ejemplo, cuando hablan de las cuestiones sociales, familiares o económicas piden a la trabajadora social que presente las características del paciente, cuando presentan una evaluación cognitiva intervienen las neuropsicológicas, etcétera.

Se intenta que se presente en el mismo lugar, pero hasta hace menos de cinco años el servicio no contaba con un espacio único donde realizar las

sesiones; sin embargo, debido a una reciente remodelación, ya se tiene un espacio para hacerlas. Hay una disposición espacial establecida de facto, la sala se divide en dos partes (cada una de ellas tiene entre 5 o 6 filas): de un lado se sientan los residentes, generalmente se ubican en grupos de acuerdo con su nivel R1, al final; y los Rs de mayor grado, en las primeras filas. Los adscritos se sientan en las primeras filas del otro bloque, incluso –si no han llegado– nadie ocupa estos lugares. Si alguien llega a hacerlo, al momento en que ingresan los médicos adscritos ceden su lugar. En este otro bloque también suelen acomodarse otros participantes, como neuropsicológicas, trabajadoras sociales, etcétera, pero en la parte de atrás de la fila. Además, hay un orden en la presentación del caso, es una rutina estandarizada *ad hoc* (Brodwin, 2011), que generalmente es la siguiente:

Esquema 1. Secuencia en las sesiones académicas de Psiquiatría



Fuente de elaboración propia

La mayoría de los casos que son presentados son elegidos durante los pases de visita y entregas de guardia. La decisión de incluirlos puede ser porque no hay claridad respecto a la clínica, porque son un ejemplo importante para algún elemento del conocimiento, la Semiología, etcétera.

Las historias clínicas que se presentan en las sesiones académicas pueden mostrar el patrón narrativo y estilo de pensamiento de la psiquiatría

clínica. Este patrón narrativo que ha sido altamente codificado dentro de la profesión psiquiátrica es utilizado para recontextualizar la historia narrativa del paciente (Berkenkotter, 2008), es construido y reproducido en todo momento en la formación de los residentes: en consulta externa, en Urgencias, en el pase de visita, etcétera. Las franjas de actividad de las sesiones académicas representan un espacio privilegiado para ver cómo ordenan la información oral. Examinar las narrativas grupales que se co-construyen en las instituciones permite tomar piezas performativas de recreaciones dramáticas espontáneas que dan cuenta de la vida grupal. En los actos performativos grupales dirigidos a una audiencia y que en este caso tiene como fin la formación, se observan los métodos de enseñanza, los contenidos formales e informales de la disciplina en la institución y la reafirmación de roles y jerarquías en las interacciones entre formadores y los estudiantes (Reissman, 2008). Para describir cuál es la cultura psiquiátrica de la institución y cómo se expresa en las franjas de actividad de las sesiones, exponemos de manera secuenciada una serie de situaciones que constituyen las tramas de la narrativa grupal de una sesión.

Fragmento de interacción

Las narrativas son artefactos, vehículos para comprender los arreglos culturales y sociales de un grupo de personas. Cuando tenemos información etnográfica en donde se relatan interacciones coreográficas complejas⁶ en grupos donde se produce y actúa una narrativa, como en el caso de las sesiones, una estrategia para la presentación y estudio es el análisis performativo y dialógico que recuperan algunas herramientas del enfoque estructural y temático que propone Riessman (2008). Esto supone enten-

⁶ Aquí usamos el término “coreográfico” como una metáfora que da cuenta de interacciones complejas sucesivas en la que se coproduce una historia en donde se considera el espacio entre el narrador y el oyente, el hablante y el escenario, el texto y el lector; la historia y la cultura de un grupo (Reissman, 2008: 105).

der a través de las narrativas ¿de qué se habla?, ¿cómo se habla?, ¿quién habla?, ¿cuándo y por qué se habla?

El primer punto de este abordaje metodológico exige explicitar la posición de las investigadoras que fueron parte de la audiencia en la sesión académica que abordaremos. Como ya hemos mencionado, en nuestro trabajo de campo accedimos a múltiples espacios donde sucede la formación de los psiquiatras, respecto a las sesiones académicas, acudimos a veinte, en todas ellas nuestra presencia siempre fue explícita y negociada, porque hablamos con anterioridad con los directivos, médicos adscritos y algunos residentes de nuestro trabajo y nuestro objetivo principal, aquí un ejemplo de una conversación al respecto:

Médico adscrito: —Hola, hola ¿cómo estás?, vamos a ver este caso, este caso que no es tan fácil.

Investigadora: —¿Sí? Pero yo vengo a verlos a ustedes.

Médico adscrito: —Sí, claro, y al caso porque es la ruta para entendernos ¿no?

Investigadora: —Sí, por supuesto.

También quedaba claro nuestro interés por la disciplina como vía de comprensión de la construcción identitaria de los médicos en formación. Siempre hubo un ambiente de cordialidad y en todo momento nos limitamos a observar sin intervenir abiertamente en ningún tipo de discusión, aunque si hacíamos preguntas a algunos médicos o residentes que se encontraban cerca de nosotras para resolver alguna duda sobre las interacciones y representaciones que presenciábamos.

Los temas que abordaremos en el análisis de la sesión son la formación organizacional-formativa, los saberes neuropsiquiátricos y el uso de la tecnología. Para la presentación de la estructura del fragmento recurrimos a la propuesta de Robichaux (2003), quien ocupa algunos elementos del análisis estructural de Labov (1972), si bien Riessman advierte que en las transcripciones y reconstrucciones de las interacciones grupales es más

complicado encontrar esa estructura, consideramos que nuestra elección secuencial de fragmentos si lo permite. Utilizamos la transcripción de grabaciones de las sesiones y la descripción de las observaciones.

La sesión que elegimos era parte del trabajo realizado en el área donde se investigan las demencias, esto implica que –a diferencia de las sesiones generales de Psiquiatría, que son a cargo de residentes de recién ingreso (R1 y R2)– la sesión estuvo a cargo de una R4. La historia clínica presentada es sobre el caso de un paciente que lleva 11 meses de atención en la Institución, después de ser derivado de un neurólogo particular que lo refiere desde un estado de la República Mexicana. El paciente es un hombre de 53 años que trabaja en el campo, de bajos recursos económicos y con baja escolaridad y que es traído por su esposa al CIFANEP, quien relata una multitud de situaciones y acciones que son catalogadas como síntomas por los médicos, y encuadrados como ansiedad generalizada, olvidos, cambio en su personalidad “se vuelve más sociable”, problemas de sueño, movimientos involuntarios, entre otros que fueron apareciendo en una evolución de casi 1 año y parecen apuntar a un probable diagnóstico de demencia. Dentro de las narrativas grupales para llegar a ese diagnóstico, y sobre todo para formar a los residentes, sobresalen las siguientes situaciones.

La primera situación se refiere al tema organizacional-formativo que se encuentra inserto en la formación médica y se refiere a que los residentes no solo deben entender la anatomía del cerebro, la estructura de una entrevista y los síntomas psiquiátricos, deben además conocer el funcionamiento administrativo, organizacional de la institución y cómo se articula con la atención clínica. En este caso, una vez descrita la historia y estado actual del paciente, la primera pregunta que hace la R4 a la audiencia es por qué se decidió ingresar al paciente a consulta externa y no se internó a pesar de la gravedad.

Testimonio

Fragmento 1

Tema: Organizacional-formativo

Síntesis del episodio

Para octubre, no hay mejoramiento con el manejo y las mioclonías⁷ ya se volvieron generalizadas a los dos miembros izquierdo y derecho. El paciente aún se podía comunicar, aún caminaba con ayuda y el neurólogo —al observar que continuaba con los síntomas— lo envía a valoración al CIFANEP. Analizan y deciden el abordaje por la consulta externa.

Encuadre de la trama

R4: —¿Qué opinan que decidan el abordaje por consulta externa? ¿Cuánto tiene de progresión este cuadro?

Respuesta del encuadre

R2: —Once meses y el hecho que se haya abordado por consulta externa es para hacer más pruebas y es el tiempo que requiere para empezar a evaluar cuáles son las principales causas reversibles.

R4: —Ajá, justo eso que acabas de decir, ¿qué te parece? ¿Qué es un cuadro...?

R2: —Pues es un cuadro aparentemente muy rápido.

R4: —Es una “progresión rápida”, entonces ¿qué tienes que hacer en una progresión rápida? Descartar...

R2: —Descartar todas las causas reversibles.

R4: —¿Qué pasa si no descartas *esas causas reversibles*?

⁷ Las mioclonías pueden ser causadas por diversas enfermedades, provocando alteraciones del sistema nervioso. Se definen “como sacudidas (o inhibiciones de la contracción —mioclonías negativas o asterixis—) musculares súbitas y breves de músculos aislados o de un grupo neuromuscular que pueden o no producir desplazamiento” (Luquin, Burguera, Alonso, Jiménez, 2015: 4490).

Discusión

R2: —*Le quitamos la oportunidad al paciente de un buen pronóstico.*

R4: —Justo de que el paciente no se deteriore más y le puedas hacer que tenga mayor recuperación. Entonces al enviarlo a la consulta externa, ¿qué estamos haciendo? Prolongar el tiempo en que se va a atender. Entonces este paciente llegó en octubre con nosotros para noviembre, este paciente ya había perdido movilidad, aquí llegó caminando y todavía se comunicaba, hablaba y entendía, para noviembre llegó sin capacidad de comunicarse y solamente órdenes simples, ya llegó en silla. En nuestra primera visita a la clínica de demencias fue en octubre, noviembre, diciembre, dos meses después de que nosotros lo *interceptamos* en la consulta externa el paciente estaba *completamente mutista*, su examen mental prácticamente poco valorable.

Final de la narrativa

R4: —Ya no podíamos saber qué había en el *pensamiento del paciente*.

Enseguida, como parte de la presentación del caso, se decide mostrar un video donde se observa a un residente (de Neurología) pidiendo al paciente algunos movimientos y haciendo algunas maniobras con él en una cama del hospital. Quien manipula al paciente es un joven residente, el paciente no interactúa, ni emite palabras.

Fragmento 2

Tema: saberes neuropsiquiátricos

Síntesis del episodio

Las maniobras realizadas y el estado del paciente no permiten una conclusión clara del tipo de síntomas que se observa.

Encuadre

Dra. Silvia (PS⁸): —¿Y esa postura?

Dr. Lalo (NS): —No lo sabemos y no lo dice él. El tono no se ve, es incorrecto decir que tiene hipertonía. No se ve, pero se puede asumir, pero no se está viendo.

R4: —No, está descrito en las notas, ¿no?

Dr. Lalo (NS): —Eso yo creo, que *si lo describieron como tal, ahí lo pudieron ver, pero aquí no estamos viendo* una adecuada exploración del tono, por que podría ser espasticidad, rigidez, paratonía y eso no lo sabemos y eso semiológicamente es abordable en la clínica.

R4: —A ver ¿cuál es la diferencia?, ¿qué es la rigidez? a ver un R2. Así, en palabras simples, ¿cómo podrías decir un paciente está rígido o está espástico?

R2: —Es la resistencia al movimiento... no sé.

R4: —¿Quién le ayuda, alguien que sepa? Para saber si es rigidez, es que todo el arco del movimiento está presente, es como si todo el arco estuviera presente.

Audiencia: —Se oyen exclamaciones sobre el desacuerdo en la afirmación que acaba de hacer la R4.

Dr. Lalo (NS): —A ver, lo que comparten es la hipertonía, ¿no? El músculo se mantiene y entonces tú quieres saber si con la velocidad se modifica o no se modifica. Si no se modifica en todo el ángulo del movimiento, en toda la extensión del ángulo del movimiento, entonces puedes hablar de rigidez. Y la rigidez generalmente se siente como una barra de plomo o como una rueda dentada; en cambio el aumento del tono se puede *sentir* también como un fenómeno espástico, en el cual es modificado por la velocidad, y al llegar al punto terminal del ángulo de movimiento se libera como navaja de muelle, y el último que es la paratonía.

R4: —Muy fácil, ja, ja, ja, (la risa de la residente se observa como una

⁸ PS se refiere a Psiquiatra y NS Neuropsiquiatra.

burla ante la *expertise* del neurólogo, quien domina el lenguaje y tecnicismos de la Neurología, la fluidez de su intervención no se compara con el conocimiento de los psiquiatras en formación, por eso parece ser una actitud sarcástica de la residente, quien con esto demuestra cierto grado de intimidación).

Crisis

Dra. María (**PS**): —Bueno yo creo que también hay cosas que inferes, por ejemplo, no se ve que el paciente tenga una postura que él elija.

Dra. Marcela (**NS**): —Una postura fija, ya sea abigarrada o incómoda que mantenga al paciente [...]

Dr. Lalo (**NS**): —Eso es importante.

Dra. María (**PS**): —Por que eso es importante, porque cuando estás describiendo lo estás imaginando, imaginas lo que estabas viendo ¿no? La descripción cuenta mucho cuando uno no está viendo a un paciente y estás viendo una nota de hace tres meses o dos meses.

Dr. Lalo (**PS**): —El límite de eso es cuando ya estás utilizando una terminología que es propia para una exploración, o sea, describimos las cosas en medidas que son apropiadas, no medimos los volúmenes en centímetros.

R4: —Por eso es importante que quien lo explora sepa este tipo de cosas, que sepa diferenciar y lo describa adecuadamente ¿no? O sea, que no nos ponga que está paratónico cuando no lo está, para que todos hablemos el mismo idioma.

Final de la narrativa

Dra. Sandra (**PS**): —Esto es muy importante para el residente.

Dra. Marcela (**NS**): —Claro, para quien está haciendo las notas y que entienda que eventualmente alguien más las va a leer.

Parte de las sesiones, como lo demuestra el Esquema 1, es el análisis de exámenes paraclínicos, imágenes y cualquier tipo de herramienta tec-

nológica que esclarezca la información clínica. El último fragmento que presentamos se refiere a su utilización en el caso.

Fragmento 3

Tema: uso de la tecnología

Síntesis del episodio

R4: —Es importante hacer una historia clínica con varios familiares para tener información con varias fuentes, los laboratorios generales, la punción lumbar, el electroencefalograma, la resonancia magnética, el estudio de imagen es lo que nos va a dar un abordaje más o menos que nos cubra todas las causas de su demencia rápidamente progresiva, sin hacer de más, pero tampoco sin dejar de lado algún dato que nos pueda orientar.

Encuadre

Dra. María (**PS**): —Ahora, este es un mundo diferente al real. En el mundo real uno no tiene a un lado un PET o una resonancia magnética. O a veces ni siquiera hay dinero para hacerse todos los estudios; entonces, uno a veces tiene que pensar cómo va a hacer el abordaje, porque hay gente que viene de lugares donde no hay resonador. Acá el psiquiatra puede tomar muchas cosas porque sabe que acá las tiene. Hay cosas que uno hace porque sabe que así es la guía y porque sabe que es lo más correcto y otras que sabe que *tiene posibilidades de hacerlo*.

Crisis

Dra. María (**NS**): —A veces nos llegan pacientes que tienen PET y no tienen resonancia y eso está muy mal, es un abuso.

Dr Lalo (**PS**): —Bueno, yo no pienso que sea abuso, yo pienso que culmina en un abuso, más bien es *desconocimiento*. Esta semana estuve con los residentes de Psiquiatría para explicarles cómo se hace el abordaje

por imagen de un paciente con demencia y el abordaje es calorífico y se tiene que hacer una imagen que excluya tumores y lesiones estructurales y luego clasificar la leucopenia, tienen que definir el patrón de atrofia y si todo esto fuera posible por tomografía o resonancia magnética las realidades, pero la mayoría de la gente está pensando ¡no, pues, le voy a excluir un paraneoplásico! Mmm, no, que es como entonces nos vamos a pelear con una serie de enemigos imaginarios todo el tiempo y vamos a pedir estudios sin el orden apropiado.

Conclusión de la narrativa

R4: —Además, la mayoría de nosotros vamos a ejercer en lugares donde no vamos a tener un PET, entonces, acostumbrarse a la buena vida está mal, hay que acostumbrarse a hacer diagnósticos solo con los estudios de imagen.

Dr. Lalo (**NS**): —Y eso es lo que corresponde, en realidad los estudios de PET son para investigación, y en ese sentido es cuestionable estar haciéndolos con fines asistenciales.

Análisis

Los fragmentos presentados representan un ejemplo del aprendizaje situado, donde —a través de la resolución de problemas— los residentes analizan situaciones reales en la presentación de casos, ahí con en un espacio-orden construido para la enseñanza deben analizar, estudiar y reflexionar sobre cómo es el proceso de construcción del conocimiento de su disciplina a través de las historias de los pacientes y su familiares. Además, a través de la formalidad de las presentaciones de casos se muestra y reafirma la disparidad entre residentes y adscritos, y enseña a estos últimos las distinciones de estatus (Erickson, 1999).

A diferencia de otras actividades académicas, las sesiones tienen una naturaleza deliberadamente participativa, donde se evalúa a los residentes

a través de la exposición de un caso, pero donde el objetivo excede la “resolución” de este, ya que los estudiantes deben demostrar la información médica y habilidades clínicas, pero además su capacidad para recopilar información relevante, desafiar teorías y decisiones y defender sus propias perspectivas. Son espacios donde, a través de la interacción con compañeros y superiores, se construye la identidad profesional en una comunidad médica determinada y conocen y reconocen los principios de la práctica psiquiátrica (Apker y Eggly, 2004).

Respecto del Fragmento 1, las narrativas performativas nos hablan de los aspectos organizativos relacionados con la formación de los residentes. En el CIFANEP, los encargados de consulta externa, particularmente del primer filtro para decidir quién y cómo entra a ser paciente de la institución son los residentes de primer grado R1, que son supervisados por residentes mayores, pero que no cuentan con la pericia necesaria para detectar padecimientos complejos —como los de orden neuropsiquiátrico, donde hay una compleja concatenación de síntomas neurológicos y psiquiátricos, fluctuantes y cambiantes—, la evolución del padecimiento y que, además, pueden ser de rápida progresión. La comunicación aquí es de regaño y la primera respuesta de una R2 no parece detectar la preocupación de la R4, pues no cuestiona la decisión de enviar al paciente a consulta externa. Sin embargo, cuando la R4 cambia el tono y pasa de un cuestionamiento a una queja por la falta de atención que puede generar consecuencias graves, la R2 modifica su actitud y su respuesta inmediata es: “Le quitamos la oportunidad a un paciente de un buen pronóstico”. Ella, aunque no hizo la admisión del paciente, se asume como parte del problema por ser R2 y estar familiarizada con estas situaciones. La estrategia de regaño sigue durante todo el diálogo, no solo haciendo ver el mal pronóstico del paciente, sino por el deterioro actual que hace imposible su abordaje. Esta técnica de la R4 es parte del aprendizaje situado que apela a sensibilizar a los residentes a través de la experiencia basada en la resolución de problemas. Las valoraciones que la R4 hace desde su

experiencia se ubican en el espacio de lo regulado y de lo posible, la crítica que vierte en la decisión de los residentes de consulta externa tiene como meta establecer un proceder sistemático de la atención clínica que considere la “progresión, causa y pronóstico de los padecimientos”. Este fragmento también da cuenta de cómo en las sesiones, al igual que con los pases de visita, no solo se evalúa el conocimiento médico, la habilidades para hablar en público, sino el desempeño en las áreas de juicio clínico de los residentes (Gross, Donnelly, Reisman, Sepkowitz y Callahan, 1999).

La descripción del fragmento también deja ver cómo se solventan en la práctica las fallas en la organización de los pacientes, a través de mecanismos no formales. La R4 narra que a pesar de la omisión de los residentes de preconsulta para aceptar y canalizar al paciente dentro del CIFANEP, en algún momento de la visita es observado por los residentes de mayor grado y las encargadas del área de cognición y conducta, y deciden que debe ser ingresado: “Interceptamos al paciente”.

La narrativa performativa del Fragmento 2 habla de distintos aspectos; por un lado, aborda las formas en que se debe explorar a los pacientes, los recursos con los que se pueden observar, por ejemplo, el uso del video. Igualmente, habla del tipo de conocimiento de los médicos, según su posición: cuando la R4 pregunta a los R2, les especifica que respondan de manera sencilla “Así en palabras simples”, esto da por sentado que este grupo no tiene aún las habilidades para describir los conceptos complejos con un lenguaje elaborado propio de las disciplinas que están en juego y reafirma la posición de poder de la R4. Aquí es importante resaltar cómo los residentes de mayor grado, y particularmente los médicos adscritos, encarnan los valores y normas de la medicina y son los principales vehículos en la transmisión oral de la cultura médica (Hafferty, 1991).

Igualmente se observan algunas limitaciones de la disciplina en la práctica subjetiva de la clínica, específicamente cuando el residente de Neurología manipula incorrectamente el cuerpo del paciente se revela que evaluar los “síntomas duros”, también dependen de las habilidades de

los médicos. Además aborda el tema de los expedientes clínicos como un artefacto que articula toda la práctica de los distintos profesionales que intervienen en la atención del paciente, de ahí la exigencia de poner más atención en su elaboración. (Berkenkotter, 2008). Esto lo habla a través de una secuencia teórica-práctica en la que los residentes prueban conceptos a través de una reflexión basada en la acción. Como se ha documentado, la erudición de la cultura médica es construida socialmente por sus miembros (Lupton, 1994). Las secuencia de las participaciones entre la R4 y los psiquiatras y neuropsiquiatras demuestran el predominio de la práctica de la Psiquiatría Biológica cercana al paradigma neurológico, no solo por el contenido de la descripción, sino por la preeminencia de la voz del neuropsiquiatra frente al resto de los participantes.

La relaciones poder/saber constriñen y posibilitan el conocimiento. La R4, quien dirige la sesión, asume que –a pesar de las habilidades adquiridas– debe hacer caso al neuropsiquiatra, quien construye una definición detallada de la clínica neurológica. El sarcasmo de la respuesta de la R4 ante tal despliegue de conocimientos: “Muy fácil, ja, ja, ja”... escenifica la distancia entre los saberes neurológicos y psiquiátricos y la reafirmación entre la jerarquía de los residentes y los médicos adscritos. Esta interacción de los adscritos con los residentes de mayor jerarquía les enseña a los residentes a articular el lenguaje de la medicina (Apker y Eggly, 2004). En diversas investigaciones, se ha detallado que las evaluaciones a los residentes en espacios como las sesiones exigen concisión, relevancia, suavidad de entrega y dominio del lenguaje técnico, tal como lo despliega el adscrito de Neuropsiquiatría (Lalo, Gross, Donnelly, Reisman, Sepkowitz y Callahan, 1999). Además, el discurso de este médico sobre la diferencia entre rigidez y otros problemas del movimiento y la obligación de tener un lenguaje común construye el habitus del residente, le enseña la manera de ver, sentir, discernir, hablar y escribir (Bourdieu). Por último, las recomendaciones de la Dra. María: “¿Por qué eso es importante?, porque cuando estás describiendo lo estás imaginando, imaginas lo que estabas

viendo”, es un claro ejemplo de la “reflexión en la acción y sobre la acción”, que propone Schön (1983).

En el Fragmento 3, la narrativa performativa aborda el uso de las tecnologías y su articulación dentro y fuera de la institución. En la síntesis del fragmento se hace alusión a todas las herramientas clínicas y tecnológicas, abordaje que distingue al CIFANEP de otros lugares de atención psiquiátrica en donde no suele hablarse de los aspectos neurológicos y neuropsiquiátricos. Esta alusión de la R4 dará entrada a un problema importante respecto al uso injustificado de algunos recursos. Ella plantea que es necesario valerse de todos estos elementos, pero conmina a la audiencia a usarlos con ciertas limitaciones “sin hacer de más, pero tampoco sin dejar de lado algún dato que nos pueda orientar”. Sin embargo, son los médicos adscritos los que plantean abiertamente que hay un abuso de su uso cuando probablemente no es necesario para llegar a un diagnóstico y, sobre todo, no responde a las posibilidades económicas de los pacientes: “A veces nos llegan pacientes que tienen PET y no tienen resonancia y eso está muy mal, es un abuso”. Si bien hay un momento de tensión entre el neuropsiquiatra (Lalo) y la psiquiatra (María) en tratar de entender y explicar esta conducta, el primero alude a “la falta de conocimiento de los residentes”; y la segunda, al “abuso” –se llega a la conclusión que más bien responde al Ethos de la institución que, como mencionamos en la “Introducción”, está enfocado a la atención y docencia, pero también a la investigación–; no obstante, concluyen que no es correcto en la atención clínica: “En realidad, los estudios de PET son para investigación, y, en ese sentido, es cuestionable estar haciéndolos con fines asistenciales” (Lalo NS). Esta disparidad entre las posibilidades de uso de la tecnología y las posibilidades de acción de los médicos residentes representa una afrenta a la formación médica que inculca el imperativo de intervenir, del hacer, del accionar (Good, 1995). Se crea una sensación de futilidad que cuestionan la formación médica, por ser anacrónica frente a la realidad estructural de la atención en salud mental en México, donde la mayoría de las per-

sonas que sufren trastornos mentales graves no tienen empleo o seguridad social, situación que se conjuga con las enormes brechas de atención debido a la falta de especialistas en toda la República y la precariedad del presupuesto asignado a la atención, a pesar de la alta prevalencia y discapacidad de este tipo de trastornos (Díaz-Castro *et al.*, 2020). Como hemos abordado en la “Introducción” del capítulo, en los últimos años la formación y la educación psiquiátricas han incorporado la revolución en las neurociencias, y en el CIFANEP ha sido con mayor intensidad, pero, al mismo tiempo, ha prestado poca atención a los poderosos determinantes sociales de salud mental que produce, entre otras situaciones (Hansen, Braslow, Rohrbaugh, 2017); este enfoque genera una sensación de inutilidad del uso de la tecnología, que se produce por el desajuste entre la formación profesional de uno y las oportunidades actuales para aplicarla (Brodwin, 2011; King, 2000).

Finalmente, este fragmento también es un ejemplo de cómo funciona el aprendizaje situado como una “educación para la vida” (Schön, 1983). La R4 y los médicos adscritos ubican a los residentes en la realidad de la atención en el país, en donde no se tiene acceso a la tecnología como en la institución: “Acostumbrarse a la buena vida está mal, deben acostumbrarse a hacer diagnósticos solo con los estudios de imagen”. Así, en la interacción y narrativa grupal de la sesión, se ofrecen a los residentes estrategias de resolución para los problemas cotidianos que no solo incluyen a los pacientes y su diagnósticos, sino las herramientas técnicas, administrativas que se tienen o no para realizar la atención sanitaria.

Conclusiones

Las sesiones académicas como proceso iterativo son interacciones cuya meta es moldear el conocimiento y comportamiento de los residentes para incorporarlos en sus prácticas, imaginarios, sentimientos y normas. Son escenarios en los que se representan la acción social, el orden de las

sesiones, la distribución de lugares, el acceso a la palabra, el tono y modulación del habla, las formas de participar, el contenido de las narrativas, la presentación del “paciente”, que es subsumido a una definición teórica, en donde se desdibuja su subjetividad en un discurso técnico-científico, se hace objeto de la medicina.

Aquí se crea una realidad compartida que da forma a la cultura psiquiátrica del CIFANEP. Como otras actividades iterativas dentro de la formación médica, las sesiones son prácticas discursivas y performativas que mantienen y reproducen la ideología médica, en donde se preserva el enfoque científico de la medicina y se silencian perspectivas alternativas⁹ (Apker y Eggly, 2004).

Es en estos espacios donde se terminan de consolidar los marcos que encuadran las interacciones de los residentes de Psiquiatría en su labor cotidiana. Pero además aquí se articulan y rearticulan constantemente las reglas de operación de la atención y con conocimientos formales e informales. En las sesiones se co-construye una narrativa maestra que unifica la adquisición de la identidad de los psiquiatras en un patrón cultural neurocientífico que atraviesa la formación en la institución. La forma en que se narra la enfermedad, las interacciones, la performatividad, la manera en que se dirigen e interactúan con la audiencia, genera una particular experiencia narrativa para integrar y mantenerlos como un grupo profesional.

⁹ Los silencios a los que nos referimos son resultado de enfoques unilaterales, consideramos que la enfermedad mental debe ser “definida y entendida como un proceso bioquímico, anatómico, psicológico a nivel cognitivo, pero también social y afectivo, es decir, de un modo complementario tal como a la propuesta de Devereux” (Bermejo, 2007: 204). De otro modo, se omite la complejidad de padecer y atención de los trastornos mentales.

Situación 3.

La supervisión y clases en la residencia de Psiquiatría

“[...] Clasitis. Muchas clases sin ver pacientes

[...] yo digo, primero hay que enseñarles

lo que es ver una esquizofrenia en el paciente”

Introducción

En 1994, la Universidad Nacional Autónoma de México diseña el Programa Único de Especialidades médicas (PUEM), que, como mencionamos en la “Introducción”, es el eje de la enseñanza de la Psiquiatría en las distintas sedes. Entre los aspectos que busca establecer este plan es homogeneizar un mínimo de competencias de los médicos especialistas a través de un modelo pedagógico que privilegia la enseñanza por medio de la resolución de problemas. Señala con claridad que los estudiantes de Medicina deben ser formados por médicos que articulen el quehacer cotidiano de la atención clínica con el conocimiento teórico y, para ello, además de la experticia adquirida en su práctica médica, los médicos formadores deben conocer y aplicar estrategias pedagógicas y didácticas para que, a través de la solución de problemas prácticos, los residentes aprendan Psiquiatría. Alude a un círculo virtuoso acción-conocimiento-acción, que se debe traducir en docencia-asistencia (PUEM-UNAM, 1998).

Durante el trabajo de campo, hemos corroborado que los residentes aprenden la Psiquiatría en un proceso iterativo en las distintas franjas de interacción, donde la clínica resulta el hilo conductor del proceso de enseñanza-aprendizaje y que son, principalmente, los propios residentes en su papel de educadores quienes forman y transmiten el *habitus*¹⁰ médico.

¹⁰ De acuerdo con Roberto Castro (2014: 173), el *habitus médico* “[...] es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación [lo social hecho cuerpo] de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo –en primer lugar, los médicos–, a través de la formación que

Sin embargo, los médicos adscritos también intervienen en este proceso (Bourdieu, 1998). ¿Cómo lo hacen?, es decir, ¿cómo participan los adscritos en la formación de los residentes de Psiquiatría? Para responder esta pregunta, en este apartado abordaremos el papel de algunos adscritos en la supervisión e impartición de clases.

Contexto

En el CIFANEP, las clases se articulan directamente con las actividades clínicas, los adscritos suelen valerse de ejemplos de sus propios pacientes para describir un tema, pero, además, algunos les piden a los residentes que expongan los temas: “[...] Generalmente, ellos dan las clases. Yo doy algunas”: (Adscrito), y complementarlo con la ponencia de un colega especialista en alguna clase. “Por ejemplo, la semana pasada vino Mario Vargas y nos dio el tema de ansiedad. Viene Sánchez y nos da el tema del litio. Yo soy de Psicosis. Viene alguien a darnos depresión”: (Adscrito).

Nosotros, en el trabajo de campo, asistimos a diversas clases: de Terapia Cognitiva, Farmacología y Neuropsiquiatría. Pudimos observar que los adscritos preparan las clases enviando material para el estudio de los residentes: guías, manuales, artículos, etcétera. Luego, la presentación se realiza a través de un *power point*. En ella se exponen los conceptos teóricos y se vinculan con artículos científicos, hay un constante recordatorio de la práctica de la medicina basada en evidencia, incluso hay sesiones bibliográficas exclusivamente para analizar la revisión de temas en la literatura especializada. El paradigma médico, y con mucho énfasis la Psiquiatría Biológica, parten de postulados positivistas y empiristas en busca de un reconocimiento de verdad, de ahí el interés en la medicina basada

reciben en la Facultad de Medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas ‘razonables’ y de ‘sentido común’ posibles en tanto profesionales”.

en evidencia (García-Valdecasas, Campelo, Vispe, Tobías, Hernández, 2009). En estas presentaciones también se utilizan imágenes –resonancias magnéticas o PETS–, se presentan entrevistas de pacientes como viñetas que enmarcan un tema en particular. A diferencia de otros espacios, aquí quien debe dirigir el conocimiento es el adscrito, en él o ella recae la carga de la presentación y los residentes participan, pero de manera secundaria. Como en otros espacios, hay una constante evaluación de los residentes, no solo respecto a la práctica clínica, sino al conocimiento teórico que la sustenta. Cada uno de los adscritos tiene libertad de cátedra. Los residentes participan activamente y prevalece el aprendizaje formal y deliberado. Se nota una diferencia entre las relaciones jerárquicas de otros espacios de enseñanza –como el pase de visita, la sesión o incluso las consultas, donde hay una clara estratificación jerárquica entre adscritos y residentes y entre los Rs–.

Tanto los residentes como los adscritos hablan de que la sede del CI-FANEP se caracteriza por un énfasis en las clases, revisión de la literatura actualizada junto con la práctica clínica, incluso señalan diferencias con otras sedes donde se privilegia la clínica: “Hay más trabajo en el Fray, pero menos de estudio. Aquí les exigen más clases. En el Fray eran más pacientes. Debe haber equilibrio. Ni tanto estudio y no pacientes, ni tantos pacientes y no estudio (Adscrito)”.

Al igual que en otras actividades de enseñanza, en las clases se observa un predominio de la mirada biológica con un acercamiento interdisciplinario pero centrado en este paradigma: “Aquí estamos más eclécticos. Por ejemplo: el doctor Manuel, más de la terapia cognitiva; el doctor López, más del psicoanálisis [...]. Pero la base es biológica. De hecho, aquí era la sede de la “Psiquiatría Biológica”, así se llamaba la especialidad (Adscrito)”.

Un elemento que observamos en algunos de los profesores del CI-FANEP es una desvinculación con el programa de la UNAM, y sobre todo con los procesos que establece el PUEM. Algunas clases están reconocidas en la currícula y otras suceden de facto. Esto sugiere que los

elementos didácticos y pedagógicos con que deben contar los profesores, de acuerdo al plan de estudios, no necesariamente se apegan a la realidad de la práctica educativa en la institución.

El Dr. Camacho, por ejemplo, nos explicó cómo decidió dar la clase, resultado de un acuerdo verbal con el director del área: “[...] Le dije a Mariano, vamos a darle una clase a los residentes de Psicofarmacología y ya. Se quedó. Todos los viernes, a las siete de la mañana (Adscrito)”. Igualmente, el contenido y abordaje del aprendizaje es resultado de una elaboración propia: “A veces lo damos enfocándonos a fármaco por fármaco y a veces por familias. Y casi siempre abarcamos todo lo que dicen los temarios de los libros de Psicofarmacología”.

Lo interesante es que, a pesar de no ser parte oficial del cuerpo de profesores, encontramos que algunos adscritos son mucho más cercanos a los residentes que aquellos que tienen asignadas las clases: “De profesor no sé. Ante la UNAM, no sé. Pero siempre he estado como adscrito y siempre tengo más contacto con los residentes. Porque veían pacientes y me llamaban”.

De este último comentario se deriva otro elemento importante del trabajo de enseñanza de los adscritos con los residentes: el tema de la supervisión. De acuerdo con la literatura sobre la formación y entrenamiento médico, la supervisión debe incluir la estructuración de un trabajo clínico equilibrado acorde al nivel de cada residente, vigilancia de la progresión, retroalimentación, planificación de la educación inicial y continua y garantizar un asesoramiento profesional (Kilminster y col., 2000). Parte de esta supervisión en el CIFANEP sucede a través de la resolución de actividades cotidianas de la clínica: “Conmigo es tutorial. Vemos pacientes. Valoramos pacientes juntos. Y yo les pregunto y resolvemos dudas después de ver al paciente”: (Adscrito). Un elemento clave de la supervisión es la calidad de la relación entre el supervisor y el aprendiz y los comportamientos (Kilminster, Jolly, Vleuten, 2002). Lo que vimos en campo fue que, en efecto, la disposición y el comportamiento de apoyo de los adscri-

tos es clave en este tema: “[...] casi siempre les contesto. [...] No soy muy punitivo. Los cago, pero en broma casi siempre. Creo que llevo buena relación con ellos”: (Adscrito). Además, se observa un apoyo de supervisión diferenciado, en razón del desarrollo de cada residente: “El R2 que llega, a cada rato me está hablando por teléfono. Y por septiembre, octubre, que ya están entendiendo más los procesos, bajan mucho las llamadas, pero yo siempre les he dicho que me pueden hablar”; (Adscrito).

Una situación de este entorno es la falta de comunicación entre los adscritos respecto a la supervisión de los residentes; es decir, según los testimonios, no hay una clara comunicación entre adscritos respecto al desempeño de los residentes. Esto se conjuga con la falta de criterios homogéneos de tal evaluación. Además, refieren que algunos adscritos no son tan participativos en el proceso de enseñanza, de tal suerte que si un residente tiene un paciente asignado a él o ella, no reciben retroalimentación, incluso el adscrito da indicaciones sobre el caso sin avisarle a los residentes. Esto mina el proceso de aprendizaje, pues los alumnos necesitan una retroalimentación clara sin ambigüedades y continua (Kilminster, Jolly, Vleuten, 2002).

Con el fin de dar cuenta de la manera en que los adscritos construyen las clases y enseñan a través de ellas a los psiquiatras, retomamos el fragmento de una clase de Terapia Cognitiva Conductual en la que se aborda la técnica de *mindfulness*¹¹ dentro de la terapia dialéctica, nos pareció de gran relevancia abordar esta narrativa porque justo en muchas terapias, incluso las de carácter cognitivo-conductual, un elemento central es la articulación narrativa de la experiencia del paciente (Sarah, 2009z); nos

¹¹ El “mindfulness” puede entenderse como atención y conciencia plena, como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual. Pretende que la persona se centre en el momento presente de un modo activo, procurando no interferir ni valorar lo que se siente o se percibe en cada momento. Como procedimiento terapéutico, busca, ante todo, que los aspectos emocionales y cualesquiera otros procesos de carácter no verbal sean aceptados y vividos en su propia condición, sin ser evitados o intentar controlarlos. (Vallejo, 2006: 92).

parece de gran importancia conocer y dar cuenta cómo se enseña a reconocer las narrativas y a generar una narrativa en el paciente como parte del proceso curativo.

Otro elemento importante es que, como apuntamos en la “Introducción”, el paradigma predominante del CIFANEP es la Neuropsiquiatría, y en este enfoque la terapia adquiere un papel secundario, tal como se observó en la atención y formación dentro de la institución. En la situación anterior quedó claro cómo se construye el conocimiento, privilegiando el paradigma neurológico, ahora con los fragmentos que analizaremos podremos observar cómo en este campo se inserta el trabajo terapéutico cognitivo conductual.¹²

Como antecedente, hay que decir que esta clase solo es impartida durante tres meses a los residentes y debe incluir una revisión de los aspectos teóricos y prácticos para un entrenamiento mínimo en terapia cognitiva: “Entonces, en esta clase se empieza por los fundamentos y luego se va viendo en particular los principales padecimientos”: (Adscrito). En doce semanas, los residentes deben saber cuál es el plan terapéutico más adecuado para los pacientes y cómo aplicarlo. Este curso sirve para formar a los residentes y para lograr atender una lista de pacientes que tiene hasta ocho meses de espera. Y es que la mayoría de los entrevistados (residentes y adscritos) señalaron la importancia de la terapia; sin embargo, solo un adscrito del CIFANEP da esta formación y atiende a los pacientes. Así, en este corto período los estudiantes de Psiquiatría aprenden las técnicas en terapia con la atención con los pacientes. Para este propósito no hay un acompañamiento directo, esto porque, de acuerdo con los adscritos, la supervisión durante una terapia podría minar la relación médico-paciente

¹² Cuando entrevistamos a los médicos adscritos nos explicaron que si bien en el CIFANEP se privilegia el tratamiento farmacológico, también hay una formación en la terapia cognitivo conducta. Nos explicaron que la elección de ese enfoque se debe a su rapidez y la evidencia científica sobre la posibilidad de incidir en los padecimientos psiquiátricos graves a través de su aplicación.

y la confianza en el conocimiento que los pacientes tienen en los médicos [...]. Y, en algún momento, lo llegué a hacer (participar en la terapia), y lo que ocurría es que el paciente como que los devaluaba también, seguramente decían: ‘Ah! está con su maestro, seguramente no sabe nada (Adscrito)’.

Para la presentación y análisis de la narrativa recurrimos a la propuesta temática y analítica de Reissman (2008), pues nos interesa saber qué dice la narrativa elaborada y construida durante la clase y qué información comunica y cómo lo hace. La descripción de una propuesta narrativa de la clase también habla de la manera en que estos procesos de enseñanza correlacionan con las narrativas que articulan la formación médica en las distintas franjas de actividad.

Testimonio

Las clases se realizan cada semana a las siete de la mañana, en el salón dedicado a la Atención Terapéutica, duran una hora aproximadamente. En la clase que describimos, participaron dos R3, dos estudiantes de servicio social y el profesor (Adscrito). Nuestra participación fue explícita, ya habíamos explicado con anterioridad el motivo de nuestra presencia, tenemos una relación cálida con los médicos adscritos –que han sido abiertos a ser observados e incluso en algunos momentos de la clase se dirigen a nosotros como parte del grupo; no obstante, nosotros nos limitamos a escuchar–. El primero en llegar es el profesor, trae consigo una computadora portátil e inmediatamente la instala. Los siguientes en llegar son los estudiantes de servicio social, se distinguen porque no usan bata; los residentes son los últimos en incorporarse. El ambiente es muy relajado, incluso una estudiante de servicio social come una manzana y hace bromas con el profesor, quien se muestra abierto y accesible en todo momento. El profesor empieza por hacer un recuento del tema que abordarán y cómo se relaciona con lo que vieron la última clase. Utiliza una presentación

de *power point* con letras muy pequeñas. Las secuencias de las diapositivas son: un concepto y luego un video de una psicóloga (quien habla en inglés), que explica los conceptos con ejemplos que luego son actuados por caricaturas, y así sucesivamente. El profesor se detiene después de cada video para explicar su contenido y utilizar ejemplos de su práctica clínica. Durante la clase, la participación es principalmente de un R3; los demás estudiantes están atentos, pero se notan somnolientos en algunos momentos. El profesor es comprensivo e incluso bromea al respecto. Al terminar la clase, los R3 y el adscrito se incorporan al pase de visita, que regularmente dura 1 hora y media o 2 horas.

Fragmento 1

Presentación del tema y de la dinámica participativa

Profesor: —La terapia dialéctica conductual es una terapia hecha a la medida de las necesidades de los pacientes con trastorno límite de la personalidad y después vamos a ver ACT, que es la terapia de aceptación¹³ y compromiso, que es un poco más light del DBT¹⁴ y, si da tiempo, veremos cómo lo enseña Judith Beck, es la que menos me gusta; Beck es *como* muy cuadrada en la terapia cognitivo conductual.

R3 Luis: —Doc, una pregunta, en los *scripts* de *mindfulness* de DBT, en el manual... venía el *wise mind, what* y *why*, entonces...

Profesor: —Sí, el *wise mind* lo vamos a ver ahorita... lo que pasa es que el concepto de *wise mind* es un poco complicado, de mente sabia, pero, más

¹³ La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es la más completa de las incluidas en la Tercera Generación de Terapias de Conducta (Hayes, 2004). Se enmarca en una posición filosófica funcional, se asienta en una nueva Teoría del Lenguaje y la Cognición; ofrece una alternativa a la psicopatología tradicional (Soriano y Valdivia, 2006: 79).

¹⁴ La Terapia Dialéctico Conductual (DBT, por sus siglas en inglés) ha sido creada por la Dra. Marsha Linehan, para el tratamiento de pacientes con intentos suicidas recurrentes y diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) (Elices y Cordero, 2011: 132).

que nada, es una mente *como* abierta a la hora de tomar decisiones, pero también lo vamos a ver ahorita. ¿Si se acuerdan cuáles eran los *whats skills*?

R3: —Observar, describir y participar.

La clase prosigue y se profundiza respecto a cómo enseñar a las pacientes habilidades, cómo hacer descripciones sobre sus problemas sin juzgar, sin poner etiquetas, los residentes encuentran difícil como enseñar esto a sus pacientes, incluso la forma de aplicarlo a través de sus propias experiencias.

Fragmento 2

Encuadre de la trama

Profesor: —Bueno, Marsha es mucho de la onda budista, pero no podría ser de otra forma, porque el paciente límite tiende a polarizar, ve todo bueno o mal, estoy bien o estoy mal. Entonces, debe llegar a un punto donde sea capaz de aceptar la circunstancia y no ponerle esa etiqueta, aceptar los hechos.

R3 Luis: —Y aceptar lo que no se puede cambiar.

Profesor: —Pero para muchas personas con cierta rigidez cognitiva no es tan sencillo, sobre todo en cuestiones muy fuertes.

R3 Luis: —Doc, en esta parte y en este patrón de pacientes, recomendaría usted decirle al paciente: “Bueno, los estímulos de la existencia carecen de sentidos por sí mismos, el valor se lo asigna cada uno de forma consciente o inconsciente”. Es lo que trata de hacer esta parte, ¿no? De hacerlo ver al paciente sin etiquetas, ¿no?

Profesor: —Bueno, lo que debemos enseñarles es a poder describir los hechos, porque la etiqueta... pues, esa se las pones tú [...]. Pongo este ejemplo porque hace dos días un paciente me llamaba así... de que había muerto su perrito y que él ya no iba poder sobrevivir [...] lo que hay que tener mucho cuidado con la terapia dialéctica y con los paciente límites es

el no hacer menos sus emociones, no invalidarlos, porque vienen de un ambiente invalidante, hay que tener mucho cuidado y no decirles: “No es que no es bueno, ni malo”, porque lo estamos invalidando. ¿Cómo se les ocurre que se le podría decir?

R3 Ray: —[Se ríe] Sería una situación complicada.

R3 Luis: —Digo, entiendo que es una situación difícil para ti y ahorita te sientes muy mal, y cuando a alguien nos pasa eso... es normal que te pueda ocurrir. Sin embargo, que podemos ver lo que tenemos aquí como hechos, vamos a intentar descubrirlo aquí y ver cuáles son las realidades y ya.

R3 Ray: —¿Las realidades?

R3 Luis: —Vaya, pues, los hechos.

Profesor: —Tenemos que empezar a validar qué siente... que tiene razón de sentirse así, que está justificada su emoción, que no está exagerando.

Servicio Social Maye: —Pero, si uno le dice “puede ser” ¿la estás invalidando, no? porque le puedes decir, pues... puede ser que así la gente se sienta.

El profesor de Psiquiatría pone particular énfasis en el contenido de la narrativa que los residentes deben co-construir con los pacientes, pero también en el tipo de palabras que se deben usar.

Fragmento 3

Respuesta del encuadre

Profesor: —Bueno, pues si entramos en detalle con lo que acabas de decir, es que hay que ser cuidadoso con las palabras... si tú le dices es que esto es doloroso para ti, pareciera que nada más para él, es que tú estás loca, es que estás más, pero la realidad es que es doloroso para cualquiera, ¿no? Yo a lo mejor, para normalizarlo y para enfatizar más, sería decirle: “Sí, pues si mi pareja hiciera eso, pues yo también me sentiría mal”. Sin embargo, en la medida que él o ella le pongan esos adjetivos de... “esto es

horrible”, “esto es terrible”, su sufrimiento va a aumentar, pero validamos que tiene razón de sentirse así, para todos, no solo para ella.

R3 Luis: —Explicándole, no haciendo juicios.

Profesor: —El ejercicio de *mindfulness* no es para que la gente se sienta bien al final, ¿entonces, para qué es?

R3 Luis: —Canalizar las emociones y conducta de forma eficiente.

Durante todo el resto de la clase discuten la forma correcta de elaborar la narrativa con el paciente, utilizando las experiencias que él mismo pueda haber descrito durante su trabajo terapéutico. La clase concluye utilizando una broma y recomendando el uso de la técnica revisada en los pacientes, pero incluso en el actuar diario de los residentes.

Fragmento 4

Final de la narrativa

Profesor: —Bueno, para concluir qué me gustaría que se llevaran el día de hoy es... que ya vimos qué es lo que se hace en el *mindfulness*, cómo se hace, la principal y más difícil del *cómo se hace* es no juzgar y decir si esto es bueno o esto es malo y a veces lo decimos implícitamente y un poco velada cuando decimos “no deberías”, cuando decimos “no debería hacerlo”, es porque eso es malo. Por ejemplo, Maye (ss), no deberías dormirte en mis clases, porque si no no te voy a firmar tu acta de servicio social, eso es un hecho porque es lo que está pasando, ja, ja, ja. [Para entender este fragmento, es importante mencionar que durante toda la clase la alumna Maye estuvo bostezando, por eso resulta tan aplicable el ejemplo que menciona el adscrito].

Servicio Social Maye: —Ja, ja, no debe juzgar lo que está viendo.

Profesor: —Solo estoy describiendo.

[Todos ríen].

Análisis

El aprendizaje debe reconocerse como una práctica social. Al igual que en otros espacios de interacción y formación médica, las franjas de actividad de las clases se co-construyen en conjunto. Si bien la participación de los adscritos, generalmente, es directiva, en este ejercicio didáctico también hay una estrategia colaborativa que debe ubicar práctica clínica en los conceptos teóricos.

En el Fragmento 1 podemos observar la estructura de la clase, el contenido y la ruta que seguirá el profesor. Desde un inicio, hace una correlación de un concepto o técnica con un tipo de paciente: “Una terapia hecha a la medida de las necesidades de los pacientes con trastorno límite”: (profesor). Utilizando la técnica mayéutica, la clase inicia con una pregunta de memoria cognitiva que orienta al grupo y permite continuar con el tema: “¿Sí se acuerdan cuáles era los *whats skills?*”: (profesor) (Siso, sf). Este inicio de la clase enmarca un ambiente colaborativo que utiliza las técnicas de comprensión, explicación, pregunta y respuesta, discusión y debate (Brown y Atkinson, 2002). El lenguaje corporal y verbal de los residentes y estudiantes de servicio social es relajado, incluso el R3 utiliza “Doc¹⁵” para referirse al profesor. Da cuenta del lenguaje en su dimensión performativa, que produce efectos (Butler, 2007). Además, si bien el profesor alienta a los estudiantes con preguntas, los R3 participan incluso sin ser cuestionados. A través de la estrategia didáctica, el lenguaje y las expresiones corporales de los participantes, se establece un marco de experiencia, un andamiaje estructural que orientan un tipo de interacción que se despoja de las jerarquías de las acciones iterativas que suceden en espacios, como las sesiones o los pases de visita (Galindo, 2015).

¹⁵ De acuerdo con nuestras observaciones en otras clases y otros procesos formativos que describimos o interacciones entre adscritos y residentes, el uso de este diminutivo puede deducirse como la expresión de una relación más cercana.

En el Fragmento 2 se puede observar la trama de la narrativa de la clase. Aquí se establece la expresión comunicativa de la experiencia, es decir, el sentido (Hamui, 2016) del relato de la clase, todo girará en torno a comprender y aplicar el concepto complejo de “describir sin juzgar”.

Antes de entrar de lleno al tipo de interacción de cada participante, nos gustaría destacar que este fragmento, y en general este curso, nos hace reflexionar el lugar que ocupa la terapia y la atención de cierto tipo de padecimientos en el contexto de la práctica de la Psiquiatría Biológica. El profesor habla de terapias *ad hoc* para pacientes con trastorno límite de la personalidad, un padecimiento que, de acuerdo con la literatura y la experiencia de algunos clínicos, resulta una afrenta a la práctica tradicional de la clínica psiquiátrica, primero por las características de personalidad de los pacientes, en este tipo de padecimiento, no son pacientes dóciles –como lo caracteriza el profesor: “Es que tiene rigidez cognitiva”, es decir, son reacios al seguimiento terapéutico; y, en segundo lugar, los tratamientos farmacológicos no suelen ser tan efectivos como en otros padecimientos (Vera, Giner, Baca, 2019). Por otro lado, el tiempo y calidad de la enseñanza de la psicoterapia nos habla de cómo los programas de formación de residencia en Psiquiatría afrontan las dificultades para equilibrar un plan de estudios entre el avasallador avance de la Psiquiatría Biológica que utiliza la investigación de neuroimagen para dilucidar las conductas complejas y los trastornos mentales y el preponderante uso de los fármacos frente a la necesidad de la práctica terapéutica como coadyuvante del tratamiento (Roffman, Simon, Prasad, Truman, Morrison, Ernst, 2006).

Respecto a la forma de la narrativa, “como se dice”, se destaca la forma diferenciada en que el R3 elabora una explicación respecto a “describir sin juzgar”: “Recomendaría, usted, decirle al paciente: ‘bueno, los estímulos de la existencia carecen de sentidos por sí mismos’”, frente a la respuesta del profesor: “Bueno, lo que debemos enseñarles es a poder describir los hechos, porque la etiqueta, pues, esa se las pones tú [...]”. El trabajo empírico que se ha hecho sobre el análisis de la educación médica y, sobre

todo, las interacciones entre los estudiantes y maestros muestra que los primeros suelen utilizar un lenguaje más técnico y concreto. Esa respuesta que observamos del R3 trata de evitar errores; en cambio, el profesor tiende a hacer descripciones más amplias, coloquiales y holísticas (Kilminster, Jolly y Vleuten, 2008).

En el Fragmento 3, el profesor invita a los residentes a ser cuidadosos con las palabras, a que logren reformular la narrativa de los pacientes con su propia narrativa. Diversos estudios sobre los procesos narrativos dentro de las terapias señalan que en la actividad narrativa dentro de estos procesos de atención hay que distinguir por los menos las siguientes facetas: el contenido narrativo, organización narrativa y el comportamiento y la interacción de la narrativa (Daniel, 2009). El profesor es enfático en este último punto en sus estudiantes cuando les intenta explicar el cómo usar esta técnica: “Yo, a lo mejor, para normalizarlo y para enfatizar más, sería decirle: ‘si, pues si mi pareja hiciera eso, pues yo también me sentiría mal’”: (profesor). Esto resulta relevante en un contexto donde la narrativa de los y hacia los pacientes generalmente es sustituida por discursos técnicos. Y, por lo tanto, hay poco entrenamiento en cómo estructurarla en terapias de esta naturaleza, en la observación de la clase también atestiguamos la dificultad de los residentes por comprender y articular las narrativas del padecer con los pacientes.

Finalmente, en el Fragmento 4 se puede observar que el profesor utiliza el humor como estrategia educativa, pero además es una broma situada en un concepto complejo que ha sido difícil reconocer y aplicar para los estudiantes. Esta vía puede facilitar no solo que se aprenda, sino que el aprendizaje perdure, además genera un clima no intimidante que favorece la comunicación e interacción (Rodríguez y León, 2011; Brookfield, 1988). La clave de usar el humor adecuadamente, y con fines educativos, está en la habilidad de recurrir a él en ciertos acontecimientos estratégicos, como lo hace el profesor para concluir la clase y englobar en una frase lo abordado: “Cuando decimos: ‘no debería hacerlo’ es porque eso es malo. Maye (ss)

no deberías dormirte en mis clases, porque si no no te voy a firmar tu acta de servicio social” (adscrito). Es decir, la actitud somnolienta resulta una situación jocosa que puede ayudar a describir un ejemplo que encuadra perfectamente en la descripción de cómo dirigirse a los pacientes bajo la técnica estudiada, por eso resulta ser un comentario *ad hoc* y útil para transmitir conocimiento.

Conclusiones

La pregunta eje de este apartado fue ¿cómo participan los adscritos en la formación de los residentes de Psiquiatría? De la descripción etnográfica y el fragmento de la narrativa que co-construimos en el trabajo de campo, se deduce que los adscritos tienen por lo menos dos tareas en este proceso: la supervisión y la impartición de clases. Las interacciones y testimonios dejan claro que, sin duda, hay un conocimiento técnico de la Psiquiatría; sin embargo, no hay claridad respecto al conocimiento pedagógico, sobre todo en los términos que plantea el PUEM. Cuando no hay claridad si existen planes, programas y dispositivos pedagógicos que medien la experiencia educativa que complementa la educación situada, se puede erosionar la competencia de la formación de los residentes (Ericsson y Charness, 1994).

Si bien la supervisión está presente, no está organizada y no es homogénea en la práctica de todos los adscritos; incluso algunos no participan en la misma. Hay varios estudios que señalan que la efectividad de la supervisión que promueva la formación de los alumnos debe incluir el conocimiento técnico, pedagógico, habilidades de consejería e interpersonales, pero sobre todo que haya una comprensión del concepto y propósito de la supervisión (Kilminster, Jolly y Vleuten, 2008). En cambio, por lo que pudimos describir, la supervisión en el CIFANEP se limita al acompañamiento y a la evaluación

Respecto a las clases que describimos, las estrategias y técnicas pedagógicas se hacen en el contexto del trabajo colaborativo de la educación situada, utilizando casos clínicos como ejemplo y las técnicas de la pregunta

y el humor. Si bien se incluyen videos de apoyo, en general no representa un esfuerzo didáctico audaz que replantee los métodos de enseñanza. No parece adecuado que el mecanismo de refuerzo para entender conceptos complejos sea un video en inglés, incluso con la explicación en español los alumnos no lograban aterrizarlo.

Como en otras interacciones en la formación médica, se espera que los residentes se comporten de acuerdo con hitos de desarrollo, según su posición. Esto se observa en el tipo de ambiente relajado que prevalece en la clase, y esto es así porque el curso está dirigido a R3, estudiantes que ya han transitado por las etapas más tempranas de la residencia donde probablemente predomina una enseñanza más estructurada y jerarquizada y donde la participación de los residentes es periférica; aquí, en cambio, se observa un estilo colaborativo/colegiado con una participación plena. Da cuenta del tránsito de los niveles “novato a experto” (Sterkenburg *et al.*, 2010; Kilminster, Jolly y Vleuten, 2008).

Finalmente, la forma en que se estudia la psicoterapia en el contexto de la institución, respecto a la duración –un único curso de doce semanas– y la aplicación del trabajo teórico y práctico simultáneo y sin supervisión durante la terapia, nos habla del poco interés en este paradigma de asistencia sanitaria. Esto se inserta en prácticas de la disciplina que ha tendido a dejar a un lado los aspectos fenomenológicos de la enfermedad mental, es decir, las experiencias subjetivas del paciente, por la apuesta al paradigma neurobiológico, que impone la necesidad profesional del psicoterapeuta como sanador a atender a sus pacientes en los márgenes de la experiencia personal (Kleinman, 1988; Berkenkotter, 2008).

Comentarios finales

Para comprender la manera en que se forman los psiquiatras en un hospital de tercer nivel de atención en el que domina la Neurología, se partió de

la premisa según la cual existen redes de significación que articulan historias personales, trayectorias académicas y procesos de atención en las que participan los residentes en un orden social específico que denominamos “clínica”. Los dispositivos institucionales y culturales que posibilitan y limitan la acción social –como los programas universitarios altamente estructurados, por ejemplo el PUEM de la UNAM, y los esquemas organizacionales de las instituciones de salud– permiten la reproducción de procesos normativizados. Los residentes adquieren competencias y delinean, en sus prácticas iterativas, las características de su identidad personal y profesional.

Este desarrollo no está exento de tensiones en el marco de sistemas jerárquicos que operan como referentes en la lógica de las interacciones en las diversas franjas de actividad donde participan los residentes. Cabe destacar que los psiquiatras que se forman en el CIFANEP aspiran a un perfil profesional específico, no están entrenados para atender problemas de salud mental comunes en la población –como depresión y adicciones–; más bien, se moldean según los paradigmas de la Neuropsiquiatría, privilegiando la medicina biológica y los tratamientos basados en fármacos. Los padecimientos que aprenden a tratar son complejos y de difícil manejo, de tal manera que los recursos humanos que egresan del centro son pocos y altamente especializados.

Los residentes configuran y re-configuran su identidad al participar en las interacciones del espacio clínico, donde emergen situaciones inéditas y casos que ponen a prueba sus conocimientos disciplinares, sus actitudes y la eficiencia para resolver casos. En los párrafos anteriores, por medio del estudio socio-antropológico de situaciones en la clínica, nos acercamos a la experiencia de los residentes en diversas franjas de actividad del complejo entramado institucional por donde ellos transitan, entre ellos Urgencias, espacio dominado por los neurólogos, o las sesiones bibliográficas que constituye un territorio eminentemente psiquiátrico, o las clases donde el adscrito funge como profesor y los residentes como estudiantes para discutir casos clínicos.

La labor antropológica realizada recogió las narrativas por medio de la etnografía relacional, basada en la observación participante de los investigadores que negociaron su oficio en medio de las interacciones propias de los agentes que generan la clínica. En las situaciones presentadas se distinguen varios niveles en los que las redes de significación se evidencian en capas de sentido que se superponen a la realidad. Como resultado de este estudio etnográfico desde las ciencias sociales, a continuación se describen aspectos relativos a la formación clínica del psiquiatra, desde rasgos característicos de las residencias médicas en general hasta características particulares del orden hospitalario del CIFANEP.

Algunas de las aportaciones de la investigación en el ámbito de lo formal, lo informal y lo interaccional, derivadas de las tres situaciones antes planteadas, apuntan a diversos elementos que intervienen con más o menos intensidad en distintos momentos de la trayectoria formativa de los residentes. Se identificaron procesos correspondientes a cualquier médico residente independientemente de la sede en que se encuentre y otros que son privativos del CIFANEP.

En la etnografía relacional efectuada, aprendimos que el sentido en la clínica se fundamenta en el razonamiento médico y la aplicación del método clínico; sin ellos, los procesos de atención pierden significado. En este ejercicio de diagnóstico-tratamiento, la dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo forma parte del abordaje del paciente. En la práctica médica y en el expediente clínico, la metamorfosis del paciente en caso tiende a invisibilizar la subjetividad con el fin de incorporar solo datos verificables y sin “sesgos”, considerados objetivos.

También entendimos que el orden jerárquico en los cargos hospitalarios y en los años académicos cursados de las residencias médicas conlleva autoridad y responsabilidades que otorgan privilegios y obligaciones en los entramados de los que forman parte. La división del trabajo está claramente regulada, aunque no se exprese en manuales o reglamentos. Así, cada figura que piensa-siente-actúa en cierta franja de actividad en-

cuentra potencialidades y limitaciones en las relaciones de poder/saber que se co-construyen en el contexto disciplinario e institucional. El conocimiento se genera, se transmite, se apropia y circula en estos circuitos interaccionales en los cuales, por medio de alianzas y/o conflictos entre residentes, se imbrica el proceso de enseñanza y aprendizaje.

El dispositivo universitario que comparten muchos de los residentes de las especializaciones médicas se ubica en el curriculum del PUEM (FM-UNAM). Aunque no siempre se considera un referente presente en la dinámica educativa de la residencia, constituye una estructura subyacente que orienta el proceso formativo. De manera implícita, una competencia básica en las residencias médicas es el autoaprendizaje; la resolución de necesidades y carencias relativas a saberes disciplinarios, teóricos y prácticos depende entre otras cosas, de la capacidad de ser autodidacta. El residente así es un agente activo de su propio proceso formativo y la educación continua se convierte en una práctica que va más allá del plan de estudios.

Con respecto a las características específicas de la residencia médica en el campo de la Psiquiatría en el CIFANEP, esta investigación permitió comprender la manera en que se vincula la Neurología con las enfermedades psiquiátricas. En un hospital de Neurología, orientado primordialmente al estudio biológico de la estructura y el funcionamiento del cerebro, la Psiquiatría aparece como aquella disciplina que explica la psique y el comportamiento de los trastornos del sistema nervioso. Es frecuente entonces que, al entrar a la residencia, la primera rotación de los R1 comience en Urgencias, donde predomina la perspectiva neurológica. El estudio de la Neurología se vuelve central para el psiquiatra que atiende a pacientes con enfermedades neurológicas, y el mensaje es claro para quienes pretenden formarse en el CIFANEP. El enfoque biologicista de la Neurología constituye un atractivo para los futuros psiquiatras que ahí se forman. No obstante, este enfoque cancela el aprendizaje de otras corrientes de la disciplina –como la psicoterapia u otras modalidades del

pluralismo terapéutico, que permitirían ampliar el espectro de la atención a los pacientes con enfermedades psiquiátricas—.

La naturaleza compleja de los padecimientos atendidos en el CIFANEP (epilepsia, trastornos bipolares, esquizofrenia, parkinson, alzheimer...) en el tercer nivel de atención modula los conocimientos, las prácticas y las orientaciones disciplinares. En este contexto, el uso de costosos aparatos tecnológicos médicos avanzados son recursos ampliamente utilizados en el CIFANEP, a fin de avanzar en la investigación que explique los desórdenes neurológicos y psiquiátricos. Estas prácticas científicas requieren gran cantidad de recursos económicos, lo que resulta paradójico en un país con tanta pobreza.

En cuanto al proceso formativo de los residentes, su doble papel como trabajadores temporales y estudiantes los obliga al cumplimiento de la normatividad institucional y las estructuras educativas de su especialidad. En el CIFANEP, su relación contractual y académica no es distinta; sin embargo, las relaciones entre profesores y estudiantes o adscritos y residentes en la especialidad de Psiquiatría tiene rasgos distintos, por ejemplo, se descubrió que la figura de los adscritos en las prácticas clínicas de los residentes es fluctuante y los residentes mayores asumen la guía de los de menor rango. Los profesores no se involucran demasiado en las dinámicas interaccionales de los residentes y toleran situaciones de tensión y abuso entre ellos; es común que esperen a que los residentes los busquen cuando tienen dudas o problemas, pero ellos por lo general no se acercan. La falta de involucramiento de los adscritos en las interacciones durante las guardias permite dinámicas ejemplares, donde todos se benefician, pero también de abuso y violencia entre los mismos residentes, que suceden en el ámbito de la informalidad, pues los residentes de menor jerarquía dependen de la buena voluntad de los de mayor nivel.

En un contexto donde el trabajo en equipo es nuclear para el buen funcionamiento institucional y la posibilidad de aprender se ubica en el sitio donde se propician oportunidades de práctica, la unión, la colabo-

ración, la aceptación y el aprecio entre los participantes es un elemento importante para propiciar ambientes laborales y de aprendizaje positivos. Desde las ciencias sociales, la comprensión de las lógicas de interacción donde se intersectan lo formal y lo informal en tramas narrativas que dan sentido a los procesos de atención y educación en la clínica visibilizan los aciertos y las áreas de oportunidad para fomentar la mejora en la calidad de la formación de los especialistas y fortalecer su identidad profesional.



EL CASO DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN: EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN EN CONFLICTO

Alfredo Paulo Maya
Tomas Loza Taylor

Ustedes vieron lo que
nosotros vemos a diario,
pero que aquí ¡nadie ve!
Rehabilitador del CIFANEP

Introducción

El Departamento de Terapia Física y Rehabilitación proporciona rehabilitación a los pacientes del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (CIFANEP) en sus tres áreas: terapia física, terapia ocupacional y terapia de lenguaje. Cada una está conformada por trabajadores adscritos y apoyada por estudiantes de especialidad (residentes) y de pregrado.

El área de terapia física está integrada por un investigador responsable del área, dos médicos con especialidad en Medicina Física y Rehabilitación y ocho terapeutas; al momento de la investigación se encontraban también un par de médicos residentes en Terapia del Lenguaje y en **Fisio-**

terapia y Rehabilitación una docena de estudiantes de pregrado de fisioterapia realizando su servicio social. En contraste, Terapia de Lenguaje y Terapia Ocupacional estaban a cargo de un rehabilitador adscrito. No se identificó a personal administrativo de apoyo.

Si bien existe relación entre las tres áreas, el responsable de la unidad y los médicos especialistas adscritos deciden los aspectos clave de la rehabilitación: el terapeuta al que asignarán cada paciente, el tipo de terapia que recibirá y la frecuencia de las sesiones. No obstante, las terapias son realizadas principalmente por los estudiantes, tanto de posgrado (residentes) como de pregrado.

Así, en torno a la rehabilitación se generan interacciones en donde el investigador, los terapeutas y los estudiantes se ven obligados a sortear dificultades que sobrepasan sus capacidades personales y profesionales. Se trata de situaciones en conflicto que involucran las normas institucionales, las jerarquías, las actividades académicas y los protocolos de investigación. De allí que nuestro objetivo fue investigar las formas de organización paralelas —y en ocasiones contrapuestas— a la normatividad que se generan en el servicio de rehabilitación y su expresión en las experiencias narradas por los rehabilitadores y estudiantes.

Marco teórico

El antropólogo Clifford Geertz (1980) desarrolló el enfoque interpretativo de la cultura. Al igual que el sociólogo Max Weber, consideró que el hombre se encuentra “inserto en tramas de significación”, conceptualizando así la cultura como un sistema de símbolos que da significado a la existencia humana y que orienta las formas de relacionarse entre sí y con el mundo.

Desvinculándose de los enfoques que asumen la cultura como una especie de entidad causal de los fenómenos sociales observables (patrones

de conducta o instituciones, por ejemplo), Geertz la concibe más bien como un contexto de carácter colectivo en el que estos se enmarcan. Un conjunto de signos interrelacionados que el antropólogo “interpreta” bajo un enfoque semiótico y que permite comprender el marco conceptual en el que viven los “actores”. Si bien sugiere que el sistema simbólico de una cultura se interpreta como si se tratara de un texto que comunica “algo y a alguien”, no detalla cómo se accede a ese sistema de significados, ni cómo se interpretan.

Entonces, para Geertz los símbolos son “vehículos de cultura” que permiten la comunicación entre los miembros de una sociedad y que moldean no solamente la manera de pensar el mundo, sino también un “*ethos*” o “deber en sociedad” (Geertz, 1980).

Con base en estos planteamientos, se ha propuesto abordar el sistema médico como un “sistema cultural” (Kleinman, 1993; Good, 2003; Mattingly, 1998), en donde la perspectiva de los propios actores da cuenta de las dimensiones culturales de la enfermedad. Esta idea ha sido desarrollada ampliamente por diversos autores, destacando los antropólogos clínicos de la escuela de Harvard: Arthur Kleinman, Byron Good y Cheryl Mattingly.

Para Kleinman, las narrativas son el constructo teórico-metodológico que permite describir e interpretar los significados y sentidos (tanto individuales como sociales) que los individuos y los profesionales de la salud experimentan durante el proceso de atención de las enfermedades. A partir del análisis de las narrativas, acuña el término “modelos explicativos” para referirse al conjunto de concepciones que explican y dan sentido a las enfermedades y su tratamiento, proceso en el que participan de forma diferenciada el enfermo, la familia y los profesionales de salud (Kleinman, 1981).

Por su parte, Byron Good aborda a las enfermedades como síndromes de experiencias que son “significadas”. Partiendo de que durante el proceso de atención de la enfermedad existen diversos puntos de vista, recurre a un enfoque polisemántico para acceder al conjunto de significa-

dos en las “tramas narradas” por los enfermos, familiares y profesionales de la salud. Propone la reconstrucción de “redes semánticas”, aludiendo a modelos conceptuales (culturales) donde destacan símbolos centrales, a partir de los cuales se organizan los episodios de una enfermedad (Good, 1977). Por lo tanto, el análisis de las tramas narrativas involucra “múltiples lecturas” de las secuencias elegidas para explicar los acontecimientos; es decir, implica la identificación de distintas “tramas” y de puntos de vista alternativos e incluso contradictorios.

Desde otro enfoque, Mattingly presenta una forma innovadora de abordar las expresiones narrativas, más que su coproducción mediante el diálogo y su registro en notas y grabaciones, hace referencia a la creación de historias actuadas. Propone analizar los eventos que surgen durante la clínica y las actividades terapéuticas como “narrativas emergentes” o “historia en movimiento”, con el fin de advertir la “estructura narrativa de las acciones sociales” (Mattingly, 1998). El trabajo de la antropóloga se enfoca en el área de la terapia ocupacional, ya que en ese tipo particular de clínica se expresan múltiples “momentos narrativos”, que en ocasiones podrían considerarse “dramas performativos”. El modo en el que acontecen los eventos y acciones suelen ser significativos en el horizonte temporal del enfermo y de los rehabilitadores (Mattingly, 1998). Las narrativas performativas suelen ser esporádicas; sus significados, a menudo incongruentes y discordantes, son interpretadas por los antropólogos debido a que se trata de un análisis de segundo y tercer orden (Geertz, 1980).¹⁶

Es indiscutible la influencia de la Antropología Interpretativa de Clifford Geertz en los estudios de los antropólogos clínicos de la escuela de Harvard. No obstante, también es notorio el influjo de la Antropología Simbólica, de Víctor Turner, quien fue maestro de Byron Good, y el peso

¹⁶ En una interpretación de segundo orden, el investigador observa y participa en distintas situaciones con el fin de indagar los significados de una cultura. En las interpretaciones de tercer orden, el investigador analiza, bajo un enfoque teórico, las narrativas y/o las acciones de los “informantes clave”.

de su enfoque ha sido reconocido explícitamente por Mattingly. Pese a su innegable influencia, las ideas de Turner han sido escasamente analizadas en el contexto de la Antropología Clínica.

En los siguientes párrafos se presentan algunas ideas de Víctor Turner sobre la lógica de los símbolos y su estrecha relación con la estructura social (normas y jerarquías de una organización social). Con ello, se sustenta la propuesta de análisis de la presente investigación, en términos del estudio del contexto sociocultural de la clínica.

Víctor Turner fue integrante de la llamada Escuela de Manchester, la cual se caracterizó por el desarrollo de un enfoque procesual, que diera cuenta de los cambios experimentados por las organizaciones sociales. Para su profesor Max Gluckman, en todas las relaciones sociales el conflicto y su solución son dos aspectos del mismo proceso. En tanto organización inestable, la estructura social genera cismas, mientras que el conflicto, más que desorganizar, tiende a reafirmar las jerarquías y el orden normativo de dicha estructura. Bajo el enfoque procesual, Turner expuso la estructura social dominante para posteriormente abordar las formas anti-estructurales, es decir, expresiones de organización alternas, incluso contrarias al orden normativo y jerárquico dominante en una sociedad (Turner, 1985). Bajo este enfoque teórico-metodológico es que desarrolla los conceptos de “fase liminal” y “communitas” (Turner, 1974), así como sus estudios sobre el proceso ritual (Turner, 1988, 1999).¹⁷

¹⁷ La relevancia del ritual radica en que son “momentos en y fuera del tiempo de la estructura social” que convierte lo obligatorio en deseable. Se trata de una fase liminal que, por un lado, afianza la unión grupal y que, por otro, atenúa el orden normativo (Turner: 1988). De aquí la trascendencia de los símbolos: permiten a quienes se encuentran en una situación de conflicto comunicar públicamente sus intereses y valores. Tras numerosos análisis, Turner categoriza los “símbolos rituales”: la “condensación” de significados dispares; la “polisemia” o expresión de significados opuestos; la “polarización” de sentidos en ideológicos y sensoriales. Así, en todo proceso ritual se expresa una trama de significados que permiten entrelazar las normas éticas con fuertes estímulos emocionales.

Bajo esta perspectiva, Turner formula el concepto de “drama social”¹⁸ para aludir a procesos conflictivos que se acumulan en el tiempo y que desembocan en situaciones que evidencian las contradicciones de las relaciones sociales, de modo que pueden dar forma a una nueva estructura social y al sistema de valores que sustentan (Turner, 1974).

Retomando los planteamientos del filósofo alemán Wilhelm Dilthey sobre el pensamiento y la acción, Turner conceptualiza la experiencia como un proceso dinámico que combina conocimientos acumulados, juicios de valor y la acción de voluntad (Turner, 1986). Refiere el término “Erlebnis”¹⁹ como una estructura de la experiencia que se compone por tres dimensiones:

1. significado o sentido, valor y fin
2. pasado, presente y futuro
3. cognición, afecto o sentimiento y volición

Así, de la noción de significado o sentido se evoca un pasado de autorreflexión; de la acción de valorar se manifiestan sentimientos y el disfrute del presente; y del propósito o fin se alude al albedrío de la voluntad y al futuro (Turner, 1986). Además, Turner distingue la “mera experiencia” (aceptación pasiva de los acontecimientos) de la “participación en ella y la experiencia vivida”, que alude a sentidos sobre la temporalidad, no en términos cronológicos, sino de significados relacionados con el inicio y

¹⁸ El “drama social” se trata de un proceso total de transformación, conformado por cuatro fases temporales 1) Ruptura, como consecuencia de infringir alguna una norma que regula la interacción entre las partes; 2) Crisis, que evidencian la existencia de facciones en conflicto de intereses y que el orden normativo no puede contener; 3) Mecanismos de ajuste, tanto formales como informales, por parte del orden normativo —que busca reconciliar las partes en conflicto, tales como los rituales públicos—; y 4) Reintegración o restablecimiento de la paz, acompañado de un nuevo orden normativo y del reencuentro de las facciones en conflicto, donde los rituales públicos nuevamente son claves.

¹⁹ En el idioma alemán hace referencia a las experiencias o vivencias.

la consumación. Se trata entonces de experiencias que aluden a las relaciones sociales recursivas y transformativas, vinculadas a los procesos reflexivos sobre las irrupciones repentinas de la vida cotidiana, evocando el pasado para hacer referencia del presente y, en ocasiones, proyectarla hacia el futuro, con una importante carga emotiva (Turner, 1986).

Finalmente, Turner desarrolla la noción de “performance”, en la que destaca la capacidad creadora de los hombres en sociedad, como generador de símbolos que le llevan a actuar. Se le aborda como “formas dramáticas de comunicación” que se expresan en el actuar, más que en el hablar, de las que existen diversos tipos y géneros que dependen del contexto sociocultural (Turner, 1987).

Hacia una antropología del contexto sociocultural de la clínica

Sin duda, los estudios de Kleinman y Good evidenciaron el papel central de las narrativas del padecer en la generación del sentido para quien padece una enfermedad que altera la vida cotidiana. Bajo el enfoque interpretativo, las enfermedades crónicas se experimentan como una “interrupción biográfica”, en donde la narrativa reconstruye un sentido de coherencia. Enfatizan el significado existencial de la narrativa y dan cuenta de formas culturalmente compartidas de comprender y de actuar en el proceso de atención de la enfermedad.²⁰

Es notorio también que esa perspectiva tiende a subestimar la dimensión social de las narrativas. Al igual que las interacciones sociales, las narra-

²⁰ No obstante, el enfoque interpretativo de las narrativas del padecer tiene ciertas limitantes. Investigadores como Paul Atkinson han señalado que se centra excesivamente en quien padece la enfermedad, abordándolo como un “actor aislado que experimenta y narra una cuestión de experiencia privada y privilegiada”; además, que ha llegado a favorecer una suerte de “confesionario” (Atkinson, 1997).

tivas constituyen medios de comunicación que favorecen la reafirmación de identidades sociales (Riessman, 2007). Si bien el enfoque de Byron Good retoma el aspecto social de las narrativas, se le aborda como una forma de autoexpresión de la experiencia y no como referentes directos del contexto social de quienes viven con una enfermedad.

Así, son escasas las investigaciones que apuntan a la co-construcción de narrativas, en donde el trasfondo de la experiencia narrada dé cuenta de las condiciones y el contexto social en el que se generaron dichas narrativas (Farmer, 1996). Incluso las narrativas del padecer podrían abordarse como esfuerzos de los actores para dar sentido a las relaciones que establecen con sus familiares, los profesionales de la salud o incluso en términos de políticas públicas.

Si bien el enfoque interpretativo permite acceder a sistemas colectivos de significación e interpretación (por ejemplo, los modelos explicativos de Kleinman y las redes semánticas de Good), se trata de “marcos culturales” tan amplios que ocultan que las sociedades son estructuras complejas y en aparente equilibrio, al configurarse por sectores diferenciados de poder tienden a generar situaciones conflictivas.²¹

A nuestro parecer, el problema radica en la dimensión de análisis. No se niega la existencia de grandes sistemas culturales de “posibilidad” que llevan a los sujetos a pensar y actuar; más bien, habrá que precisar el nivel de análisis. Es decir, referir un nivel macro y hacer explícito que se deducirá su expresión en los niveles micro; o, en caso contrario, investigar las configuraciones a nivel micro y especificar que se analizará su integración con los niveles meso y macro. En la presente investigación optamos

²¹ Podría señalarse que los enfoques de la llamada “Antropología Médica Crítica” dan cuenta de las relaciones de poder económicas y políticas; en contraargumento, sostenemos que al sobredimensionar las relaciones de hegemonía-subordinación, los sujetos son concebidos como meros “reproductores” de las ideologías dominantes, anulando así su capacidad de gestión, lo que incluye la generación de experiencias y sentidos.

por la segunda opción; a nuestro parecer, es una manera pertinente, viable y válida para identificar la “cultura institucional” de un centro de tercer nivel de atención a la salud.

En este contexto, resulta apropiada la propuesta de E. Goffman sobre el “*frame analysis*”. Bajo este enfoque, es “en y a partir de las interacciones entre los individuos” (Goffman, 2006) que se generan “marcos de la experiencia” socialmente compartidos, que organizan y dan significado a las relaciones, además de que también favorecen su participación. Se trata de esquemas sociales de interpretación que habilitan a los individuos para ordenar sus vivencias dentro de sus espacios cotidianos de vida, como lo es clínica en el área de rehabilitación de un centro de atención neurológica.

Los marcos de referencia permiten dar cuenta de las subjetividades compartidas por determinados sectores o grupos sociales. Pero no solo se trata de sistemas interpretativos, sino que también son itinerarios de acción compartidos, que ordenan las experiencias y guían la acción de los individuos.

Así, en una organización social como lo es una institución de salud, es posible identificar uno o varios marcos de referencia, los cuales no se identifican necesariamente por los espacios en donde se ubican los individuos, sino por las interacciones reiterativas de los sujetos, las cuales suelen abarcar diferentes “situaciones”, pero que recurren a los marcos de referencia para definir o interpretar las relaciones en las que se ven involucrados. Se trata de esquemas interpretativos que simplifican el mundo de las experiencias, por lo que, al presentarse situaciones relevantes, como puede ser la atención en conflicto, permiten a los individuos posicionarse en relación a ciertos valores que le resultan significativos, lo que implica la contraposición de otros.

Finalmente, se retoma la propuesta procesualista de Víctor Turner para analizar las “situaciones en conflicto” al interior de una estructura social (sistema jerárquico y orden normativo) con el fin de describir formas de organización y los “marcos de referencia” que la sustentan. Así, la recons-

trucción de “situaciones a nivel local”, de manera inductiva nos guiarán a su vinculación con los niveles meso y macro, en caso de ser necesario.

No obstante, para dar cuenta del sistema de símbolos, no optaremos por el registro de los rituales, pues los patrones de relaciones sociales reiterativos en la institución hospitalaria no se guían por lógicas religiosas o las acciones performativas emergentes, como sugiere Mattingly, pues nuestro objetivo no es dar cuenta del sistema de significados expresados por los pacientes y terapeutas en torno a la atención de una enfermedad neurológica, sino del sistema de significados que se generan en el proceso de configuración de la clínica. Así, partiendo de una situación en conflicto, una vez identificados los principales actores involucrados en esa coyuntura, se realizará una reconstrucción de sus experiencias, para lo cual recurriremos a las narrativas y los marcos de referencia.

No obstante, nuestro enfoque no solo retomará la polifonía y heteroglosia de las narrativas,²² sino que reconstruirá la situación en conflicto con la experiencia narrada en la medida de lo posible por cada uno de los actores involucrados. De aquí la importancia de recuperar la propuesta de Turner sobre los símbolos, en particular la condensación y la polisemia; es decir, interpretaciones comunes y diferenciadas de los valores y sentimientos. Por ejemplo, sobre una misma enfermedad crónica, las narrativas comunican diferencialmente emociones, moralidades y valores (Capps y Ochs, 1995). Mientras que estudios apuntan que el personal médico, al dialogar con los pacientes, a menudo muestra preferencia por las narrativas cuyas tramas se relacionan con la “restitución” en un futuro cercano; no obstante, rechazan las tramas de “caos”, pues no conduce a ninguna

²² Bajtín señala que las historias se conforman a partir de fragmentos de historias que le antecedieron. Quizá ingeniosamente reordenadas; pero nunca es original. Así, al problematizar este proceso dialógico, propone distinguir la polifonía y heteroglosia. En polifonía, la voz del orador hace resonar las voces de otras personas a las que en algún momento escuchó y cuya respuesta es anticipada. Mientras que la heterogonía enfatiza que cada historia se ensambla a partir de múltiples códigos del lenguaje, ya que conforman una comunidad de habla (Bajtín, 1986).

resolución, así como las de “búsqueda permanente”, dado que reafirman la imposibilidad de una conclusión cercana (Frank, 1995).

Lo antes expuesto toma particular importancia si se considera que, en las situaciones en conflicto, los actores involucrados están en condiciones de expresar su punto de vista dentro del proceso en que participan. Apelan a una experiencia narrada particular, para diferenciarse de su contraparte. Es decir, que organizan de tal forma la secuencia de sus narrativas, con el fin de enfatizar la importancia de su “trama”, respecto de las otras.

Al respecto Rodrigo Díaz, quien es antropólogo especialista en la propuesta teórica metodológica de Víctor Turner, al retomar los conflictos sociales definidos como “dramas sociales”, señala:

De este modo, los dramas sociales alojan simultáneamente significados, valores y propósitos encontrados; reconstrucciones y narrativas del pasado y del presente, y orientaciones hacia el futuro en competencia; y finalmente cogniciones, afectos y voluntades en conflicto. Los dramas sociales pueden expresar, en suma, varias estructuras de experiencia; diversas concepciones de, y orientaciones en el mundo. Los dramas sociales cristalizan ahí donde se busca transformar, perfeccionar, la organización política y social, donde las experiencias se movilizan, conmovidas y a veces con notoria fragilidad, a atender este perpetuo reto de toda cultura (Díaz, 1997: 15).

Un drama social alude a un proceso total de transformación, conformado por cuatro fases temporales y el cual se reconstruye mediante la estancia prolongada y/o los registros históricos. No obstante, a nivel micro, como lo es el área de rehabilitación, es viable investigar a profundidad las primeras fases del conflicto —como lo es la ruptura y la crisis—. De hecho, los conflictos en los niveles micros suelen ser consecuencia de que en niveles meso y macro se han infringido el orden normativo.

Métodos de investigación

Estudios sociológicos y antropológicos que han investigado la clínica en contextos hospitalarios han evidenciado que, durante el proceso de atención, los profesionales de la salud suelen verse involucrados en diversas situaciones conflictivas. Varano y Varano (2014), al investigar el funcionamiento de los equipos interprofesionales, revelan formas de interacción discordantes asociadas al ejercicio de la autoridad y el reconocimiento de competencia.

En el campo de la Psiquiatría Hospitalaria, destaca la obra de Hardcastle, Kennard, Grandison y Fagin (2007), intitulada *Experiences of Mental Health In-Patient Care: Narratives from Service Users, Carers and Professionals*, ya que –recurriendo a las narrativas de diferentes profesionales de la salud, pacientes y usuarios– se demuestra que durante el proceso de atención hospitalaria se generan experiencias diferenciales; incluso algunas de carácter contrapuesto. Es importante destacar que, en la elaboración del libro, la organización de las narrativas permitió a los autores y al editor inferir la existencia de un entorno terapéutico caracterizado por la escases de recursos, el cual es detonante de situaciones conflictivas y riesgo.

Entre los enfoques antropológicos que dan cuenta de las “situaciones en conflicto”, destaca la llamada escuela de Manchester, quienes, al investigar las transformaciones en diferentes formas de organización social, demuestran que las relaciones conflictivas, más que cuestionar o aspirar a la transformación de la estructura social, permiten su continuidad, pues favorecen la realización de ajustes en los órdenes normativos y jerárquicos (Gluckman, 1958; 2009).

Partiendo de que el marco normativo y orden jerárquico de una institución no es suficiente para dar solución a todas las relaciones conflictivas, es que esbozaron el “análisis situacional o método del caso extendido”. Se trata de una conceptualización procesual y temporal de las organizaciones sociales. Por lo que, en un período de tiempo específico, plantean

el registro de las interrelaciones establecidas por los individuos, así como las expectativas y valores que las llevan a conformarse.

En el registro de las situaciones en conflicto, se plantea identificar personajes protagónicos y secundarios, con el fin de observar el flujo de interacciones, así como los valores simbólicos que favorecen la organización y consecución de sus intereses, cuidando de no tener afinidad por un personaje en particular, pues ello significaría anular la perspectiva de todos los actores.

Dado este punto de vista, es importante obtener diferentes interpretaciones sobre las disputas u otros eventos en una variedad de personas, en vez de buscar la interpretación correcta de los eventos. La búsqueda de las interpretaciones correctas pertenece más a la escuela de “buscar al más viejo y sabio de la villa” y de los abogados. Para el sociólogo interesado en los procesos sociales, no hay puntos de vista buenos o malos; solo hay diferentes visiones que representan diferentes intereses de grupo, estatus, personalidad, etcétera. De ahí surge que debe registrarse lo más que se pueda sobre el contexto de los casos –los casos deben presentarse de manera situacional y los actores deben especificarse– (Velsen, 1967: web).

Una importante fuente de información son los registros escritos que suelen ser presentados ante las instancias reguladoras de una institución. No obstante, como se ha señalado anteriormente, se pondera la observación directa de las interacciones llevadas a cabo por los individuos y agrupaciones, con el fin de identificar situaciones reiterativas. Por otra parte, su comparación analítica tiene como objeto revelar la estructura subyacente de la organización social.

No obstante, una gran limitante del método de caso extendido es que no permite dar cuenta de cómo las interacciones sociales son significadas y simbolizadas por los propios actores (Burawoy, 1998; Tavory, 2009), por lo que recurriremos a la co-construcción de múltiples narrativas, para dar cuenta de sus experiencias, poniendo particular atención al orden que configuran las fases del conflicto.

No obstante, la comprensión del punto de vista de los actores-sujetos (Hammersley y Atkinson, 1994) y aprender de la lógica de sus prácticas cotidianas implica establecer relaciones de interlocución, ya que no solo se espera investigar “sobre o en” la población; sino “con” y “a partir de ella” (Guber, 2013).

Mediante la estancia prolongada en el espacio de rehabilitación, establecimos relaciones dilógicas de mutua escucha con el fin de descifrar el significado (símbolos polisémicos y emociones) de las situaciones en conflicto, previamente observadas y registradas.

La narrativa es una expresión de comunicación intencional que describen rasgos de una situación; por lo que dan cuenta de las experiencias de la vida cotidiana en un contexto sociocultural particular. Se trata de una co-construcción intersubjetiva, por lo que las formas en cómo se establecieron relaciones de interlocución fueron clave en su producción y los sentidos que estas comunicaron, por lo que en su análisis se puso particular atención a este aspecto.

Asumimos una posición de desconocimiento y duda respecto a lo relatado en cada narrativa (Chase, 1995). En la medida de lo posible tratamos de no inducir el orden de lo expresado verbalmente por nuestros interlocutores, lo que permitió acceder a las temporalidades significativas de los sujetos. En la reconstitución del presente, los estudiantes y profesionales de la salud solían evocar al pasado; sin embargo, también imaginaban un futuro, por incierto que este fuera.

En la coproducción de las narrativas del padecer, el equipo propuso el diseño de ítems por abordar durante el proceso de interlocución y de las que derivaron las “preguntas detonantes”, cuyo objetivo fue desencadenar el interés de nuestros interlocutores y favorecer que se extendieran en sus relatos descriptivos. Sin embargo, no menos importante fue reflexionar sobre las formas en que estas se formularon a los interlocutores.²³

²³ El análisis del contexto sociocultural en el que se co-construyen las narrativas nos

Finalmente, es importante destacar que –previo a la coproducción de las narrativas– se establecieron múltiples interacciones sociales en los espacios y tiempos de la institución; sin embargo, se extendieron a otros espacios y temporalidades, como lo fueron algunos parques públicos. Así, nuestro análisis complementa un enfoque etnográfico que dará cuenta del contexto sociocultural que permitió al interlocutor la generación de sentidos. Pero no con el fin de hacer alusión a su veracidad, sino para dar cuenta de las lógicas socioculturales.

En resumen, el presente trabajo integra, en primera instancia, una descripción etnográfica basada en el método del caso extendido, con el fin de describir las formas de organización de un equipo interprofesional durante el proceso de atención de enfermedades neurológicas, en el área de Rehabilitación. Posteriormente, retomando las situaciones discordantes identificadas en la primera etapa de la investigación, recurrimos al análisis narrativo para dar cuenta de las experiencias vividas por los participantes (Riessman, 2008).

Aspectos metodológicos

El trabajo de campo tuvo una duración de cuatro meses. Inicialmente, abarcó todos los días de la semana; pero posteriormente se concentró de lunes a miércoles, pues el flujo de la investigación nos llevó a identificar ese período de tiempo como el de mayor afluencia e interacciones sociales, sobre todo desde las 8:00 am hasta las 14:00 p.m.

En todos los casos se solicitó autorización institucional y personal para observar las interacciones durante el proceso de atención en el área de re-

llevó a reflexionar sobre las bases de nuestra autoridad al investigar y que favorecieron o limitaron el acceso a los múltiples espacios y el diálogo con nuestros interlocutores. Así, al presentar los casos, haremos explícitas las condiciones socioculturales que posibilitaron la interlocución, la generación de los sentidos en las narrativas o las dificultades que ello representó.

habilitaciones neurológicas. En tanto, para la generación de las narrativas (Riessman, 2008; Gonzales, 2019), a cada una de las personas se le explicaron a detalle los objetivos y fines del proyecto; su autorización quedó registrada en una carta de consentimiento informado y se les pidió permiso para hacer uso de la grabadora. Todas las grabaciones se transcribieron.

En una primera etapa, el registro se centralizó en la observación de las situaciones que surgían durante el proceso de atención en el área de Rehabilitación Neurológica. Se realizó mediante el uso de libretas de campo, en donde se redactaron bosquejos de interacciones y se anotaban palabras claves. Al surgir un acontecimiento relevante, en la medida de lo posible, se trató de dialogar de manera casi inmediata con los actores involucrados en la coyuntura, para indagar su punto de vista o posteriormente para abordar lo acontecido.

En un segundo momento, previa identificación de los sujetos, se les contactó con el fin de llevar a cabo las entrevistas narrativas²⁴. Dado que nuestro interés fue indagar sobre las experiencias vividas durante las interacciones observadas previamente en el proceso de atención interprofesional, el equipo acordó los ítems que serían abordados mediante el proceso de interlocución, con el fin de desencadenar su interés y favorecer el que se extendieran en sus narrativas.

Establecimos relaciones de interlocución con cinco terapeutas que trabajan o trabajaron como pasantes²⁵ (Angélica, 22 años; Andrea, 22 años; y Nubia, 25 años), terapeutas (Leonor, 56 años; y Laura, 32 años) o residentes de la especialidad de Rehabilitación Neurológica (Telma, 26 años).

El registro etnográfico del entorno clínico tenía el fin de describir y comprender la realidad sociocultural del servicio de Rehabilitación Física, lo

²⁴ La “entrevista narrativa” es un modo colaborativo de investigación, ya que, mediante el establecimiento de relaciones dialógicas, se construye una historia y sus significados. Al interlocutor se le hacen preguntas simples o abiertas relacionadas con su experiencia sobre un suceso en el que se haya visto involucrado (Mishler, 1986; Chase, 2003; Riessman, 2008).

²⁵ Por mutuo acuerdo, en el presente escrito se recurrió al uso de seudónimos.

que implicó identificar las normativas que regulan la actividad clínica de los terapeutas, describir las recomendaciones a las personas que atendían, el tipo de relaciones que se establecían y los ejercicios que desempeñaban durante la práctica clínica, pues teníamos la intención de realizar una observación de las interacciones clínicas.

Participamos en el escenario clínico como observadores y poco a poco penetramos en el mundo de los terapeutas (estudiantes y adscritos). En ocasiones, las relaciones fueron fluidas y en otras fueron conflictivas, pues los terapeutas nos miraron con desconfianza al sentirse observados por un médico y un antropólogo. Esta desconfianza se limitó cuando uno de nosotros se presentó como médico internista y desde esta identidad interactuó con los terapeutas para lograr empatía, pero también para tomar una distancia con el fin de lograr un rigor analítico y reflexivo.

Durante el trabajo de campo teníamos claras dos nociones metodológicas: la primera era realizar una observación negociada interactiva; y la segunda, extender las interacciones más allá del binomio terapeuta-paciente, pues durante el campo reconocimos que las interacciones observadas eran afectadas por factores sociales, culturales y económicos que tenían que tomarse en cuenta.

Con el fin de corroborar las interpretaciones de los registros etnográficos y los sentidos expresados en las narrativas, unos meses después de concluido el trabajo de campo y de haber realizado un primer estudio, se presentaron los resultados en una sesión colectiva. Ante los integrantes que conformaban los tres equipos del área de Rehabilitación, quienes, en lo general, estuvieron de acuerdo con lo presentado. Surgieron algunas diferencias con el responsable del área, pero estas no ponían en entredicho el estudio.

Finalmente, las dificultades de la investigación surgieron cuando se trató de dialogar con los estudiantes en servicio social y residentes. Explícitamente expresaron su miedo a ser reprimidos por los médicos responsables del área, razón por la que solo se contempló la interlocución con dos de ellos. La situación antes expuesta se expresó con mayor agudeza

a finales de marzo de 2019, período en que residentes de diez hospitales se manifestaron para exigir el pago de sus becas. De hecho, enfrentamos dificultades con las autoridades encargadas de la seguridad, ya que nos confundieron con periodistas. Posterior a ese período, algunos medios de comunicación masiva involucraban al director del CIFANEP con malos manejos administrativos

El análisis

En la presente investigación, el análisis de la información nos llevó a abordarles en forma de casos. Por tal motivo, es importante recordar alguna de sus principales características. Se trata de una investigación empírica que aborda un problema social a profundidad, dentro de su “contexto del mundo real”. Es decir, que la comprensión del problema de investigación y las condiciones contextuales son claves. Se trata de una perspectiva “realista”, pues, aunque el análisis es de segundo orden (dependiente), del investigador reconoce que existen múltiples realidades y perspectivas de significación. Su elección no depende de una muestra estadística, sino teórica, ya que permite comprender y exponer el sistema de relaciones que configuran el problema de investigación (Yin, 2009).

Inicialmente se expondrá el orden normativo del Departamento de Rehabilitación y Terapia Física y de las tres áreas que lo conforman: Terapia Física, Terapia de Lenguaje y Terapia Ocupacional. Dado que nuestro enfoque privilegió las interacciones en situaciones de conflicto, se eligió un caso representativo de cada una de las áreas, a fin de describir las formas de organización paralelas –y en ocasiones contrapuestas– a la normatividad. Despendiendo de su relevancia en el proceso de rehabilitación (rehabilitadores y/o estudiantes), se dará cuenta de sus experiencias narradas.

El análisis de las narrativas no hará alusión a una estructura específica, como señala Labov, pues muchas de ellas no expresan una conclusión; más

bien, aluden a una experiencia que es comunicada (Riessman, 1997). Nos parecieron prudentes las observaciones de Arthur Frank, quien señala que una narración “involucra la imaginación”, aun sin contar con todas las fases señaladas por Labov. Así, las historias narradas incluyen personajes, suspenso e imaginación (Frank, 2011).

Las narrativas transcritas se agruparon asumiendo un enfoque inductivo y de acuerdo con la forma argumentativa de las tramas; es decir, al orden de la secuencia y los sentidos que comunicaban. Nuestra intención fue proponer una tipología de los “recursos narrativos” (Frank, 2011) utilizados por los actores para explicar sus experiencias durante las situaciones en conflicto.

El orden normativo del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica

En 1964 se inauguró el Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica, fecha que marca la institucionalización de la Neurología —que entre otros aspectos, se reflejó en la separación de la Psiquiatría como saber encargado del estudio de las conductas, a un dominio especializado en la investigación y tratamiento de las patologías en el sistema nervioso central y periférico—. Así, en el diagnóstico tiene un particular peso el uso de “nuevas tecnologías”, mientras que el tratamiento se centra en la Neurocirugía y la Neurofarmacología.

Es importante destacar que la institucionalización del CIFANEP no solo se centra en la atención, ya que uno de sus principales objetivos es la investigación y la docencia, lo que ha coadyuvado a la consolidación de una comunidad científica con impacto nacional e internacional y, por lo tanto, a la configuración de un “ethos científico”²⁶ que resalta la importancia de la

²⁶ Con sólidas bases en los centros de investigación neurológicos en los Estados Unidos. Entre otros aspectos, ellos se debieron a que los primeros neurólogos mexicanos fueron formados en ese país, gracias al apoyo de laboratorios y fundaciones. En menor medida, por migrantes exiliados españoles.

investigación científica y la utilización de fármacos (Psicofarmacología y Neurofarmacología) (Vicencio, 2018):

Bajo estas bases, el CIFANEP señala en su misión:

Somos una institución de salud dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad, mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y atención médica especializada de excelencia con un enfoque humanístico.

En su visión:

Considerarse como la Institución de mayor prestigio en su campo donde se desarrollará investigación de vanguardia en materia de discapacidad, con formación de recursos humanos líderes de este ámbito, como modelo de atención en problemas de salud discapacitantes de la población y centro de referencia a nivel nacional e internacional, alcanzando el más alto grado de humanismo, calidad y eficiencia.

En el CIFANEP destacan tres objetivos: la investigación, la atención y la formación de recursos humanos. Sin embargo, la normatividad resalta las funciones de investigación y eventos de carácter científicos relacionados con las enfermedades del sistema nervioso. De hecho, si bien se señalan las actividades de rehabilitación, estas dependen de las actividades de investigación, tal y como se explicita en el punto VI.

El Departamento de Terapia Física y Rehabilitación fue fundado en 1964. En 1991, el cargo de director fue relevado por un especialista en Rehabilitación, quien hasta el momento del estudio lo seguía encabezando. Para 1998, se integra la Clínica de Lenguaje, a cargo de una especialista adscrita. En el 2008, se establece el área de Terapia Ocupacional, la cual era atendida por pasantes en servicio social; no obstante, en el 2013 se designa a un profesional como responsable. Hasta mayo del 2018 se establecen formalmente sus funciones, autoridad y responsabilidad de los cargos “de acuerdo con los criterios de modernización administrativa”

(*Manual de organización específico del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación*, 2018).

Así, entre sus funciones, se señala:

- Establecer el manejo eficaz y oportuno de secuelas de tipo neurológico que se presentan en los pacientes que acuden al CIFANEP, que les permitan superar deficiencias y desventajas.
- Integrar el núcleo social, familiar, laboral y educativo del enfermo, para lograr una recuperación y desarrollo más integral.
- Difundir medidas de rehabilitación y medicina física en todo enfermo neurológico, tomando en cuenta su entorno biopsicosocial.
- Participar en actividades de docencia e investigación, así como en la difusión de conocimientos y resultados de las investigaciones.
- Apoyar la ejecución de las funciones generales asignadas.
- Elaborar y aplicar el programa anual del Departamento, así como actualizar y operar los manuales de organización y procedimientos específicos (*Manual de organización específico del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación*, 2018).

Las instalaciones del área de Terapia Física y Rehabilitación se ubican sobre lo que fue una especie de sótano, utilizadas como bodega; por lo que, al interior de las instalaciones, es complicada la circulación. En el 2010 se realizó una remodelación, la cual constó básicamente en el acondicionamiento del acceso al inmueble.

Como se ha señalado, no es sino hasta mayo del 2018 que el CIFANEP reconoció formalmente la participación del campo de la Terapia Física y Rehabilitación como partícipe de “las actividades de docencia e investigación, así como en la difusión de conocimientos y resultados de las investigaciones”.²⁷ Ello obedece a que, en relación con el enfoque neurológico,

²⁷ Según el “Glosario” del *Manual de organización*: “Rehabilitación: Conjunto de técnicas y métodos que sirven para recuperar una función o actividad del cuerpo que ha disminuido o se ha perdido a causa de un accidente o de una enfermedad. Paciente: Persona enferma que es atendida por un médico o recibe tratamiento médico

es un campo periférico. Contexto que es potenciador de conflictos, pues mientras el CIFANEP pondera la realización de estudios e investigaciones clínicas; el área de rehabilitación preconiza la “atención de las personas que presentan secuelas de tipo neurológico, así como su integración recuperación y desarrollo” (*Manual de organización específico del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación*, 2018).

El Departamento de Terapia Física y Rehabilitación

El Departamento de Rehabilitación Neurológica del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica se ubica en una de las partes más lejanas de la puerta de acceso al hospital, por lo que es notoria la dificultad que enfrentan los pacientes y sus acompañantes para trasladarse. Recordemos que, entre otros aspectos, las enfermedades neurológicas disminuyen significativamente la motricidad corporal, de tal forma que incluso algunos dependen del apoyo de otras personas para realizar actividades básicas como caminar, sujetar un bastón o apoyarse de los barandales.

Al acceder al CIFANEP, y a pesar de las evidentes dificultades que presentan los enfermos, es escaso el apoyo de personal especializado en el manejo de pacientes que sufren enfermedades neurológicas y en ocasiones el servicio de sillas de ruedas. Si bien en la parte más alta del Centro existe una puerta alternativa, esta solo se utiliza para retirarse, pues para acceder es obligatorio registrarse en el módulo de vigilancia. Así, no deja de ser paradójico que en el área de Rehabilitación Neurológica no se hayan considerado las dificultades motrices de los pacientes.

o quirúrgico. Terapia Física: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en 1958 a la Fisioterapia como: ‘el arte y la ciencia del tratamiento por medio del ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad’”. Terapia Ocupacional: Según la OMS, se define como “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función”. Terapia de Lenguaje: Disciplina terapéutica que ayuda a tratar trastornos que se manifiestan a través del uso del lenguaje.

Dada la inclinación de la ruta y la presencia de diferentes tipos de escalones, se infiere que esta no fue diseñada originalmente en los planos arquitectónicos del CIFANEP. La Unidad se divide en tres áreas de atención: Terapia Física, Terapia de Lenguaje y Terapia Ocupacional. A pesar de que comparten el mismo espacio, su distribución horizontal, y que no se ordenen en un mismo nivel, dificulta el trasladado de un lugar a otro y, por lo tanto, la comunicación entre los integrantes del equipo interprofesional. Al observar detenidamente el espacio en que se ubican los consultorios, se nota que los consultorios se acondicionaron sobre lo que fuera la estructura previamente existente y junto al área de bodegas. Ambos aspectos se confirmaron durante la estancia en campo.

Los recursos humanos del área se conforman por más de doce pasantes y alrededor de ocho terapeutas de Rehabilitación; dos residentes de Terapia de Rehabilitación Física y dos médicos especialistas en Rehabilitación Física. Otros servicio de suma importancia es la Terapia de Lenguaje. Finalmente, encontramos el área de Terapia Ocupacional, donde hay una terapeuta de planta y dos pasantes. Actualmente, se está implementando un área de Terapia con Realidad Virtual,²⁸ en donde los pacientes ingresan a protocolos de investigación.

El proceso de rehabilitación inicia con la evaluación de los pacientes, a cargo de la 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 nos explicó que la evaluación es integral, puesto que requiere de la participación de todos los integrantes del equipo interprofesional. No obstante, se registró que eso solo acontecía entre las áreas de Terapia Física y Ocupacional, pues los intercambios con Terapia del Lenguaje eran mínimos.

Las terapias son responsabilidad de los rehabilitadores encargados de cada área, quienes deciden las técnicas y ejercicios por realizar. No obs-

²⁸ Mediante el uso de tecnología computarizada, se estimulan los mecanismos de neuroplasticidad, por lo que favorece el que algunos pacientes con afecciones de origen neurológico participen activamente en su neurorrehabilitación.

tante, las terapias de rehabilitación en su mayoría fueron realizadas por una docena de estudiantes en servicio social²⁹ y tres que realizaban una especialidad.

Aunque las terapias deben ser individuales y con duración de una hora, lo común es observar que los estudiantes atendían simultáneamente a dos o tres pacientes. Al finalizar una jornada de ocho horas, resultaba evidente observar el agotamiento de los estudiantes, quienes apenas y tenían tiempo de actualizar sus carpetas de evaluación.

Los jefes de área y los rehabilitadores adscritos, si bien se encargaban de atender de manera individual entre cinco a seis pacientes por día, era notorio observar que se veían involucrados en evaluaciones de investigación encabezadas por los equipos de las Neurociencias, realizando reportes administrativos y, en menor medida, supervisando a los pasantes del servicio social.

La jerarquización en el área de Rehabilitación era de tipo vertical, por lo que las órdenes fluyen del director a los responsables de cada campo y, finalmente, a los estudiantes. Sin embargo, ante la saturación de pacientes, y a pesar de romper con la normatividad en el área, se han implementado formas de rehabilitación “simultaneas o colectivas” de rehabilitación, las cuales eran situaciones de conflicto entre los diferentes integrantes de los equipos interdisciplinarios, destacando la de los estudiantes, con todos los niveles de autoridad.

El área de Terapia Física

De acuerdo con el *Manual de organización* del CIFANEP, el área de la Terapia Física tiene por objetivo: “colaborar en actividades de rehabilitación de pacientes neurológicos a través de estrategias de Terapia Física” (*Manual de organización específico del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación*, 2018).

²⁹ Provenientes de universidades públicas y privadas.

Sus funciones radican en:

[...] brindar Terapia Física a los pacientes en el área de Hospitalización y Urgencias. Proporcionar Terapia Física a los pacientes en el servicio de consulta externa. Participar en actividades de docencia para los estudiantes de Terapia Física de otras Instituciones. Participar en actividades de docencia para los familiares de los pacientes neurológicos (*Manual de organización específico del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación*, 2018).

El área de Rehabilitación Física es un espacio amplio de aproximadamente ocho metros cuadrados. Cuenta con una gran ventana y varias lámparas de luz blanca que están prendidas en el techo, por lo que la iluminación es adecuada. Se cuenta con una cama de exploración y, a un costado, con archiveros. Existe un pequeño refrigerador y un mueble, en donde se colocan distintos equipamientos. Frente a la puerta de acceso, existe una mesa en donde los estudiantes residentes interrogan a los pacientes y realizan sus anotaciones.

En este consultorio de Terapia Física se evalúan a todos los pacientes que ingresan al área de Rehabilitación, por lo que el director y los rehabilitadores adscritos deciden si la persona enferma debe realizar algún tipo de rehabilitación de las tres áreas que conforman el Departamento.

Las consultas son breves, en un rango de entre quince minutos y veinte minutos. Una vez revisado al paciente, se le asigna un fisioterapeuta; se le indica la frecuencia de las rehabilitaciones y los ejercicios, encaminados a reforzar músculos del torso, brazos, hombros, cara, extremidades, etcétera.

El servicio de Rehabilitación Física comienza sus actividades desde las ocho de la mañana. Es febrero y hace frío. El área está saturada de personas con distintas afecciones. Sus familiares las acompañan. Los fisioterapeutas trabajan frente a grandes espejos; hablan con los enfermos, mientras que realizan actividades para mejorar su motricidad y elasticidad.

Angélica, una pasante en servicio social, atiende a tres pacientes de manera simultánea. Han pasado veinte minutos de la hora que se destina a

cada rehabilitación. Atendía a Gloria, su paciente –en una bicicleta fija–; a Margarita, en una camilla de terapia; y a Anastasia, quien también realiza terapia en otra camilla. Por momentos dedica minutos de rehabilitación a cada una de ellas de manera simultánea. Pone cuidado a los ejercicios de Gloria, que pedalea en la bicicleta y le explicaba el ritmo, la alineación y la postura. Después acude con Margarita para colocarle unos cojines debajo de la pelvis, pues tiene un problema en la columna cervical y lumbar; orienta su posición para que esté cómoda, y posteriormente le coloca compresas calientes en la zona lumbar. Tres minutos después, asiste con Anastasia, quien permanece acostada boca arriba en una camilla gris amplia. Anastasia realiza genuflexiones alcanzando sus cuádriceps al vientre. Angélica corrige su postura y le indica el ritmo pausado de los movimientos y las respiraciones.

Los rehabilitadores de base caminan por los pasillos, otros platican o simplemente están sentados... esperando a que los llamen, pero no necesariamente supervisan las terapias que realizan los alumnos a su cargo. Es notorio que existe una inequidad en el trabajo de rehabilitación.

Angélica no para de asistir a sus pacientes hasta que cada una termina escalonadamente y se marcha. Al finalizar, Angélica toma un poco de agua y con una toalla se retira el sudor.

Al iniciar la siguiente hora, a Angélica se le ha asignado la atención de un joven paciente de 28 años con hidrocefalia y discapacidad intelectual severa. El paciente se mueve caóticamente y grita de una forma intempestiva, se lleva las manos a la boca y está agitado. Angélica se coloca frente de él, le dobla sus rodillas y comienza su rehabilitación. Extiende y flexiona las rodillas, los tobillos y la pelvis. Es muy difícil realizar la terapia sola, por lo que solicita que le apoyen otros tres estudiantes. Ahora cuatro fisioterapeutas y el familiar se involucran para realizar los ejercicios de estiramiento y movilización.

El paciente se mueve constantemente. Dos estudiantes contienen el movimiento caótico que realiza en las piernas y otras dos intentan contener el torso y las manos, pero él se libera y se quita las manos de encima

y grita como si lo estuvieran lastimando. Su cuerpo está en constante contracción, por lo que ha dejado zonas de anquilosis muy severas, que pueden ser muy dolorosas cuando lo movilizan. Cambian de estrategia para poder estirarlo y lo colocan en el borde de la cama. Angélica explica a la madre del joven cómo será el ejercicio, y esta ayuda a contener los movimientos de su hijo. Le colocan pelotas de pilates, pero no logran mantenerlo sentado, por lo que abortan la misión.

Angélica está contrariada. Constantemente se toca el cuello, no sabe cómo abordar la terapia para movilizar al paciente. Lo sientan y lo estiran, le colocan la pelota en la espalda, estiran la espalda baja. Luego, con el empleo de una botella de refresco como estímulo, intentan que la aprehenda. El paciente mira de forma nerviosa y su rostro cambia. Las terapeutas juegan con el objeto y, por fin, encuentran una estrategia para que pueda moverse. El joven realiza los ejercicios y, por cierto momento, pierde el equilibrio. Al intentar buscar la botella en el piso, accidentalmente toca los senos de una de las estudiantes... el resto comienza a reír de manera nerviosa. Entre todos los estudiantes, y ahora la madre del paciente, intentan estirarle los pies y la espalda. Todos los estudiantes ríen porque es muy difícil estirarlo. Finalmente, logran estirarlo y le preguntan:

—¿Te gustó, verdad?

Al término de la terapia, Angélica y sus compañeras dicen:

—Valió la pena.

Angélica se toma 5 minutos de reposo para continuar con otro paciente.

El análisis de una hora de atención ejemplifica las experiencias contradictorias que enfrentan los estudiantes durante su formación profesional en servicios de rehabilitación del CIFANEP, pues si bien en su formación académica se les ha enfatizado la importancia de ser empáticos con los pacientes y apegarse a las estrategias de rehabilitación que ponderan la atención individualizada de las personas para facilitar su integración social, los rehabilitadores adscritos les ordenan realizar terapias simultáneas y bajo una mínima supervisión.

El cuerpo de los terapeutas es su principal herramienta para construir el acto terapéutico, pues con él dictaminan que zonas están afectadas y, sobre todo, dan el ejemplo de los ejercicios de rehabilitación que deben realizar. La rehabilitación intenta construir una destreza para las personas afectadas, a fin de que recuperen una función, y es a través de prácticas reiterativas como se vuelven expertos nuevamente en realizar los actos cotidianos que nos dan vida simbólica.

Es curioso ver que el cuerpo es el marco de referencia que da orden a las tramas narrativas, pues los rehabilitadores experimentan momentos críticos que los llevan al límite de su construcción moral. Existen claras diferencias jerárquicas que deben respetar cuando se brinda una terapia de rehabilitación, pero el mismo cuerpo tiene ese sentido jerárquico implantado por la familia, la cultura y la sociedad.

En el cuerpo existe un claro dominio de algunos sentidos, una importancia social que se le dota a las partes corporales, pero cuando las personas acuden a Terapia de Rehabilitación se construye un acto intersubjetivo que implica una negociación con la incertidumbre, pues los rehabilitadores no saben si las personas afectadas seguirán con los ejercicios terapéuticos. Existe una crisis constante de los rehabilitadores cuando se confrontan con la jerarquía médica, cuando atienden casos difíciles y cuando no se dan abasto por el exceso de trabajo.

La única forma de construir la moral o de banalizar algunas prácticas institucionales es a través de las emociones. De cierto modo, existe una preocupación inicial por parte de los terapeutas, también enojos, tristezas, pero indudablemente se llega a la indiferencia para poder soportar algunas prácticas.

Los estudiantes de Rehabilitación, al no tener claro quien dictamina los tiempos destinados a la consulta y la cantidad de pacientes por atender en una jornada, aprenden cotidianamente que la organización en el área de Rehabilitación se caracteriza por la saturación de pacientes y la rapidez para realizar las terapias, por lo que es banalizada la responsabilidad esta-

blecida por los estudiantes, con el paciente que enfrenta una enfermedad neurológica y los familiares encargados de su cuidado.

Esta tendencia se expresa también en la ubicación espacial del área, así como la escases del personal de apoyo y los recursos terapéuticos. Por lo que el traslado a través de los servicios de rehabilitación suele centrarse únicamente en los estudiantes, siendo su propio cuerpo la principal herramienta de apoyo durante el manejo de las personas con afecciones neurológicas y la aplicación de las terapias de rehabilitación. Esta dimensión corporal se notacotidianamente al finalizar una jornada, a través del cansancio; expresiones de dolor corporal y *las dimensiones morales de la corporeidad*, pues las terapias involucran el contacto público de los cuerpos del enfermo y la rehabilitadora

En el análisis de las narrativas performativas se identificaron tipos de tramas relacionados con la incertidumbre de los estudiantes al afrontar las formas de organización del área de Terapia Física. Lo que explica que las emociones son tramas que se expresan en la experiencia de los terapeutas, pues es la forma en que pueden socializar su vida y su trabajo. De hecho, las emociones anteriormente descritas condicionan la ruptura de normas institucionales ante la saturación de pacientes, ante las rehabilitaciones simultáneas que les impiden brindar una atención de calidad y calidez a los enfermos y a sus familiares. A lo que se agrega una abrumadora desmoralización por los pocos o nulos avances de sus pacientes.

A continuación, describimos la situación que favoreció el establecimiento de relaciones de interlocución entre investigador y una estudiante y la co-construcción de una narrativa. Se trata de Estela, una joven egresada de una universidad del sureste de la República. Desde hace tres meses, venía realizando su servicio social en el área de Rehabilitación; sin embargo, se mostraba molesta, pues la estancia en el CIFANEP no cumplía con sus expectativas.

Viernes, 10 a.m. En relación con los otros días de la semana, es notoria la ausencia de pacientes. Los estudiantes se concentran en el área de cómputo.

Mientras que algunos recogen los materiales e instrumentos 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 sus uniformes y distintivos universitarios. Apenas se dirigen la palabra.

En un momento dado, la estudiante Estela me identificó como profesor de la UNAM. Se acercó para preguntarme por los posgrados ofertados y el motivo de nuestra investigación. Le pregunté si podíamos sentarnos en un pasillo para platicar, a lo cual accedió de inmediato. 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.

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

Alfredo: —Te noto molesta.

Estela, con lágrimas y un tono de angustia:

—¡Es que... te ponen a hacer cosas que no te corresponden! Como ir por mandados o aplicar pruebas. Uno estudia y hace el esfuerzo para venir desde lejos para hacer sus prácticas en un Centro de prestigio ¡Haces otras cosas que no te corresponden! ¡Una cosa es apoyar y otra 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 los estudiantes, por lo que pido a Estela que detenga por un momento la conversación, mientras esperamos a que se calme. Le explico que sus compañeros empezaron a observarnos y, dados los temas que estaba abordando, era mejor movilizarnos a otro espacio.

Una vez que nos sentamos en un espacio relativamente aislado, al recuperarse del llanto, retomamos la conversación. En esta ocasión con un tono de voz fuerte:

Estela: —Tengo un familiar y sé lo que se sufre. Estudié para ayudar a los enfermos. Son muchos sacrificios, pero te encuentras con que vienes a prac-

ticar 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?

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

Estela [con tono de voz tenue]: ¡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?

Estela [de nueva cuenta empieza a llorar y exclama]: —¡Sí, he llegado a dudar de lo que hago!

Al proporcionarle un pañuelo desechable, noté que varios de sus compañeros de nueva cuenta nos observaban nerviosos. Murmuraban entre ellos y trataban de acercarse a donde nos encontrábamos. Era claro que les interesaba escuchar los temas de nuestra conversación. Estela no paraba de llorar, la situación era incómoda. La disyuntiva que se presentaba es que Estela me estaba proporcionado una narrativa muy interesante, pero los temas abordados la podían poner en una condición adversa, pues sus compañeros no solo la vieron llorar, ahora estaban atentos a lo que estábamos conversando. Pensando en su seguridad, esperé que de nueva cuenta se recuperara y le pedí que retomáramos la conversación en otro momento y espacio.

Una semana después, intentamos contactar a varios estudiantes para entrevistarlos, pero ninguno accedió a conversar. Le comenté a mi colega de equipo lo acontecido con Estela y mis temores de que los estudiantes eran vigilados e incluso de que se les había dado la orden de no concedernos una entrevista. Durante el transcurso del trabajo de campo, nuestras sospechas lamentablemente se confirmaron.

Con el resto de los estudiantes se lograron co-construir entrevistas narrativas en la misma área de Terapia Física, por lo que nos vimos en la situación de adecuarnos a sus temporalidades. La mayor parte fueron realizadas los viernes por la tarde, períodos en los que disminuía significativamente la consulta, dado que los rehabilitadores adscritos —al priorizar su clínica privada— no se encontraban físicamente, lo que nos facilitó realizar los encuentros de interlocución. No obstante, era complicado encontrar espacios en donde no existieran testigos.

A continuación, exponemos los casos de Nubia, Andrea y Telma, jóvenes estudiantes de la Ciudad de México. Todas realizaban su servicio social en el área de Rehabilitación desde tres meses atrás. Dado que estuvieron a cargo de la rehabilitación de algunos de nuestros interlocutores —quienes sufrían los estragos de enfermedades neurológicas— decidimos entrevistarles. Una vez que identificamos que los viernes disminuían las actividades en el área, en diferentes semanas les solicitamos dialogar, a fin de co-construir las narrativas. Con fines de exposición, mostraremos la base que dio orden a sus tramas narrativas.

Viernes, 12 p.m. Nubia se encontraba realizando anotaciones de todos los pacientes que había atendido de lunes a jueves. Al abordar sus experiencias en el servicio de Rehabilitación destacó:

Fíjese que ahorita, por ejemplo, mi carpeta está saturada, es cuando están completos... que sabes que no puedes ver a dos pacientes al mismo tiempo, o que solamente puedes [ver] a uno, que ya no tienes horarios libres ni cada 15, ni cada mes, ni cada ocho. Yo, por ejemplo, si das un paciente de alta, te meten luego, luego uno; y casi siempre tienes lacarpeta saturada. Y hay veces que tú... depende si quieres dejarlo de 1 o de 2 para ayudar a las personas, depende mucho de ti (Nubia).

Las autoridades encabezadas por los especialistas y rehabilitadores adscritos dan instrucciones a los alumnos, en las que —de manera recurrente— se argumenta la importancia de ser “eficiente”; sin embargo, estas

contradican explícitamente el cumplimiento de protocolos de atención y las competencias adquiridas por los estudiantes durante su desarrollo profesional y el sentido de responsabilidad hacia la persona enferma.

Y siempre tenía como ese choque en la universidad... y todo porque me dicen “lenta”, eso de... por ejemplo, cuando monté ese programa en el Comité de Rehabilitación con el área administrativa para que me dieran media hora por paciente, o sea, tuve que luchar, dije: “No bajo de media hora”, es que... hasta que uno de mis profesores le tuvo que decir: “O sea, si fuera la madre de alguno de nosotros, pues nos gustaría que fuera todo el tiempo que se necesita”, y en la consulta muchas veces pasa con los pacientes que tienen algo así complejo, preguntan: “¿Por qué se demora tanto?” (Andrea).

Los estudiantes han aprendido que las contradicciones morales se resuelven a través de la imposición de relaciones jerárquicas y de castigo por parte de las autoridades. Ante el incumplimiento de las tareas encomendadas por su superior inmediato, en un lapso determinado por la autoridad, esto le representó ser etiquetada como “la lenta”, “poco trabajadora”, así como ser objeto de castigos públicos. En el caso de Telma, al verse obligada a atender una cita de la jefatura de su escuela, se ausentó por un día de los servicios de rehabilitación del CIFANEP. Eso generó que los rehabilitadores adscritos, al día siguiente, le asignaran más pacientes de los habituales, sin contar con la ayuda de sus pares o de un especialista:

Pues esta persona me gritó enfrente de todos, y dos de las tres veces que me han regañado han sido en público y con un tono muy déspota; eso creo que podría mejorar. Y la última fue hace dos semanas, un viernes, que salí el viernes y le marqué a mi encargada y le dije: “Ya, o sea, no puedo. No sé qué hacer. Sácame de aquí”. Y me habló y me calmó. Así de: “Tranquila, todo esto pasa en todas partes”. Y yo así de... toda desesperada... le dije: “¡Ya, sácame! O sea, me doy de baja, ya no quiero venir, ya, ya. O sea, vengo desde la casa de la chingada –perdón por la palabra– para venir acá, y tolerar este ambiente, no, o sea, no, suena muy feo, pero ni los pacientes valen la pena”.

Así le dije, y luego me acordé y dije: “No, si mis pacientes sí valen la pena, no quiero dejarlos solos”, pero pues sí me ha costado mucho como el ambiente. Ha sido la experiencia más difícil que tenido aquí, porque realmente si fuese diferente, y que obtuvieras un apoyo realmente de los de base, bien, que no fueran por los grupitos, creo que podría mejorar mucho todo (Telma).

Sus tramas narradas resaltan que las relaciones establecidas entre los rehabilitadores adscritos y los estudiantes en servicio muestran que es posible rebasar el ámbito formativo y de atención de las enfermedades neurológicas, incluso, en ocasiones, llegan a ser anuladas. Se identificaron tramas recurrentes, en donde los estudiantes –al no tener del todo claro cómo es que los rehabilitadores adscritos les ordenan llevar a cabo procedimientos terapéuticos simultáneos, de dos a tres pacientes–, desencadenaron conflictos morales sobre lo correcto e incorrecto y sus impactos en la salud de sus pacientes.

La verdad estuve a punto de darme de baja, perdí la motivación, por el ambiente con esta persona... porque por más que amaba a mis pacientes, estuve a dos de abortar mi misión. Me sentía, me siento con un acoso en general, no sexual ni nada, pero acoso, como muy invasivo el... la tensión. Y digo: “Me equivoqué tres veces con diferentes pacientes”, y lo acepto porque son cosas que realmente me sucedieron (Nubia).

Los alumnos experimentaron permanentes incertidumbres, ya sea por el temor de no cumplir con las órdenes de sus autoridades inmediatas o por dudar de las competencias adquiridas durante su formación académica. Así, para los estudiantes, las relaciones establecidas con sus autoridades en el área de Rehabilitación eran asumidas como órdenes para solventar casos de emergencia, en donde son banalizados el pronóstico y los procesos terapéuticos que conforman el servicio de rehabilitación. Esta banalización implica construir una repuesta moral en torno a la práctica clínica, pues brindan la atención con lo que pueden y han aprendido. Pero también toleran prácticas con las que no están de acuerdo, porque

los rehabilitadores se encuentran en una situación jerárquica donde no pueden tomar ciertas decisiones en torno a las prácticas de terapéuticas:

Sí, porque llegan pacientes con un montón de dudas y llegan aquí y quieren que uno les diga qué puede ser ahora que no se mueven igual, pues no hacen las cosas igual y no encuentro esas respuestas allí, me acuerdo muy bien de algo con un paciente con ELA (Esclerosis Lateral Múltiple Amiotrófica), joven, un paciente de 35 años, y era una variedad que solo afecta a los miembros superiores, entonces fue con su mamá, desde que entraron a la consulta yo estaba con los dos profesores, porque además en un consultorio están los dos. Entonces, es como una lucha de poderes, a veces; entonces, la mamá, como muy angustiada preguntando qué tipo de tratamiento había. Entonces, yo a ella le decía hasta ahora no hay ningún tratamiento; entonces, el Dr. Hernández dijo:

—Ah, pero sí hay, sí hay y lo están ensayando en Tailandia, pero eso vale mucho dinero.

O sea, esa cara de esa señora cuando él le dijo que sí hay. Pues ella sacó su libreta como para apuntar dónde hay “Y yo, yo voy hasta allá”, pero después, cuando le dice “Vale mucho dinero”... ¡A mí me dio un dolor tan grande! ¡Y ya después yo le decía al doctor, pues ¡cómo se le ocurre a él decirle eso! ¡Cómo se le ocurre decirle eso a un paciente! ¡Cómo que se va a morir, porque no tiene dinero! Y tampoco es real, no hay un tratamiento ahora, entonces era ese tipo de comentarios... (Andrea).

Finalmente, es importante destacar que se observó que los alumnos se trataban de apoyar, a fin de solventar los vacíos respecto a los procedimientos de rehabilitación, con la ayuda mutua y el compañerismo. Sin embargo, esta se constriñó en los compañeros de escuela de origen, por lo que no fue posible identificar una postura común como estudiantes en servicio social. Por el contrario, las experiencias relacionadas con el apoyo entre compañeros resultaron ser ríspidas.

Durante el trabajo de campo, notamos que a los estudiantes de posgrado se les permitía participar en la planificación del programa de Rehabilitación Neuropsicológica para pacientes con daño cerebral, así como

realizar evaluaciones neuropsicológicas. No obstante, a menudo se podían ver involucrados en actividades administrativas, pues no existe apoyo secretarial en el área. Dado que Andrea era la estudiante de posgrado en la que se tendían a concentrar las actividades, decidimos entrevistarla. Egresada de una universidad privada en Centroamérica, realizó una estancia de especialización por seis meses en el área de Rehabilitación en el CIFA-NEP. Al finalizar su estancia, y a unos días previos de retornar a su país es que nos concedió una cita. Nos explicó que había cancelado las anteriores citas por temor a ser reprimida y sentirse afectada por la “depresión” que enfrentó su amiga a partir de que ingresó al área de Rehabilitación con el fin de realizar su estancia académica de especialización

La narrativa de Andrea fue extensa y compleja, por lo que —con fines de exposición— se ha elegido la base que dio orden a su trama narrativa.

Andrea lucía tranquila, incluso sonrió al reconocernos. Nos trasladamos a un café cercano. Después de recordarle los objetivos de la entrevista y solicitarle el consentimiento informado, establecimos un diálogo que duró un poco más de una hora. Al principio, el diálogo fue fluido, pero conforme se fueron abordando sus experiencias durante su estancia en el Centro, su nerviosismo fue evidente. Repetía palabras, y resultaba difícil comprenderle. Sus recuerdos hicieron alusión a situaciones conflictivas desagradables:

[...] 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 [sic], 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... “Revisale tal cosa”, pues los profesores decían: “Solo revisales tal cosa ¡No le revises nada más, no le preguntes nada más!”. Entonces, en la consulta... ¡no! ¡Yo no era capaz de...! [muestra una risa nerviosa. Guarda silencio por un momento y con lágrimas exclama]: —¡No! o sea [sic], 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... [Guardó pausa y su mirada quedó fija].

A mí me parece [que] 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 [sic], no, la consulta...

Sí, y algunas veces, o sea [sic], les dije como 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 solo iba en eso y si le decía al paciente: “Lis-to, 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 [ellos].

La trama de Andrea resalta las sensaciones de permanente incertidumbre, ya sea por el temor de no cumplir con las órdenes de sus autoridades inmediatas o por dudar de las competencias adquiridas durante su formación académica. Así, para los estudiantes las relaciones establecidas con sus autoridades en el área de rehabilitación, en una primera instancia, se identificaban como estrategias institucionales para solventar casos de emergencia, por lo que es banalizado el pronóstico y los procesos terapéuticos que conforma el servicio de rehabilitación.

El área de terapia ocupacional

De acuerdo con el *Manual de organización* del CIFANEP, el área de Terapia Ocupacional tiene como objetivo: “Colaborar y proporcionar actividades

de rehabilitación a pacientes neurológicos a través de estrategias específicas de terapia ocupacional”. Sus funciones son: “Brindar Terapia Ocupacional a los pacientes en el área de hospitalización y urgencias. Planificar tratamiento de Terapia Ocupacional a los pacientes en el servicio de consulta externa. Participar en actividades de docencia para los estudiantes de terapia ocupacional de otras instituciones. Participar en actividades de docencia para los familiares de los pacientes neurológicos foráneos”.

Dadas las carencias del área y la falta de recursos humanos, la responsable del servicio tiene por objetivo llevar a cabo el programa de rehabilitación y enseñar a los cuidadores estrategias de rehabilitación para que estas sean realizadas en sus hogares, por lo que se ha visto obligada a ser flexible con los horarios de cita, aunque ello le represente la saturación de actividades en una jornada. A continuación, se describirá la manera en que se organiza el servicio de terapia ocupacional, con el fin de ilustrar las relaciones que se establecen y los valores que se expresan.

Son las 10 de la mañana 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 han sido citados paulatinamente se hacen presentes. 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.

Los rehabilitadores y pacientes se sientan alrededor de una mesa, pues en este día hay que atender dos pacientes a la vez. Eso es común los miércoles, pues se da la oportunidad de recuperar la terapia a aquellos enfermos que, por algún motivo, no pudieron asistir a su cita en lunes y martes.

Casi por finalizar la sesión, se hace presente una profesional de la salud que labora en el Departamento de Control y Referencia de Pacientes. Sin considerar la saturación de la consulta, solicita hablar con la responsable del

área. La rehabilitadora adscrita se muestra molesta, por lo que solicita a la estudiante en servicio social que atienda a la inesperada visita.

A las 11:05 inicia una nueva sesión de rehabilitación. De nueva cuenta, los pacientes saturan la mesa colectiva de terapias. Mientras tanto, en uno de los extremos del salón, la estudiante y médico continúan con la conversación. Repentinamente, la visitante, molesta, abandona el lugar. La estudiante se nota nerviosa, pero se incorpora a la mesa, ya que tiene que atender a dos nuevos pacientes.

Es de llamar la atención que mientras los pacientes realizan 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 familiares acompañantes.

Repentinamente se hacen presentes tres residentes de las áreas de las Neurociencias, quienes acompañan a un joven paciente y su madre. Una vez que se sientan alrededor de una pequeña mesa contigua, los jóvenes médicos –quienes permanecieron parados todo el tiempo– aplicaron una exploración neurológica, la cual sería parte de un protocolo de investigación a cargo de otra área del CIFANEP. La saturación de personas en el área y la proliferación de sonidos dificultaban poner atención en lo que se decía en la terapia de rehabilitación.

Una vez que los residentes culminaron el examen neurológico, enviaron una señal a la responsable del área. De inmediato la rehabilitadora se dirigió a la alumna en servicio social para que se encargara de supervisar las actividades que venían realizando sus pacientes. Acto seguido, fue a su escritorio, tomó unos papeles impresos y caminó hacia la mesa en donde se encontraban sentados el joven paciente y su madre. Continuó con la valoración del paciente diagnosticado con esclerosis múltiple, la cual integraría a un expediente.

Cercano a las 12:00 horas. A cada uno de los pacientes y a los acompañantes se les dieron instrucciones relacionadas con los ejercicios que tenían que realizar en sus respectivos hogares. Mientras tanto, los jóvenes residentes,

trataban de explicarles al paciente y su madre la utilidad de la información recabada en las valoraciones para el protocolo de investigación. Estos últimos solo escucharon en forma pasiva y no expresaron ninguna duda.

Al despedirse, fue notorio que los residentes se retiraran apresuradamente, mientras que el joven paciente apenas y pudo levantarse de la silla, con la ayuda de su madre. Les ofrecí mi apoyo, el cual se prolongó hasta la salida del Centro y culminó cuando abordaron un taxi.

De inmediato retorne 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, intercambiaban ideas sobre las terapias aplicadas:

Alfredo: —Son pasadas las doce ¿apenas desayunan?

Estudiante: —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 solo 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.

El orden normativo y la organización del CIFANEP priorizan los protocolos de investigación centrados en la alteración de funciones neurológicas, aspecto que se expresa cotidianamente en las relaciones de los equi-

pos interprofesionales. Sus integrantes tienden a subordinar y, en algunos casos, anular los tiempos destinados a la rehabilitación de los pacientes.

Ello acontece de tal manera que el saber de los rehabilitadores llegar a ser percibido como una especie de terapia complementaria, pero no como una parte integral en la terapia de rehabilitación de las personas que enfrentan las secuelas de las enfermedades neurológicas.

El jueves, a las once y media de la mañana, me presenté en el área de rehabilitación. La ausencia de pacientes era notoria. Los dos estudiantes en servicio social realizaban anotaciones en sus carpetas, mientras que la rehabilitadora se encontraba parada frente a su computador.

Alfredo: —Llama la atención, que hay mucha interacción entre ustedes y los pacientes. ¿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 solo, bañarse solo e ir al baño solo. 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 él, sí sé de quién es, 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 como 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 1, 2, 3, 4, 5 mesas, acomodadas en todo lo largo, pero desde que llegó esta mesa hasta siento que puedo ver más pacientes al mismo tiempo, son solamente 4 o 5. Hemos tenido hasta 8 pacientes al mismo tiempo.

La trama narrada por la responsable de área apunta que su espacio de rehabilitación y equipamiento se realizó con el fin de justificar su existencia, no necesariamente su adecuado funcionamiento. El conflicto que enfrenta el área de terapia ocupacional se expresa desde la organización territorial, ya que se realizó bajo una lógica que resalta la atención de las enfermedades neurológicas; en detrimento del enfoque de la rehabilitación centrado en la persona, su desarrollo e integración a la sociedad, tal y como lo señala en la normatividad del CIFANEP.

Paradójicamente, la situación antes descrita ha permitido al equipo interprofesional adecuarse al orden normativo y generar estrategias innovadoras de atención, como lo es “la mesa de terapia colectiva”, la cual

permite cumplir con algunas de las principales funciones del área de Rehabilitación:

- Establecer el manejo eficaz y oportuno de secuelas de tipo neurológico que se presentan en los pacientes que acuden al CIFANEP, que les permitan superar deficiencias y desventajas.
- Integrar el núcleo social, familiar, laboral y educativo del enfermo, para lograr una recuperación y desarrollo más integral.

Así, durante el proceso de rehabilitación, las personas enfermas y sus familiares pueden expresar abiertamente experiencias relacionadas con su vida cotidiana, familiar y laboral, etcétera, 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.

La Clínica de Lenguaje

De acuerdo con el *Manual de organización* del CIFANEP, el objetivo de la Clínica del Lenguaje es

- Colaborar en actividades de lenguaje, habla y deglución en pacientes neurológicos a través de estrategias específicas de terapia de lenguaje.

Sus funciones son:

- Brindar atención a pacientes neurológicos con alguna alteración en el lenguaje, en el servicio de consulta externa.
- Valorar a los pacientes en el área de Hospitalización.
- Participar en actividades de docencia para los pasantes de servicio social en terapia de lenguaje de otras instituciones.

El espacio destinado a la Terapia de Lenguaje es pequeño. Se conforma por tres cubículos de tres metros cuadrados, donde atienden a las perso-

nas. En estos espacios hay una mesa y dos sillas. Solo cuatro terapeutas y un estudiante en servicio social se encargan de atender a enfermos con afasia, disartria y con problemas de memoria. La gran mayoría de los pacientes enfrentan eventos vasculares cerebrales y se les otorga una hora de terapia que se define de acuerdo con el tipo de afección neurológica.

Desde que iniciamos el registro de las interacciones fue notorio observar que, en el área de rehabilitación y terapia física, la Clínica del Lenguaje se mantenía relativamente aislada del resto del Departamento. Entre los servicios de Terapia Física y Ocupacional, el flujo de interacciones es constante, lo que contrasta con las relaciones que establecen los cuatro rehabilitadores del lenguaje, que tienden a la endogamia, situación que se potencia dada la ubicación física de la clínica, pues se encuentra en la parte más profunda de lo que parece ser fue una especie de bodega.

A pesar de contar con la autorización del Comité de Ética del CIFA-NEP, en un principio fuimos rechazados por la responsable del área de Terapia de Lenguaje, pues el espacio es tan pequeño, que resultaba incómodo permanecer cinco personas. Al darle a conocer las intenciones de nuestra investigación, aceptó nuestra presencia en las terapias.

Durante la terapia de rehabilitación se empleó un lenguaje que se adecuó a la vida cotidiana del enfermo. La Dra. Leonor no desconocía el contexto social, cultural y familiar del paciente. Sabía el desarrollo de sus crisis emocionales; pero también había visitado su hogar. Conocía a todos los integrantes de la familia e incluso contaba con su número telefónico. De hecho, nos informó que la casa del paciente había sido afectada por el temblor del 2017, y afortunadamente fue restaurada por el gobierno capitalino.

Fue notoria la gran compenetración de la terapeuta, pues era obvio que ella había construido toda una afectividad en torno a la clínica. Cuando comenzaron a interactuar preguntó cómo le iba en su nueva fase de entrenador de fútbol, pues anteriormente era futbolista y le gustaba entrenar a un equipo de niños como pasatiempo.

El paciente tenía problemas para deletrear las palabras, puesto que una frase que decía “cabeza” el paciente la confunde con cable. Pero se dio cuenta de su error y posteriormente dijo la palabra con corrección. La terapia implicaba una conexión profunda con el mundo de los objetos, con la memoria, con la fonética y también implicaba reconocer los sonidos que emanaban de su cuerpo, así como reconocerlos simbólicamente.

La Dra. Leonor continuó con los ejercicios orales para que nominara las palabras y hacía énfasis en la b y en la l, sobre todo en la forma en como los labios eran acomodados. La terapeuta hablaba con el paciente haciendo una sobreexpresión de su gestualidad, a manera de que el paciente observara en ella sus expresiones y atendiera los movimientos musculares de la cara y los sonidos que hacía para que él los repitiera.

La Dra. trabajó con frases largas y le preguntó si podía articular una frase entera que vieron en la sesión pasada. El paciente se esforzó y dijo:

—A mí me gusta él —le dice la psicóloga Leonor y le enseña un pequeño papelito que dice “cacahuate”. —A mí me gusta el pan con... Pan con crema de cacahuate.

Posteriormente, la terapeuta le preguntó por su diario, aumentando el volumen de su voz, actuando y gestualizando la pregunta, a lo que él respondió:

—¡No, no, no, no, no, no! —con su mano intentó trazar el diario y puso cara de preocupación

—¿No lo traes? —inquirió Leonor.

Después de este diálogo actuado, le pidió a el paciente que leyera una oración y luego que explicara el significado, así empezaron a jugar con distintas palabras:

—Gallin... ero, gallin... a... —decía el paciente.

—¿Eso qué es? —pregunta Leonor.

—Mi abuelita me pedía cuatro horas y luego mételas, por favor.

—¿Tu abuelita te pedía que metieras las gallinas al gallinero?

—Sí, eso —respondió el paciente.

Algo que llamó nuestra atención en este servicio fue que las estrategias terapéuticas son completamente personalizadas, pues profundizaban en dimensiones cognitivas para enfocar el trabajo clínico y el aprendizaje. Así, los terapeutas ofrecen estrategias a los afectados para encarnar nuevamente el mundo de los objetos. La terapia permite al paciente establecer comunicación con la sociedad y aprender un “lenguaje situacional” que le permita retomar su contexto cotidiano y reconocer los espacios y los objetos.

La terapia del paciente tiene como objetivo recuperar el sistema de significación perdido. A través de señas, dibujos y sonidos, se daba a entender. Este plan de trabajo fue determinado por su capacidad de aprendizaje. La rehabilitación se complejiza cuando se intenta desarrollar herramientas internas que le permitan expresar deseos, emociones y pensamientos.

La textualidad ejercida por el paciente y Leonor implicó la movilización de discursos conocidos por la familia, es decir, vías de comunicación cotidianas que eran atravesadas por el saber biomédico. La forma en cómo el paciente percibía su cuerpo, su género y su rol social le hacían comportarse de una forma con las personas, pues se definía como engreído y, en ocasiones, prepotente. Pero esta discapacidad modificó por completo la forma de mirarse y de proyectarse al mundo, dejó de ser el hombre proveedor y tuvo que ser cuidado por su madre y su hermana.

Es martes por la mañana. Hace apenas un día que la responsable de la Clínica del Lenguaje accedió a concedernos tiempo para una entrevista. De hecho, dado que un paciente canceló repentinamente una cita, es que destinó una hora para dialogar.

El encuentro se realizó en su cubículo, el cual es tan pequeño entre los tres, no existía una distancia mayor a un metro. Sentada en su escritorio, al inicio sus respuestas eran concretas, pero al indagar sobre su experiencia profesional en relación con el CIFANEP, la narrativa fluyó destacando una trama relacionada con la incomprensión y poco reconocimiento de la disciplina por parte del enfoque neurológico dominante. Entre otros

aspectos, se requiere que el paciente tenga “conciencia”; la mejoría de los pacientes se puede apreciar en el mediano y largo plazo y se pondera la recuperación del habla con el fin de favorecer su integración social y desarrollo de la persona, lo cual involucra al núcleo familiar.

Se tiene que hacer una evaluación extensiva, ver qué funciona, que no funciona y en base a eso [sic] se hace un plan de trabajo específico para cada paciente. Entonces, cuando nosotros recibimos de hospitalización una interconsulta, por lo regular es para dar un poco de apoyo al familiar, explicándole que no es el momento. Tenemos que esperar a que pase la etapa aguda y le damos una serie de indicadores para que puedan generar una comunicación gestual. En realidad, es para ellos y que baje esa angustia, ese miedo, esa ansiedad, ¿no? ¡Ese es el abordaje que hacemos cuando estamos en piso! Y allí es imposible realizar una evaluación formal, porque muchos de los padecimientos lingüísticos son transitorios, asemejan, son características afásicas que no entienden, que no pueden hablar, que articular de una manera inadecuada pero no necesariamente son daños que van a quedar.

Hay circunstancia de inflamación del cerebro, de sangre que anda por allí regada, cuando eso pasa hay un cambio en las características lingüísticas de ese paciente, entonces esa es la razón por la cual nosotros no podemos tener un abordaje inmediato después de un evento neurológico. Tenemos que pasar por lo menos un mes y medio, más o menos para permitir que haya ese cambio. Y luego ya nosotros aplicamos una prueba que nos va a dar elementos fidedignos, de otra manera son eventos transitorios.

Entonces, esa es la manera en que trabajamos aquí y otra de las cosas que cambian con los otros servicios es que para que tengamos una evolución favorable necesitamos un tratamiento a largo, pero a largo, largo plazo, que es de años. Las respuestas no son tan evidentes, ni tan rápidas como podría ser en lo motor. El tratamiento que nosotros tenemos aquí va como de dos años a cuatro, hay pacientes que quizá necesiten siete años para poder reintegrarse a su vida social, familiar, laboral, a pesar de que el lenguaje no va a quedar intacto o íntegro como antes, que eso sucede en el 90% de los casos. Es como una adaptación para que, con todas esas dificultades, puedan volver a vivir de una manera digna, tener familia, echar novio, trabajar, tener amigos.

No obstante, su rigor profesional y bases científicas de su saber, bajo los parámetros impuestos por el área administrativa y el enfoque neurológico, le resulta difícil sistematizar y evaluar los avances de su terapia. Aspecto que se ha complicado a partir de la implementación del expediente electrónico.

Al abordar sus experiencias como rehabilitadora del lenguaje y su relación con los equipos interdisciplinarios, resalta la estandarización de criterios y la presión del tiempo, lo que impide realizar una valoración adecuada de los pacientes. Al profundizar sobre sus expectativas y sentir, respecto al impacto de las formas de organización, destacó la desvalorización de su saber y en sí del proceso de rehabilitación.

Por lo anterior, en la clínica del lenguaje se manifiesta una atención en conflicto, pues si bien la normatividad del CIFANEP destaca el trabajo interdisciplinar, en los hechos no se realiza, pues la rehabilitación es banalizada.

Estamos todo el tiempo aquí, y el vínculo que tenemos ¡Es a través de expediente! y el mayor contacto es ¡Cuando llega la hojita ¡Es una hojita y *pum*... la avientan como correo de: “Se solicita a la Clínica de Lenguaje para interconsulta para tal paciente que tuvo tal!”. ¡*Pum*, y ya! ¡Y ese es el único contacto que se da con los médicos, verbal! O al menos que sea un caso especial que vengan o que se les tenga que decir algo de manera muy específica, pero todo pasa al expediente.

Alfredo: —¿Expediente electrónico?

Expediente electrónico. Entonces, pues, ese trabajo interdisciplinario y multidisciplinario ¡No se lleva a cabo en la realidad! Porque muchas veces nosotros damos una hora a cada paciente, que también es cosa atípica ¡Las consultas por lo regular son 10, 15 minutos! Y no hay mucha interacción con el paciente ni con el familiar ¡Y a veces ni siquiera con el expediente! ¡Vamos, en sus notas sí, pero a menos de que exista algo, pues quizá entren a ver nuestro informe, ellos ya sabiendo que ya está en terapia, pues... se dan como por satisfechos!

Alfredo: —O sea, la lógica sería que leyeran, si tuvieran tiempo que leyeran la valoración de ustedes.

—¡Claro, para que estuvieran enterados! Pero creo que en la práctica... por saturación y demás ¡Es imposible! Porque además, dentro de los cambios, creo que son favorables... Es que tampoco tienen un espacio físico para estar todo el día. Entonces su consultorio en la mañana puede ser de epilepsia. Y a las 2 horas ya se vuelve de otorrino y después de otro y de otro. Entonces, tiene que ser muy rápido, y después ya no tienen forma de revisar. Y nosotros afortunadamente sí, aquí estamos todo el día, contamos con ese beneficio.

En relación con el tipo de atención neurológica brindada en el resto del CIFANEP, la Terapia de Lenguaje se revela como un saber cuyos logros no pueden ser evidenciados. La Dra. tiene el hábito de anotar en el expediente clínico algunos avances. Destaca las formas en que le hicieron saber las “ordenes administrativas”, ya que no son del todo claras en su origen y por la vía verbal. Se le prohibió registrar toda la información en el expediente, por lo que generó la estrategia de que las personas llevaran un diario, una suerte de expediente externo donde anotaba sus apreciaciones.

Leonor: —Eso es algo que se queda en nuestro expediente. Tenemos uno aparte, pero a partir de normas recientes de finales del año pasado ¡Queda ya prohibido, ya no podemos hacer notas!

Alfredo: —¿Y, entonces, dónde está esa experiencia?

Tomás: —¿Cómo le van a hacer para acumular el saber que ustedes están generando?

Leonor [eleva su tono de voz]: Pues, en el coco. ¡En el coco de cada uno, lo cual se me hace terrible! Pero en la realidad, pues entra uno. ¡Entra otro, *pum, pum* y se van ¡No es algo que se dé, a menos que sea un caso muy raro, específico que a alguien le importe de manera personal; pero que se pudiera aplicar a todos los pacientes no!

Alfredo: —¿Qué norma es esa? la que les llegó hace un año...

Leonor: —¡Así como estamos de aisladas acá, igual sucede con la normatividad del CIFANEP! Entonces, nada más llega, viene un comité informando... ¡Pues no, aquí ya no se va a poder hacer eso, hay que romper todos los archivos que existan, porque amerita hasta cárcel guardar notas!

Alfredo: —¿Entonces, te llegó un documento?

Leonor: —¡No! Ni siquiera un documento ¡En forma verbal!

El conflicto entre el equipo que integra la Clínica de Lenguaje, con los equipos de las neurociencias y la administración que organiza CIFANEP se expresa en la incomprensión y reconocimiento de los resultados terapéuticos de los primeros. Entre otros aspectos, los ha llevado a generar estrategias de evaluación clínica alternas a la normatividad institucional, las cuales destacan por su enfoque centrado en la persona y sus familiares, ya que tiene por objetivo favorecer su integración social.

Si bien el área de rehabilitación del CIFANEP se rige por normas y requerimientos basados en el saber neurológico, se trata también de un área en donde los procesos administrativos han cobrado tal relevancia, que son determinantes en la regulación de las interacciones entre los equipos interdisciplinarios y los profesionales que les integran. Nos referimos a una agenda administrativa que regula los recursos y tiempos destinados a la atención de los pacientes. Sin embargo, al estandarizar los procedimientos de atención y evaluación de los pacientes, se tiende a restar importancia al proceso de rehabilitación de la persona y su integración al núcleo familiar y, también, a la sociedad.

El contexto antes descrito ha impactado de manera directa en la toma de decisiones relacionadas con el tipo de tratamiento; tiempos dedicados a la rehabilitación y las formas de relacionarse con los pacientes y sus cuidadores.

Conclusiones

El Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica es una institución pública que tiene como objetivo brindar atención neurológica y psiquiátrica especializada, así como promover la investiga-

ción y la formación de profesionales de la salud. El proceso de atención a la salud conlleva la interacción entre distintos profesionistas; sin embargo, es en torno a la investigación de las enfermedades del sistema nervioso central y periférico que se organiza la vida académica y la atención. Pese a que su normatividad promueve la cooperación interprofesional; las dinámicas de comunicación y negociación, así como el ejercicio de la autoridad, a menudo resultan en relaciones conflictivas.

Si bien, el Departamento de Terapia Física y Rehabilitación se creó a la par de la gran mayoría de los departamentos que conforman el CIFA-NEP, no es sino hasta mayo del 2018 que se reconoce formalmente su misión, visión y sus funciones, las cuales son periféricas en relación con el resto de los departamentos de neurociencias, que, como hemos señalado, ponderan la investigación y la formación académica profesional.

Su estructura y normas se expresan en una organización jerárquica en torno a la investigación y atención de los trastornos neurológicos funcionales. En este contexto, si bien en el ámbito de acción la Unidad de Rehabilitación es reconocida formalmente, en los hechos su rango de acción es de apoyo a las actividades de investigación e intenta realizar una **neurorrehabilitación** centrada en la persona, sus familiares y favorecer su integración social.

El área de Rehabilitación se instauró sobre una estructura previamente existente, por lo que sus espacios no fueron diseñados específicamente para llevar a cabo las terapias. Su reciente reestructuración y equipamiento se realizó a fin de justificar la certificación del centro y facilitar un adecuado funcionamiento. Sin embargo, la forma de organización espacial de los consultorios es generadora de situaciones conflictivas, ya que dificulta la interacción del equipo interdisciplinar y de sus integrantes.

En pequeños espacios, de manera simultánea se realizan actividades de rehabilitación e investigación, que entre otros aspectos afectan la autonomía y secrecía de los pacientes y los especialistas. Su ubicación geográfica la hace

uno de los puntos más alejados con respecto a la puerta de ingreso al Centro, lo que dificulta el traslado de enfermos con afectaciones neurológicas.

Las relaciones que establecen cotidianamente los equipos interdisciplinarios de las neurociencias y los profesionales que los conforman tienden a anular las valoraciones y el proceso de rehabilitación a cargo de los equipos del Departamento de Terapia Física y Rehabilitación. El paradigma de la neurorrehabilitación puede llegar a ser percibido como una especie de terapia complementaria, pero no como una parte integral de la rehabilitación de las enfermedades neurológicas, la cual debía centrarse en el desarrollo de la persona y su integración social.

El análisis de las narrativas nos llevó a identificar dos tipos de tramas narrativas preponderantes. En los estudiantes, expresa la sensación de moralidades en contradicción, generador de incertidumbre y sufrimiento. Mientras que en los profesionales adscritos, simbolizan “la elaboración de permanentes negociaciones” ante la mala planeación y una autoridad que desvaloran su saber.

En las tramas narrativas, los estudiantes reafirmaron su carácter moral, el cual se caracteriza por la responsabilidad de su profesión y la solidaridad hacia sus pacientes. No obstante, se ponían en entredicho cotidianamente, ya que no les es posible asegurar el pleno desarrollo de sus competencias académicas, así como la corresponsabilidad con los pacientes durante el proceso de rehabilitación.

Se trata de una constante incertidumbre y sufrimiento como consecuencia de la saturación de actividades; la falta de supervisión, en menoscabo de su seguridad respecto a sus competencias profesionales; la calidad y calidez de la atención brindada a sus pacientes y el miedo permanente de experimentar formas de castigo públicos, que poco o nada tiene que ver con su formación académica.

En el caso de los responsables de área, las tramas narrativas se asocian con la reafirmación de su compromiso profesional como rehabilitadores, ya que no solo esperan mitigar los *efectos* de las *enfermedades* neurológicas,

sino asegurar el desarrollo de la persona y su integración social, por lo que se ven en la necesidad de elaborar permanentes negociaciones en condiciones de desventaja con respecto a los equipos de investigación de las neurociencias y las exigencias administrativas del CIFANEP. Así, a pesar de los conflictos, aceptan su condición periférica, en relación del paradigma central de las neurociencias.



"GOTITA A GOTITA". LA ATENCIÓN PALIATIVA EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL: ENTRE TENSIONES, DISCURSOS Y ARREGLOS ADMINISTRATIVOS

*Sergio Lemus Alcántara
Verónica Suárez Rienda*

Introducción

La atención de la salud es, a la fecha, una actividad altamente especializada, confinada a los espacios clínicos bajo la rectoría de profesionales poseedores de vasto conocimiento científico y competencias técnicas para prestar el servicio que, de acuerdo a la legislación vigente, debe dirigirse hacia la curación mediante tratamiento farmacológico, quirúrgico, de rehabilitación y de atención paliativa. Son recursos que se pueden combinar, pero antes conviene entender que el estado actual de la atención no es el resultado del inexorable avance científico, ha sido modelada por el proceso histórico-social.

La aproximación a ese fenómeno requiere un horizonte más amplio porque la atención a la salud se concreta en un entramado de criterios técnico-científicos, jurídico-legales, administrativo-económicos. No obstante, antes de lo institucional, tal como lo conocemos en nuestro tiempo,

la atención de la salud es un fenómeno antrópico. Attali (1981) rastrea históricamente cómo el humano, en lo individual y colectivo, se ha ocupado de su salud, entendiéndola desde su cotidianidad, pues es ahí donde enferma. El deterioro de su salud se convierte en experiencia vital y marco de referencia para buscar formas de preservarla o restaurarla. Actividades presentes en sociedades menos complejas que expresan cohesión social, acción comunitaria de supervivencia y protección. No obstante, el surgimiento del hospital ya como institución del Estado se erigió como invaluable recurso que potenció el desarrollo de la Biomedicina. En sus inicios tuvo la presencia de clérigos y religiosas que cubrían la importante actividad asistencial, pero, gracias al principio jurídico, se adquirió la facultad de autonomía. La práctica médica no dependería más de la mirada de clérigos que le marcaban límites (Foucault, 2001).

La tensión político-ideológica fue parte de la escisión entre la ciencia y la tradición, pero en la atención paliativa encontramos esas relaciones arcanas entre el conocimiento científico y el cotidiano, evidenciadas por las prácticas sociales y la ejecución de técnicas diagnósticas y de tratamiento, caracterizadas por continuidades y rupturas, tensiones y colaboración. Para indagar en esta temática que es parte de la realidad social, hacemos dos planteamientos: ¿Cómo se estructura la atención paliativa desde la política de salud? Y ¿Qué estructura tienen los cuidados paliativos en una institución de tercer nivel de atención? Estas interrogantes nos permiten indagar en los aspectos formales que sostienen la atención y descifrar las relaciones subyacentes. De acuerdo con Goffman (2006), en el marco de lo institucional se encuentran franjas de actividad, de manera que la clínica no es un espacio exclusivamente *científico*. Lo cotidiano se hace presente desde la experiencia de los sujetos, configurada por su noción de salud, enfermedad y atención.

Presentamos un apartado donde nos ocupamos de hacer algunos planteamientos teóricos que guiaron el trabajo. Si bien es cierto es resultado de un trabajo colectivo, cada grupo tuvo la libertad de profundizar en ciertas

temáticas, pero todos compartíamos el mismo sustrato. Y para explicar nuestra orientación, abordamos desde un enfoque histórico-social la configuración de la atención paliativa, pues se trata de una alternativa terapéutica ofrecida por el Estado. Esto tiene implicaciones sociales, lo paliativo es un campo de conocimiento especializado, el cuidado deja de entenderse desde lo social y se presenta bajo una sistematización de acciones. Al mismo tiempo, se entiende como un derecho reconocido y otorgado por el Estado, quien en su rectoría dispone de estructura y organización para que funcione. Es decir, que el sujeto de derecho pueda ejercer su derecho a la atención paliativa como una de las formas que adquiere la protección a la salud.

La revisión bibliográfica en torno a los cuidados paliativos nos permitió ver que es copiosa, reflejo del interés sobre el tema dada su importancia. Sobre todo, cuando a nivel mundial experimentamos dos fenómenos complejos: el incremento en la expectativa de vida y la transición epidemiológica, que al combinarse han potenciado los efectos de las enfermedades crónico-degenerativas. No obstante, son escasos los estudios que se ocupan de establecer las relaciones entre los niveles meso y micro. Ahí, entra nuestra aportación al proponer una metodología que nos permita conocer algunos aspectos de la realidad social expresada en la atención paliativa. La experiencia de los involucrados es fundamental para entender y hacer el esfuerzo de explicar su relevancia y, derivado de su análisis, dejar algunos indicios coadyuvantes a repensar y replantear la atención paliativa al interior de las instituciones de salud. En este punto, el trabajo de E. Goffman (2006) resultó pertinente porque nos guio en el desciframiento de la institución, entenderla como una totalidad y, al mismo tiempo, encontrar las configuraciones finas que la hacen funcionar. Sus aportes teóricos eran compatibles con el andamiaje construido en torno a la narrativa, porque nos permitió atender las voces de quienes dan vida a la institución, al derecho a la atención, a las múltiples relaciones que se construyen y entender las particularidades de sus interacciones.

Enfatizamos que las alternativas que se pueden encontrar para un cambio orientado hacia la mejora no tienen una única fuente. Propiamente, hablamos que los diseños, disposiciones o regulaciones administrativas no son la panacea, tampoco lo son las acciones innovadoras que ostenten la fuerza para revolucionar las estructuras. Concluimos que dentro de los sistemas complejos que social e históricamente hemos construido, conviene generar espacios de análisis y reflexión orientados a la colaboración de especialistas de las distintas disciplinas involucradas en la atención, a fin de contribuir a evitar las asimetrías y territorialidades tan marcadas en las instituciones de salud. Asimismo, replantear la relación de los profesionales del campo con los pacientes y familiares, porque ambos se relacionan en un binomio arcano marcado por la necesidad y la atención. El enorme obstáculo a librar es el cisma erigido en las instituciones entre lo científico, que es altamente valorado, pero raya en veneración, en una sacralización, como señalara Fernández (2007), que no robustece la ciencia, sino que la torna ajena a la problemática social a la cual debe responder como uno de sus sentidos y compromisos, albergados en los fundamentos sociales y humanos.

La atención institucionalizada

Cuidar y atender configuran distintas expresiones de una realidad poliédrica, con distintos niveles de concreción. En una aproximación sucinta, inicia con el malestar y su manifestación, atraviesa por las acciones y concluye, en el mejor de los casos, con la recuperación, el restablecimiento del bienestar del sujeto, colectivo, grupo, comunidad o sociedad. Hablamos de fenómenos antrópicos, parte inexorable de la humanidad (Ortiz Quesada, 2004), entendiéndolo que conlleva conflictos o tensiones, aun-

que la finalidad se asuma como la búsqueda del bien.³⁰, ³¹ Attali (1981) documenta las medidas adoptadas por grupos pretéritos, encaminadas a preservar la salud. Lo que para occidente eran prácticas atávicas, salvajes, irracionales, para los grupos tribales se trataba de formas de vida, un entendimiento sobre la vida, la muerte y su gran mediador: la salud.

Los sentidos y la construcción de significados en torno a estos grandes temas jamás han cesado, no importa el actual vigor y celo objetivista de la Biomedicina. Entre las razones que lo explican, encontramos en Dormandy (2003), las interrelaciones de lo individual, lo colectivo y el entorno para *sentirse bien o mal*. Sostiene que son estados vinculados con el entorno físico-natural, la organización social del grupo que funciona como nicho de las actividades cotidianas, las condiciones de vida, las formas de producir, los sistemas de creencias. Por eso, no es extraño que las

³⁰ “Ayudar a curarse” aparece en los escritos hipocráticos, expresó: Declare the past, diagnose the present, foretell the future; practise these acts. As to diseases, make a habit of two things –to help, or at least to do no harm. The art has three factors, the disease, the patient, the physician (Jones, 1957: 165). Su visión ancestral no giraba en el conocimiento especializado y reconocía la posibilidad de dañar. La necesidad concreta de la humanidad, al ver afectada su salud, es recuperarla, restablecerla, aunque esto conlleve algún tipo de daño.

³¹ Otro aspecto a considerar es el señalado por Fromm (2009), de todas las especies animales, la humana es la única en la que se encuentra evidencia de una intencionalidad de lastimar, provocar daño fuera de la lógica de supervivencia, lo que provocaría el comportamiento agresivo. En este sentido, la hostilidad está encaminada a proteger y preservar al individuo o a la especie. Dentro de los grandes hechos lamentables que permean el desarrollo de la ciencia, incluida la medicina, está la Segunda Guerra Mundial, el marco donde se lastimó, se dañó, se hirió a miles de personas, justificando el avance y las aportaciones en el campo de la Medicina. No es tema cerrado, las estrictas regulaciones en el marco legal nos indican que pueden suceder, no son conductas extintas. Por supuesto, la finalidad es que no vuelvan a ocurrir, pero eso no elimina la posibilidad de que vuelva a suceder. Ahora, con otro revestimiento, el de la ciencia especializada, pues hay evidencia sobre las irregularidades de las grandes firmas farmacéuticas dentro de los prestigiosos ensayos clínicos para lanzar un nuevo fármaco. Ante el elevado costo y largo proceso de producción, la industria busca ciertos atajos donde los estrictos criterios bioéticos son simulaciones, de acuerdo con el trabajo de Gunter Wallraff (2010).

ideas de salud y enfermedad, incluso la muerte, desde siempre hayan mantenido ocupado el pensamiento humano. Además, no se trata de un asunto local, la búsqueda de atención trasciende las latitudes. Las prácticas curativas en los templos edificados en honor a Esculapio no eran exclusivas para los locales, pues, al operar como centros de curación, alentaban la migración y los sujetos se veían forzados a estancias prolongadas en el lugar de sanación si querían ser atendidos.³²

Identificar esas relaciones es una “competencia vital”. Es decir, no está reservada para el filósofo, el especialista, ni para el Estado, es preexistente al conocimiento especializado y el proceso histórico-social de la humanidad nos muestra que vida y salud precisan de acciones para cuidarlas o preservarlas. Nordenfelt (1995: 35), bajo un enfoque holista, planteó que la sensación de “sentirse bien” mantiene relación con otro atributo “la habilidad” para hacer. Entonces, la sensación de bienestar no es para el sujeto una condición inexplicable o dada, entiende, en mayor o menor grado, la relación con sus acciones. Así, ambos rasgos son esenciales *en y para* la vida del sujeto, ya que le permiten cumplir con sus objetivos de vida, relacionarse con otros, trabajar, sentirse realizado. De modo que es un asunto que supera la idea de la ausencia de la enfermedad.

Beorlegui (2009) argumenta que las preguntas de sentido ontológico, referentes a la dimensión cognoscitiva/epistemológica, no son a las que se abre más el humano; sino las de la responsabilidad sobre el otro. Propone la idea del ser humano como urdimbre; por tanto, le concibe como una red de relaciones interhumanas, encontrando compatibilidad con otras nociones que dan cuenta de su naturaleza relacional, como la de red, estructura, diálogo, encuentro. Para este filósofo, el humano es *red* de relaciones que se van configurando y reconfigurando en un juego sin fin ni reposo, en un

³² Así, el necesitado tenía que estar en el sitio para su tratamiento. Al considerar el proceso de sanación, destaca la pregunta (Dormandy, 2003: 18) “*Is it right to call it medicine at all?*” Ya que el propósito de la humanidad ha sido recuperar su salud, no desarrollar la medicina como disciplina.

tejerse y destejarse sin meta final y definitiva, fruto de múltiples presencias e influencias. El filósofo entiende al ser humano como una realidad que se va constituyendo al calor de las interacciones y como consecuencia de una correlación ininterrumpida y no fija ni determinada por el polo subjetivo. En esa dinámica se construye “el yo”, el entorno natural, y el entorno interpersonal y social, tres ámbitos en permanente interinfluencia que no responden a leyes fijas que marquen la pauta de tales complicidades. Por tanto, nada permanece aislado ni surge de manera espontánea, pero sí permea el desarrollo del sujeto que vive en relaciones dialécticas.

En este punto es claro que no hay forma de soslayar la enorme influencia de la dimensión sociocultural que modelan la atención y el cuidado, con sus variaciones culturales. Es decir, no depende únicamente del avance del conocimiento científico. Son expresiones de la institucionalidad, lo cual no significa que el siguiente estadio sea la homogeneidad en las formas de cuidar y atender, criterio toral en “las sociedades modernas”. Al respecto, Nordenfelt (2000) sostiene que las disparidades no se presentan solo entre grupos que mantienen visiones encontradas, sucede al interior de grupos afines que comparten las mismas bases respecto a su trabajo e interés. Entonces, nada garantiza que los miembros de un mismo grupo coincidan y compartan la misma idea o claridad sobre el mismo objeto o tema. Además, añade que las variaciones presentes tampoco impiden la funcionalidad.

Las relaciones y tensiones señaladas por Nordenfelt son congruentes con el trabajo antecedente de Castoriadis (2013) sobre la institucionalización, la cual precisa de estructura, organización y funcionalidad. No huelga puntualizar, advirtiendo la vorágine administrativa, que el polifacético autor no se ocupa de los procedimientos administrativos, aborda los sistemas simbólicos y los imaginarios sociales.³³ La solidez de su línea histórico-social

³³ En las sociedades occidentales, la influencia de los grandes maestros griegos es inconclusa. El valor de las aportaciones de Galeno e Hipócrates no consistió en la superioridad del conocimiento, el desarrollo y dominio obedeció al proceso histórico-social. Prevalcieron los intereses particulares de índole económico, político e ideológico.

fundamenta el hecho de que la institucionalización del cuidado y la atención no es fenómeno exclusivo del desarrollo occidentalizado. El trabajo de Ortiz de Montellano (2005: 32-37) sustenta que la salud en el mundo prehispánico se entendía como equilibrio, una armonía entre el hombre y su entorno. Mayas y mexicas incluían, para el cuidado de su salud, la alimentación; tener una dieta adecuada con el consumo proteínico contribuía al fortalecimiento del sistema inmunológico. Asimismo, las acciones públicas también eran importantes, destaca la provisión de agua potable, un sistema de drenaje, la recolección de basura y la limpieza de calles. Para ambas culturas, el bienestar social y la convivencia guardaban estrecha relación con la salud. El asunto no acababa ahí, contaban con recetas para la preparación de jabón, dentífricos, desodorantes y productos para refrescar el aliento.^{34, 35}

En consecuencia, mantuvieron al margen las aportaciones de Medio Oriente, en las que destacan la mente, práctica y pluma de médicos de gran talla como Avicena y Averroes (UNESCO, 1980). Qué decir de otras formas de atención y cuidado asentadas en otras latitudes, con el agravante que, lejos de ser comprendidas, fueron objeto de censura y exterminio.

³⁴ Su observancia de medidas que contribuían al mantenimiento de la salud no significa que vivieran libres de enfermedades. La población, de acuerdo con el autor (Ortiz de Montellano; 2005), padecía de disentería, influenza, neumonía, reumatismo, artritis y tuberculosis, como enfermedades más comunes. En la visión de los conquistadores sobre la nueva tierra, estaba habitada por seres de quienes no tenían certeza si se trataban de humanos, si poseían alma o no. En contraste, la esperanza de vida de esos “seres extraños” en Mesoamérica sobrepasaba la de Francia. Mientras en el país Galo, en 1800, los franceses vivían alrededor de 29 años, la población mesoamericana rondaba los 37 [+/-] 3 años. La diferencia no radicaba en los avances biomédicos, la cosmovisión holística era primordial. Para ser justos, compartía criterios con los milenarios postulados griegos, el principal... la no escisión del humano de su mundo físico-natural, social y cultural. Esto no debe entenderse como la aceptación de la enfermedad porque mantenían sus antagonismos, ya que la enfermedad era el opuesto, el desequilibrio, atribuido a una etiología variada de acuerdo con la situación particular de los sujetos. Entonces, bien podía deberse al castigo de los dioses por algún acto considerado réprobo, pero no solo las divinidades tenían el poder para provocar un mal, los brujos también podían hacerlo.

³⁵ Justo es decir que la estrecha relación entre el pensamiento mágico sobre la etiología de la enfermedad y las prácticas mágico-religiosas no fue rasgo distintivo de las culturas

Encontramos, también, el trabajo de López Austin (1993) que detalla el registro pormenorizado de enfermedades, las formas de tratarlas y, en su cosmovisión, no negaban la muerte. No podemos afirmar que estuvieran más preparados para enfrentar tal evento, pero lo que no tenían era

mesoamericanas. Más bien, se trata de un arquetipo histórico. En el trabajo de Starr (2001) leemos que, en el siglo XIX, cuando Francia avanzaba de manera importante en las técnicas microquirúrgicas y la angiología se perfilaba como una especialidad, en una villa vivía un hombre a quien se le diagnosticó como frenético. Sufría ataques de ira que lo tornaban violento y le propinaba severas golpizas a su esposa. Tal acto no calmaba su frenesí, algo le impelía salir corriendo, gritando, provocando revuelo por toda la villa. Cuando la crisis terminaba, volvía a casa con la mente prácticamente en blanco. En aquella época, la comunidad médica contaba con un tratamiento estándar para aliviar gran número de afecciones: las sangrías. Los médicos ejecutaban el procedimiento usando sanguijuelas, solo ellos decidían el tiempo de extracción y dejaban a muchos de sus infortunados pacientes al extremo de la muerte por el sangrado excesivo. A pesar del evidente daño, el procedimiento gozaba de gran difusión y aceptación. El autor establece una similitud con otro procedimiento, altamente complejo y riesgoso, hablamos de la transfusión sanguínea. Como sucede en muchos hallazgos trascendentes, la práctica lleva delantera a la teoría. El caso “del frenético” se vio “beneficiado” porque el médico indicó una transfusión sanguínea. Para ese tiempo todavía eran desconocidos los sistemas sanguíneos y las violentas reacciones inmunes que conducen a daños orgánicos, incluso hasta la muerte. En el galeno también operaba un sistema de valor, ya que el punto nodular era su temperamento. Ante la cuestión de cómo corregirlo, pues él era lumbreira para muchos, tenía que proponer una solución y le pareció bien dotarlo de esa cualidad de mansedumbre, por medio de la sangre de oveja. ¿Qué animal sería más ejemplar dada la característica mítica-religiosa dada al animal? La premisa ignorante era bien recibida porque tanto el médico, como la esposa y los vecinos atestiguaban la eficacia del procedimiento, pues después de ser sangrado e inmediatamente transfundido, el frenesí desaparecía. La evidente calma del temperamento frenético ganaba prestigio para el médico tratante, daba tranquilidad y esperanza a la afligida mujer y aprobación y confianza para el resto de los testigos. Sin embargo, el asunto no tuvo un final feliz, en pocos días la condición de su paciente se agravó. El médico observaba, lleno de asombro, cómo de aquel desdichado salía orina color hollín, era atacado por fuertes dolores, expresando intensa ansiedad. Todos estaban en la antesala de la agonía, pues ignoraban que estaban frente a lo que conocemos ahora como reacción postransfucional tardía. Ya habían transcurrido dos o tres siglos de la conquista y en el texto de Starr podemos observar que la medicina todavía dependía del empirismo y justificaba sus intervenciones en sistemas de valor y creencias.

la pretensión de combatirla. Aspecto que sí encontramos en la medicina occidental, al promulgarse como emisario de una misión imposible, erradicar la enfermedad y combatir la muerte. Deaton (2015) expone cómo a partir del desarrollo económico se generó el ánimo de sustraerse a los grandes problemas de la humanidad, pobreza, enfermedad y muerte; la posibilidad de hacerlo se mostraba plausible; él lo sintetiza en el planteamiento: ¿por qué no habríamos de lograrlo si disponemos de los recursos para ello? Describe muy bien nuestra forma de entender el mundo y la sociedad actual.

Castoriadis (2008) sostiene que, a partir de nuestra idea del mundo, establecemos formas de relacionarnos no de forma más integrativa, sino fragmentaria, trazando paradojas y realidades quiméricas, porque estamos lejos de asumir las limitantes que recusamos. Decisión que no nos conduce a nuevas alternativas plausibles, pero nos empeñamos en sostenerlas mediante discursos y acciones poco claras. Una razón es que nos mantienen en el imaginario de la modernidad, al mismo tiempo traen consigo el serio problema de las rupturas históricas,³⁶ limitando nuestro entendimiento del momento histórico-social en el que vivimos, generando la idea de que el desarrollo occidentalizado es el camino inequívoco en el que nos debemos encontrar. No obstante, Ricoeur (2012) sostuvo que las civilizaciones construyen y se apropian de su realidad conforme a los recursos que disponen. Esto nos permite cuestionar la idea del desarrollo global y la premisa de que este se dé, o deba darse, de la misma forma en todas las sociedades. Las disparidades del desarrollo tan marcadas son producto de las decisiones y macroestructuras, responsables de trazar directrices en

³⁶ Aquí surge un problema serio, la banal idea de haber superado a los antiguos, se hace más complejo porque flota la idea de haber agotado la modernidad dado nuestro nivel de desarrollo. Castoriadis (2008) desarrolla que eso nos alienta a hablar de posmodernidad, pero surge la pregunta trascendental: ¿qué queda delante de nosotros y para las siguientes generaciones? ¿Será la ultramodernidad o una modernidad perpetua? Las implicaciones no son menores, porque constituyen la base en la que asentamos las actividades vitales de la humanidad, salud, educación, trabajo.

las actividades esenciales de la humanidad, economía, comercio, trabajo, educación, salud.

La institucionalidad y las instituciones

En nuestro tiempo, es ampliamente difundida la idea de la “sociedad moderna”, pues es un fenómeno resultante de la globalidad. Se acepta porque alude a los bastiones de la ciencia y la institucionalización. En el campo de la salud, la primera tiene como fundamento la evidencia, piedra angular de la atención o “medicina moderna” (Mayer, 2010; Milos, 2003). Lo cual nos conduce a la segunda, siguiendo a Castoriadis (2013), lo institucional antecede al desarrollo de la ciencia. Es por la institución de la ciencia que la atención de la salud ha quedado confinada al conocimiento altamente especializado. Incompatible, hasta antagonista, del cuidado cotidiano, tildeado de erróneo, en el mejor de los casos, y de charlatanería, superstición y dañino, en el peor, como muestran los trabajos de Hersch y González (2011), Osorio (2001) y Haro Encinas (2000), quienes sobradamente muestran que no se trata de meras creencias o supersticiones, sino que se trata de conocimiento organizado que se mantiene gracias a su eficacia para resolver problemas. No obstante, su desplazamiento y descrédito es porque, a juicio de muchos, palidece ante los aportes del conocimiento científico. Debido al conocimiento especializado de la Biomedicina y el desarrollo de la tecnología, goza de credibilidad la afirmación de que hoy sabemos más sobre la salud. Kauffman (2015) califica los avances en medicina como dramáticos, pues de forma muy eficiente logran combatir con eficacia síntomas, como la hipercolesterolemia, anticipándose a enfermedades cardíacas y neurológicas, que bien pueden ser mortales o crónicas, dependiendo el curso que tome, por ejemplo, un evento vascular cerebral. Se suman los tratamientos con antirretrovirales, las técnicas diagnósticas sofisticadas y procedimientos quirúrgicos de invasión mínima.

La lista puede seguirse ampliando, pero es sumamente difícil establecer los límites sobre los avances y sus supuestos beneficios. Castoriadis (2008) discute con detalle sobre la falta de control de la “tecnociencia”.³⁷ Los ejemplos abundan, leemos en Ferber y Wilde (2011) cómo el avance en algunas especialidades de la medicina hizo posible el desarrollo de las técnicas de fertilización. El logro fue criterio suficiente para declaraciones pragmatistas, centradas en el uso del cuerpo de las mujeres diagnosticadas con muerte cerebral. Ahora, el cadáver de las mujeres diagnosticadas con muerte cerebral “por fin” tendría una utilidad, servirían como incubadoras embrionarias. El soporte vital a partir de respiradores artificiales, las cánulas e instrumental médico para intubar, la alimentación parenteral, la terapia antibiótica para prevenir infecciones parecían responder a la necesidad de “mantener con vida” al sujeto, que de otra manera sería imposible.

El camino de la especialización solo era posible en espacios específicos, donde la mirada del especialista actuara sobre el enfermo con el respaldo de la ciencia y la aprobación social (Foucault, 1963). Así, el hospital se convirtió en el lugar de excelencia para instituir la atención especializada, hasta convertirse en extensión del Estado y confirmar su rectoría, la cual depende del ese conocimiento (Merhy, Macruz Feuerwerker, y Burg Ceccim, 2006). La implicación de esto tiene gran impacto si tomamos en cuenta la configuración del sistema de salud, donde la mayor densidad en la atención recae en las instituciones federales (Gómez-Dantés *et al.*,

³⁷ El término genera controversia desde su definición. Dominique Raynaud (2018) crítica duramente desde la definición empleada por célebres sociólogos, antropólogos y filósofos, que a su juicio caen en impresiones, las cuales les conducen a serias y sendas confusiones en sus planteamientos. A lo largo de su obra no menciona el trabajo de Castoriadis (2008), pero llega un punto en que parece resolver la complejidad del problema sobre su uso, pero no es así. Es insuficiente reflexionar sobre los beneficios o daños que la aplicación del conocimiento científico tiene en la vida y salud de los sujetos, el asunto es que el avance y su posible traducción en algún tipo de aplicación siempre sucede dentro de un contexto y momento histórico-social, como el mismo Raynaud reconoce (2018: 51). Lo que no es claro es precisamente quién lo decide, tampoco quién lo controla, como argumenta Castoriadis.

2011). En cierto sentido, la medida es bien recibida por la población porque asume que en los hospitales públicos la atención será más completa, por la concentración de recursos. Sin embargo, el trabajo de Hamui Sutton, Fuentes García, Aguirre Hernández y Ramírez de la Roche (2013) exponen las carencias y distancias entre la visión institucional y la experiencia de pacientes y familiares, durante el servicio que reciben.

La disparidad encontrada entre los altos índices de satisfacción referidos por las instituciones públicas y los señalamientos de los pacientes y familiares nos conducen al trabajo de E. Goffman, quien aborda las instituciones distinguiendo sus marcos y franjas de interacción. Con acierto, se ocupa del sistema de relaciones que se dan al interior. No obstante, importa distinguir quiénes participan, quiénes son los que se relacionan y los espacios donde lo hacen, porque el hecho de compartir un marco no significa que todo esté regulado, ordenado o libre de tensiones. Dentro de ese marco, los actores recurren a fabricaciones que les permiten interactuar, dar sentido a su comportamiento (Goffman, 2006: 204-208). El marco institucional dispuesto para la atención nos anticipa una estructura y la asignación de roles, se espera que el especialista actúe como tal, lo mismo que el paciente. Sin embargo, cada uno va construyendo un sentido que se diferencia por el nivel de conocimiento, la posibilidad de hacer algo por el otro, el prestigio, el nivel de compromiso.

En esas dinámicas aparecen actores cuyo rol es principal y otros que se aparecen como complementarios. ¿Podríamos hablar de la atención especializada sin la figura del especialista? La respuesta unívoca sería no, pero abre un escenario, el del dominio y la secundarización de los otros roles. Si pensamos en otros profesionales de la salud, ¿cuál sería su lugar en el escenario de esa atención? Porque también se trata de personajes que han recorrido trayectorias académicas muy largas y su praxis les demanda también contar con conocimiento especializado que no domina el actor principal. No obstante, se subsume. Ahora, qué decir de quien recibe la atención, igualmente se le asigna un rol que puede encontrar discrepancias

entre el guion, la normatividad, que le presenta un marco que destaca su participación, pero solo cuando se observa el contexto puede entenderse que no es del todo bien vista, porque lo que dice el paciente parte de su experiencia, la cual en no pocas ocasiones resulta contraria a la experiencia del especialista (Goffman, 2006: 457).

El paciente y el familiar no permanecen en los límites marcados por su rol, su necesidad les impele a trascenderlo, creando desajustes en el marco y las franjas en las que tendrían que moverse. Así, abren otras franjas no consideradas dentro del marco primario. Si bien no poseen conocimiento especializado, parten del provisto por su experiencia. Popper (1995), con todo su positivismo, reconoció que los sujetos poseen sano entendimiento como primer recurso para conocer, y su método es el ensayo-error. Entonces, el individuo no actúa por impulso, identifica un problema, intenta solucionarlo y va eliminando las alternativas que no funcionan, lo que ya no sucede es la sistematización de la información, sostiene el filósofo.

Los desajustes en los roles no son exclusivos de quienes no pertenecen a la estructura institucional. Douglas (1996) dice que un error muy común en el abordaje de las instituciones consiste en asumir que la gran concentración de sujetos significa que comparten los mismos valores, se alinean a las metas. En realidad, sucede lo contrario y el asunto se torna más fino, porque incluso al interior de grupos más reducidos y especializados prevalecen profundos desacuerdos, a veces por enfoques teóricos. Si bien las diferencias llegan a ser profundas, tal vez, irreconciliables, eso no impide que funcionen. Es decir, interactúen, colaboren o aporten algo al proceso (Nordenfelt, 1995). Ahora, esos encuentros e interacciones tampoco significan que las diferencias y tensiones se vayan a eliminar. Aquí se hace pertinente el concepto de “franja de actividad”, de Goffman (2006) porque los encuentros, las interacciones dentro de la institución pública de salud no se mantienen en lo normativo. Todas las instituciones públicas de salud están organizadas bajo cánones administrativos. Los documentos maestros son los manuales de organización interna y de los servicios, y

los de procedimientos cumplen con la función de orientar las acciones de todos los involucrados. Por lo tanto, si uno quiere conocer cómo están organizadas y funcionan las instituciones de salud, bastaría revisar dichos documentos, que son expresión de los criterios normativos.

Lo normativo, de acuerdo con de Sardan (2005: 131), no se restringe a la emisión de reglas particulares en las sociedades afectadas por el fenómeno del *desarrollo*, dimana de dinámicas de mayor escala. Su finalidad es la estandarización, que busca establecer un orden macroestructural bajo el discurso de responder a necesidades y resolver problemas. Sin embargo, el antropólogo encontró que su aplicabilidad no ocurre de forma irrestricta, siempre hay variaciones de acuerdo con el contexto local, identifica esas “desviaciones” como dinámicas “no normativas”. Para la estadística, son desviaciones para los modelos de calidad, errores; y para los procedimientos administrativos, irregularidades, pero dentro del proceso de atención a la salud suceden muchas interacciones en la franja de lo no-normativo. Retomando a Goffman (2006), la claridad de los roles se difumina al surgir acuerdos, complicidades, tetras que solo son entendidas por los involucrados.

La Atención Paliativa como Derecho a la Protección de la Salud

Con base en lo anterior, podemos definir que el marco de la atención pública es, con toda claridad, una actividad institucional que, en sentido estricto, da cuenta de los procesos de modernización del Estado. Cumple el criterio principal: responder a las exigencias de las dinámicas globales que en gran medida descansan en el derecho administrativo (Fernández Ruíz, 2016; Peters, 1999; Valadés, 1994: 143-160). Es el campo disciplinar responsable de guiar la rectoría del Estado en materia política y su operatividad dirigida a la protección de la salud. Entonces, cuando hablamos

de atención a la salud, en nuestro tiempo significa, ante todo, un derecho individual (Carbonell y Carbonell, 2013; Cano Valle, 2010; Valadés, 1994: 143-160). En ese marco, es competencia única del Estado definir las formas en las que debe prestarse la protección de la salud. En el artículo 73 de la Ley General de Salud leemos que solo contempla la atención quirúrgica, farmacológica, la rehabilitación, la paliativa, la prevención y la promoción. En consecuencia, ninguna de estas formas es opcional para las instituciones públicas; por supuesto, de acuerdo con el nivel de atención, debe prestar el servicio.

El asunto no es tan claro porque la población que acude a las instituciones dependientes de la Secretaría de Salud carecen de seguridad social, pero –como lo muestran Gómez-Dantés *et al.* (2011)– tienen el respaldo del sistema, pues su recorrido tendría que iniciar en el primer nivel con una práctica centrada en la prevención y la promoción. De surgir alguna complicación, el sistema le ofrece un segundo nivel de atención, cubriendo las opciones quirúrgicas, continuar con las farmacológicas y –de ser necesario– la rehabilitación. Si el problema se complica o caracteriza por ser extraño o de rareza inusual, entonces, el Estado le ofrece un tercer nivel de atención. En esa estructura, desde el inicio de la trayectoria, tiene la garantía del conocimiento especializado, acompañado de distintos insumos. Cuando el curso de la enfermedad la pensamos como entramado complejo, es crónico, degenerativo y de pronóstico clínico desfavorable, el recurso para esta población es la atención paliativa.

Ya señalamos que el trabajo del Estado depende del conocimiento especializado,³⁸ de modo que para las dependencias no es opcional brindar

³⁸ Históricamente la figura del Estado siempre ha precisado del conocimiento especializado. Tomando el modelo de República de Platón, no cualquier ciudadano podía dirigir la *Polis*, el sujeto debía cubrir un perfil y solo un grupo reducido recibía los beneficios de una educación que lo preparara para tal función. Castoriadis habla del *Statesman* (2002), quien debía poseer un nivel de conocimiento más elevado que el resto. Aunque las formas de gobernar han cambiado, un elemento arquetípico es que ha sido insostenible que toda la responsabilidad recaiga en un solo sujeto. El peso de

la atención paliativa. Todos los trabajadores, concentrados en las instituciones públicas, tienen un perfil específico para dar cumplimiento a la política de salud. Las investigaciones sobre la situación que guarda la atención paliativa reflejan importantes disparidades, una parte importante de la atención está derivada hacia las actividades de organizaciones no gubernamentales (ONG's), sobre todo cuando se trata de pacientes sin seguridad social (Pastrana *et al.*, 2012). Sin embargo, en los informes se integran, independientemente de su adscripción, porque para operar necesitan el aval del Estado, *grosso modo* operan junto con las instituciones públicas en el amplio manto de “los cuidados paliativos”. Políticamente son absorbidas por la regulación estatal y sirven como evidencia del trabajo que se realiza y responder a los compromisos globales.

El primer plano de resolución no es propiamente la atención; por supuesto, no significa que la atención y el cuidado no existan, tal como plantea Castoriadis (2013). A la teoría le antecede un sustrato social, pero la garantía del derecho está en lo formal. Entonces, ahora la atención paliativa es un derecho, inicia con el artículo cuarto constitucional y la Ley General de Salud específica en el artículo 166Bis de los cuidados paliativos a quién está dirigida, es exclusiva para los enfermos en situación terminal, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 2009. Le siguió el decreto que reformó y adicionó diversas disposiciones al reglamento de la LGS en materia de prestación de servicios de atención médica, publicado en el DOF en 2013. La atención paliativa también cuenta con una Norma Oficial 011-SSA3-2014 que establece los criterios para brindar el servicio. A su vez, el Consejo de Salubridad General emitió una declaración sobre la

governar rebasa la capacidad de cualquier ser humano. Siguiendo el proceso histórico-social, entendemos cómo a través del conocimiento especializado hemos construido estructuras burocráticas altamente complejas sin asumir que por ello funcionan bien, como lo muestran Weber (2002) y Castoriadis (1976). Además, en la obra de ambos queda claro que el Estado depende de esas estructuras, mismas que pueden mantenerse al margen de las necesidades de la población.

obligatoriedad de los esquemas de manejo integral de cuidados paliativos, publicado en el DOF en 2014. Finalmente, los aspectos técnico-operativos están contenidos en la Guía de Práctica Clínica en Cuidados Paliativos publicada desde el 2010, pero no cuenta con actualización como marca la norma, y las guías de referencia. En términos goffmanianos, así se configura el gran marco de referencia, todos los involucrados en la atención de la salud se mueven bajo esas coordenadas burocrático-administrativas, mismas que les asignan roles y todos se tienen que ajustar a lo dispuesto. De manera que el enfermo no es tan libre de expresar lo que siente, su experiencia queda subsumida a la clasificación preexistente.

Metodología

La investigación en torno a la salud es diversa y copiosa en las ciencias sociales. En Antropología apareció casi desde los inicios de la investigación, ya que la forma en que las comunidades estudiadas la entendían como parte de una red simbólica y sus prácticas eran parte de un entramado cultural (Levi-Strauss, 2002; Frazer, 1981; Malinowski, 1948). Es más reciente el abordaje sociológico y antropológico, aportando marcos explicativos que dan cuenta de las relaciones entre lo global y lo local, la política y la economía (Look y Nguyen, 2010; Conrad, 2007). El avance del trabajo no solo amplió el panorama, lo fue afinando. Marcó ruta hacia las instituciones, interés más que fundamentado porque en las sociedades modernas, ahí, se concentran las actividades vitales: educación, trabajo, salud, generando nuevas betas de investigación (Hamui Sutton, Fuentes García, Aguirre Hernández y Ramírez de la Roche, 2013; Goffman, 2001; Douglas, 1996; Strauss, Fagerhaugh, Suczek y Weiner, 1985).

En los distintos abordajes, ambas disciplinas recurren a la experiencia del otro, para ello precisan de dos condiciones prístinas, la presencia del otro y el diálogo, propiamente nos referimos específicamente a la capa-

idad innata del humano, la narrativa. De acuerdo con Bruner (2003), es una necesidad, no un talento especial. Es un punto relevante porque el riesgo es considerar que hay sujetos que lo poseen, mientras que otros no. Tal como lo señala el autor, narrar es una acción estrechamente relacionada con la construcción de sí mismo. Asumir que hay sujetos no narrativos equivale a afirmar que carecen de historia y son ajenos o extraños al sustento social. Para Hamui Sutton (2011), la narrativa es una ventana que, al abrirse, permite adentrarse a ese mundo social, imperceptible por otros medios.³⁹ Su importancia tiene varias aristas, partamos del hecho inconcuso que enfermar es un evento universal, pero es imposible que la experiencia derivada de la enfermedad permanezca en los límites nosológicos planteados por la Biomedicina. El sujeto vive las alteraciones en su estado de salud, desde su experiencia construye sentidos y significados. Ahí ocurre un entramado relacional, la experiencia, en sentido amplio, funciona como crisol de lo biológico y lo cultural y la vía común para expresarla y acceder a esta es la narrativa.

³⁹ La idea de emplear la narrativa como herramienta metodológica no se hace en soslayo de los debates filosóficos acerca de su utilidad, sobre todo las dirigidas a su intención explicativa de la construcción de la identidad del Yo. Strawson (2013) aborda las críticas elaboradas por Parfit, cuestionando las teorías de la identidad narrativa, desarrollo que acompaña con el trabajo de Ricoeur. La pugna, *grosso modo*, centrada entre la objetivación y la subjetivación narrativa que compromete su solidez teórica, no anula su potencial como herramienta metodológica, porque los sujetos involucrados no son acabados, se mantienen en constante construcción; por supuesto, no es una regla, pero sí es un fenómeno constante. Particularmente en el campo de la salud hay dos aspectos primordiales, el primero es que la atención en las instituciones públicas siempre es relacional; la segunda, es que la asignación de roles que sucede en el marco institucional no sigue un mismo guion. Los sujetos quienes experimentan la enfermedad encuentran que no es del cuerpo únicamente, o sea, orgánica, como lo reduce la Biomedicina. Mientras el especialista ve un cuadro, una patología, el órgano dañado; el sujeto enfermo ve la crisis de sí mismo, tópico central en la tesis de Ricoeur (1996), la enfermedad trastoca su identidad, bien puede ser de forma súbita o a largo plazo al tener como causa las enfermedades de efectos crónico-degenerativos. Entonces, la experiencia como multiverso convoca al otro para ser contada, atestiguada, ya que se es uno antes de la enfermedad y otro después de enfermar.

Bruner (1991: 27) señala la base biológica y su entrañable relación con la cultura y la vida con otros:

[...] Los sistemas simbólicos que los individuos utilizaban al construir el significado eran sistemas que estaban ya en su sitio, que estaban ya “allí”, profundamente arraigados en el lenguaje y la cultura. Constituían un tipo muy especial de juego de herramientas comunal, cuyos utensilios, una vez utilizados, hacían del usuario un reflejo de la comunidad.

La narrativa no es un producto sofisticado que demande habilidades especiales, su núcleo es la co-construcción (Hamui, Paulo, Taylor, González y otro, 2018), pues es el que narra, pero siempre es en contexto y en relación con otro/s. El que escucha no es pasivo, su interés en la narrativa toma una dirección e identifica tanto las relaciones como los sentidos. Ahí encuentra la o las audiencias potenciales para dirigir la narrativa, porque tampoco se habla sin dirección. El que narra decidió abrir ese acceso a su realidad social, pero tiene el interés de dirigirla hacia una audiencia y cambia de acuerdo con la posición que se tenga dentro de la narrativa. El paciente tendrá prioridad para hablar de su experiencia para ser entendido. Cambia la del investigador y su narrativa, por ende, su audiencia es otra. Para Perdomo Rubio, Hernández Zinzún e Izquierdo Mora (2016), la narrativa en el campo de la salud no solo es útil para aproximarse a la realidad de los pacientes, los trabajadores también tienen su propia narrativa, la construyen no desde la experiencia de la enfermedad, lo hacen desde la atención, su experiencia en el trabajo no reducido a ejecuciones mecánicas o el cumplimiento rutinario. Son afectados por las circunstancias que configuran su trabajo, la forma en que se relacionan con los pacientes y con otros trabajadores del campo. Los temas que surgen en sus narrativas no son intrascendentes, tampoco tienen un solo sentido, les conducen al encuentro, al contacto con el otro. No siempre se caracteriza por la armonía, la colaboración o el entendimiento.

Las tensiones son parte del proceso histórico-social, pugna centenaria que se hace evidente en los trabajos de Hersch y González (2011) y Haro (2001). La razón es que la Biomedicina juzga como costumbres, tradiciones y prácticas no científicas. Desestima el conocimiento que las fundamenta y valora equivocadamente su eficacia. Entra en antagonismo al intentar suprimir o subsumir tales prácticas indicando lo que está bien y corrigiendo lo que está mal, solo desde sus criterios biologicistas. Sin embargo, cuando las alternativas terapéuticas se han agotado, la atención institucional no tiene la capacidad de asumir el cuidado, lo delega a la familia. Dar indicaciones es insuficiente y no propicia acuerdos, tienen lugar otro tipo de tensiones y conflictos que no responden a criterios, generando únicamente tensiones y pugnas que se ubican en distintos niveles, de modo que la necesidad de sanar, recuperar la salud, volver a un estado de bienestar no implica compartir la misma visión sobre la enfermedad, la salud o la atención.⁴⁰

Etnografía del contexto clínico

La sociología y la antropología comparten aspectos metodológicos que se engloban en el amplio universo de lo cualitativo, ambos recurren a la

⁴⁰ Las disparidades no vienen solo por las distancias bajo las categorías de legos y doctos. Suceden también en las interrelaciones entre los especialistas que integran un grupo o trabajan en el mismo campo. De modo que salud, enfermedad, atención no generan acuerdos unívocos, sea con bases científicas o socioculturales. Nordenfelt (2000) afirma que nada garantiza que los miembros de un mismo grupo tengan mayor claridad o mejores acuerdos sobre algún tema. Ahora, eso no significa que las variaciones impidan la funcionalidad. Entonces, efectivamente pueden trabajar en el mismo campo o rubro. Si pensamos en el ámbito académico-científico, permeado por la modelación de la realidad guiada por sus algoritmos, muestra cómo antes de aproximarse a la realidad social del sujeto enfermo, el primer compromiso es mostrar su rigor científico, pues ahí radica la eficacia de su intervención y el cumplimiento de su rol en el marco institucional. Tampoco significa que el conocimiento especializado sobre ese espectro de patologías le permita entender de mejor forma al paciente.

observación y el registro, recurren a la descripción como medio de representación de la realidad observada. Asimismo, comparten los problemas derivados de las tensiones y críticas interdisciplinarias que tildan el trabajo de falta de rigor (Sardan, 2015; Álvarez-Gayou Jurgenson, 2003).⁴¹ Las críticas aciagas se desprenden de varias razones: una es precisamente la forma en que se construye el objeto de estudio y la ruta metodológica. Ricoeur (1990: 23) no soslaya el nódulo tensional y respecto a la objetividad puntualiza: “[...]. No quiere decir esto que pensemos en la misma objetividad que la de la Física o de la Biología; hay tantos niveles de objetividad como comportamientos metódicos”. De manera que el problema tendría otro locus, uno podría ser el de la fragmentación del conocimiento y la tan sacralizada especialización. Es un asunto que pone en relieve las dificultades del desarrollo de las disciplinas, que tornan difuso su “hacer” y privilegian los principios de su campo como la objetividad. Aunque, en ese empeño justifiquen su valor, alejándose de la realidad (Fernández, 2007).

Las decisiones metodológicas consistieron en plantear una investigación cualitativa, instrumentada por la etnografía, con observación y registro, partiendo de las premisas de la narrativa como recurso teórico-metodológico en el campo de la salud (Hamui, Vargas, Paulo, González, Taylor, 2018). La atención a la salud no se reduce a las ejecuciones técnicas y administrativas. Leemos en la etnografía de Hernández Zinzún (2009), en el Hospital General de México, que el trabajo del médico es más que un conjunto de operaciones estandarizadas y validadas metodológicamente.

⁴¹ El propósito del capítulo no puede abarcar ni agotar los tópicos que surgen y merecen atención. No obstante, la mínima contribución que podemos hacer es destacarlos y dar referencias para profundizar en ellos. Las tensiones de las que hablamos abrevan de distintas fuentes, filosóficas, epistemológicas, disciplinares, político-económicas e histórico-sociales. El trabajo de Thomas Khun (1997) es punto de quiebre en tema a partir de su propuesta de paradigma y su discusión en torno a “lo científico” (1979), en contra de la idea de la neutralidad y objetividad de “la ciencia”. Afirma que la manera en que se “educa” a los investigadores no responde a tales criterios, sino a una forma particular de ver el mundo.

La práctica médica cotidiana está permeada por procedimientos, actitudes y valores regidos por normas escritas y no escritas. A lo largo del documento encontramos las relaciones que establece entre lo global y lo local, que reivindican su praxis a lo largo del tiempo social e histórico. Detalla cómo aquello que a juicio de los especialistas son prácticas estrictamente académicas, mantiene matices rituales, esa iteratividad mantiene el orden y asegura el estatus del gremio.

El ingreso al Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (CIFANEP) se justificó con base en un protocolo de investigación, tuvo como antecedente la continuidad de los planteamientos teórico-metodológicos hechos en el seminario permanente de Narrativas del Padecer, proyecto colaborativo entre Facultad de Medicina, Departamento de Filosofía e Historia de la Medicina, del Palacio de Medicina. Los investigadores compartían el interés de aplicar las aportaciones en el campo de la salud. La aprobación por el comité científico y ético del CIFANEP nos abrió la oportunidad para realizar el trabajo de campo. Previo a ello, la revisión y discusión teórica nos permitió aproximarnos a la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención dentro de las instituciones de salud. El ingreso al CIFANEP nos colocaba en una situación privilegiada al entrar a un campo de dominio biomédico en las actividades sustanciales, atención, educación-formación e investigación.

Los discursos científico y político se encuentran en diversos momentos y documentos. Entonces, lo primero que debíamos entender es que es un establecimiento público prestador de servicios de salud. Es la primera definición dada por el marco legal, de manera que queda agrupada en ese rubro junto a las demás unidades de salud de los tres niveles de atención, pero es una definición gruesa. Lo que pone de manifiesto es el rasgo institucional característico de la sociedad presente. No obstante, siguiendo ese marco institucional, encontramos que para el Estado el CIFANEP, de acuerdo con la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, dicta en la fracción III de su artículo primero que el objetivo principal es la investigación

en el campo de la salud, seguida de la formación de especialistas y, con base en estas, la atención. Así, quedaría satisfecha la directriz de contar con un nivel altamente especializado y la obligación de todo instituto es contar con sus estatutos orgánicos, en los cuales ratifica estos principios como base de su hacer cotidiano.

Justo es decir que la idea dominante no fue esta, por diversas razones pensamos en el CIFANEP como una unidad de salud, quizá porque en la revisión teórica, siguiendo la ruta teórica de la narrativa del padecer, el núcleo era la experiencia de la enfermedad principalmente. No obstante, el trabajo antecedente nos mantenía en la orientación adecuada, al tener identificadas las agendas que confluyen en el proceso de atención, la del paciente, del médico, y la institucional (Hamui Sutton, Paulo Maya y Hernández Torres, 2018). La última es la que, en algún momento de la atención, inclina a las otras dos. Asimismo, son relaciones poco visibles, hay que adentrarse en la estructura, conocer la organización para entender su funcionamiento, más allá de lo formal expresado tanto en el discurso como en los dispositivos administrativos, manuales de organización y de procedimientos.

Antes de arribar al campo, definimos distintas temáticas de interés dentro del CIFANEP, para nosotros fue la atención paliativa. El punto de partida es inconcuso, se trata de un derecho, significa que dentro del sistema de salud no es opcional, las instituciones públicas están obligadas a cumplir con la oferta del servicio, porque la atención está pensada en cuatro grandes líneas: prevención y promoción, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. El Estado los presenta como la forma que adopta la protección de la salud, aun cuando el curso de la enfermedad apunta hacia una condición no recuperable y desenlace fatal. Frente a ese escenario, el Estado moderno no abandona al enfermo en situación terminal; desde su rectoría, le presta y presenta esta forma de atención. Ahora, ningún Estado que tutela la salud de la población se da a la tarea de construir conceptos o diseñar políticas, todos los pertenecientes a los distintos organismos inter-

nacionales abrevan de la política de salud global que mantiene una lógica top-down (Rossi Batista, 2018).

En esa verticalidad, la tarea para los sistemas de salud es adoptar los criterios marcados por la Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA, 2014: 5), que estableció las siguientes directrices para la atención institucional:

[...] Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.

Lo primero que señala la WPCA es que el cuidado paliativo depende del conocimiento especializado, por ende, la familia no puede brindarlo porque no cuenta con este ni con los recursos. Además, reconoce que la enfermedad rebasa el plano físico; por tanto, es prioritario tratar distintas dimensiones, la psicosocial y la espiritual. Para ello, propone las siguientes líneas de intervención (WPCA, 2014: 5):

- Provides relief from pain and other distressing symptoms;
- Affirms life and regards dying as a normal process;
- Intends neither to hasten or postpone death;
- Integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- Offers a support system to help patient's live as actively as possible until death;
- Offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- Uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- Will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- Is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or

radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

Nos interesa precisar que cada una de las acciones propuestas por la WPCA (2014) está recogida en el marco normativo que regula la atención, expresada en el robusto marco, iniciando con las leyes generales y sus reglamentos, normas oficiales y guías de práctica clínica. La práctica de los especialistas debe partir de estos principios, siendo el mayor acierto la participación de múltiples disciplinas, y esa tendría que ser la condición primordial en todos los establecimientos públicos de salud, por supuesto, con sus respectivos ajustes al nivel de atención del que se trate, la atención especializada en el tercer nivel o el seguimiento domiciliario en el primer nivel. Lo cual demandaría un esfuerzo de organización interinstitucional encomiable.

El personal que participa en los cuidados paliativos tendría que contar con un marco teórico-conceptual que le permitiera replantear los grandes temas: vida, muerte, enfermedad-salud. Es arriesgado, incluso erróneo, asumir que todos los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud cuentan con los referentes que les permitan guiar, apoyar al paciente y a su familiar, o bien, que la atención está cubierta con el hecho de disponerse a escuchar y mostrarse receptivo, empático y solidario con el sentir del paciente. Cuando un hecho histórico es que las alteraciones en el estado de salud, o sea, enfermar, traen a la vida del humano conflictos serios cuya solución no está en sanar, porque es un hecho que no todos sanan. Además, la forma en que viven la enfermedad y construyen su experiencia depende de su sustrato sociocultural, si cuenta o no con fundamentos espirituales, si estos le ayudan o no resolver sus conflictos. La pertinencia de las directrices marcadas se refiere a la amplitud de los aspectos que buscan cubrir, porque cada uno contribuye a mantener la dignidad humana, colaborar en mantener las mejores condiciones de vida o calidad, como le llaman. Aquí, destaca el hecho de que los cuidados paliativos no se oponen a la muerte, pero, al mismo tiempo, pone al descubierto una

escisión que gira en torno a la falta de acuerdos para pasar de lo curativo a lo paliativo y la forma en que se hace.

Lo anterior nos permite identificar el contexto clínico como franja de actividad, pues la atención paliativa sucede en el mismo espacio que la atención curativa, quirúrgica, farmacológica, terapéutica y de rehabilitación. Entonces, para diseñar el trabajo de campo, planteamos el contexto clínico como una franja de actividad que se da, en términos goffmanianos (2006), desde los roles asignados. Se indica a los actores lo que deben ejecutar en el escenario. De modo que cada uno de los involucrados tendría claridad suficiente sobre su ámbito de competencia, dado que no estamos frente a una actividad espontánea, porque la atención a la salud es una actividad altamente normada. Es, pues, conocer cómo se brinda la atención paliativa, dada la importancia que tiene como alternativa terapéutica en los pacientes que enfrentan un proceso crónico-degenerativo y terminal.

El primer aspecto que sobresalía fue el normativo, inscrito en el discurso sobre cómo deben proporcionarse los cuidados paliativos, pero la revisión bibliográfica y documental nos dio indicios sobre las posibles problemáticas derivadas del desarrollo heterogéneo que caracteriza la atención en las instituciones públicas. Razón que justifica el abordaje etnográfico. Antes de llegar al campo, tuvimos un encuentro con la responsable del área, quien *grosso modo* nos brindó el panorama de los cuidados paliativos dentro de la institución. Su contribución fue de gran ayuda para tomar decisiones metodológicas. Acordamos iniciar con una semana, acudiendo diario, para familiarizarnos con las áreas e identificar las actividades. Posteriormente, distribuimos los días para realizar cuatro visitas cada semana durante cuatro meses. Todo en el turno matutino, porque en el vespertino no hay servicio de cuidados paliativos. En algunos casos, la atención se llega a prolongar al turno vespertino, pero es raro, no porque no exista la necesidad, sino porque las responsables del área están en el turno.

Los instrumentos empleados fueron la libreta de campo, el diario de campo. Para sistematizar la información, construimos una guía de obser-

vación organizada en tres apartados: el primero, centrado en los profesionales que brindan la atención paliativa; el segundo, en sus interacciones con otros profesionales de otros servicios y áreas hospitalarias; finalmente, el tercero, enfocado en las interacciones con pacientes y familiares. Hicimos ajustes después de la primera semana de estancia y los primeros recorridos. Para las entrevistas a profundidad, construimos una guía para aplicar a las responsables de los cuidados paliativos y al equipo de apoyo; y otra, para pacientes y familiares. En esa semana aprovechábamos algunos espacios para intercambiar opiniones, plantearnos preguntas y tomar acuerdos. Coincidimos que, dada la dinámica de trabajo en cuidados paliativos, había cuatro días de mayor actividad y uno destinado para hacer trabajo de escritorio, que ya había anticipado la jefa del servicio.

La narrativa en el contexto clínico

Los hospitales en su acepción general como establecimientos prestadores de servicios son espacios que no se consideran sociales ni culturales, dada la actividad técnico-científica que ahí se realiza como recurso principal de la atención. Sin embargo, es un espacio donde se construyen experiencias que reconfiguran el sentido y el significado de la vida, no solo de los pacientes y familiares, también de los profesionales de la salud. Reissman (1993) sostiene que la narrativa siempre está presente, al ser el recurso por excelencia para construir la experiencia, dado que el sujeto no reproduce la realidad, sino que expresa su interpretación. Maceiras (2007) dice que el hombre llena el mundo de resonancias infinitas, nunca ha sido un mero lugar para andar, no se reduce a un espacio geográfico para reconocer o bordear. El lugar que habita, lo transforma, es una forma de apropiarse de este. Así, el refugio lo convierte en hogar, le da sentido, se siente seguro. Además, levanta la mirada al cielo no solo para mirar, sacraliza el firmamento con su ejército celeste, el sol, la luna, las estrellas, también

considera los fenómenos que le parecen extraordinarios: lluvia, relámpagos y vientos. No es lo único que transforma... la necesidad de comer, de adquirir los nutrientes indispensables, lo vuelve en artesanía culinaria. Asimismo, sublima los impulsos orgánicos en sentimientos, su gregarismo rebasa la mera supervivencia, le da forma a lo familiar y distingue lo social. Son prácticas arcanas, improntas humanas que ayudan al sujeto a desarrollarse, proyectarse, apropiarse de la realidad que construye. Su reflexión es relevante porque nos permite ubicar a todos los involucrados sobre el mismo plano, porque no solo son los pacientes quienes construyen y dan sentido, también lo hacen los profesionales, los especialistas. Sin embargo, conviene considerar la precisión de Giannini (1987), que arroja luz sobre un punto central. Si bien el sujeto a la vez que construye también queda inmerso en esa construcción y se conecta a esta por medio de una cotidianidad, no todo es parte de su experiencia, solo los eventos que le impelen a la reflexión. Si perdemos esto de vista, corremos el riesgo de forzar la narrativa, considerar que cualquier evento dentro del proceso salud-enfermedad-atención debe ser parte o motivo de una reelaboración, reorientación o generador de contenido.

La misma Riessman (2008) considera los eventos que escapan a lo cotidiano y el investigador bien podría categorizarlo como un detonador de la narrativa. El sujeto que lo sufrió toma el camino opuesto, olvidarlo, negarlo, desplazar el contenido como una forma de evitar el dolor o reavivar el trauma. Aunque bien podríamos decir que no deja de ser narrativo. El sujeto está en plena construcción de su experiencia y toma la decisión de dejarlo fuera. Así, como en otro momento, puede optar por abrir el tema, integrarlo a su narrativa, lo cual no restaría veracidad a la primera, sino que se actualiza. Los motivos para hacerlo son variados: un cambio de circunstancia, la búsqueda de respuestas o la necesidad de expresarlo para encontrar alivio. Por otra parte, tampoco podemos asumir que la cotidianidad no es un mundo aparte, ajeno de las circunstancias político-económicas, modelos de producción, que no son muy compatibles

con la reflexión, por aquello de la alienación que como fenómeno social no afecta solo a los trabajadores, sino al sujeto social en general (Schaff, 1979).

La narrativa, si bien es un recurso disponible para pacientes, familiares y especialistas, no significa que refleje el mismo orden de los eventos, tenga el mismo punto de partida o siga las mismas pautas. Es el sujeto quien decide la secuencia, las pautas por dónde iniciar y concluir. No es una elección totalmente consciente, tampoco es ficticia, y dado que estamos empleando la narrativa como parte de nuestra etnografía, conviene atender al apunte de Poulos (2009), quien llama la atención sobre los silencios, la evitación, la negación, sobre ciertos temas porque provocan dolor, vergüenza, tristeza. En consecuencia, no formarán parte de la narrativa, no importa cuán bien elaborada sea la pregunta o adecuado sea el momento ni que tan perspicaz o acuciosa la mente del investigador, simplemente no emergerá, a menos que el sujeto lo decida. De ahí la importancia de contar con el cuaderno de notas de campo, donde las interacciones, los comentarios, los diálogos casuales contienen información importante. La libertad para expresarse abre la posibilidad de tocar esos temas que resultan incómodos. No obstante, es el contacto con el otro lo que hace plausible el surgimiento de los contenidos narrativos y se compartan.

Riessman (1993: 8) se posiciona dentro de la actividad narrativa, a diferencia de quienes afirman que “dan voz a...”, ella sostiene que está ahí para escuchar, registrar e interpretar. Compartimos el posicionamiento partiendo de lo dicho por Hamui (2011), el otro es quien decide abrir esa ventana a la realidad social, una lectura apropiada es que nos invita a “mirar dentro”. Entonces, nos hace depositarios no solo de una historia, sino de su biografía, un segmento de su vida. Ahí anclamos nuestra responsabilidad y compromiso para orientar la interpretación, porque la tentación del investigador es “extraer del dato” aquello que corrobore, confirme sus supuestos. Seducción que no solo está en el campo social, en el prestigioso campo natural se tiene un arsenal estadístico, desde el cual

se pueden justificar relaciones entre variables, que se acreditan con valores matemáticos. En franco soslayo del sujeto que investiga. Esto nos obliga primeramente a clarificar cómo fue la recolección de la información, los instrumentos utilizados y forma de analizarlos. Esto último, previo a la interpretación, demandó un registro cuidadoso mediante entrevistas grabadas con el consentimiento de los participantes, el registro etnográfico y las notas y el diario de campo.

La transcripción era obligada (Riessman, 1993) porque solo de esa forma es posible realizar el análisis mediante la construcción de categorías. Aunque es un paso previo a la interpretación a la luz del marco teórico propuesto, no es una invitación a dejar de lado el contexto. Ciertamente la transcripción ya está frente al investigador y se abre una amplitud de temas, pero a fin de no forzar la interpretación ni inscribirla en temas ausentes. La misma Riessman (2008) explica que es primordial prestar atención sobre lo que se dice, más que cómo o a quién se le dice. Aunque no conviene tomarlo como una sentencia, porque es imposible escuchar “dentro de una burbuja”, porque el atributo narrativo también está en relación con otros, como el histórico, sociocultural, psíquico, político. Además, siempre que se dice algo, tiene coordenadas referenciales. Estar ahí con disposición para escuchar tampoco es una llave mágica, porque el narrador también es contextual y se posiciona, toma decisiones y asume responsabilidad sobre lo que dice, sea consciente de ello o no.

Las franjas de actividad en el programa de cuidados paliativos

La atención paliativa al interior de la institución es un programa, no un servicio clínico. De inicio eso le da una condición particular porque le hace distinto a los otros servicios clínicos que son dirigidos por las especialidades de Neurocirugía, Neurología y Psiquiatría. No cuenta con las

mismas prerrogativas estructurales, organizativas y funcionales. Aunque tiene más de diez años operando, sigue manteniendo el mismo estatus y la eficacia de su funcionamiento recae en las responsables designadas: la Dra. Sonia, médico geriatra; y la Mtra. Luz, enfermera especialista con doctorado en curso. Ambas son trabajadoras con más de dos décadas de experiencia dentro de la Secretaría de Salud. La Dra. Sonia recibió una invitación exprofeso para titular los cuidados paliativos, era externa al nosocomio. En cambio, la Mtra. Luz ya tenía una trayectoria laboral, desempeñándose en distintos cargos y servicios, condición que le permitía una visión amplia sobre el funcionamiento de enfermería y la organización hospitalaria. Ninguna de las dos había trabajado en cuidados paliativos, ambas fueron convocadas para integrar el programa. Su formación resultaba afín con el perfil. Básicamente, el programa depende de las acciones de ambas responsables. Es claro que oscila entre el cumplimiento normativo y el no normativo, propiamente las acciones que lo hacen funcionar y cubrir las exigencias de la política nacional de salud y las necesidades de la población que cursa con enfermedades neurodegenerativas.

La atención paliativa no se centra en los pacientes y los familiares, como indican los criterios de la WPAC (2014), antes de llegar a ese punto la Dra. Sonia y la Mtra. Luz realizan varias actividades que a continuación mencionamos:

- Revisar censo oficial del CIFANEP.
- Acompañamiento de la visita médica.
- Participación en sesiones médicas de Neurocirugía y Neurología.
- Difusión del programa mediante eventos de educación continua dirigidos al personal de salud.
- Difusión del programa mediante eventos dirigidos a familiares y pacientes.

La atención paliativa se concreta con las siguientes actividades:

- Seguimiento a pacientes hospitalizados.
- Capacitación de familiares.
- Seguimiento no normativo vía telefónica y aplicaciones móviles.

A diferencia de los otros servicios clínicos que cuentan con espacio físico, mobiliario, personal adscrito, el programa de cuidados paliativos (PCP) es itinerante. La atención carece de un espacio fijo, a pesar de que se justificó su incorporación una década atrás. Las responsables tienen claridad sobre su tarea. La Mtra. Luz comenta sobre los inicios:

[...] Entonces, la doctora [Sonia] me invita. Yo estaba en la Coordinación (de enfermería) y me pide que trabaje con ella. Trabajábamos dos enfermeras, la actual directora de enfermeras y yo. Teníamos una reunión de trabajo semanal en la cual empezamos a crear el programa entre todas, el programa de cuidados paliativos. Ahí empezamos a hacer todo el fundamento y la justificación para el mismo. En este trabajo la doctora nos invita a tener reuniones para ir conformando la NOM-011 y teníamos reuniones con abogados, médicos de pediatría, médicos de cardiología, de nutrición y de nuestra institución, pero ya nos incluían a las enfermeras también.

El asunto del espacio es fundamental para la atención: aspecto que, reconoce, lejos de recibir el beneficio de la asignación por parte de la institución fue también parte de su agenda de trabajo centrada en la gestión. La Mtra. Luz comentó:

[...] Luchamos por tener un espacio, ahí la doctora y yo. Le decía: “Doctora, se va a desocupar una oficina...”, y la oficina donde se va a desocupar es donde damos consultoría. Teníamos para el 2011 la oficina del cubículo 214, en el segundo piso, y ahí era el consultorio de enfermería, pero como ya iban a bajarnos al Centro Educativo de Enfermería Especializada, le digo: “Hay que pedir esa oficina”. Y, bueno, ya habla 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.

Ambas responsables han tenido que adaptar su actividad a la falta de espacio. Han pasado dos años y la condición de itinerancia se mantiene. De alguna forma, al interior de la institución se sabe que hay “un servicio” de cuidados paliativos porque tanto la Dra. Sonia como la Mtra. Luz cuentan con un espacio físico. En el caso de la doctora, es una oficina ubicada en un espacio que comparte con otros médicos y doctores dedicados a la investigación. La maestra Luz tiene asignado un espacio en la oficina de investigación de enfermería, el área es muy reducida, pero contar con un escritorio marca una diferencia. Eso le permite tener una referencia ante los demás servicios. No obstante, está consciente de los faltantes. Al respecto, comenta:

Nosotros seguimos como programa porque lo que es una unidad de cuidados paliativos como es en el INCa (Instituto Nacional de Cancerología), no [...]. No tenemos como tal una unidad que diga “la enfermera de cuidados paliativos es la que lo aplica...”, no. Entonces, lo que yo he hecho como estrategia, de acuerdo con lo que te dice la OMS, es ver las necesidades de los pacientes. ¿Qué es lo que hago? La OMS ha establecido programas claros, donde te dice que tú debes de llevar un seguimiento y vigilancia de la sintomatología de tus pacientes. Por tanto, cuando soy asignada a cuidados paliativos, he visto que esto se debe aplicar así. Le dije a la doctora: “tenemos que llevar una revisión de nuestros casos, cómo van, cómo evolucionan, si empeoran, si mejoran, si mueren”. Entonces, así lo hacemos [...], y ya empezamos a tener una imagen para cuidados paliativos y eso se me hace muy bueno también.

A lo largo de una década, las responsables del PCP han asumido como parte de su trabajo “abrir los espacios para la atención”, una labor centrada en la acreditación de su trabajo, pese a tener bases muy claras, como las que la Mtra. Luz mencionó. Llama la atención que incluso está dispuesta a continuar con esa labor dijo:

[...]. Creo que hemos logrado, gotita a gotita... espacios, y estos espacios nos ha brindado la confianza para que nos pidan las intervenciones y han

visto también la ayuda que le brindamos a los familiares al contenerlos y no dejarlos en una crisis emocional en la cual ya involucramos a psicólogos, pedimos ayuda con el neuropsiquiatra y a través de la disciplina tratar de contenerlo [...].

Las condiciones que deben ser proporcionadas por la institución se suman al trabajo, como una actividad dirigida para ganar espacios. Lo cual obliga a las responsables a “idear” sus actividades. En un principio, ambas seguían la misma rutina, pero como demanda esfuerzo físico, poco a poco, la Mtra. Luz se fue quedando sola. Su rutina es la siguiente: La Mtra. Luz, como todo trabajador de la institución, registra su entrada minutos antes de las siete de la mañana. Recorre, con paso acelerado, el camino para llegar a su oficina. Desde el acceso de trabajadores hasta el edificio de investigación, donde se ubica su oficina. Es pendiente cuesta arriba y sí demanda esfuerzo físico. Nosotros hacíamos el mismo recorrido y al llegar a su oficina, nuestra respiración era agitada, con una ligera sudoración. Una vez ahí, apenas toma unos minutos para revisar los pendientes en su computadora, en especial le interesa revisar la actualización de ingresos y egresos hospitalarios para saber si los pacientes que tienen datos de alta en el PCP siguen hospitalizados o ya fueron dados de alta. Un dato relevante es que los pacientes pueden estar bajo tratamiento paliativo, pero si el médico tratante indica el alta, se hace efectiva, no consulta a las responsables del programa para coordinar la continuidad de la atención en casa. Así que él se concreta a emitir el alta porque se privilegia el criterio del motivo de atención principal, o sea, la afectación orgánica. Es un dato importante para el PCP, pues una de sus responsabilidades es dar seguimiento a “sus pacientes”. Al mismo tiempo, verifica la recepción de nuevas interconsultas por medio del correo electrónico institucional. La Mtra. Luz se concentra en los pacientes hospitalizados, al corroborar su ubicación en el censo, se dirige al servicio para presentarse, ya sean de primera vez o para dar seguimiento. Llega al primer piso siguiendo una serie de pasillos

que le sirven como atajos, pasando por áreas administrativas para recortar distancia. Cuando llega se dirige a la sala que alberga seis camas para personas atendidas por enfermedades crónicas, todos tienen algún tipo de enfermedad neurodegenerativa, pero solo solicitaron una interconsulta. Se dirige a la paciente y revisa su kárdex para ver la medicación y valorar el dolor. La Sra. Laura padece de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), su estadio está muy avanzado, la parálisis de su cuerpo es prácticamente total, apenas puede balbucear unas palabras con un tono de voz débil, pero está consciente.

La Mtra. Luz se presenta como si fuera el primer encuentro, con voz pausada dice:

Señora Laura, soy la maestra Luz, 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] [revisa la solución, los fármacos que tiene anotados y le dice] Ok, ya revisé y sí tiene su analgésico, pero voy a pedirle a mi compañera que le adelante su otra dosis.

En la interacción que tiene con la Sra. Laura, la Mtra. Luz sabe que tiene limitaciones en el habla, pero conserva la expresividad a través de la mirada, razón por la cual ella permanece atenta a las gesticulaciones. La maestra cuenta con una serie de recursos para facilitar la comunicación con los pacientes. Si tienen fuerza, todavía les pide que aprieten su mano o dedo como respuesta positiva al dolor, que parpadeen una o dos veces, que emitan algún sonido, asentir con la cabeza. Cuando el paciente está inconsciente, se centra en el fármaco, las combinaciones, las dosis, los horarios y vías de administración. Ya que tiene la información suficiente, continúa con su intervención. La organización de los servicios no le permite aplicar alguna dosis, eso es parte de las responsabilidades de cuidado de las enfermeras de piso. Entonces, se dirige hacia ellas con mucha amabilidad:

Chicas, buenos días, ¿cómo están?, ¿ya listas para iniciar? [saluda a cada una de beso. La respuesta no es efusiva, hay cierto desgano o indiferencia]. ¡Qué bien! Oigan, quiero pedirles un favor, acabo de pasar con la Sra. Laura de la cama cinco de crónicos, y me refiere que tiene mucho dolor. La siguiente dosis la tiene a las nueve [am], les encargo si se la adelantan, por favor [no hay una respuesta clara y ninguna de las enfermeras toma nota]. Bueno, pues, las dejo para que continúen.

La Mtra. Luz sale del piso. En su recorrido, comenta que necesita pasar al área de consultoría de enfermería, ya que la Sra. Laura tiene una lesión por postración. Es una de las complicaciones de las enfermedades neurodegenerativas. Los pacientes pierden por completo su autonomía, conforme avanza la enfermedad se vuelven más dependientes. El cambio de posición es necesario para evitar que la presión, la circulación deficiente, además de la pérdida de tono muscular propicien muerte tisular, necrosis focalizada, y cuando se llega a este punto, además del dolor, existe el riesgo potencial para las infecciones. Estas lesiones son muy comunes en el CIFANEP; por ello, se cuenta con el área de enfermería especializada en su manejo. La Mtra. Luz busca al responsable del área y se dirige a él:

Hola, Daniel, cómo estás [la saluda con un movimiento de cabeza]. Te comento... tengo una pacientita en el primer piso, es la señora Laura de la cama cinco. La revisé y tiene una lesión que sí necesita atención, ¿te la puedo encargar para hacerle su curación? [La respuesta no es verbal, de nuevo un ligero movimiento de cabeza]. Bueno, pues, te dejo que hay que continuar.

El recorrido es muy rápido, pero cubre las actividades principales del PCP. Camino a su oficina, me avisa que va a atender algunas tareas administrativas que tiene atrasadas. La acompaño porque le solicito una información que debe verificar en el sistema. Cuando llegamos, está un enfermero revisando unos documentos sobre una mesa ubicada al centro de aquella apretada oficina y de la oficina del fondo. Sale la jefa del área y con tono alterado hace algunos señalamientos sobre el mal funcionamiento

del equipo de impresión. Quería saber quién había sido. La Mtra. Luz no tiene respuesta. Su jefa inmediata aprovecha para recordarle los pendientes que debe entregar. Salgo de la oficina y me dirijo a la otra área para encontrarme con la Dra. Sonia y poder acompañar su rutina con ella, pero la exigencia de la jefa de investigación de enfermería me llamó la atención porque la Mtra. Luz, al ser responsable del PCP, tendría autonomía y directamente debería reportar sus actividades a la jefatura de enfermería y, por su estrecha relación en la atención de los pacientes, a la dirección médica. Me hizo recordar y relacionar el recorrido de un par de semanas atrás, cuando cambió su ruta habitual y se dirigió a las oficinas de la jefatura de enfermería y con su amabilidad característica saludó a la secretaria y le solicitó pasar con la jefa de enfermería, pero estaba ocupada y no sabía si iba a tardar. La Mtra. Luz no insistió. Solo le pidió que le informara qué había sucedido, y que le dijera que ella la buscaba más tarde. Al salir, había comentado que era mejor hacer presencia para mantener informada de sus actividades, pues así se evitaba problemas. Entonces, ahora era claro que la maestra no tiene la autonomía que necesita para guiar el trabajo en la atención paliativa, sino que el PCP es una de las actividades que se suman a otras tareas en su rol de enfermera y debe reportar a la jefatura de enfermería, a la de investigación y hacer otro reporte sobre la atención paliativa, junto con la Dra. Sonia.

Encuentro a la doctora en la oficina de investigación sociomédica, ya lista para salir al área de consulta externa. Lleva consigo su agenda y pide a las estudiantes de medicina que la acompañen. Son estudiantes de pregrado que rotan por el “servicio de cuidados paliativos”. En lo que caminamos, me comenta que a muchos estudiantes no les gustan los cuidados paliativos, que es muy raro que roten por el servicio. Llegamos al área, en un pizarrón de corcho verifica el consultorio que le fue asignado. Ella, igual que la Mtra. Luz, es responsable del PCP, pero desde la jefatura médica le asignan horas de consulta externa. Ella es geriatra, pero en el CIFANEP el eje de atención es neurológico, así que debe ajustarse a la

Neurogeriatría, lo cual resulta muy interesante porque el campo existe al interior de un grupo de especialistas interesados y bajo los criterios de una academia se genera algún tipo de aval o certificación, pero no hay estructura que lo sustente dentro de la institución. Por supuesto, no es algo que limite el ejercicio de la doctora, porque –en el proceso de envejecimiento– la especialidad abarca las afectaciones neurológicas a las cuales da respuesta desde su competencia. Al preguntarle si ella escoge el horario, me dice que no, a todos los médicos les son asignadas horas de consulta externa y los pacientes que ve son referidos de consulta externa, es decir, pasaron por los diversos filtros y se encontró que cubren el perfil para recibir atención en la institución. Entramos al consultorio por la parte de atrás, la disposición de los accesos me hizo pensar en una puesta teatral, como trabajaría Goffman (2006), pues está el área de acceso al público, el área de espera –donde se concentran pacientes y familiares, el público expectante a que se abran las puertas e inicie el espectáculo–. Ellos saben que algo está pasando puertas adentro y la imposibilidad de ver mantiene un ambiente de misterio, mientras, tras bambalinas, los especialistas afinan los preparativos antes de abrir las puertas. Unos corren, entran y salen, llevan papeles en las manos, fólderes, otros laptops, se cruzan los caminos, pláticas informales, así como encuentros que son aprovechados para hacer una consulta rápida, pedir una opinión en un ambiente de camaradería, de un primer actor a otro primer actor, cambia cuando uno menos experimentado, el médico residente, si hace una pregunta, no recibe una respuesta sino otra pregunta que le genera nerviosismo. Por lo general, los médicos adscritos siempre cuentan con asistencia para preparar el área. No es lo mismo para todos. De la disposición de recursos depende de su posición. Hay quienes quieren ser considerados para participar en la consulta, movidos por el interés de aprender bajo la tutela de aquel que tiene esa larga cauda de prestigio histriónico. En consecuencia, él tampoco está dispuesto a hacer labores corrientes como arreglar el escritorio, abrir la

puerta y llamar al paciente o tomar signos vitales. Son tareas que delega o, bien, gustosas son asumidas por los actores más jóvenes.

Las puertas se abren y el escenario cobra vida. Los roles están bien definidos. Los pacientes —con su necesidad a flor de piel, llevada delante del detentor del conocimiento, con esa aura casi mística para conceder la sanidad, la ansiada vuelta a ese estado previo, donde la vida cotidiana corría sin alteración—. Sin embargo, el guion parece no encajar, porque inicia una descarga de preguntas. Si bien la Dra. Rocío inicia con un saludo amable y una entrada: “¿Cómo está?” o “¿Cómo sigue?”, no da espacio a la expresión de los pacientes, porque enseguida lo acompaña de preguntas técnicas sobre síntomas de acuerdo con los datos del expediente. Su primera paciente es una mujer de 55 años. Ella luce ensimismada. Trae consigo una bolsa de fibra plástica, tradicionalmente conocida como “bolsa de mandado”. En ella trae su carnet, las recetas anteriores, se sienta en la silla, pero no se amolda a la ergonomía del objeto; más bien, adopta una postura como “derrumbada”: una parte en la silla y otra sobre el escritorio. Da la impresión que carga con demasiado peso como para no requerir apoyarse de algo. Su mirada se pierde en algún punto, atiende a lo que dice la Dra. Rocío, quien hace varias peticiones a la estudiante que la asiste: ingresar al expediente, verificar las indicaciones médicas anteriores, los fármacos y dosis. En la misma secuencia de acciones, la doctora va dictando la narrativa clínica. Describe a la paciente y va haciendo algunas preguntas sobre su estado de ánimo, cómo está durmiendo, si sufre de olvidos. Las respuestas de Ana apenas son audibles, monotonales, pero lo suficientemente claras para expresar su ánimo deprimido, la tristeza que arrastra, la falta de ánimo. La Dra. Rocío le dice:

—Yo la veo que va mejorando. El medicamento sí le ha ayudado, ya la veo más despierta; la primera vez, no, no, no, era otra...

Ana está presente y ausente a la vez, sería muy fácil dudar si está escuchando. Su actitud es por completo pasiva, pero cuando responde se

puede corroborar que sigue efectivamente está escuchando, pero disiente de lo que dice la doctora:

—Es que no sé, doctora, yo me siento igual...

La respuesta desconcierta a la Dra. Rocío. Revisa los fármacos que le ha indicado, las dosis, y le pregunta si los ha tomado. Ana busca entre las cosas, en su bolsa de mandado, y saca las cajas de los medicamentos... y de estas... los empaques con varios espacios vacíos, como evidencia del consumo. En ese momento, hace una pausa de sus tareas de registro y se dirige a ella, hace una breve semblanza sobre su condición en las primeras consultas, cuando no hablaba, no reaccionaba a los estímulos, la acompañaba un familiar. Ana no dice nada, solo escucha, pareciera que no tiene fuerza para responder algo. La mejor oferta de la doctora es ajustar uno de los medicamentos, subir un poco la dosis para buscar aliviar el malestar que expresó Ana. No hubo tiempo para conciliar las versiones. La hoja de programación que sustituye a la pila de expedientes les indica que la consulta debe continuar. Al final, la medida pragmática es la que gana: la mejoría de Ana depende de la acción del fármaco. Maquinalmente, vuelve a meter todo a su bolsa. Solo espera que la doctora le entregue su carnet con la nueva cita, que será dentro de tres meses. Así cae el telón de la consulta. No hay más preguntas sobre “el caso”. La única es: “¿Quién sigue?”. Porque el tiempo apremia, pues los consultorios solo tienen un tiempo asignado, bien deben quedar libres para cerrar el área o para que otra especialidad lo ocupe. Además, también están otras actividades que no pueden aplazarse. Lo que llama la atención es que de la consulta de la doctora no se derivan pacientes para el PCP, aunque algunos de los pacientes que atiende ese día cubren el perfil al padecer de enfermedad de Alzheimer (EA). El paciente, un hombre de más de ochenta años, entra flanqueado por su esposa y su nieta. Su lenguaje es por completo limitado: no puede responder a las preguntas que le hace la doctora para evaluar su cognición y memoria. En la “sencilla” tarea, recibe apoyo de sus familiares. No hay duda que el contacto que mantiene con la realidad está mediado por su

familia. La doctora pregunta si le pueden apoyar con un cuestionario que es parte de una investigación relacionada con la salud de los cuidadores primarios; la esposa acepta de buena gana, pero la doctora no encuentra el formato y el tiempo avanza. Finalmente, no logra encontrarlo, todavía tiene que revisar a su paciente y desiste de aplicar el cuestionario. Encuentra que la condición del Sr. Carlos ha avanzado, pero no les propone ingresarlos al PCP. Todo el manejo que ha tenido el paciente ha sido por medio de la consulta externa.

El CIFANEP, durante una década de funcionamiento, ha atendido a poco más de 500 pacientes, mientras que los ingresos casi llegaron a los 12 mil. Los números son importantes porque reflejan la productividad, pero es difícil saber si la productividad es baja o aceptable, sobre todo porque se está tomando una misma medida: los ingresos, pero la complejidad en el manejo varía, porque la atención no solo es para los pacientes, también para los familiares. De hecho, es una de las actividades fundamentales en la atención paliativa. Llama la atención el esfuerzo que realizan en el Centro al desarrollar actividades con apego a las directrices internacionales, pero no se integran para medir la productividad, porque ambas actividades son rasgos esenciales de la atención institucional. Parte del esfuerzo importante del PCP se enfoca precisamente en el trabajo con los familiares, sea que el paciente esté hospitalizado o subsecuente por consulta externa, la presencia y participación de los familiares, sobre todo el cuidador principal. Por esa razón, organizan un curso-taller en el cual congregan a diferentes especialistas para tratar diversos temas, la nutrición, la movilidad del paciente, la terapia física, cuidado de la sonda. Para su desarrollo no cuentan con apoyo de parte del CIFANEP, la Dra. Rocío y la Mtra. Luz son las responsables de organizarlo, buscar los ponentes, internos y externos, gestionar los espacios, aula o auditorio, y hacer la difusión-invitación a los familiares. Se apoyan de las enfermeras de piso, a quienes les toca atender a los pacientes atendidos por el servicio. Aunque

no se limita a ellos, el curso en realidad se abre para todos aquellos que tienen un familiar con enfermedad neurodegenerativa.

Interacciones disciplinares

La atención paliativa es imposible que suceda de manera solitaria, siempre depende de las interacciones, y en sentido estricto, no dependería solo de la labor del PCP. Las distintas disciplinas deberían tener claridad sobre los criterios para orientar la atención del paciente a los cuidados paliativos. Sin embargo, esa interacción es gestionada en buena medida por las responsables del programa. Es decir, han tenido que idear ciertas estrategias que, si bien se generan al interior, son precisamente para entrar en contacto con otras disciplinas en los distintos servicios clínicos y hacer “presencia”.

En un principio la Dra. Sonia y la Mtra. Luz coincidieron en que podían aprovechar el pase de visita médica –práctica centenaria, porque se desplaza por todos los servicios clínicos que son atendidos por neurocirujanos y neurólogos–. Estas dos disciplinas tendrían un peso fundamental para canalizar a los pacientes al PCP. La etnografía nos permitió hacer el recorrido y entender su importancia. La Mtra. Luz llamaba al recorrido “el jumanji”. Lo primero que debemos clarificar es que el pase de visita médica es una actividad fundamental dentro de la institución, es parte de la actividad de educación-formación de los futuros especialistas y se inserta dentro del proceso de atención. Entonces, es una práctica *in situ* e *in vivo*, dos condiciones obligatorias para formar especialistas de alto nivel. Volviendo a la puesta en escena, previo a su desarrollo, hay mucho trabajo antecedente. Los médicos residentes se han preparado para presentar cada caso. Hablamos de los pacientes con diversas patologías y encuentran diferentes alternativas de atención. Hablamos de pacientes posquirúrgicos, prequirúrgicos, crónicos y de cuidados intensivos. En cada uno,

la Neurocirugía y Neurología está practicando intervenciones quirúrgicas y farmacológicas principalmente, es el foco de su actividad. Por supuesto, también tienen a disposición la rehabilitación y lo paliativo. Razón por la cual es importante descifrar el sistema de relaciones bajo el cual sucede la atención paliativa, que si bien no es prioritaria para las especialidades médicas dominantes, entra en tensión con las necesidades concretas de pacientes y familiares, ya que para aquellos que se encuentran en condición de no recuperabilidad o de supervivencia limitada, como marcan las guías de práctica clínica (CENETEC, 2017 y 2010), es su derecho, y de facto, el último recurso que institucionalmente se les pueda ofrecer.

Lo primero que podemos decir es que el pase de visita se caracteriza en el CIFANEP por su alto grado⁴² de precisión, antes de presentarse ante el médico adscrito, hablamos de un neurocirujano con vasta experiencia, años de práctica quirúrgica, tratamiento de enfermedades neurológicas, intensa capacitación nacional y extranjera y actividad profusa en educación e investigación. Las competencias que se valoran son la memoria y el razonamiento que estaría garantizando un adecuado desempeño, pues sin ambos es imposible que ocurra el juicio clínico, esto de acuerdo con lo establecido en el Programa Único de Especialidades Médicas de la UNAM (PUEM). Ahí hay una beta de investigación. En esta descripción nos centramos en aquellas acciones que pasan inadvertidas, pero son esenciales para que se lleve a cabo. Nosotros seguimos la ruta de la Mtra. Luz, pues traza la rutina de cuando ella realiza el seguimiento de los pacientes hospitalizados, ya que este recorrido demanda mayor esfuerzo físico. El punto de partida es el servicio de recuperación que alberga a los pacientes posquirúrgicos.⁴³ La maestra nos anticipa que ahí debemos llegar

⁴² Debería ser suficiente decir precisión porque implica un esfuerzo importante y es lo más próximo a la exactitud, criterio imposible para cualquier actividad humana. Sin embargo, al adjetivarlo “alto grado” hace la descripción más cercana a la realidad por el nivel de exigencia que demanda la actividad. No es que no se pueda hacer de otra manera, sino forma parte de la tradición formativa del CIFANEP.

⁴³ Se trata de los pacientes que fueron sometidos a algún tipo de procedimiento

temprano porque el área se satura; una vez que se llena, ya no hay forma de ingresar. Además, la condición obligatoria para ingresar es portar una bata quirúrgica. Afuera del servicio están colocadas tanto las desechables como las reutilizables, pero huelga decir que se agotan; sabiendo esto, ella tiene una estrategia que nos comparte, hace una escala a la ropería y pide una bata para ella y nosotros. Como nos interesaba entender esa actividad “pase de visita”, en algunas ocasiones también decidimos quedarnos con los rezagados. Por ahora nos interesa el recorrido cercano a la actividad. Lo primero que resalta es la centralidad de la figura médica: la del adscrito. Llegamos a la entrada del servicio de recuperación, agitados porque todo hay que hacerlo de prisa. La ropería se encuentra un nivel abajo y hay que recorrer varios pasillos y subir escaleras. Para nuestra sorpresa, los estudiantes de posgrado y pregrado se encontraban apiñonados en la entrada. Al ver que nos íbamos a dirigir hacia la entrada, rebasando a todos, la maestra nos dio la indicación de esperar y recorreremos a la retaguardia, al cabo que ya teníamos el paso asegurado porque –a diferencia de muchos de los que esperaban– ya portábamos la bata quirúrgica. Llamó nuestra atención un joven residente vistiendo uniforme quirúrgico que está recargado a la entrada del servicio... tiene una bata quirúrgica desechable empacada. Hay pláticas discretas, pasan algunos minutos sin acción. De pronto las miradas se dirigen en dirección hacia donde nosotros nos encontrábamos, el residente se da prisa a abrir el paquete, vemos pasar a un hombre de edad madura que extiende el brazo para entregar un portafolios a uno de los presentes sin detenerse ni mediar palabra. Continúa su paso y extiende los brazos. El residente le coloca la bata, y en cuestión de segundos ya la tiene en uso. Entendemos que es el médico adscrito. Apenas se detiene unos instantes para que le amarren la bata, le abren las puertas. Todo parece una coreografía, no hay tropiezos ni atropellos. El paso del adscrito es como el de un cometa y todos los demás nos move-

invasivo que demanda alta pericia técnica, pero nos apegamos a la “jerga” que se emplea en las dinámicas del hospital.

mos como su cauda. Al interior se planta frente al primer paciente, mejor dicho, cama. Le entregan los registros, indicaciones y resumen. Permanece inmóvil, fija la mirada en lo escrito, pero su atención está guiada por el oído, escucha el discurso técnico científico que con velocidad y claridad considerable articula el residente, pues es el responsable designado, porque es una actividad que se rola. Estamos más de 20 personas concentradas ahí, pero la luz principal enfoca a esos dos actores, el residente no puede detenerse, no hay tiempo para hacer pausas ni los titubeos.

De pronto, súbitamente la voz del adscrito se alza, detiene en seco la otra y hace una precisión en forma de pregunta, le da unos segundos para responder. Al no obtener respuesta, gira sobre uno de sus ejes para inclinarse y quedar a escasos centímetros del rostro del residente, con la mirada clavada en él y con los dientes apretados, dice contundente: “No sabes nada”. Acto seguido, deja la tabla en su lugar y se dirige a la siguiente cama. El silencio de todos los presentes es sepulcral. No hubo oportunidad de réplica. El residente no quita la mirada del adscrito y al ver que dejó los documentos, se mueve de su lugar. El adscrito no necesita hablar, ni voltea para ver si hay alguien detrás de él, sabiendo de la cercanía porque el interés general es escuchar para aprender. Las enfermeras del servicio no siempre se acercan, varía conforme a la guardia, pero ajustan su participación a la dinámica central, es decir, se mantienen en la periferia. Todos nos movemos al ritmo que marca el adscrito, nadie interviene, ninguno es convocado al diálogo. Es difícil captar lo que hablan, surge la pregunta ¿cómo se puede aprender bajo esa dinámica? ¿Qué didáctico hay en esta dinámica? El número de pacientes varía y el tiempo que se le dedica a la presentación del “caso” depende de la complejidad.

No obstante, se exige un esfuerzo de síntesis. No hay tiempo para divagar. Los datos precisos son los que dan evidencia del conocimiento y manejo que se tiene, no del enfermo, sino de su patología. La reflexión personal se ve interrumpida por la maestra. Nos indica que salgamos, la finalidad es no quedar atrás, porque hay que desplazarse al cuarto piso. Si

no nos adelantamos, no alcanzamos cupo en el elevador, que como regla no hablada es ocupado por el adscrito y un reducido séquito. Puede ser otro adscrito que se une al pase de visita o el residente que le toca presentar. Si el elevador se llena con los adscritos, los residentes tienen que subir a galope por las escaleras. Ahí cobró sentido la referencia dada por la maestra. Hacer el recorrido por las escaleras demanda esfuerzo físico, más de uno de los estudiantes de pregrados tuvo que hacerse a un lado para recuperar el aliento. No se puede subir con paso tranquilo porque el pase de visita inicia cuando el adscrito esté al pie de la cama del paciente. Muchas veces fue imposible escuchar, o al menos presenciar esa dinámica. No cambia, mantiene el formato. Cuando había uno o dos pacientes, solo llegábamos al cuarto piso para tener que bajar de nuevo, pues la visita había concluido.

Para el PCP esta actividad era una fuente de posibles ingresos. En el tiempo que hicimos el recorrido solo una vez se hizo mención del cuidado paliativo. Solo eso, una mención y de inmediato saltaron al siguiente paciente. La Mtra. Luz comentó que al principio realizaba ese recorrido junto con la doctora, pero ahora ya no. En cada servicio que pasamos, las otras disciplinas se mantienen al margen. En la Unidad de Cuidados Intensivos el ambiente se tornó más tenso. El personal de enfermería mostraba su irritación por la invasión del espacio y ante la mínima obstrucción expresan de alguna forma su molestia. La maestra siempre procuraba permanecer lo más cerca de la acción, muy pendiente, muy atenta a los reportes, pues era información clave que compartía con la doctora y, una vez que identificaba a los pacientes que cubrían el perfil para ser atendidos en el PCP, compartía la información con la Dra. Sonia, quien accedía al expediente electrónico y, ya con la información, preparaban los argumentos para presentar a los médicos tratantes y sugerir o proponer la atención paliativa.

La interacción continúa con otra actividad: la sesión médica. Después del recorrido relámpago, el numeroso contingente crece en número. Nos

concentramos en el primer piso, pero en el área destinada a la educación continua. Viene el tiempo para discutir “los casos” más relevantes, los de mayor complejidad. La educación es el eje que justifica esta actividad, a la sala principal solo entran los médicos adscritos, los residentes y abren un espacio para la jefa de paliativos. En una ocasión, uno de nosotros se abrió un espacio en la sala principal. No fue fácil, pero cedieron frente al argumento de estar realizando una investigación y fue por única ocasión. El ambiente es solemne. No aceptan cambios o desviaciones que altere lo establecido. Los convidados principales ocupan un lugar en la mesa. El turno para dirigir la sesión se alterna entre los adscritos y los médicos residentes que presentan los casos. Hablan con detalle y rigor científico sobre el paciente, propiamente la patología, manejan niveles de abstracción muy elevados. Todos los presentes valoran y respetan el conocimiento especializado.

En esa dinámica, los médicos adscritos realizan preguntas sobre la enfermedad, complicaciones, tratamiento, pronóstico, alternativas. Una vez más aparece la periferia: todos los convocados fuera de la centralidad deben buscarse un lugar en las aulas que cuentan con circuito cerrado de video para hacer transmisión simultánea. El cual no siempre funciona de forma adecuada, se pierde el audio, a veces el vídeo y el propósito vuelve a perderse. Hay tramos de información que se pierden. Muchos estudiantes de pregrado se ocupan de otras actividades. La Mtra. Luz permanece muy atenta, con sus hojas del censo, haciendo anotaciones. Al mismo tiempo, la Dra. Rocío está participando, a la expectativa de las indicaciones para integrar a algún paciente al PCP, o bien, del espacio para sugerir la atención. Ella, como especialista, identifica cuándo “el caso” reúne todos los criterios clínicos que justifican su canalización a la atención paliativa. No así para sus otros colegas. En consecuencia, impelidos por su razonamiento lo omiten y mantienen el manejo de sostenimiento.

Es ahí cuando aparece su voz y la sugerencia: “Doctor, ¿ese paciente no es ya para paliativos?”. El especialista hace una breve pausa y puede

expresar su acuerdo. Con la misma fugacidad con la que aparece el asunto, se extingue. No se discute más. En otras ocasiones, cuando en la sesión los neurocirujanos y neurólogos coinciden en que han agotado los recursos terapéuticos y la condición del paciente continúa deteriorándose, dicen: “Este va para paliativos” o “Ya es de paliativos”. No preguntan nada a la Dra. Sonia sobre cómo será el manejo. A su juicio, ya no es de su competencia. Lo que les toca es delegar y no se involucran en el manejo. La titular del programa encuentra con frecuencia al hacer seguimiento de los pacientes que reciben atención paliativa que no se les brinda la mejor opción farmacológica para el manejo del dolor, cuando se trata de un aspecto toral para el PCP que mantiene estrecha relación con el bienestar de los pacientes. Entonces, no puede dejarlo así y, a más de una década de existencia, no acaba por convencer la intervención paliativa. Ella tiene que idear una estrategia para dar celeridad al cambio en el manejo farmacológico y opta por trabajar con los residentes; para ello, es importante propiciar cercanía con ellos. Los busca, les sugiere, les propone para que ellos hagan los cambios en las indicaciones médicas, debido a que en el expediente electrónico aparece la limitante técnico-administrativa; “el médico tratante” no es ella. Los cambios que, a su juicio serían pertinentes en el manejo farmacológico, podrían generar contradicción con el del médico tratante. Lo raro no sería en sí las contradicciones en los criterios médicos, eso incluso calificaría como sano, dos especialistas dialogando sobre el mejor tratamiento, por ende, el mejor manejo del paciente, pero eso está lejos de suceder, lo que sí pasa es el distanciamiento entre los especialistas que limita el diálogo entre ellos.

El cuidado paliativo en el ámbito familiar

La progresión de la enfermedad neurodegenerativa coloca al paciente en un completo estado de dependencia que conviene diferenciar porque es

imperceptible para la Biomedicina, que se ocupa de los aspectos biológicos de la enfermedad. Para ello diseñan sus algoritmos diagnósticos y, con base en los hallazgos y la evidencia, trazan el tratamiento. Si nos centramos en los cuidados del paciente, es un tema velado para los especialistas. En parte se debe a los roles asignados, pues no es de su competencia el abordaje de la problemática sociocultural. Sus algoritmos están diseñados para resolver problemas biológicos. Cuando el especialista asienta el diagnóstico, no se ocupa de los otros aspectos de la enfermedad. Uno de los casos que seguimos resulta revelador, porque la atención de la enfermedad no inicia con lo institucional, sino en casa, con los cuidados familiares. Mary es esposa de Carlos, el paciente diagnosticado con EA, no tuvo oportunidad de cursar estudios de nivel superior. Eso no limitó su capacidad de reflexión, plantearse preguntas y buscar respuestas en un tema tan complejo como la demencia por Alzheimer. El detonador para ella fueron los cambios en su comportamiento. Expresó:

[...] Cuando se retiró pensé que [él diría] “ahora sí voy a descansar, voy a tener mi tiempo”, Él siempre había pensado que viajáramos cuando se retirara, pero cuando él ya tuvo su espacio, era levantarse, desayunar, dormirse, ver televisión, dormir, dormir, nada más se levantaba y se fue [se refiere a la alteración en su dinámica de vida, en ese momento no había diagnóstico], pues el estrés yo creo, no sé; de que, ya no tenía ninguna actividad. No fue el principio de la enfermedad, dos o tres años antes yo ya había notado que se le olvidaban las cosas, el último año que trabajó [...].

En la narrativa de Mary, no aparece la mirada de sus hijos o de otros familiares. Fue su cercanía la que resultó clave para detectar esos cambios. No hablamos de indiferencia por parte de los otros, sino la estrechez de la relación. Podemos sostener que ella lo conocía en esos aspectos íntimos, imperceptibles para los demás. Tampoco estamos en posición de asegurar que se trata de una regla. En este caso, la relación social y afectiva funcio-

nó como baremo en la toma de decisiones. Ella no detuvo su pesquisa. Comentó en torno a su indagatoria personal:

Bueno, por ejemplo [se refiere a la aparición de los primeros síntomas], en su pensión, la más chiquita, la de comunicaciones, era su dinero, nadie, nadie la tocaba. Entonces muchas veces, no le puedo decir diez, cinco, [el señor Juan buscaba el dinero].

—Mmm... no la encuentro [le decía a Rosy].

Y bajaba chamarras, camisas, pantalones. Lo llegué a encontrar [el dinero] en una chamarra, o en un pantalón en una bolsa, [y al dárselo ella, le decía]

—Mira.

—Sí, pero yo tenía más [le respondía].

Exactamente la cantidad no me decía, y sí... en realidad ahí estaba su dinero... yo le decía aquí está, entonces ya más tranquilo me decía guárdamelo. No le voy a decir que era cada semana [refiriéndose al olvido], usted sabe que es por mes una pensión de ese tipo [hablaba de la forma de pago mensual]. Y pues siempre fue muy cuidadoso con su herramienta, con su dinero, con su ropa, fue muy especial... y esa fue una de las cosas más importantes que olvidaba.

El asunto es relevante porque, como trabajador del sector privado y al servicio del Estado, Carlos gozaba de seguridad social. Sin embargo, “la buena salud” de la que gozaba no le hacía hacer uso de esta, ni siquiera en un sentido preventivo conforme fue avanzando su edad. Por otro lado, también influyen elementos socioculturales, como el género, como hombre... no se quejaba, era reservado y los malestares que llegaba a experimentar no le parecían motivo suficiente para no ir a trabajar. Ante todo, estaba el criterio de cumplir con sus responsabilidades. Mary comentó:

Bueno, se llegó a enfermar de gripa, pero se iba con gripa al trabajo. Tenía calentura y se iba con calentura al trabajo. Una vez tuvo una fractura en el trabajo. Le decían que se fuera al médico, pero él no quiso porque dijo que si iba al doctor le iban a dar incapacidad y él no quería faltar al trabajo. Siempre lo premiaron en su empresa por puntualidad, porque no faltaba; sí pedía

permiso, por decir un permiso [Rosy explica cómo su esposo pedía permiso, le decía a su jefe inmediato], me das tres horas y te las pago. Pero no faltaba.

La repetición de los olvidos, las alteraciones en las rutinas, le daban certeza a Mary de que algo estaba pasando con su esposo. Al reconocer que esto la rebasaba y consciente de la negativa que le daría su esposo para acudir al seguro, fuera IMSS o ISSSTE, buscó otra alternativa:

Cuando empezó así, tengo una amistad que es cardiólogo, internista y vecino, y le dije: “Sabe qué, doctor, que yo lo veo, así”. Y me dijo: “Mire, compre este medicamento [...] le ayuda y tiene hierro, y tiene...”. No sé cuántas cosas. Lo estuvo tomando y luego se dio la oportunidad, o no sé Dios, su suegra estaba enferma de Alzheimer. Él vio [a] uno de sus compañeros [que] la empezó a atender. Entonces me dijo: “¿Por qué no va para que lo vean?”. Les comenté a mis hijos y me dijeron: “Sí, mamá, vamos a llevarlo [...]”. Le mandó tomografía... los estudios que les piden [...]. Le empezó a mandar la memantina, pero era otro nombre, otra pastilla.

El elevado compromiso de Mary para brindar los cuidados a su esposo no parten de la aflicción presente, ni del conocimiento especializado. Ella le da sentido a partir de la historia de vida compartida, arraigada en los valores desde los cuales guiaron su relación. Ella estaba consciente de los cambios que sufría su esposo, pero mantenía viva una imagen más completa de él. Comentó:

Bueno, mi esposo, toda su vida, bueno, desde que nos casamos, él tenía 22 años. Yo iba a cumplir 18. Él trabajaba en la mecánica con su hermano, después entró a trabajar en una empresa de la cual se salió hace cinco años, a los 77, y aparte fue una persona que tenía dos trabajos, dos empleos, tuvimos seis hijos, de los cuales cinco tienen carrera y, pues, era un obrero, un trabajador, y fue un hombre muy honesto, muy honrado, muy trabajador, dedicado a su familia. Los días que él descansaba era el domingo [sic], por lo regular. En un trabajo, trabajaba sábado y en el otro no. Entonces, fue un hombre muy trabajador toda su vida.

El hombre de trabajo, reservado, el sólido proveedor, la figura de autoridad, ahora estaba expuesto ante la mirada de todos, empezando por sus hijos e hijas. Ella expresó: “ahora es como un niño”. Mary como esposa puede entenderlo, mas no está segura que los demás lo hagan. Con dolor expresaba que cuando trató el deterioro de la salud de su esposo con sus hijos, una de ellas aseveró que su papá estaba fingiendo, que “se hacía” porque no tenía nada. El tiempo pasó, el deterioro continuó haciéndose más evidente al grado de llevar a su padre a un estado de completa dependencia, pero Mary no escuchó a su hija retractarse o disculparse por lo que había dicho.

Un tema ya bien conocido es la sobrecarga que sufren los cuidadores principales. Es uno de los aspectos que debe ser atendido por los cuidados paliativos. Las exigencias van más allá de los retos, los desafíos provocados por la enfermedad. En la intimidad de las familias, padecen tensiones, conflictos, que llegan a generar enemistades, fracturas que aumentan dolor, sufrimiento, angustia en el cuidador principal. Aunque Mary trataba de cuidar su narrativa y orientarla hacia lo que consideraba positivo, comentó:

En todas partes hay problemas, porque, pues, la verdad no, no todos los caracteres de los hijos son iguales, y pues chocan opiniones, chocan ideas... y como les digo... yo no tengo amigas... toda mi vida me enseñé [hace una pausa, llora, no puede continuar su narrativa y retoma]... ¡ay!, hermana, me pasa esto [frase con la que resalta su soledad]... y como él nunca estaba, decía... yo era mamá y papá [llora, le toma tiempo reconfortarse a pesar de que le digo que no se apure, que se dé tiempo para llorar]... llegaba a las 11 de la noche y se iba a las siete de la mañana [expresa muchas ideas que no son sueltas, sino que abren temas en los que no profundiza]... yo, normal, como todas las mamás, yo enfrentaba sola todos los problemas de los hijos... [vuelve al tema de su esposo], como proveedor fue excelente, pero su tiempo no le permitió compartir muchas cosas con nosotros [el llanto vuelve de forma espontánea].

La cuidadora principal es la mujer histórica que aprendió y entendió que su función es cuidar, aún incluso a costa de su propia salud, física y men-

tal. El día de la entrevista, Mary comentó que tenía cita médica porque padece de diabetes y hacía varios días que sus niveles de glucosa estaban alterados, ese día tenía más de 350mg/dl. Su cita era por la tarde, pero antes ya había acompañado a su esposo a realizar algunas diligencias personales. Es como si la gravedad en torno a su salud no demandara mayor atención. En cuanto a lo emocional, Mary experimentaba las tensiones entre sus hijos e hijas por la falta de acuerdo, la participación de unos y la abstinencia de otros. Para Mary, la enfermedad de su esposo se había traducido en años de trabajo, exigencias, demandas por parte de él y de sus propios hijos. Encontraba apoyo y refugio en su nieta Karla, quien le asistía a cualquier hora con mucha disposición. Al preguntarles específicamente si conocían el PCP o si no los habían canalizado, Karla su nieta respondió:

Yo soy enfermera, sé más o menos los cuidados [...] siempre tratamos que esté sonriendo [...] la que sufre es ella [...] este último año hemos visto muchos cambios físicos en él... pero cuando tiene un momento de lucidez y verlo poder platicar con ella [...] esos son los momentos que valen la pena para ella y para nosotros. [...] y lo vemos bien y está bien atendido [...]; afortunadamente, su economía no es mala y, la verdad, sí creemos que estamos en el mejor hospital.

Para Karla no hay aspecto que haya quedado fuera de la atención que han recibido. Sobre todo, porque meses antes de que Carlos muriera, en el CIFANEP les habían propuesto integrarlo a un protocolo de investigación. Estaban dispuestas a hacerlo porque consideraban que de esa forma podían contribuir con algo al estudio de la EA, conscientes de que ese beneficio no sería para él.

Discusión

El marco institucional de la salud se inscribe en la normatividad, se articula en un discurso oficial, por ende, legítimo, o sea, justificado en el

marco legal. Foucault (1996) dice que en el discurso pronunciado o escrito converge amplia gama de elementos. Distingue los ideológicos, los estructurales y relacionales. Y se producen no desde la capacidad de abstracción, sino con determinados posicionamientos e intereses. Destaca también que la producción tiene un contexto. Es así como el sujeto que elabora el discurso y lo dirige queda sujeto a su propio discurso. Así es como la enunciación de la atención como prioridad del Estado está sostenida en la necesidad social y responde institucionalmente con protocolos, documentos técnico-científicos; manuales de organización, documentos administrativos que articulan el contexto clínico con las disposiciones del aparato jurídico-legal, base que asegura su actuación. Al respecto, Castoriadis (2013) afirmó que las instituciones se crean por azar, pero se mantienen por la administración racional de la necesidad. Para lograrlo, precisa de dos características indispensables: organización y funcionamiento. Elementos que proponen una forma de relación entre lo institucional y lo social. A esa forma de funcionar la denominó “autonomización institucional”, que opera allende la necesidad concreta del paciente o familiar.

La formalidad de la atención paliativa está sólidamente establecida y comparte con las otras prácticas institucionales la alta regulación, pero no tiene garantizadas las condiciones, físicas, materiales, para su correcto funcionamiento en el contexto clínico. A pesar de la enorme importancia que el mismo marco normativo destaca. Encontramos una primera tensión porque el Estado, rector de la salud, reconoce que es la única alternativa terapéutica, pero no está en condiciones de garantizar su concreción al interior de los nosocomios. El *Atlas de cuidados paliativos* (OPS, 2013) aporta varias razones que “heredan” los establecimientos públicos: por ejemplo, las deficiencias provenientes del ámbito educativo por la falta de formación de personal especializado predomina; otra se inserta en el laboral: el sistema no puede asignar nuevos recursos con el perfil específico y ambos se potencian por las deficiencias en la infraestructura, la asignación de espacios físicos para su operación. A simple vista se trata de aspectos

administrativos, pero, siguiendo a Goffman (2006), forman parte de la organización e influyen en las relaciones. No perdamos de vista que *lo normativo* abarca tanto a trabajadores como a pacientes, y los encuentros que sostienen se dan en una franja que hemos identificado como atención.

Un aspecto que queda claro es que la atención paliativa no es opcional en el Sistema de Salud. Es obligación del Estado proporcionarla y, con base en su marco administrativo, sostiene contar con las condiciones para hacerlo. Sin embargo, no todos los establecimientos públicos cuentan con las condiciones para brindarla y aquellos que sí las tienen o les resulta más fácil gestionarlas, no siempre lo logran. Encuentran una serie de dificultades allende los recursos materiales o la capacidad de gestión; por ejemplo, a la fecha prevalece un serio problema al interior de las instituciones: el de la territorialidad disciplinar. En el discurso se habla de “ciencias de la salud”, de multidisciplinariedad, incluso interdisciplinariedad, pero en el contexto clínico hay disciplinas que dominan las dinámicas de la atención. Tal condición las coloca a distancia del supuesto *integral* que incluye servicios como atención paliativa o rehabilitación.

La atención especializada también genera criterios para acotar el rol de pacientes y familiares. Exclusivamente atienden casos especiales “pacientes neurológicos”, altamente complejos. Contar con una institución de tales características es un indicador del desarrollo de la sociedad (Ricoeur, 2012) y desvela sus prioridades y los recursos que posee para lograrlo. Son procesos dinámicos porque los problemas y las afectaciones a la salud son, prácticamente, inconmensurables; por ende, no todos se atienden, es imposible para cualquiera de los sistemas de salud existentes. La forma de resolverlo fue el enfoque de riesgo (OMS, 2007), el cual no depende únicamente de criterios biomédicos, se ajusta a la estructura y organización de la sociedad actual. De acuerdo con Fernández Ruíz (2016), está definida por la administración de alto nivel y tiene al derecho administrativo como bastión. Merhy, Macruz Feuerwerker y Burg Ceccim (2006) ya habían señalado que es distintivo del Estado depender del conocimiento

especializado para el diseño de sus políticas. Los planteamientos conceden enormes ventajas individuales y colectivas en la sociedad, pero el plano discursivo difunde esa peculiaridad: todas las decisiones y acciones en materia de salud tienen respaldo legal y científico.

Así, la institución queda representada como un todo organizado, alineada a las directrices locales y globales. También asegura la adherencia de los sujetos, pues, sin importar la jerarquía que tengan dentro de la “organización”, comparten las metas y se comprometen con los objetivos institucionales, pero la etnografía nos permitió observar las tensiones que ni son casuales ni meras desviaciones como se entienden en los modelos de calidad. El siguiente esquema nos permite sintetizar las dinámicas registradas durante el trabajo de campo. Las tensiones no son excluyentes de la colaboración ni de las expresiones de solidaridad, tampoco todo el tiempo permanecen en un antagonismo permanente.

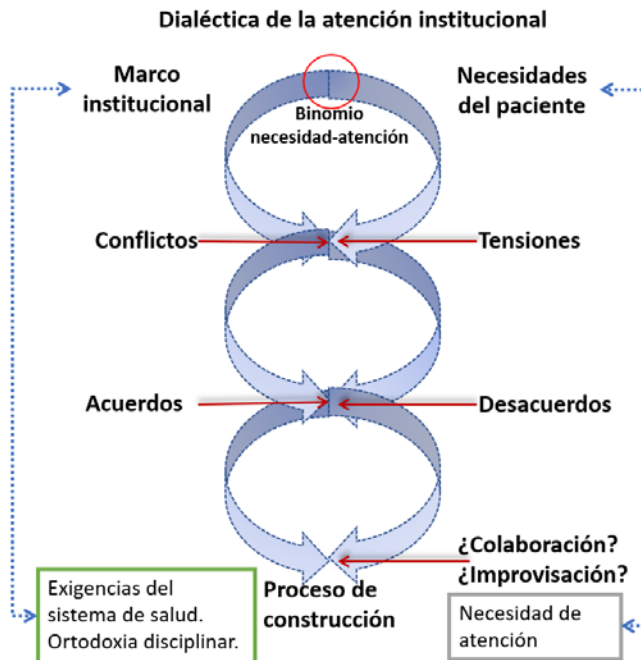


Figura 1. Etnografía del contexto clínico en la Atención Paliativa. Elaboración propia.

Las tensiones, los conflictos tienen explicación en la propia estructura de la institución. Douglas (1996) señala que uno de los errores más comunes al aproximarse a las instituciones es suponer que las personas concentradas ahí comparten los mismos valores, asumiendo que tienen identidad; en consecuencia, su actuar será congruente. La antropóloga sostiene que es posible “estar ahí” sin tener nada en común. Ahora bien, no significa que el sujeto no trabaje o se niegue a hacerlo. Tampoco significa que tenga opción de seguir su propia línea, simplemente se mantiene en los márgenes del cumplimiento. Poco se involucra con la parafernalia discursiva que plantea grandes retos y compromisos. Al mismo tiempo, tampoco puede mantenerse ajeno a la problemática, pues el CIFANEP, como hospital de tercer nivel, no puede prescindir de la atención paliativa, precisamente por el tipo de patologías que caen dentro de su campo de especialidad. Además, las enfermedades neurodegenerativas presentan la dificultad del límite terapéutico y en nuestro *tiempo moderno* es inaceptable científica, política, humana y socialmente carecer de algún recurso para ofrecer al individuo.

La condición vigente del PCP dota de ciertas particularidades la atención paliativa antes de considerar el beneficio, sobresale el estatus que tiene al interior del CIFANEP, el rasgo más evidente es su posición periférica. Condición que contradice el modelo establecido por la Secretaría de Salud, las asimetrías disciplinares limitan el diálogo, la colaboración y coloca las interacciones en dinámicas de poder. Das y Poole (2004) exponen cómo, desde los posicionamientos jerárquicos, se construyen las relaciones. No es la anulación del otro; más bien, se trata de una subordinación: la asimetría provocada por otorgar centralidad a unos, aunque requieran de la colaboración de otros para cumplir su función, los margina. Si lo pensamos en términos operativos, el especialista en Neurocirugía y en Neurología necesitan, como parte de su práctica, las aportaciones de otros especialistas para brindar el mayor beneficio a pacientes y familiares.

Todos los involucrados en el proceso de atención se ven afectados. La propuesta goffmaniana permite distinguir los sentidos que los actores le dan a su actuación. Hablamos que, dentro del marco de referencia, los especialistas actúan como tal, lo cual deberían permitir acuerdos, consensos que, si bien ocurren, no son eje de las actividades, sino resultado de una inagotable negociación. Entonces, la especialización en la atención se torna en nódulo de tensiones, sustentando las contradicciones al no favorecer la cercanía en términos de la praxis y dar lugar a los distanciamientos por los niveles de especialización. Bourdieu (2002) escribió que las relaciones entre profesionales suceden en dinámicas de competencia y conflicto entre grupos. Destaca el punto de que los distanciamientos generados en los espacios académico-formativos permean los espacios laborales dentro del marco institucional. Por eso, no es extraño que las titulares del PCP consideren como un *logro* el diálogo con las especialidades de Neurocirugía y Neurología, dado que entre estas sí sostienen encuentros desde el conocimiento especializado y el posicionamiento institucional. No hablamos de encuentros tersos, tampoco estridentes todo el tiempo, sino lo propio de un ámbito científico-académico, pero resulta extraño por qué la atención paliativa, sostenida en una especialidad médica, no goza del mismo estatus. Las responsables tienen que generar esos espacios. No es ningún secreto que la Mtra. Luz enfrenta serias limitantes estructurales para brindar la atención, pero el camino no es más allanado para su colega. No tener la especialidad de Neurocirugía o Neurología ubica a la Dra. Sonia en la periferia de la relación profesional.

La observación de las actividades del programa nos permitió registrar estas distancias que eran evidentes en las rutinas diádicas trabajo-educación/formación. Como señalamos, el pase de visita médica es la actividad que enlaza los turnos, institucionalmente cumple con una característica de los servicios de salud: la prestación ininterrumpida. En ese enlace hay dos entregas: la de guardia y la de servicio. El pase de visita médico versa sobre “la evolución” de los pacientes. Enfermería puede participar o no;

en parte, porque depende de las condiciones que exija el médico adscrito, pero, se dé una forma u otra, permanece en la periferia. El médico especialista no se opone si participa, tampoco establece un diálogo con las profesionales de Enfermería. Es posible que en algún momento requiera que aclare o precise algún asunto con las indicaciones médicas o un procedimiento, y hasta ahí. Lo que jamás sucede es que los médicos especialistas participen en la entrega de servicio. Ellos no se ocupan de nada de eso, aunque su trabajo, el buen funcionamiento del servicio y el bienestar del paciente, depende en gran parte de esa actividad.

En la actividad diádica trabajo-educación/formación hay una delgada línea que es bien conocida, pero poco atendida, pues las rutinas de trabajo que son responsabilidad de los médicos adscritos son delegadas a los médicos en formación. Siguiendo a Bourdieu (2002), los médicos especialistas —quienes dentro de la estructura burocrática-administrativa ostentan el nombramiento de adscritos— fungen como los “capacitados”, *por ende*, su posición en el espacio social reposa principalmente en la posesión del conocimiento, mismo que les conduce a pensar que tienen mayor autoridad que los demás y, sin siquiera tener contacto previo, ya hay un posicionamiento que apunta hacia el umbral de los antagonismos. Por otra parte, los antagonismos y las tensiones se anidan en las relaciones que se establecen bajo la lógica relacional docto-lego.

Las tensiones también están presentes en enfermería, pero los conflictos no están dados por los grados académicos principalmente; la antigüedad y la experiencia en el servicio cobran peso. Hacemos notar que los trabajadores de Medicina y Enfermería se ubican en la categoría profesional; no obstante, en Enfermería la formación es más variable: hay enfermeras con posgrado, especialidad, licenciatura, generales o técnicas y, en menor grado, auxiliares. Sin duda el desarrollo de la disciplina es legítimo, mas entra en contradicción con el sistema de salud porque no está diseñado para ello. De modo que, una enfermera especialista puede estar realizando las mismas funciones de enfermera general o una licenciada.

Situación que no sucede en medicina. Ante la ausencia de neurocirujano, el anestesiólogo no está obligado a realizar una intervención quirúrgica o hacer una valoración. Viceversa, el neurocirujano no se atrevería a realizar las funciones del anestesiólogo, ni siquiera anteponiendo el bienestar del paciente porque la atención institucional es una actividad altamente regulada.

Las interrelaciones entre profesionales tienen un aspecto formal y otro práctico o no formal, que es validado al interior de las instituciones para responder a las políticas de salud. Es bien conocido el hecho de la deficiencia de personal de salud, tanto de médicos especialistas como de enfermeras, pero la brecha se hace mayor en la atención paliativa. Además, no solo se requieren médicos, sino de todo un equipo con formación en el campo: enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, psicólogos.

Dentro de la estructura burocrático-administrativa, no hay cambios ni movimiento para generar esos puestos. Lo que se hace es mantener el código, pero cambiar las funciones. Entonces, un médico de alguna especialidad que demuestre formación relacionada con la atención paliativa puede desempeñar las funciones. En este caso, la misma lógica aplica para los trabajadores de otras disciplinas. En esa lógica relacional de distanciamientos, son atraídos los pacientes y sus familiares. Al conocer y entender las prácticas en torno al cuidado, quedó claro que para el biomédico no es válido. Las bases para descalificarlo es su subjetividad, sin importar que para los sujetos se trate de indicadores de primera mano y prácticas de protección.

Pensemos las expresiones “me siento bien” o “me siento mal”, como refirió Mary en su narrativa. Tales expresiones condensan información que registra mediante sus sentidos y le va guiando hacia la toma de decisiones. En este punto, conviene atender a las aportaciones de Zemelman (2005), quien dice que entender al sujeto es un desafío porque posee un conjunto de facultades. En términos llanos, nadie se las otorga, el sujeto las posee. Destaca la arista histórica de su argumentación, porque coloca

al sujeto en diversos momentos que le han desafiado en algún grado. Para mantener su continuidad vital, ha tenido que recurrir a sus facultades. Entonces, hablamos de un sujeto biológico, que también es histórico, social, cognoscente, político. No se trata de hacer una glosa de atributos, sino sencillamente reconocer *al otro* bajo una articulación histórico-biográfica, que es común a todo ser humano. Hablamos del médico especialista y la esposa-cuidadora. Entonces, se trata del reconocimiento *del otro*, no para conceder algo, es un principio de horizontalidad relacional.

Conclusiones

El trabajo etnográfico en el contexto clínico nos permitió caracterizar el sistema de relaciones que sostienen al PCP. Su funcionamiento ni logra autonomía para brindar atención ni la multidisciplinariedad bajo la cual se presenta en el discurso de la política de salud y se repite en el institucional. Está justificado dentro de la autonomización institucional expuesta por Castoriadis (2013). Difícilmente podría decirse que un paciente cuyo pronóstico es “no recuperable”, no recibe atención paliativa. La respuesta no está en el proceso de atención con la concreción, sino en la estructura y organización del CIFANEP. Es un conclave porque desde “lo institucional” ya están cubiertas las necesidades del “paciente paliativo”, pues está asentado en manuales de procedimientos, otorgaron nombramientos, asignaron trabajadores y espacios, *suigeneris*. Sin embargo, las acciones específicas que, de acuerdo con lo institucional, responden a las necesidades de los pacientes, hombres y mujeres, que padecen enfermedades neurodegenerativas, es difusa. En parte porque la concreción de la atención no ocurre dentro del enfoque especializado; en este caso, lo paliativo. La razón es que, en buena medida, la atención paliativa comparte acciones que son de la competencia de otras disciplinas como Enfermería, Nutrición o Trabajo Social. Un paciente hospitalizado con enfermedad neurodegenerativa

rativa requiere de un tipo de alimentación especial, el servicio de nutrición atiende el requerimiento y emite las indicaciones. El mismo paciente puede ser referido al PCP, y cuando las responsables diseñan su intervención, en el expediente ya consta que está siendo atendido por nutrición. Entonces, “lo paliativo” que demanda un trabajo multidisciplinario comienza a cubrirse. Otro aspecto es que la intervención de nutrición no cambia cuando el paciente es reportado dentro del censo del PCP, no se ajusta. Nutrición trabaja con base en los requerimientos específicos derivados de la patología y del tratamiento farmacológico. Algo similar sucede con Enfermería. Como disciplina, tiene como objetivo el cuidado, que es muy compatible con la labor de la atención paliativa, de modo que tampoco hay cambios significativos cuando las responsables del PCP hacen alguna precisión.

Esa forma de atención es sumativa, ya que cada disciplina realiza algunas acciones acordes con su objeto de estudio, teorías y metodologías. No obstante, invariablemente se reporta como multidisciplinaria e integral. No es exagerado señalar su incongruencia porque el CIFANEP, en su obligación de ofrecer la atención paliativa, carece del equipo multidisciplinario completo. Ni siquiera las responsables del PCP tienen dedicación exclusiva. No obstante, sería impensable que dejara de existir el programa. La razón es que, bajo la política de calidad iniciada en la década de los ochenta, que se fue refinando, la atención paliativa se convirtió antes que nada en un criterio de certificación. Contar con este aseguraba un ingreso económico constante. Por eso se torna inexplicable que el CIFANEP no reestructure la atención paliativa con acciones concretas como asignar trabajadores que cubran el perfil para la función, ya que tiene autonomía para manejar sus recursos y hacer ajustes administrativos en el binomio código-función.

Pero las limitantes no solo radican ahí. Tiene otra raigambre disciplinar: la multidisciplinaria no es factible porque la Biomedicina es la disciplina dominante por sus bases epistemológicas. Ese rigor, muchas veces en-

tendido como objetividad, le concede ventajas metodológicas sobre otras áreas, porque su trabajo se basa en la evidencia, datos probados. Mientras que otras se practican bajo supuestos teóricos. El resultado de esos vacíos es el antagonismo con lo social y lo humano.

El problema tiene varios niveles dentro de la estructura, organización y funcionamiento del CIFANEP: uno es la marginalidad y liminalidad de la actividad de los profesionales de otras disciplinas. Cuando la Biomedicina decide concluir la atención, basada en la evidencia, esos profesionales periféricos ajustan su actividad porque estructuralmente ya no se justifica continuar la atención. De manera que también dan por concluida la atención. Lo cual nos lleva al segundo problema, los pacientes cuya condición es no recuperable y requieren de seguimiento más estrecho, pues institucionalmente la atención paliativa es lo único que se les puede ofrecer. Las responsables del PCP están impedidas a dar seguimiento, y solo hacen adecuaciones a la atención.

La limitante no pasa inadvertida para las responsables del PCP y enfrentan un panorama más adverso, porque, ante la conclusión de la atención institucional, se ven en la necesidad de construir una red de apoyo con los familiares que fungen como cuidadores, pero encuentran que estos, a su vez, también son proveedores para el propio paciente y/o su familia. No obstante, es algo que se manifiesta antes de la alta médica, cuando el familiar es citado a los informes médicos, tanto por el servicio de Trabajo Social –para hacer alguna gestión– como por el PCP para realizar la capacitación. El cuidador no dispone de tanto tiempo, no puede dejar de trabajar... así que se ven obligados a priorizar actividades y ser selectivos en sus visitas al CIFANEP. Por ejemplo, si el médico tratante cita al familiar para darle informes y también tiene una cita en el PCP, le va a demandar tiempo. Su interés es saber el estado de su paciente, si se va a recuperar o no, y cuáles serán las indicaciones. El asunto está claro, colocan en un plano secundario la intervención del programa, pues cuando la voz del especialista les da el panorama de no recuperación, parece que

no hay mucho por hacer. El compromiso generado por las titulares del PCP les impide eximirse de la responsabilidad. Su obligación es brindar los cuidados, con el riesgo de que muchas de sus actividades caigan en un subregistro, afectando su productividad, porque no hay forma de registrar su intervención especializada.

Ninguno de los problemas que enfrentan es sencillo. Tienen distintos grados de complicación relacionados con los aspectos institucionales que norman la atención. El *Atlas de Cuidados Paliativos*, la *Ley de Cuidados Paliativos*, y la *Ley General de Salud* versan sobre la continuidad de la atención y valida la modalidad domiciliaria; pero, al interior de las instituciones de salud, no se cuentan con los recursos humanos y materiales para hacerlo. En los inicios del PCP sí se consideró esa modalidad en el CIFANEP; sin embargo, al paso de los años, se abandonó. Tal decisión no la tomó una sola instancia. Está relacionada con lo administrativo, lo laboral y sindical, pues no se apoyaría la salida del trabajador de su centro de trabajo sin las condiciones que garanticen su seguridad o alteren su horario de trabajo.

La atención institucional plantea paralelismos entre lo normativo y las prácticas no normativas. Frente a las múltiples problemáticas, no todas advertidas por las responsables del PCP, la Dra. Sonia y la Mtra. Luz han ideado formas alternas para mantener la continuidad de la atención paliativa: hacen uso de dispositivos y aplicaciones o lo que ellas llaman “seguimiento vía telefónica”. Optaron por hacerlo así, conscientes de las limitaciones para citar al paciente, cuya condición exige que un familiar lo traiga. Esto revela cómo tácitamente reconocen que es más fácil desarrollar actividades no normativas para cubrir las necesidades concretas de los pacientes, en vez de apoyarse en lo normativo. En ese paralelismo, queda claro que asistir a una consulta de cuidados paliativos no parece ser tan importante. Esa percepción también se nutre por el imaginario del familiar, pues el asunto de fondo ya se resolvió. Es decir, su paciente se encamina hacia un deterioro constante e irremediablemente a su muerte. En su esquema de cuidado no predomina la calidad de vida; no

obstante, cuando parte de las indicaciones médicas tienen que ver con requerimientos muy puntuales sobre la medicación o el manejo de una cánula, venoclisis o sonda, o bien, la nutrición y el cuidado de heridas como complicaciones de la enfermedad neurodegenerativa, es cuando el familiar cuidador busca el apoyo del PCP. Ambas responsables pueden cubrir cualquiera de esos rubros porque tienen el perfil; sin embargo, aunque cumplen con su función, tienen que idear la forma de reportarlo para respaldar su productividad laboral.

REFLEXIONES FINALES

A través de las páginas de este estudio, se ha hecho patente la dinámica de la clínica, entendida en términos de Atkinson, como orden social. Las interacciones del personal de salud y los consultantes que buscan atención médica suceden en dispositivos complejos que no solo están delineados en documentos normativos, como leyes, reglamentos, manuales, guías, expedientes y otros, sino que cobran vida y se actualizan en las tramas narrativas de las variadas historias y experiencias que se intersectan en el contexto clínico. Las interacciones se entrecruzan en episodios situados en el tiempo y en un territorio acotado, esto es, en franjas de actividad donde las narrativas discursivas y performativas dan sentido a la experiencia de la enfermedad en trayectorias de atención. La etnografía clínica realizada en este estudio, participativa e involucrada, muestra esa otra parte de la vida hospitalaria que no responde solo a lo biomédico, ya que penetra en la forma en que los agentes se relacionan, piensan, sienten, razonan, toman decisiones, narran y actúan calculando la reacción de otros.

El centro de salud donde se desarrolló el estudio, aunque está orientado a pocas especialidades médicas, es complejo en su estructura y funcionamiento. En este sentido, la investigación tuvo lugar en distintos espacios clínicos, enfocándose en franjas de actividad diversas: la consulta externa, la residencia de psiquiatría, el área de fisioterapia y el programa de cuidados paliativos. A pesar de la especificidad de cada franja, las herramientas teórico-metodológicas de la investigación se construyeron de manera conjunta y se utilizaron en todas las fases del trabajo de campo y el análisis de la información recabada por todos los subgrupos.

Cabe mencionar, que el andamiaje teórico y metodológico de las narrativas del padecer ha sido trabajado por el equipo de investigación por casi una década. El fundamento analítico e interpretativo de nuestra línea de

investigación se encuentra plasmado en el libro *Aproximaciones teórico-metodológicas a las narrativas del padecer*, publicado en 2019. En este proyecto, se buscó poner a prueba la propuesta conceptual. Por medio de la etnografía clínica, nos incorporamos a los espacios mencionados, observamos, dialogamos e interactuamos con los agentes habituales en cada franja de actividad y comprendimos el sentido de lo dicho, lo implícito y lo contextual en los significados otorgados a la acción. Así, a pesar de que cada capítulo se refiere a un espacio clínico, el libro encuentra su unidad en los supuestos epistemológicos que se ponen a prueba por los autores. Dichos supuestos no fueron planteados exclusivamente para realizar investigación en el centro de salud CIFANEP. Los ejes analíticos que subyacen a las interpretaciones de las situaciones empíricas son herramientas teóricas y metodológicas susceptibles de ser trasladadas a otros contextos, a fin de visibilizar las lógicas interaccionales que caracterizan la atención clínica y marcan la experiencia de los sujetos que en ellas participan.

La reconstrucción de los procesos de atención de los pacientes desde su ingreso en la pre-consulta hasta su trayectoria en la clínica son el objeto de estudio de la autora. Por medio de la observación de las interacciones sociales en diversas franjas de actividad, las entrevistas a actores involucrados en su estudio de caso, la revisión de fuentes de primera mano, se reconstruye la trama narrativa del proceso salud, enfermedad, atención.

Fue evidente que las trayectorias de aflicción de los pacientes y sus familias encuentran sentidos divergentes al de las trayectorias de atención en la clínica del personal de salud, pues las lógicas de interacción responden a objetivos alternos. La transformación que experimenta el enfermo de ser persona a ser paciente es descrito con gran detalle en este primer capítulo del libro. La comprensión de ambas tramas narrativas, en sus articulaciones y tensiones, abona a reconsiderar las modalidades de la relación médico-paciente en el contexto clínico.

El segundo capítulo alude a una franja de actividad que se extiende por la estructura de la atención en la clínica: las residencias médicas. La for-

mación profesional y las actividades académicas en las sedes hospitalarias se intersectan con las labores asistenciales de la institución. A partir de la etnografía relacional que registró interacciones y entrevistas, las autoras reconstruyen la manera en que se genera, circula, se enuncia, se aplica y se reproduce el conocimiento disciplinar y el ejercicio profesional. Las residencias están constreñidas por dispositivos complejos tanto de las instituciones de salud como de las instancias académicas como las universidades, lo que promueve el disciplinamiento de los cuerpos y las mentes de los residentes tanto en el razonamiento médico como en el manejo de las subjetividades, propias y ajenas.

El pronunciado sistema jerárquico de las residencias estructura la lógica de las interacciones y las actividades esperadas de cada agente, en un sistema de relaciones de vigilancia mutua. El desafío está en no cometer errores diagnósticos y terapéuticos, en saber integrar los conocimientos y utilizar las herramientas disponibles para prevenir, curar o controlar la enfermedad. Entre los recursos más importantes están los fármacos, pues la prescripción de medicamentos es un asunto relevante pero no siempre es evidente la definición de la sustancia indicada. Los casos de cada paciente analizados, de manera individual o colectiva, van moldeando la identidad profesional de los médicos en formación, así como su criterio biomédico, sus actitudes, emociones y comportamientos. Además, desde su posición, aprenden los alcances del trato social en las interacciones con el equipo de salud, así como con los pacientes y sus familiares.

La figura del residente es central en el sistema de atención a la salud, pues constituye la fuerza de trabajo que realiza las acciones médicas en la trayectoria de atención a los pacientes. Su posición en el entramado institucional es ambigua, pues, por un lado, se consideran trabajadores temporales y perciben un salario, y, por otros, son estudiantes sujetos a un programa académico avalado por la universidad en la modalidad de posgrado (especialización médica). En estos marcos de referencia formales, suceden las interacciones informales que marcan su experiencia y operan

como tramas narrativas discursivas y performativas que se expresan en sus relatos, en la acción y en sus expectativas.

El tercer capítulo versa sobre el área de fisioterapia. En esta franja de actividad, destacan las historias actuadas, las narrativas performativas entre los rehabilitadores y los enfermos que acuden a sus terapias. Los investigadores que realizaron la etnografía narrativa en este sitio estudiaron el proceso iterativo de la atención y los conflictos emergentes en la dinámica de las interacciones entre el equipo de salud y los pacientes-familiares. Las terapias físicas, ocupacionales y de lenguaje que se imparten en esta área tienen sus propios ritmos y rumbos; y sus objetivos, formas de organización y operación son diversas.

En estos espacios se reproducen jerarquías similares a las de otros sitios clínicos —como hospitalización y urgencias—. Las tareas recaen en los pasantes de servicio social, quienes reclaman la sobre-explotación de su trabajo. Lo que causa conflictos y malestares constantes. Sus cuestionamientos ponen en tensión las interacciones jerárquicas y la idoneidad de las prácticas de acuerdo al curriculum universitario. Se pone en entredicho la intención formativa de las actividades asistenciales al desvirtuar la academia y el aprendizaje de habilidades y destrezas como objetivos primordiales. Estos conflictos, en palabras de Turner, devienen en dramas performativos y narrados, que plantean cuestionamientos existenciales acerca de las tareas realizadas, afectan la comunicación con el paciente, inhiben la reflexión educativa y tensan las relaciones interpersonales entre el personal de salud.

Derivado del estudio socio-antropológico de esta franja de actividad, destaca, hacia el interior, la gestión tensa por la saturación de trabajo, y simultáneamente hacia afuera, en la lógica hospitalaria, la colocación del área de fisioterapia como marginal, pues en el centro se privilegian las terapéuticas medicalizadas basadas en los saberes científicos, técnicos y en el uso de fármacos.

Finalmente, en el capítulo cuatro, los autores recuperan las tramas narrativas del programa de cuidados paliativos. Esta es la historia de una

década de lucha por darle legitimidad a las necesidades reales, complejas e integrales de los pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas y terminales. La labor encomiable de las personas que integran estos servicios está limitada por las decisiones y acciones de los médicos que atienden a los pacientes. Las intervenciones de cuidados paliativos suceden hasta que, desde el punto de vista de la atención médica o de la lógica de la investigación, se considera que ya no hay más que hacer por el paciente. En ese momento se busca la interconsulta con cuidados paliativos para ayudarlo a transitar por lo que le queda de vida.

Esta relación subordinada tiene consecuencias en el espectro de las acciones posibles, pues el potencial de apoyo al paciente se ve restringido, y, en ocasiones, las tareas se reducen a dar indicaciones a los familiares sobre el cuidado del paciente en casa cuando es dado de alta. En este caso, la relación entre lo central y lo marginal también se vuelve patente y las interacciones en la clínica denotan relaciones asimétricas que acotan la labor de programas periféricos como cuidados paliativos. Se hacen visibles entonces la ineficacia de los esquemas que se pretenden interdisciplinarios y que en realidad dependen de las indicaciones médicas. A pesar del reconocimiento nacional e internacional, legal, organizacional y académico de la atención paliativa en el sistema de salud, en la práctica, las disposiciones institucionales estructurales en los hospitales dificultan la incorporación de propuestas que van más allá de lo biomédico, al considerar con desigual importancia lo existencial, lo moral, lo emocional y lo sociocultural.

Como reflexión final, se puede afirmar que la relación entre la experiencia de padecer, los dispositivos hospitalarios y las narrativas recuperadas por medio de la etnografía relacional, modelan la subjetividad de quienes participan en las diversas situaciones e interacciones que suceden en la clínica. Las posiciones diferenciales ocupadas por los agentes potencian y acotan la acción cuyo sentido se encuentra orientado hacia la atención. La articulación y las tensiones que emergen en cada secuencia de acontecimientos y en cada trama narrativa, permiten comprender la dinámica de la

clínica con toda su complejidad. El acercamiento teórico-metodológico de la etnografía y la narrativa, inmerso en las situaciones, visibiliza aspectos que van más allá de lo biomédico y contribuye al entendimiento de las instituciones contemporáneas desde otras perspectivas —como la de las ciencias sociales—.

Sostenemos que la mirada interdisciplinaria permite construir puentes de reflexión común sobre los espacios clínicos. Imaginamos instituciones menos jerárquicas, más horizontales, más flexibles y deliberativas, con acercamientos diversos a los conocimientos científicos desde lo teórico y lo metodológico, con aportaciones y perspectivas múltiples en diálogo y en colaboración articulada, espacios clínicos abiertos a otros lenguajes e ideas que aporten elementos en la práctica. Pensamos en instituciones preocupadas por el bienestar físico y mental de los sujetos que ahí interactúan y de quienes tienen necesidades de atención a la salud; un orden social capaz de transformarse e incorporar innovaciones, con vocación social, educativa y eficiencia laboral. Hace falta una reingeniería organizacional que conserve y se enorgullezca de los frutos de las tradiciones que caracterizan los dispositivos clínicos actuales, pero que al mismo tiempo sea autocrítica y con el potencial de transformarse para enriquecer la experiencia subjetiva de quienes ahí encuentran sentidos y significados que de una u otra manera modelan sus trayectorias biográficas.

Es por eso que consideramos que esta obra está dirigida a todo el público interesado en la dinámica de los contextos clínicos y sus franjas de actividad, personal de salud, académicos, estudiantes de posgrado y pregrado, científicos sociales, estudiosos de la administración y la gestión de sistemas de salud, del ámbito legal y de aquellos interesados en las humanidades como ética, historia, filosofía y otras. Esta propuesta constituye un espacio de encuentro, un marco de referencia para la deliberación y la construcción colectiva del saber desde diferentes perspectivas, que permita repensar la clínica como orden social.

REFERENCIAS

- Adame, A. y Knudson, R. (2007). *Beyond the counter-narrative: Exploring alternative narratives of recovery from the psychiatric survivor movement*. Narrative Inquiry.
- Aguado, J. M. (2004). *Introducción a las teorías de la información y la comunicación*. España: Universidad de Murcia.
- Alarcón, R.; Suarez-Richards, M.; Sarabia, S. (2014). Educación psiquiátrica y componentes culturales en la formación del médico: perspectivas latinoamericanas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 31(3): 557-65.
- Álvarez Díaz, J. (2019). *Neuroética: relaciones entre mente/cerebro y moral/ética*, Universidad Autónoma Metropolitana (Académicos, 140), México.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Álvarez, M. (2013). La neurociencia en las ciencias socio-humanas: una mirada transdisciplinar. *Ciencias Sociales y Educación*, 2 (3): 153-166.
- Apker, J. y Eggly, S. (2004). Communicating professional identity in medical socialization: considering the ideological discourse of morning report. *Qual Health Res*, (3): 411-29.
- Arriagada R., C.; Corte L., J.; y Novoa S., F. (2005). Tratado de Neurología Clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(4): 358-360. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272005000400012>.
- Artino, A. R. (2013). It's Not All in Your Head: Viewing Graduate Medical Education through the Lens of Situated Cognition. *J Grad Med Educ*, 2(5):177-179.
- Atkinson, P. (1997). Narrative turn or blind alley? *Qualitative Health Research*, 7, 325-344.
- Atkinson, P. (2017). Introduction: granular ethnography. En: *Thinking ethnographically*. SAGE Publications Ltd, pp. 1-19.
- Atkinson, P. (1997). *The Clinical Experience*. 2^{da} Ed. Aldershot, Reino Unido: Ashgate.
- Atkinson, P. y Hammersley, M. (1994). Ethnography and participant observation. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, Sage Publications, Inc.: London, 248-261.

- Atkinson, P. y Pugsley, L. (2005). Making sense of ethnography and medical education. *Medical education*, 39: 228-234.
- Attali, J. (1981). *El orden caníbal. Vida y muerte de la medicina*. España: Planeta.
- Avendaño, C. (2002). Neurociencia, neurología, y psiquiatría: Un encuentro inevitable. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 83; 65-89.
- Bajtín, M. (1982a). Autor y personaje en la actividad estética. En *Estética de la creación verbal*. Siglo Veintiuno Editores. México.
- Bajtín, M. (1982b). El problema de los géneros discursivos. En *Estética de la creación verbal*. Siglo Veintiuno Editores. México.
- Bajtín, M. (1986). *Problemas de la poética de Dostoievski*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bartra, R. (2006). *Antropología del cerebro, conciencia, cultura y libre albedrío*, Fondo de Cultura Económica.
- Baszanger, I. (1992). Les Chantiers d'un Interactioniste Américain. En *La trame de la négociation: Sociologie qualitative et interactionnisme*. [La Red de Negociación: Sociología Cualitativa e Interacción]: 11-63.
- Becerra, P. C. *et al.* (1999). Inicio de la enseñanza clínica en el Hospital General de México. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 62 (2): 144-146.
- Becker, H. S.; Gee, B.; Hughes, E. C.; Strauss, A. L. (1961). *Boys in White*. Chicago: University of Chicago Press.
- Belcher, R. (2020). Psychotherapy and the Professional Identity of Psychiatry in the Age of Neuroscience. *Academic Psychiatry*, 44: 227-230.
- Beorlegui, C. (2009). *Antropología filosófica. Nosotros: urdimbre solidaria y responsable*. España: Deusto Publicaciones.
- Berberat, P. O.; Harendza, S.; Kadmon, M. (2013). Entrustable Professional Activities-Visualization of Competencies in Postgraduate Training. Position Paper of the Committee on Postgraduate Training of the German Society for Medical Education (GMA), *GMS Z Med Ausbild*, 30(4): 1-19.
- Berkenkotter, C. (2008). *Patient Tales. Case Histories and the Use of Narratives in Psychiatry*. Columbia, South Carolina: University of South Carolina Press.
- Bermejo, B. J. C. (2007). Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(3), pp. 193-210.
- Berrios, G. (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Berrios, G. (2011). La psiquiatría y sus objetos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2011; 4 (4): 179-182.
- Berthier, M. (2011). Afasias y trastornos del habla. *Medicine*. 10 (74): 5035-5041.
- Bhui, K.; Dein, S.; Pope, C. (2021). Clinical ethnography in severe mental illness: a clinical method to tackle social determinants and structural racism in personalized care. *BJPsych Open*, 12; 7(3): e78.
- Bloor, G. y Dawson, P. (1994). Understanding Professional Culture in Organizational Context. *Organization Studies*, 15(2): 275-295.
- Bonderup-Dohn, N. (2011). On the Epistemological Presuppositions of Reflective Activities. *Educational Theory*, 61(6): 671-708.
- Bourdieu, P. (1990). *El sentido práctico*. España: Taurus.
- Bourdieu, P. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Editorial Grijalbo.
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Montessor.
- Brennan, F. (2007). Palliative Care as an International Human Right. *Journal of Pain and Symptom Management*.
- Brodwin, P. (2011). Futility in the Practice of Community Psychiatry. *Medical Anthropology Quarterly*, 25(2): 189-208.
- Brookfield, S. D. (1988). Understanding and Facilitating Adult Learning. *School Library Media Q*, 16(2): 99-105.
- Brown, G. y Atkins, M. (2002). *Effective teaching in higher education*. Routledge: Londres.
- Bruner, J. (2002). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historias. Derecho, literatura, vida*. Argentina: FCE.
- Burawoy, M. (1998). *The extended case method. Sociological Theory*. University of Berkeley, Vol. 16, Núm. 1.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Calabrese, J. D. (2013). *A Different Medicine: Postcolonial Healing in the Native American Church*. Oxford University Press. En línea.
- Camargo, A. y Rizo, J. (2016). Importancia y panorama actual de la Salud mental frente a la Ética Médica. *Boletín Conamed*: 3-6.

- Cano Valle, F. (2010). *Derecho a la protección a la salud en América Latina*. México: CIESS.
- Cantillon, P.; Grave, W. de; Dornan, T. (2020). Uncovering the ecology of clinical education: A dramaturgical study of informal learning in clinical teams. *Advances in Health Sciences Education*: 1-19.
- Capps, L.; Ochs, E. (1995). *Constructing panic: The discourse of agoraphobia*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Carbonell, J.; Carbonell, M. (2013). *El derecho a la salud: Una propuesta para México*. México: UNAM-IIIJ.
- Castoriadis, C. (1976). *La sociedad burocrática 2. La revolución contra la burocracia*. Barcelona: Tusquets Editor.
- Castoriadis, C. (2008). *El mundo fragmentado*. Argentina: Terramar.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. México: Tusquets Editores.
- Castro, R. (2011). *Sociología de la salud en México. Política y Sociedad*, Vol. 48, Núm. 2: 295-312.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2): 167-197.
- Caudill, W. (1958). *The psychiatric hospital as a small community*. Cambridge: Harvard University Press.
- CENETEC (2010). *Cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica. Evidencias y Recomendaciones*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- CENETEC (2017). *Cuidados Paliativos en Pacientes Adultos. Guía de Práctica Clínica IMSS-440-11*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- Chase, S. (1995). *Taking the narrative Seriously: Consequences for Method and Theory in Interview Studies in Interpreting experience: The Narrative Study of Lives*, 3, Ruthellen H. Josselson, Amia Lieblich (Eds.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Chase, S. (2003). Taking narrative seriously: consequences for method and theory in interview studies. En: N. K. Denzin y Y. S. Lincoln, (Eds.). *Turning Points in Qualitative Research*. Texas: University of Illinois, Urbana-Champaign.
- Chopra, V.; Harrod, M.; Winter, S.; Forman, J.; Quinn, M.; Krein, S.; Fowler, K. E.; Singh, H.; Saint, S. (2018). Focused Ethnography of Diagnosis in Academic Medical Centers. *J Hosp Med*. Oct 1; 13(10): 668-672.
- Clifford, J. (1991). Sobre la autoridad etnográfica. G. Clifford, J. Clifford y C. Raynoso (Coords.). *El surgimiento de la antropología posmoderna*: 17-140.

- Coles, A. (2019). The Discipline of Neurology. En: A. Coles y J. Collicutt, (Eds.), *Neurology and Religion*. Cambridge: Cambridge University Press: 1-5.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. EE.UU.: The Johns Hopkins University Press.
- Corona-Vásquez, T. (2002). Las enfermedades neurológicas. Su dimensión y repercusión social. *Gaceta Médica Mexicana*. 138(6): 533-535.
- Correa Urquiza, M.; Silva, T. J.; Belloc, M. M.; Martínez Hernández, Á. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, [en línea], Núm. 22: 47-69. Disponible en <https://raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/121042> [Consulta: 25-07-2013].
- Cortés, C.; Uribe, C. A.; Vásquez, R. (2005). Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXXIV / Núm. 2: 190-219.
- Cruess, R. L.; Cruess, S. R.; Boudreau, J. D.; Snell, L.; Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. *Acad Med* 90(6): 718-25.
- Csordas, T. (1994). *Embodiment and experience. Introduction: the body as representation and being-in-the-world*. Cambridge University Press. Reino Unido.
- Cuervo, L. (2019). *Crítica histórico-epistemológica y socio-política del concepto de salud mental de la OMS en el año 2013, a partir del análisis de diferentes definiciones contemporáneas de salud*. Colombia: Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario.
- Cumpa-Valencia, M. (2019). Usos y abusos del término “neurociencias”: Una revisión sistemática en revistas indexadas Scielo. *Revista ConCiencia EPG*, 4(1), 30-67.
- Daniel, S. (2009). The developmental roots of narrative expression in therapy: contributions from attachment theory and research. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46, (3): 301-316.
- Das, V. (1997). Language and body: transactions in the construction of pain. En: A. Kleinman *et al.* (Ed.). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press: 67-92.
- Das, V.; Poole, D. (2004). State and Its Margins: Comparative Ethnographies. En

- V. Das, D. Poole, *Anthropology in the margins of the State India*. Oxford University Press: 3-34.
- Deaton, A. (2015). *El Gran Escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. México: FCE.
- DelVecchio Good, M.-Jo; Munakata, T.; Kobayashi, Y.; Mattingly, Ch.; Good, B. J. (1994). Oncology and narrative time. *Social Science & Medicine*, Volumen 38, Issue 6: 855-862.
- DelVecchio Good, M. J; y Good, B. (2000). Clinical narratives and the study of contemporary doctor-patient relationships. In G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick y S. C. Scrimshaw (Eds.), *Social Studies in Health & Medicine*. Londres: Sage Publications: 243-258.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research*. 3^{ra} Ed. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Desmond, M. (2014). Relational ethnography. *Theor Soc* 43: 547-579.
- Dewey, J. (2004). *Experiencia y educación*. Buenos Aires: Losada.
- Díaz-Barriga, F. (2006). *La enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida*. México: McGraw Hill.
- Díaz-Castro, L.; Cabello-Rangel, H.; Medina-Mora, M. E. et al. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública Mex*. 62(1): 72-79.
- Díaz, R. (1997). La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia. *ALTERIDADES*, 7(13): 5-15.
- Doja, A.; Bould, M. D.; Clarkin, C.; Eady, K.; Sutherland, S.; Writer, H. (2016). The hidden and informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study. *Med Teach*, 38: 410-418.
- Dormandy, T. (2003). *Four Creators of Modern Medicine. Moments of truth*. UK: John Wiley & Sons.
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. España: Alianza.
- Dreyfus, S. y Dreyfus, H. (1980). *A five-stage model of the mental activities involved in direct-ed skill acquisition*. California: University Berkeley Operations Research Center.
- Duncan, D. E. (1996). *Residents: The perils and promise of educating young doctors*. New York: Scribner.
- Elices, M. y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología. Conocimiento y Sociedad*, Vol. 1, Núm. 3, junio: 132-152.

- Erickson, F. (2008). Appropriation of voice and presentation of self as a fellow physician: Aspects of a discourse of apprenticeship in medicine. En: S. Sarangi y C. Roberts, *Talk, Work and Institutional Order*, New York: De Gruyter Mouton: 109-144.
- Ericsson, K. A. y Charness, N. (1994). Expert performance: it's structure and acquisition. *Am Psychol*, 49(8): 725-46.
- Farmer, P. (1996). *On Suffering and Structural Violence: A View from Below*. Daedalus, Vol. 125, Núm. 1, Social **Suffering**: 261-283.
- Farmer, P. (2002). Brujería, política y concepciones sobre el SIDA en el Haití rural. En: *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina Moderna*. Norma, Buenos Aires.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud, en *Revista Colombiana de Antropología*, Instituto Colombiano de Antropología e Historia. [En Línea], volumen 40, enero-diciembre: 283-318.
- Ferber, S.; Wilde, S. (2011). *The Body Divided Human Beings and Human 'Material' in Modern Medical History*. Gran Bretaña: Ashgate.
- Fernández Ruíz, J. (2016). *Derecho Administrativo*. México: Secretaría de Gobernación, Secretaría de Cultura, INEHRM, UNAM, IJJ.
- Fernández, Á. (2007). *Problemas Epistemológicos de la Ciencia: Crítica de la Razón Metódica*. EE.UU: El Salvaje Refinado.
- Ferrero, L. (2003). Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico. *Cuadernos de Antropología Social*. 18: 165-183.
- Fetterman, D. (1998). *Ethnography: Step-by-Step*. Sage Publications: California.
- Foucault, M. (1965). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Frank, A. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness, and ethics*, Chicago: University of Chicago Press.
- Frank, A. (2011). *Practicing Dialogical Narrative Analysis*, en *Varieties of Narrative Analysis*, Holstein and Gubrium, Jaber; Chapter 2. SAGE Publications.
- Frazer, J. G. (1981). *La rama dorada. Magia y Religión*. México: FCE.
- Freeman, T.; Millar, R.; Mannion, R. y Davies, H. (2016). Enacting corporate governance of healthcare safety and quality: a dramaturgy of hospital boards in England. *Sociology of health & illness*, 38(2): 233-251.

- Fromm, E. (2009). *Anatomía de la Destructividad Humana*. México: Siglo XXI.
- Fuente, J. de la y Heinze, G. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud Mental*, 37 (6), noviembre-diciembre: 523-530.
- Fuente, R. de la y Campillo, C. (1976). La psiquiatría en México: una perspectiva histórica. *Gaceta Médica de México*, 111(5): 421-436.
- Galindo, J. (2015). Erving Goffman y el orden de la interacción. *Acta Sociológica*, 66: 14-34.
- García-Valdecasas, J.; Campelo, A.; Tobías, C.; Hernández, M. (2009). De la (curiosísima) relación entre la Medicina Basada en la Evidencia y la práctica psiquiátrica en nuestro entorno. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XXIX (104): 405-421.
- Geertz, C. (1973). *Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura*. Gedisa. Barcelona. España.
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.
- Geertz, C. (1994). *Conocimiento Local*, Barcelona, Paidós.
- Ghasarian, C. (2008). *De la etnografía a la antropología reflexiva: Nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Serie Antropología, Ediciones Quinto Sol. Argentina.
- Gluckman, M. (1958). *Analysis of a Social Situation in Modern Zululand*, Manchester, Manchester University Press in Rhodes-Livingstone Institute.
- Gluckman, M. (2009). *Costumbre y conflicto en África*, Lima, Asociación Civil Universidad de Ciencias y Humanidades.
- Goffman, E. (1983). *The Interaction Order: American Sociological Review*, Vol. 48, No. 1: 1-17.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayo sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales*. Argentina: Amorrortu.
- Goffman, E. (2006). *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. Madrid. CIS.
- Goldstein, M. (1994). Decade of the brain. An agenda for the nineties. *West J Med. Sep*, 161(3): 239-41. PMID: 7975560; PMCID: PMC1011403.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia Social: La nueva ciencia para mejorar las relaciones humanas*. Barcelona: Editorial Kairos, S.A.
- Gómez-Dantés, O.; Sesma, S.; Becerril, V.; Knaul, F.; Arreola, H. y Frenk Mora, J. (2011). *Sistema de Salud de México*. Salud Pública de México, 220-232.
- González, E. (2000). De la Psiquiatría a la Salud Mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, XX (74): 249-260.

- González, E. y Comelles, J M. (Comp.) (2000). *Psiquiatría Transcultural Editores*: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- González, J. M. (2019). Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas. En L. Hamui *et al. Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. México: Facultad de Medicina, UNAM y Manual Moderno: 89-134.
- Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra.
- Good, B. J.; Good, M. (1980). The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. En L. Eisenberg y A. Kleinman (Eds.). *The Relevance of Social Science for Medicine*: 165-196.
- Good, B. J.; Good, M. (1981). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic Model for Clinical Practice. En L. Eisenberg y A. Kleinman (Eds.) *The Relevance of Social Science for Medicine. Dordrecht, Reidel*: 19-56.
- Good, B. J.; Good, M. (1986). The cultural context of diagnosis and therapy: A view from medical anthropology. En *Mental Health Research and Practice in Minority Communities: Development of Culturally Sensitive Training Programs*, M. Miranda, H. Kitano (Eds.), Rockville, Md: *Natl. Inst. mental Health*: 1-27.
- Good, B. J. y DelVecchio Good, M.-Jo (1981). The semantics of medical discourse. En *Sciences and Cultures*. Springer: 177-212.
- Good, J. y DelVecchio, M. (2001). Fiction and Historicity in Doctors' Stories: Social and Narrative Dimensions of Learning Medicine. En: Mattingly y Garro, *Narrative and Culture Construction of Illness and Healing*. Published to California Scholarships, en línea.
- Goodwin, C. (2015). Narrative as talk-in-interaction. En: *The Handbook of Narrative Analysis*, en A. de Fina, A. Georgakopoulou (Eds.), Londres, John Wiley & Sons: 195-218.
- Gross, C. P.; Donnelly, G. B.; Reisman, A. B.; Sepkowitz, K. A. (1999). Callahan M. A. Resident Expectations of Morning Report: A Multi-institutional Study. *Arch Intern Med* 159(16): 1910-1914.
- Guber, R. (2013). *La Etnografía: Método, campo y reflexividad*. Editorial: Siglo XXI, Argentina.
- Guevara, M. y Arroyo L. G. (2015). El cambio de turno: un eje central del cuidado de enfermería. *Enfermería Global*, 14(37): 401-418.

- Haas, J. y Shaffir, W. (1982). Taking on the role of doctor: A dramaturgical analysis of professionalization. *Symbolic Interaction*, 5(2): 187-203.
- Hafferty, F. (1991). *Into the Valley: Death and the Socialization of Medical Students*. New Haven; Londres: Yale University Press.
- Hafferty, F. W. (1988). Cadaver stories and the emotional socialization of medical students. *Journal of Health Social Behavior*, 29(4): 344-56.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1983). *Ethnography: Principles in Practice*, Londres: Tavistock.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Hamui Sutton, A. (2014). *La Facultad de Medicina en transición hacia el paradigma de las competencias. Un modelo de evaluación curricular cualitativa*. México: Ediciones Díaz de Santos.
- Hamui Sutton, A.; Vives-Varela, T.; Gutiérrez, S. E.; Castro-Ramírez, S.; Lavalle Montalvo, C.; Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*, 3(10): 74-84.
- Hamui Sutton, L. (2011). Las Narrativas del Padecer: una Ventana a la Realidad Social. *Cuicuilco*: 18-52.
- Hamui Sutton, L. (2019). Contexto y tendencias de la evaluación docente en medicina. En: L. Hamui Sutton; A. Ortiz-Montalvo; F. Gatica-Lara. *Evaluación de las competencias docentes en las ciencias de la salud*. México: Facultad de Medicina UNAM, Manual Moderno: 1-9.
- Hamui Sutton, L.; Fuentes García, R.; Aguirre Hernández, R. y Ramírez de la Roche, O. F. (2013). *Expectativas y Experiencias de los Usuarios del Sistema de Salud en México. Un Estudio de Satisfacción con la Atención Médica*. México: UNAM.
- Hamui Sutton, L.; Paulo Maya, A. y Hernández Torres, I. (2018). *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. México: El Manual Moderno.
- Hamui, L. (2016). ¿Cómo analizar las narrativas del padecer?: Construcción de una propuesta teórico-metodológica. *Revista CONAMED*, 2016; 21 (2): 60-65.
- Hamui, L. (2017). 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.
- Hamui, L. et al. (2019). *Experiencia, intersubjetividad y sentido: las narrativas en las cien-*

- cias sociales y de la salud. Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas.* Manual Moderno. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina.
- Hamui, L. y Ramírez, J. (en prensa). Etnografía Clínica y Narrativas. *Revista Dimensión Antropológica*: 1-25.
- Han, P. K.; Klein, W. M.; Arora, N. K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Med Decis Making*. 2011; 31: 828-838.
- Hansen, H.; Braslow, J.; Rohrbaugh, R. M. (2018). From Cultural to Structural Competency-Training Psychiatry Residents to Act on Social Determinants of Health and Institutional Racism. *JAMA Psychiatry*, 1; 75(2): 117-118.
- Hardcastle, M.; Kennard, D.; Grandison, S.; Fagin, L. (Eds.) (2007). *Experiences of Mental Health In-patient Care: Narratives from Service Users*, Routledge.
- Haro Encinas, J. A. (2000). Cuidados Profanos. Una Dimensión Ambigua en la Atención de la Salud. En E. Perdiguero y J. M. Comelles, *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: 101-162.
- Hautamäki, L. (2018). Uncertainty work and temporality in psychiatry: how clinicians and patients experience and manage risk in practice. *Health, Risk & Society*, 201: 43-62.
- Heinze, G.; Chapa, G. y Carmona-Huerta, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México. *Salud mental*, 39(2): 69-76.
- Hernández Zinzún, G. (2007). *La práctica médica en el Hospital General ¿Científica y ritual?* México. Tesis Doctoral. México: UNAM.
- Hernandez, J. y Maya, B. (2020). Antropología de la locura: De los paradigmas de exclusión e inclusión social al rearme Neokraepeliano. *MANA*, 26(2): 1-30.
- Hersch, P. y González, L. (2011). *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural. A propósito de seis entidades nosológicas de raigambre Nahuatl en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla*. México: INAH.
- Holstein, Jaber F. y Gubrium, James (Eds.) (2012). *Varieties of narrative analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hunter, K. M. (1991). *Doctors' Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Princeton, N. J.: Princeton University Press: 205.
- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez (2018). *Manual de organización específico del departamento de medicina física y rehabilitación*. Disponible en dm_16.pdf (salud.gob.mx).
- Jarvis-Selinger, S.; Pratt, D. D. y Regehr, G. (2012). Competency is not enough:

- integrating identity formation into the medical education discourse. *Acad Med*, 87(9): 1185-90.
- Jiménez, J. L.; Arenas-Osuna, J.; Angeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del IMSS*, 2015; 53(1): 20-8.
- Jones, W. S. (1957). *Hippocrates*, Vol. I. Londres: William Heinemann LTD.
- Juszli, Monika M. A. (2007). Ethics in the clinical encounter. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai, Bioethica*, LII, 2: 19-32.
- Jutel, A. y Lupton, D. (2015). Digitizing diagnosis: a review of mobile applications in the diagnostic process. *Diagnosis*, 2(2), 89-96.
- Kaufman, D. M.; Mann, K. V.; Jennett, P. (2007). *Teaching and learning in medical education: How theory can inform practice*. Londres: Association for the Study of Medical Education.
- Kaufman, S. R. (2015). *Ordinary Medicine. Extraordinary Treatments, Longer Lives, and Where to Draw the Line*. EE.UU.: Duke University Press.
- Kemper, T. D. (1990). Social Relations and Emotions: A Structural Approach. En: T. D. Kemper (Ed.). *Research Agendas in the Sociology of Emotions*. Nueva York, EE.UU.: State University of New York Press: 207-233.
- Kennedy, T. J.; Regehr, G.; Baker, G. R. y Lingard, L. (2009). *Preserving professional credibility: grounded theory study of medical trainees' requests for clinical support*. *BMJ*; 338: b128.
- Kiermayer, L. J. y Minas, H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry*, 45(5): 438-46.
- Kilminster, S.; Jolly, B.; Vleuten, C. P. Van der (2002). A framework for effective training for supervisors. *Med Teach* 24(4): 385-9.
- Kirmayer, L. J. (2005). Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*. Julio-agosto, 38(4): 192-6.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1986). *Social Origins of Distress and Disease*. New Haven and Londres: Yale University Press.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. Nueva York: The Free Press: 237.

- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, Inc., Nueva York.
- Kleinman, A. (1997). Everything that really matters?: social suffering, subjectivity, and the remaking of human experience in a disordering world. *Harvard Theological Review*, 90.n3, julio: 315(21).
- Kleinman, A. (1999). *Moral Experience and Ethical Reflection: Can Ethnography Reconcile Them? A Quandary for "the New Bioethics"*. Daedal.
- Kleinman, A. y Good, B. (1985). *Culture and Depression*. University of California Press: 535.
- Kleinman, A. y Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Cult Med Psychiatry*. Septiembre, 15(3): 275-301.
- Kleinman, A. y Benson, P. (2006). Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It. *PLoS Med* 3(10): e294.
- Kleinman, A.; Eisenberg, L.y Good, B. (2006). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus the journal of lifelong learning in psychiatry*. Invierno, Vol. IV, Núm. 1: 140-149.
- Kosseleck, R. (1993). *Futuro pasado*. Madrid: Paidós Ibérica.
- Kristeva, J. (1997). Batjín, la palabra, el diálogo y la novela. *Intertextualité*. Francia en el origen de un término y el desarrollo de un concepto. La Habana, Cuba: Casa de las Américas, Embajada de Francia en Cuba.
- Kuhn, T. S. (1997). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. México: FCE.
- Kuipers, J. (1989). "Medical Discourse" in Anthropological Context: Views of Language and Power. *Medical Anthropology Quarterly*, 3(2), new series: 99-123.
- Kunh, T. S. (1979). *La Función del Dogma en la Investigación Científica*. Valencia: Revista Teorema.
- Labov, W. y Walentsk J. J. (1997). Narrative Analysis: Oral versions on narrative experience. En: Helm, J., *Essays in the verbal and visual arts*. EE.UU.: University of Washington Press.
- Lalive d'Épinay, C. (1990). Récit de vie, ethos et comportement: pour une exégèse sociologique. En: Remy, J. y Ruquoy, D. (Dir.), *Methodes d'analyses de contenu et sociologie*. Saint-Louise, Bruxelles: Col. Sociologie, Publications des Facultés Univeritaires.
- Larrahondo, B. F. (2016). La carrera del paciente mental: un estudio de tres familias. *Revista de Sociología y Antropología: VIRAJES*, 18 (1): 263-287.

- Lempp, H. y Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*, 329: 770-773.
- Lemus, S. *et al.* (2017). Una mirada crítica sobre la noción: paciente/usuario/cliente desde la antropología en salud. *Revista Conamed*, Vol. 22 Núm. 2.
- León, J. de (2014). ¿Es científica la psiquiatría? Carta al residente de psiquiatría del siglo XXI. *Psiqu Biol*, 21 (1):14-24.
- Levi-Strauss, C. (2002). *Mitológicas. Lo Crudo y lo Cocido*. México: FCE.
- Loeza, S. (2010). Modernización autoritaria a la sombra de la superpotencia, 1944-1968. En: *Nueva Historia General de México*, México: El Colegio de México, 2010: 653-698.
- Lock, M. y Nguyen, V. K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Reino Unido: Wiley Blackwell Publishing.
- Lolas, F. (2008). Salud mental y psiquiatría: Pluralidad y heterogeneidad. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 46 (2): 97-98.
- López Austin, A. (1993). *Textos de Medicina Náhuatl*. México: UNAM-IIIH.
- Loza-Taylor, T. (2019). El andamiaje: la narrativa en movimiento. En L. Hamui *et al.* *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. Manual Moderno. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina: 135-155.
- Luciano, M. y Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (Act). *Fundamentos, características y evidencia Papeles del Psicólogo*, 27(2): 79-91.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture: Illness, disease, and the body in western societies*. CA. Thousand Oaks.
- Luque, R. (2015). Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría. *Revista Latinoamericana de Psicopatología fundamental*. (3): 566-571.
- Luquin, M. R.; Burguera, J. A.; Alonso-Navarro, H.; Jiménez-Jimenez, F. J. (2015). Protocolo diagnóstico y terapéutico de las mioclonías. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(74): 4490-4492.
- Maceiras, M. (2007). *La experiencia como argumento. Clasicismo y posmodernidad*. España: Editorial Síntesis S.A.
- Maines, D. R. y Strauss, A. (1991). *Social Organization and Social Process: Essays in Honor of Anselm Strauss*. Nueva York: 398.
- Mamede, S. y Schmidt, H. (2004). The structure of reflective practice in medicine. *Medl Educ*, 38(12): 1302-1308.
- Mantilla, M. J. y Alonso, J. P. (2012). *Aportes Socio-Antropológicos de las Etnografías*

en Hospitales Psiquiátricos. Revisión de la Bibliografía Anglosajona y Latinoamericana: Culturas Psi.

- Mantilla M. J. y Alonso J. P. (2015). Transmissão de diagnóstico em psiquiatria e atribuição de identidades: perspectivas dos profissionais. *Interface* (Botucatu). 19(52): 21-32.
- Mantilla, M. J. (2008). Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico. *(Con)textos* 2: 93-102.
- Mariano Lorenzo, M.; Martos, J. A. y Cipriano, C. (2013). *Nosotros, los Trastornos Límite de Personalidad. Narrativas y relatos de aflicción*, Círculo Rojo Ed.
- Martínez Hernández, Á. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cadernos de Saúde Pública*. 22 (11): 2269-2280.
- Martínez Hernández, Á. (2010). La etnografía como dialógica: hacia un modelo intercultural en las políticas sanitarias. En *Transitar por espacios comunes. Inmigración, salud y ocio*. Ed. Icaria: 57-85.
- Martínez-Hernández, Á.; Orobítg Canal, G. y Comelles, J. (2000). *Antropología y Psiquiatría. Una genealogía sobre la cultura, el saber y la alteridad en Psiquiatría transcultural*. E. González Fernández y J. M. Comelles (Comps.): 117-246.
- Martínez-Hernández, Á.; Masana, L. y DiGiacomo, S. M. (Eds.) (2013). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria: Una perspectiva antropológica*. Tarragona/Porto Alegre, Publicacions URV/ Editora Rede Unida.
- Martínez-Hernández, Á.; Masana, L. y DiGiacomo, S. M. (Eds.) (2013). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Ángel Publicacions URV Associação Brasileira da Rede Unida.
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica, teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. España: Anthropos.
- Marx, K. (2010). *El Capital I. Crítica de la Economía Política*. México: FCE.
- Mattingly, C. (1994). "The Concept of Therapeutic 'Emplotment'". *Social Science and Medicine*, 38(6): 811-822.
- Mattingly, C. (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots: The Narrative Structure of Experience*. Nueva York: Cambridge Univ. Press.
- Mattingly, C. (2000). Emergent Narratives. En *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. C. Mattingly y L. C. Garro (Eds.).
- Mayer, D. (2010). *Essential Evidence-Based Medicine*. EE.UU.: Cambridge University Press.

- McHugh, P. (1987). William Osler and the New Psychiatry. *Ann Intern Med*, 107(6): 914-8.
- Menéndez, E. (2012). Búsqueda y encuentro: modas, narrativas y algunos olvidos, en *Cuadernos de Antropología Social*, t/v, Núm. 35, Argentina.
- Merhy, E. E.; Macruz Feuerwerker, L. C.; Burg Ceccim, R. (2006). Educación Permanente en Salud: Una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*:147-160.
- Merton, R. K. y Kendall P. L. (Eds.). (1957). *The Student Physician*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Metodología del Proceso de Selección del Examen Nacional de Residencias Médicas*. Disponible en http://cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2017/E41_met_proceso_seleccion_2017.pdf.
- Milos, J. (2003). *Foundations of evidence-based medicine*. EE.UU.: The Parthenon Publishing Group.
- Mishler, E. (1986). *The Analysis of Interview Narratives*. En: R. Theodore (Ed.). *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. Nueva York: Praeger.
- Mishler, E. G. (1984). *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, N. J: Ablex.
- Mitchel, L. A. (2004). *Neuropsychiatry and Behavioural Neurology Explained*. Edinburgo: WB.
- Nazareno, F. (2015). La noción de performatividad en el pensamiento de Judith Butler: queerness, precariedad y sus proyecciones. *Estudios Avanzados*, Universidad de Santiago de Chile, 24: 1-14.
- Nordenfelt, L. (1995). *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*. Sweden: Springer Science+Business Media, B.V.
- Nordenfelt, L. (2000). *Action, ability and health. Essays in the Philosophy of Action and Welfare*. Sweden: Springer Science+Business Media, B.V.
- Olivier de Sardan, J. (2015). *Epistemology, field work and anthropology*. EE.UU.: Palgrave MacMillan.
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud*. Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.
- OMS (2004). *Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la Acción*. Washington D.C.: OPS.
- OPS (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. *Informe de la Comisión de Alto Nivel*. Washington, D.C.: OPS.

- Ortíz de Montellano, B. (2005). Medicina y salud en Mesoamérica. Salud y enfermedad en el México Antiguo. *Arqueología Mexicana*: 32-37.
- Ortiz Quesada, F. (2004). *Principia Médica. La Medicina y el Hombre*. México: ETM.
- Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: INAH, CIESAS, INI.
- Pandolfi, M. (1990). Boundaries inside the Body: Women's Sufferings in Southern Peasant Italy. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 14: 255-273.
- Pastrana, T.; Lima, L. de; Wenk, R.; Eisenchlas, J.; Monti, C.; Rocafort, J. y Centeno, C. (2012). *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica*. ALCP. Houston: IAPC Press.
- Paulo Maya, A. (2019). Las audiencias en las narrativas del padecer. En: *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. México: Manual Moderno, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina: 157-174.
- Payá, V. y Jiménez, M. (2010). *Institución, familia y enfermedad mental. Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico*, Juan Pablos Editor / Facultad de Estudios Superiores Acatlán, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pemunta, Ngambouk Vitalis (2010). Intersubjectivity and Power in Ethnographic Research, *Qualitative Research Journal*, Vol. 10, Núm. 2: 36-45.
- Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández-Juárez (Coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito: Ediciones Abya-Yala: 33-49.
- Perdiguero, E. y Comelles, J. (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Perdomo Rubio, A.; Hernández Zinzún, G. e Izquierdo Mora, D. (2016). Marco Teórico para la Humanización del Proceso de Trabajo en Salud: Una Propuesta de Narrativas desde Jerome Bruner. *Revista Internacional de Psicología y Ciencia Social*: 231-248.
- Peters, G. (1999). *La Política de la Burocracia*. México: FCE.
- Phillips, S. P. y Clarke, M. (2012). More than an education: the hidden curriculum, professional attitudes and career choice. *Med Educ*. 46(9): 887-893.
- Phillips, S. P. y Delgarno, N. (2017). Professionalism, professionalization, expertise and compassion: a qualitative study of medical residents. *BMC Medical Education*: 17-21.
- Pierret, J. (2003). The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. *Sociol Health Illn*; 25: 4-22.

- Popper, K. (1995). *La responsabilidad de vivir. Escritos sobre política, historia y conocimiento*. España: Paidós.
- Posner, G. (2004). *Analyzing the Curriculum*. 3^{ra} Ed. Nueva York: McGraw-Hill.
- Poulos, C. (2009). *Accidental Ethnography. An inquiry into family secrecy*. EE.UU.: Left Coast Print Inc.
- PUEM (2020). *Plan de Estudios de Psiquiatría*. Facultad de Medicina. División de Estudios de Posgrado. UNAM. (<http://www.sidep.fmposgrado.unam.mx:8080/NoBorrar/recursos/programas/psiquiatria.pdf>).
- Ramírez Bermúdez, J.; Aguilar-Venegas, L.; Calero-Moscoco, C.; Ramírez-Abascal, M.; Nente-Chávez, F.; Flores-Reynoso, S.; Dolores-Velasco F. y Ramos-Tisnado, R. (2010). Interfase neurología-psiquiatría en pacientes hospitalizados por patologías del sistema nervioso central. *Gac Méd Méx*, 46 (2):108-111.
- Ramírez, J. (2016). Algunas consideraciones sobre la narrativa como metodología idónea para el estudio del proceso salud/enfermedad/atención. *Revista CONAMED*. México: Año 21, Suplemento 2: 66-70.
- Ramírez, J. (s/f). *Narrativas del signo y síntoma de la salud mental producidos por profesionales, pacientes y familiares*. Enviado a dictaminación.
- Ramírez, J. (13 de febrero 2017). *La narrativa como construcción de la experiencia. Conferencia Magistral. Seminario Permanente Narrativas del Padecer*. UNAM.
- Ramírez, J. (2010). *El estrés como metáfora. Estudio antropológico con un grupo de operadoras telefónicas*. México, INAH-CONACULTA, Colección Científica, pp. 424- 558.
- Ramírez, J. (2019). El estrés laboral desde una perspectiva relacional. Un modelo interpretativo. *Revista colombiana de Antropología*, 55(2): 117-147.
- Ramírez, J. (en prensa a). Etnografía del ritual clínico como espacio fronterizo. *Revista Dimensión Antropológica*: 1-23.
- Ramírez, J. (en prensa b). Una reflexión epistemológica para la construcción del cuerpo sentipensante: la búsqueda del cuerpo perdido. *Revista Corpo Grafías. Estudios críticos de y desde los cuerpos*: 1-17.
- Ramos, A. (1998). El manejo de pacientes crónicos en el hospital psiquiátrico de Jalisco. *Relaciones* 74, Vol. XIX: 171-199.
- Ramos, A. (2011). Las reuniones clínicas de un hospital psiquiátrico: enseñanza y caja de resonancia hospitalaria, *Cnicuilco*, 51: 115-135.
- Rapisarda, F.; Corbière M.; Lesage A. D. *et al.* (2019). Development and valida-

- tion of the mental health professional culture inventory. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 29: e80.
- Raynaud, D. (2018). *¿Qué es la Tecnología? European Union*. LAETOLI.
- Restrepo, O.; Diego, A.; Jaramillo, E. y Juan, C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 30(2): 202-211.
- Ricoeur, P. (1985). *El círculo entre narración y temporalidad en Tiempo y Narración*. Editorial Siglo XXI.
- Ricoeur P. (1996). Sexto estudio: El sí y la identidad narrativa. En P. Ricoeur. *Si mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI: 138-172.
- Ricoeur, P. (2000). *Tiempo y Narración I. Configuración del tiempo en el relato histórico*. México, Siglo Veintiuno Editores.
- Ricoeur, P. (2012). *Política, sociedad e historicidad*. Argentina: Prometeo Libros.
- Riemann, G. y Schütze, F. (1991). "Trajectory" as a basic theoretical concept for analyzing suffering and disorderly social processes. En D. R. Maines (Ed.), *Social organization and social process: essays in honor of Anselm Strauss*. Nueva York: 333-357.
- Riessman, C. (1993). *Narrative Analysis. Qualitative Research Methods Series*, Núm. 30, Newbury Park, CA: Sage.
- Riessman, C. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rimmon-Kenan, S. (2006). Concepts of narrative. En M. Hyvärinen, A. Korhonen y J. Mykkänen (Eds.), *The travelling concept of narrative*. Helsinki, Finland: Helsinki Collegium for Advanced Studies. pp. 10-19.
- Ringer, A. (2017). *Mental health ethnography: Doing fieldwork in mental health institutions*. In SAGE Research Methods Cases.
- Ríos, A.; Sacristán, C.; Ordorika, T. y López, X. (2016). Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos. Una propuesta desde la historia cuantitativa (México, 1910-1968), *Asclepio*, 68 (1): 136.
- Rodríguez, C. y León, A. (2011). El humor como estrategia pedagógica para el aprendizaje significativo de tipología de textos: descriptivo-argumentativa, en estudiantes de grado 11° de educación media. *Sinapsis*, 3 (3): 137-161.
- Roffman, J. L.; Simon, A. B.; Prasad, K. M.; Truman, C. J.; Morrison, J.; Ernst, C. L. (2006). *Neuroscience in psychiatry training: how much do residents need to know?* *Am J Psychiatry*, 163(5): 919-26.

- Roland, W. S. y Tietje, O. (2002). *"Types of case studies" in Case Study Methods*. Sage.
- Romaní, O. (2013). *Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Publicaciones URV Tarragona España.
- Romero, E. (2015). Aprendizaje en el sitio de trabajo. En: M. Sánchez *et al.* (Eds.) *Educación Médica. Teoría y práctica*. México: Facultad de Medicina UNAM y Elsevier: 387-394.
- Rossi, I. (2018). La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? En: L. Hamui; A. Paulo; I. Hernández, *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. 1^{ra} Ed. México: El Manual Moderno: 38-53.
- Ruiz, J.; Enríquez, M.; Gómez, E. y León, S. (2016). Relación entre rasgos y tipos de personalidad con la especialidad médica elegida por un grupo de médicos residentes. *Investigación en educación médica*, 5(20), 238-243. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.03.002>.
- Sabido, O. (2011). Institución, familia y enfermedad mental: Reflexiones socioantropológicas desde un hospital psiquiátrico. *Sociológica* (México), 26(74): 303-309.
- Sacristán, C. (2010). La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968. *Salud Mental*, (6): 473-480.
- Sanders, J. (2009). The use of reflection in medical education: AMEE Guide No. 44. *Med Teach*, 31(8): 685-695.
- Sardan, J. P. O. de (2005). *Epistemology, field work and anthropology*. EE.UU.: Palgrave MacMillan.
- Schaff, A. (1979). *La alienación como fenómeno social. La alienación como realidad en los países capitalistas y en los de "socialismo real"*. Barcelona: Crítica Grupo Editorial Grijalbo.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Sheff, T. J. (2005). The Structure of Context: Deciphering Frame Analysis. *Sociological Theory*, 23 (4): 368-385.
- Silva, Martinho Braga Batista (2015). De paciente a causo: uma etnografia com egressos de internação psiquiátrica. *Ciência & Saúde Coletiva* [en línea]. Vol. 20, Núm.. 2: 353-362.
- Sinclair, S. (1997). *Making Doctors*. Oxford: Berg
- Singer, M. (1989). The Coming of Age of Critical Medical Anthropology. *Social Science and Medicine* 28(11): 1193-1203.

- Spivak, G. (1993). *Outside in the thinking machine*. Nueva York: Routledge: 277.
- Starr, D. (2001). *Historia de la Sangre. Leyendas, Ciencia y Negocio*. España: Sine Qua Non.
- Sterkenburg, A.; Barach, P.; Kalkman, C.; Gielen, M. y Ten, O. (2010). When do supervising physicians decide to entrust residents with unsupervised tasks? *Acad Med.* 85(9): 1408-1417.
- Strauss, A.; Fagerhaugh, S.; Suczek, B. y Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. EE.UU.: The University of Chicago Press.
- Strauss, A. y Glaser, B. (1970). *Anguish: The Case Study of a Dying Trajectory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Tankink, M. y Vysma, M. (2006). The intersubjective as analytic tool in medical anthropology. *Medische Antropologie* 18(1): 249-265.
- Taussig, M. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Sci. Med.* 14B: 3-14.
- Tavory, T. (2009). Two cases of ethnography: Grounded theory and the extended case method. *Ethnography* 10(3): 243-263.
- Turner, V. (1972). *Schism and Continuity in an African Society*, Manchester University Press.
- Turner, V. (1974). "Social Dramas and Ritual Metaphors", en *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*, Ithaca and London, Cornell University Press.
- Turner, V. (1986). "Dewey, Dilthey and Drama: An Essay in the Anthropology of Experience", en *Anthropology of Experience*, V. W. Turner y E. M. Bruner (Eds.), Urbana y Chicago, University of Illinois Press.
- Turner, V. (1987). *The Anthropology of Performance*, Nueva York, PAJ Publications.
- Turner, V. (1988). *El proceso ritual: Estructura y antiestructura*, Madrid, Taurus.
- Turner, V. (1999). *La selva de los símbolos: Aspectos del ritual Ndembu*, México, Siglo XXI, 4ª Ed.
- Underman, K. y Hirshfield, L. E. (2016). Detached concern?: emotional socialization in twenty-first century medical education. *Soc Sci Med.* 160: 94-101.
- Valadés, D. (1994). *Constitución y Política*. México: UNAM.
- Vallejo, M. (2006). *Mindfulness Papeles del Psicólogo*, 27 (2): 92-99.
- Varano, A. y Varano, C. (2014). *Conflicted health care. Professionalism and caring in an urban hospital*. Vanderbilt University.
- Velsen, J. Van (1967). The Extended-Case Method and Situational Analysis, en

- The Craft of Social Anthropology*, A. L. Epstein (Ed.). Londres: Tavistock Publications: 129-53.
- Vera-Varela, C.; Giner, L. y Baca-García, M. (2019). Trastorno límite de personalidad: el reto del manejo de las crisis. *Psic Biol.* 26(1): 1-6.
- Vicencio, M. (2018). *Llevando la ciencia al cerebro: Desarrollo y profesionalización de la neurología en México, 1930-1964*. Tesis de doctorado en Historia. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://132.248.9.195/ptd2018/agosto/0779665/Index.html>.
- Villagrán, J. (2007). *Las bases epistemológicas de la psiquiatría y psicopatología: una aproximación metapsiquiátrica. Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, 189: 427-450.
- Waitzkin, H. (1989). A critical theory of medical discourse: ideology, social control, and the processing of social context in medical encounters. *Journal of health and social behavior*, 30(2): 220-39.
- Wallraff, G. (2010). *Cabeza de Turco*. Barcelona: Anagrama.
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México: FCE.
- Wilce, J. (2009). Medical Discourse. *Annual Review of Anthropology*. Vol. 38: 199-215.
- Witse, M. (2001). Talk, Work, and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation, and Management Settings. *American Ethnologist* 28(1): 252-254.
- Wilson, W. P.; Wells, C. E. e Irigaray, P. J. (1971). Should psychiatry and neurology integrate? *Am J Psychiatry*, 128(5): 617-22.
- Wind, G. (2008). Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings, *Anthropology & Medicine*, 15 (2): 79-89.
- Worldwide Palliative Care Alliance (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. Londres: World Health Organization.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods*. 5^{ta} edición. Sage Publications.
- Zaner, R. (2003). *Ethics and the Clinical Encounter*. First Academic Renewal Press: 333.
- Zemelman, H. (2005). *Voluntad de conocer. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico*. España: Antrhopos.

**INTERACCIONES Y NARRATIVAS EN LA CLÍNICA:
MÁS ALLÁ DEL CEREBRO**

Editado por la Facultad de Medicina,
fue culminado el 4 de agosto de 2022.

Para su composición y formación se utilizaron los tipos
Garamond de 12:27, 11:15, 10:13, 9:11 y Futura de 20:22, 14:17, 8:10.