



Desafíos metodológicos en el análisis interpretativo de las narrativas

Liz Hamui Sutton y Fernanda de Blas López (coords.)



DESAFÍOS METODOLÓGICOS EN EL ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LAS NARRATIVAS

Liz Hamui Sutton
Fernanda de Blas López
Coordinadoras

Tania Vives Varela
María Alejandra Sánchez Guzmán
Alfredo Paulo Maya
Patricia Eugenia Sandoval Guzmán
Sergio Lemus Alcántara
Jessica Margarita González Rojas
Tonatiuh Kinich Guarneros García

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

Nombres: Hamui Sutton, Liz, editor. | Blas López, Fernanda de, editor. | Vives Varela, Tania, autor. | Sánchez Guzmán, María Alejandra, autor. | Paulo Maya, Alfredo, 1965-, autor. | Sandoval Guzmán, Patricia Eugenia, autor. | Lemus Alcántara, Sergio, autor. | González Rojas, Jessica Margarita, autor. | Guarneros García, Tonatiuh Kinich, autor.

Título: Desafíos metodológicos en el análisis interpretativo de las narrativas / Liz Hamui Sutton, Fernanda de Blas López, coordinadoras ; Tania Vives Varela, María Alejandra Sánchez Guzmán, Alfredo Paulo Maya, Patricia Eugenia Sandoval Guzmán, Sergio Lemus Alcántara, Jessica Margarita González Rojas, Tonatiuh Kinich Guarneros García.

Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 2023.

Identificadores: LIBRUNAM 2210154 (libro electrónico) | ISBN 9786073078122 (libro electrónico).

Temas: Competencia clínica -- Estudio y enseñanza. | Educación médica -- Métodos. | Medicina narrativa. | Anamnesis. | Investigación cualitativa.

Clasificación: LCC R837.A2 (libro electrónico) | DDC 610.76—dc23

DESAFÍOS METODOLÓGICOS EN EL ANÁLISIS INTERPRETATIVO DE LAS NARRATIVAS

Primera edición: 4 de julio de 2023

D.R. © 2023 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 978-607-30-7812-2

Impreso y hecho en México

Cuidado editorial: Érika Maya Vargas
Corrección de estilo: Érika Maya Vargas
Diseño y diagramación de interiores: Yanira Rodríguez

ÍNDICE

Autores	<u>7</u>
Introducción	<u>11</u>
Articulaciones y tensiones en la investigación con métodos mixtos: el lugar de las narrativas Liz Hamui Sutton	<u>15</u>
Preguntas en torno a la identidad docente desde las narrativas, las teorías y los encuentros Tania Vives Varela	<u>49</u>
Tramas narrativas sobre el trabajo y la formación en algunos residentes de psiquiatría: "Seguro nos van a regañar" María Alejandra Sánchez Guzmán	<u>71</u>
Reflexiones y experiencias en la textualización de las narrativas Alfredo Paulo Maya	<u>99</u>
Retos metodológicos experimentados en la investigación sobre la comunicación de malas noticias en el contexto clínico Patricia Eugenia Sandoval Guzmán	<u>131</u>
Narratividad, múltiples voces, un sentido Rutas teórico-metodológicas en investigación social Sergio Lemus Alcántara	<u>159</u>
La investigación narrativa desde la experiencia de la enfermedad crónica en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS Jessica Margarita González Rojas	<u>185</u>
Narrativas, sexualidad y discapacidad psicosocial Tonatiuh Kinich Guarneros García	<u>219</u>
Análisis de las narrativas de mujeres con fibromialgia en un entorno virtual Fernanda de Blas López y Liz Hamui Sutton	<u>249</u>

AUTORES

Dra. Liz Hamui Sutton

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*.

M.C. Fernanda de Blas López

Licenciada en Fisioterapia por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), especializada en Fisioterapia Neurológica. Maestra en Ciencias y Doctorante por la Universidad Nacional Autónoma de México, en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, campo disciplinario en Bioética. Secretaria auxiliar del Programa Universitario de Bioética de la UNAM. Profesora de asignatura de la licenciatura en Fisioterapia de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Dra. Tania Vives Varela

Maestría en Comunicación y Tecnología Educativa por el Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa. Doctora en Educación en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Departamento de Investigación en Educación Médica. Secretaria de Educación Médica de la Facultad de Medicina, UNAM. Docente de posgrado. Sus líneas de investigación se relacionan con la Educación Médica. Miembro de la Red Iberoamericana de Evaluación Docente. Entre sus publicaciones destaca el libro *MEDAPROC, Modelo Educativo para Desarrollar Actividades Profesionales Confiables*.

Dra. María Alejandra Sánchez Guzmán

Licenciatura en Derecho en la Universidad Autónoma Metropolitana, maestría en Estudios de Género en el Colegio de México y es doctora en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana. Autora de diversos artículos y capítulos de libros. Sus líneas de investigación son procesos de atención y desatención en el campo de las enfermedades psiquiátricas y neurológicas; interacciones y narrativas socioculturales en el campo médico en la clínica; formación médica y violencia de género en espacios de educación superior y procesos laborales. Actualmente realiza actividades de investigación, docencia y atención en la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Dr. Alfredo Paulo Maya

Profesor Titular B de Tiempo Completo en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Tutor acreditado por el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Antropólogo social especializado en el estudio del proceso salud / enfermedad / atención / desatención. Sus investigaciones se han centrado en rubros como: el impacto de los discursos globales sobre las políticas y programas de salud nacionales; la formación de los profesionales de la salud; el enfoque crítico de la interculturalidad en salud; el contexto sociocultural de la comunicación médico-paciente, así como la corrupción en el sector salud. Actualmente realiza investigaciones de antropología clínica. Coordinador del Diplomado Antropología Médica (2011-2019), de la Facultad de Medicina (UNAM). Tutor de maestría y doctorado en el campo de la Antropología en Salud.

8

Dra. Patricia Eugenia Sandoval Guzmán

Psicóloga egresada de la UVM San Rafael, especialista en psicooncología y cuidados paliativos por el INCan, por obtener el grado de maestría en Ciencias Sociomédicas en el campo de Antropología en Salud por la Facultad de Medicina de la UNAM. Adscrita a la Fundación de Cáncer de Mama FUCAM A. C.

Dr. Sergio Lemus Alcántara

Doctor en Ciencias Sociomédicas por la Facultad de Medicina de la UNAM, Maestro en Ciencias de la Salud de los Trabajadores por la UAM Xochimilco, distinguido con la medalla al mérito académico. Autor de artículos en revistas indizadas y capítulos de libro. Un producto derivado de su trabajo de investigación fue un modelo de atención y un instrumento para evaluar la salud mental de mujeres adolescentes embarazadas y puérperas que se aplica como parte del proceso de atención. Entre los beneficios están la mejora en la atención y la generación de datos para la estadística a la salud mental del Sistema de Salud.

Dra. Jessica Margarita González Rojas

Doctora en Ciencias Sociomédicas, con especialidad en Antropología en Salud, del Posgrado de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Adscrita a la Dirección de Investigación Educativa de la Coordinación y Capacitación del Personal de Salud del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

M.C. Tonatiuh Kinich Guarneros García

Licenciatura en Psicología y Maestro en Ciencias por la Facultad de Medicina, en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud-Humanidades en Salud-Bioética por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Colaborador del Colectivo de Prácticas Narrativas. Doctorante en Ciencias de la Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). Asesor externo del Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

INTRODUCCIÓN

El abordaje teórico-metodológico de las narrativas del padecer constituye una tarea investigativa relevante para dar cuenta de la complejidad social. Como parte de dicho abordaje, la experiencia del análisis interpretativo de las narrativas es valiosa, ya que va desde la ordenación y sistematización de los testimonios hasta la discusión teórica. Dicho análisis constituye el momento del proceso investigativo en el cual se hace una conexión con los sustentos epistémicos planteados y los datos encontrados en el trabajo de campo.

El análisis interpretativo implica entrelazar la teoría, los datos y las subjetividades de los participantes y los investigadores, con el objetivo de crear relaciones categóricas, redes semánticas y preguntas analíticas. La intención es relacionar el problema de investigación y la co-construcción de las narrativas obtenidas, con la finalidad de mostrar las múltiples formas en que la experiencia social se puede interpretar.

En el momento analítico de la investigación se plantean diálogos, decisiones y negociaciones acerca de la metodología con la cual se llevará a cabo dicha interpretación. Dentro del proceso heurístico pueden surgir desafíos o problemáticas que se desprenden de las determinaciones tanto en el campo epistemológico como en el metodológico.

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es abordar los retos del análisis interpretativo de las narrativas derivadas de los trabajos de campo en las investigaciones particulares de los autores de esta obra. Cada uno de los temas y campos de estudio plantean desafíos específicos que implican respuestas creativas para la comprensión del fenómeno de estudio. En este libro presentamos las estrategias utilizadas en cada caso para dar cuenta de los desafíos para responder a las preguntas de investigación planteadas a lo largo del estudio.

Esta obra se divide en dos grandes grupos: los primeros cuatro capítulos del libro se centran en los desafíos metodológicos y epistémicos que los autores abordaron al llevar a cabo investigaciones en el área de la docencia en salud. Los últimos cuatro capítulos se centran en las problemáticas del análisis interpretativo en investigaciones de patologías o entornos clínicos específicos.

La primera aportación escrita por la doctora Liz Hamui Sutton busca plantear los desafíos de los estudios mixtos y el uso de las narrativas en la investigación de la docencia en salud. Mediante el desarrollo y problematización del concepto de *incertidumbre*, rescata los aprendizajes experienciales más relevantes de los médicos residentes en el manejo de situaciones inciertas en los procesos de atención a la salud.

El segundo capítulo que tiene como título “Preguntas en torno a la identidad docente desde las narrativas, las teorías y los encuentros”, escrito por la doctora Tania Vives Varela, plantea el análisis de la importancia de la identidad docente a partir de las preguntas analíticas de profesores de la licenciatura de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El objetivo de esta obra es presentar el desafío de “soltar” las categorías previas, así como el asidero de los testimonios y encontrar las aperturas entre los conceptos teóricos y los fragmentos de las narrativas de los docentes para continuar la indagación con nuevas preguntas analíticas.

El tercer capítulo fue escrito por la doctora María Alejandra Sánchez Guzmán y se centra en las tramas narrativas de la formación de los residentes en psiquiatría. El objetivo de este escrito es entender el sentido y los significados de la narrativa de los residentes sobre el trabajo clínico y la formación profesional. Se parte del desarrollo de la toma de decisiones que la autora llevó a cabo en el trabajo etnográfico de su estudio para elaborar el texto final de su interpretación.

El cuarto capítulo, escrito por el doctor Alfredo Paulo Maya, busca analizar el proceso de textualización de las narrativas, es decir, el ensamble entre la teoría y los datos obtenidos en el trabajo de campo. En el estudio de la docencia situada en campos clínicos, presenta la manera en que recupera las bases epistemológicas planteadas para conceptualizar las narrativas y su relación con el texto final del estudio de investigación del que se deriva este capítulo.

Como parte del segundo apartado del libro, se presenta el capítulo escrito por la doctora Patricia Eugenia Sandoval Guzmán, que plantea los retos metodológicos experimentados en la investigación clínica sobre la comunicación de malas noticias dentro de la relación médico-paciente. Así, retoma las narrativas de los distintos actores involucrados en dicha relación, como médicos, personal administrativo y pacientes, con el objetivo de reconocer la manera en que estos dan y reciben malas noticias, así como los desafíos al analizar dichas narrativas.

El siguiente capítulo, escrito por el doctor Sergio Lemus Alcántara, plantea el desafío de la multivocidad. El objetivo es construir una reflexión en torno a la confluencia de narrativas e interacciones en el espacio clínico, para evitar algunos riesgos derivados de la falta de articulación y fragmentación entre las fases y apartados en el desarrollo de un proyecto de investigación.

La siguiente aportación, escrita por la doctora Jessica Margarita González Rojas, plantea los desafíos presentados en el registro etnográfico en la comunicación médico-paciente de un caso en una Unidad de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El objetivo del capítulo es mostrar el entramado narrativo que construye dicho encuentro en la consulta. Aborda aspectos como la temporalidad y los padecimientos sentidos de acuerdo con la experiencia de los actores del caso.

El octavo capítulo, escrito por el maestro Tonatiuh Kinich Guarneros García, plantea los desafíos metodológicos en el análisis interpretativo de las narrativas de personas con discapacidad psicosocial. Aborda la problemática relativa a la validez de narrativas en salud mental y el análisis de los datos obtenidos al recopilar los testimonios de las experiencias de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia sobre su vinculación personal, sexualidad y autonomía.

El último capítulo del libro, escrito por la maestra Fernanda de Blas López, tiene como fin analizar las narrativas de mujeres con fibromialgia, obtenidas en entornos virtuales. Se busca explicar los desafíos en el proceso de análisis interpretativo, centrados en el uso de la virtualidad en el proyecto de investigación, así como la construcción de la identidad narrativa de las mujeres con fibromialgia.

Con esta obra, los autores esperamos que los lectores encuentren, en estas páginas ideas, soluciones y compañía en el proceso analítico de las investigaciones enfocadas en las narrativas en el campo de la salud. El análisis interpretativo es parte crucial de la metodología basada en la narratividad, por lo que se requieren diferentes aproximaciones a dicho proceso. En última instancia, se evidencia la manera en que los autores hicieron frente al reto de responder a las preguntas de investigación específicas de su proyecto.

Esperamos que la lectura de este libro permita a los lectores conocer distintos acercamientos, tanto epistémicos como metodológicos, para llevar a cabo el análisis interpretativo de las narrativas obtenidas en el trabajo de campo, así como las distintas formas en que se pueden articular estos planos en los proyectos concretos de investigación.

ARTICULACIONES Y TENSIONES EN LA INVESTIGACIÓN CON MÉTODOS MIXTOS: EL LUGAR DE LAS NARRATIVAS

Liz Hamui Sutton

Académica de la División de Estudios de Posgrado,
Facultad de Medicina, UNAM

Introducción

Hacia un cambio de enfoque epistemológico

El campo de la salud es complejo y está atravesado tanto por la racionalidad de los dispositivos y marcos normativos como por lo relacional, es decir, por las interacciones sociales que tienen lugar entre los sujetos involucrados en los procesos de atención en distintos contextos. La racionalidad tiende a homogeneizar, a simplificar, a dar indicaciones únicas sobre lo que se debe hacer, decir, escribir, según las leyes y los protocolos establecidos. De ahí que tienda a afirmar su autoridad, acotando el espacio para la problematización y el debate.

Por su parte, lo relacional se basa en las acciones presentes donde entran en juego los intereses de los agentes, y lo planificado no siempre se cumple. En el juego surgen articulaciones y tensiones de las prácticas que se apegan o se desvían de las normas y dan lugar a respuestas inéditas en el hacer cotidiano.

Pensar el campo de salud según la lógica racional cartesiana implica dar preeminencia a la planificación, a la ordenación del tiempo futuro. En cambio, si se aborda desde lo relacional, el momento presente se vuelve más amplio y el énfasis en los procesos permite enfocar los vínculos entre los sujetos actuantes. El cambio de perspectiva epistemológica no es menor; en el paradigma racional el sujeto estudia, planifica, actúa y modifica al objeto basado en la razón instrumental (Kant, 2004: 34). Desde el paradigma filosófico del positivismo y postpositivismo, se controlan las variables y se elaboran diseños metodológicos experimentales que buscan evidencias para afirmar lo verdadero e irrefutable. En contraste, en el paradigma relacional, el sujeto se liga con otros sujetos e interactúa en procesos complejos que devienen en tramas compartidas. Su estudio se aborda desde el supuesto constructivista y experiencial cuyo fin está en la comprensión de la realidad social. Como explica Spinelli (2022), este cambio de paradigma modifica la idea de tiempo, se achica el futuro y se expande el presente.

La planificación busca certidumbre, respuestas únicas, en cambio el acercamiento microsocia l parte de una lógica artesanal que enfoca el encuentro entre los agentes que producen diálogos y narrativas, sujetos capaces de hacer cosas con las palabras y crear realidades en sus interacciones. Quienes participan en el campo de la salud y la educación trabajan con la otredad, en espacios relacionales tensos, es decir, entre la racionalidad de las diversas disciplinas que lo componen y los procesos interaccionales que suceden en la realidad. En estos últimos, improvisan secuencias de acción que con frecuencia exceden lo normativo.

El juego social se convierte en una serie de disputas entre agentes e intereses que se expresan en tramas complejas y densas no siempre fáciles de descifrar. Desde esa perspectiva, la alteridad se aprehende con todas sus interseccionalidades (valores, creencias, ideologías, preferencias, afectos, géneros, etnias, clases, vulnerabilidades, contextos, culturas...). El punto de vista de cada actor se entiende como parte de lo relacional, pues ocupa posiciones, porta intereses que se imbrican en su articulación con el otro, y emerge la tensión. Las interacciones en el espacio social, más o menos restrictivas o expansivas (Fuller y Unwin, 2003) fluctúan entre el deber ser normativo y el poder ser creativo.

En el presente expandido, el lenguaje, las ideologías, los diálogos, las conversaciones, las rutinas, los rituales, en suma, las narrativas discursivas y performativas (Hamui *et al.*, 2019: 52) se visibilizan en franjas de actividad, esos territorios habitados definidos como espacios sociales donde emerge el sentido y los significados culturales asociados a las interacciones.

Las narrativas comprendidas en su dimensión teórico-metodológica permiten desvelar las capas de significado en las interacciones clínicas. Las narrativas son entendidas como mediación entre lo individual y lo social, lo interno y lo externo, el conocimiento, el pensamiento, la emoción y la acción (Hamui, 2011: 65). Las narrativas enfatizan las modalidades de los lenguajes, las temporalidades, los acontecimientos, las coyunturas y la manera en que las estructuras sociales se manifiestan en experiencias específicas, intereses particulares, formas de relación y estrategias de acción (Mattingly, 2004: 81). De ahí que las narrativas no solo se refieran a los relatos, las conversaciones y las expresiones verbales, sino a los gestos, las secuencias de acción, la intersubjetividad y los contextos. Las narrativas son historias relacionales que dan cuenta del sí mismo y del otro en una co-producción de sentido que evidencia la importancia de la intersubjetividad, de las acciones y experiencias del presente en clave relacional.

Si se parte de la premisa bourdiana (1987) según la cual no hay acción sin interés, entonces la subjetividad de los agentes constituye un elemento central en la comprensión de los procesos relacionales. Más allá de las infraestructuras físicas y los recursos materiales de un centro de salud u hospital, la clínica se entiende como el espacio social discursivo donde suceden interacciones entre los sujetos posicionados implicados en los procesos de atención a la salud. La clínica es el marco dentro del cual se despliega el conocimiento especializado para la atención de los pacientes que padecen enfermedades que buscan alivio y de sus familiares. En la clínica se generan ambientes laborales y educativos en los que confluyen múltiples procesos que involucran un orden material, social y discursivo particular (Hamui, 2021: 180). En esta franja de actividad relacional se despliegan valores culturales, ideologías, creencias, preferencias e interseccionalidades diversas que entran en juego en situaciones particulares. Quienes participan en los campos de la salud y la educación aprenden haciendo en la interacción, así como en la iteración de narrativas que los sujetos discursivos (Foucault, 1988: 22) actualizan, instituyendo lo instituido (Castoriadis, 1984: 95). En esta línea, se puede afirmar que la modalidad de la “residencia” constituye una de las formas de aprendizaje más significativas, pues no solo se centra en la transmisión unidireccional de conocimientos racionales que tienden a la fijación de creencias (sujeto-objeto, profesor-estudiante, médico-paciente), sino se enfoca en lo relacional, en la experiencia de la acción en la práctica (Dewey, 1999: 36).

En los centros de salud donde se forman los residentes de medicina, uno de los aprendizajes experienciales más relevantes es el manejo de la incertidumbre en los procesos de atención a la salud. Descifrar las estrategias que los residentes utilizan cuando emerge la incertidumbre en situaciones clínicas permite comprender los marcos de referencia (Goffman, 2006: 78) y las tramas narrativas complejas que se construyen en el orden social hospitalario.

¿Qué es la incertidumbre?

En la práctica clínica, la incertidumbre emerge en las interacciones cotidianas y se manifiesta de maneras diversas, puede relacionarse con la insuficiencia de conocimientos de un sujeto para resolver una situación, con la falta de capacidad para tomar decisiones y actuar, con complicaciones en los intercambios comunicativos, con la disonancia contextual, esto es, la discrepancia con las normas institucionales, o con las disyuntivas éticas que surgen en las relaciones con otros. Aunque cabe mencionar que la incertidumbre también puede ubicarse fuera del agente, en el contexto, como cuando en cierta formación discursiva, hay conocimientos que aún se ignoran y retan a los sujetos a improvisar para dar respuestas a las incógnitas; la irrupción del Covid-19 es un buen ejemplo de este tipo de fenómenos.

Pero ¿qué es la incertidumbre?, ¿cómo se puede definir en la clínica donde se forman los residentes? En principio, se puede argumentar que la incertidumbre no es exclusiva del campo de la salud, es constitutiva de la vida social y sucede en la cotidianidad. En el mundo profesional y académico emerge, por ejemplo, en el ámbito de la economía, la política, el derecho, la ingeniería, y en todas las franjas de interacción donde hay sujetos posicionados, cuyos diversos intereses confluyen. Así que una de las características principales de la incertidumbre es su ubicuidad (Luksalte *et al.*, 2022), no se ve y pocos la reconocen, pero está en todas partes. La incertidumbre además es dinámica y media en las percepciones subjetivas, así como en las situaciones objetivas de interacción social. Cuando aparece, los agentes no saben qué pensar, cómo actuar, qué sentir, qué decir o qué hacer (Hamui y Sánchez, 2022). La incertidumbre es un sentimiento de inquietud experimentado al percibir facetas desconocidas e impredecibles en una situación dada ante lo que se ignora.

Para dar sentido a las situaciones, se requiere de marcos de referencia, esquemas mentales, representaciones sociales que operen simultáneamente, por un lado, como principios organizativos, y, por otro, como orientadores de la acción; lo que Bourdieu (1990) denomina *habitus* y Goffman (2006) define como *frame*.

Sin embargo, estos referentes no siempre son claros, ante ciertas situaciones aparece la ambigüedad y la confusión, lo que hace de la incertidumbre un fenómeno psicosocial complejo que eventualmente se expresa en la intersubjetividad, en la acción y en el tiempo presente de lo relacional.

En las situaciones clínicas, con frecuencia emerge la incertidumbre, en específico, los médicos residentes toman decisiones y actúan en circunstancias donde las posibilidades son amplias y complejas. Por ejemplo, el momento presente donde el médico valora la condición de salud de un paciente puede generar ansiedad, miedo a cometer errores, inseguridad, estrés o frustración. No obstante, también es cierto que en el contexto clínico hay marcos de referencia que los ayudan a desarrollar estrategias, esquemas de razonamiento y cursos de acción acordes con los principios profesionales, así como con los objetivos y metas institucionales. En este sentido, el estudio de la incertidumbre resulta relevante para entender la dinámica microsocial del campo de la salud y las tramas en los procesos de atención. Al comprender las fuentes, la procedencia, los tipos y las manifestaciones de la incertidumbre, así como los contextos en que emerge, se visibilizan las lógicas que operan en el juego intersubjetivo del campo de la salud. De tal manera que no solo se busca moldear la experiencia subjetiva de los residentes en la toma de decisiones para reducir las consecuencias de la incertidumbre, sino comprender el proceso formativo y adaptativo según el enfoque relacional.

¿Cómo se ha estudiado la incertidumbre en la educación médica?

Desde la década de los setenta, el tema de la incertidumbre ha sido considerado en el ámbito de la educación médica. Para abordar el fenómeno, se han realizado estudios cualitativos y cuantitativos que buscan entenderla, clasificarla y modelarla para reducir los efectos que pueda tener en las decisiones médicas de los residentes. En 1979, Light publicó un estudio cualitativo enfocado al razonamiento clínico e identificó cinco áreas en las que los residentes experimentaban incertidumbre: el cumplimiento de las expectativas del profesor, la suficiencia de sus conocimientos, lo adecuado de los diagnósticos, la efectividad de los tratamientos y la satisfacción del paciente. Doce años después, Beresford (1991) distinguió tres tipos de incertidumbre en contextos clínicos: la técnica, que alude a la falta de conocimientos para entender la situación; la conceptual, que se refiere a la carencia de habilidades para poner en práctica el conocimiento adquirido, y la personal, que se relaciona con las expectativas de los otros y las dificultades en la comunicación. En

todos los casos, la incertidumbre estaba vinculada a los atributos individuales del residente, su pensamiento y su visión de la realidad en la toma de decisiones, y no a la ambigüedad de las situaciones relacionales entre los sujetos, el otro quedaba implícito.

El interés por comprender la incertidumbre en la clínica continuó en los años noventa; no obstante, hubo un cambio epistemológico y metodológico interesante, ya que la perspectiva cualitativa dio un giro hacia lo cuantitativo. La intención era diseñar y aplicar instrumentos para medir la tolerancia a la incertidumbre de los médicos en formación en diferentes contextos. Gerrity *et al.* (1992) y Allison *et al.* (1995) desarrollaron cuestionarios para explorar las actitudes de los médicos ante la incertidumbre. Por su parte, Greco y Roger (2001) y Carleton *et al.* (2007) propusieron herramientas para cuantificar la intolerancia a la incertidumbre en la población en general. En ninguno de los instrumentos mencionados se consideraron explícitamente las estrategias para lidiar con la incertidumbre.

La idea de “medir” la subjetividad y las interacciones puede ser útil para dimensionar el fenómeno de estudio; no obstante, al reducir la complejidad del juego social y el contexto, deja escapar las tramas relacionales donde se encuentran los significados de las experiencias y sus narrativas en el orden clínico. La intención de cuantificar entra en tensión con problematizar y comprender, esta discrepancia epistemológica está presente en los estudios mixtos y no siempre se resuelve satisfactoriamente.

En las últimas dos décadas, el estudio de Farnan *et al.* (2008) se basó en entrevistas realizadas a residentes de medicina en Chicago. Las transcripciones de las entrevistas se codificaron según la tipología de incertidumbre de Beresford y se encontraron seis subcategorías: en la técnica, se identificaron las habilidades procedimentales y el conocimiento de las indicaciones; en la conceptual, destacaron los momentos de transición en la atención, la toma de decisiones diagnóstica y el manejo de conflictos; y en la personal, se ubicaron las metas de la atención. A diferencia de los autores del siglo pasado, Farnan y colaboradores incluyeron aspectos contextuales como las marcadas relaciones jerárquicas en la clínica, la descripción de las trayectorias de atención y las estrategias para manejar la incertidumbre. Entre ellas mencionaron la revisión bibliográfica, así como consultar con pares, con residentes de mayor nivel o con el médico adscrito. El tiempo también fue analizado, pues si el proceso de decisión y acción duraba demasiado, podía influir en la atención del paciente.

En la última década, se han destacado los artículos de Han *et al.* (2011, 2012) sobre la incertidumbre en la atención a la salud. Describen tres dimensiones que se ubican en un continuo de lo científico a lo personal: la fuente de la incertidumbre, los asuntos sustantivos que generaron la incertidumbre y el *locus* de la misma. Con respecto a las fuentes, distinguen tres tipos: la probabilidad de que se manifieste en determinado evento, la ambigüedad entendida como falta de precisión sobre la posibilidad de que emerja la incertidumbre y la complejidad que se refiere a la probabilidad de que los eventos estén condicionados a un conjunto amplio de factores desconocidos. La segunda dimensión se refiere a los asuntos sustantivos que caracterizan de manera amplia incertidumbre científica relativa a la etiología, el diagnóstico, la prognosis y el tratamiento, y a la incertidumbre práctica asociada a lo situacional, a los procesos de atención y al sistema institucional. En esta última categoría se enmarcan las relaciones interpersonales, la cultura y los valores que se expresan en la acción. Finalmente, la tercera dimensión, el *locus*, señala la localización de la incertidumbre, ya sea en el médico, en el paciente o en ambos.

Como se puede apreciar, el modelo de Han es más complejo y multifacético y no se deriva solo de estudios empíricos, sino de un sistema de relaciones conceptuales que puede ser útil para analizar situaciones de incertidumbre en la práctica clínica. Para los residentes, lidiar con la incertidumbre involucra el pensamiento crítico, el razonamiento inductivo probabilístico, comparaciones, asociaciones y la valoración de los datos empíricos, todo ello abordado desde las teorías, evidencias y guías clínicas, lo que implica la elaboración de juicios de valor (Kangmoon y Young-Mee, 2018). En la discusión de casos clínicos, estos ejercicios psicosociales, en un inicio, parecen indeterminados y se afinan de manera relacional en el curso de los intercambios dialógicos y dialectos.

La investigación sobre el tema de la incertidumbre continúa hasta la fecha. En 2022, se publicó un artículo de Johnson y colaboradores en el que encontraron una relación entre las características del ambiente clínico de aprendizaje y la percepción de incertidumbre en los residentes. Refirieron que los residentes, en comparación con los médicos adscritos, tienen mayor reticencia a revelar situaciones de incertidumbre cuando el contexto clínico es competitivo y estresante. Explicaron que, con los años, la aceptación de la presencia de la incertidumbre en la clínica tiende a crecer, por lo que la reflexión sobre las respuestas posibles ante la incertidumbre en discusiones colectivas con el fin de desarrollar habilidades para tolerarla, manejarla y comunicarla puede promover espacios psicosociales más seguros y menos tensos, propicios para el aprendizaje en el orden clínico.

¿Qué planteamientos teóricos y metodológicos se consideraron al diseñar un estudio mixto sobre la incertidumbre?

Al ser la incertidumbre un componente inherente a la práctica clínica, el estudio buscó combinar elementos metodológicos cualitativos y cuantitativos para 1) repensar las tipologías existentes a partir de las experiencias de los residentes en las interacciones en diversos centros de salud en México; 2) descifrar las secuencias de acción para lidiar con la incertidumbre, y 3) descubrir las estrategias y tácticas más comunes utilizadas por los residentes al enfrentar situaciones donde irrumpe la incertidumbre.

El primer y segundo objetivos se centran en lo cualitativo y se asume como punto de partida la experiencia narrada de los sujetos de estudio. En los episodios relatados, se busca delinear los intereses en juego con otros, las interacciones que van configurando las tramas, así como las articulaciones y tensiones donde emerge la incertidumbre en diversos momentos de la situación. En el tercero, hay un corrimiento de significados y se disloca el análisis situacional para identificar características relativas a las tácticas de acción. En esta lógica, las tipologías y las estrategias para lidiar con la incertidumbre buscan desvincular del juego relacional ciertos elementos para asociarlos como variables en ejercicios estadísticos, con el fin de generalizar los hallazgos. En este caso, la lógica del estudio mixto pasa de lo empírico, específico e inductivo, a lo cuantificable, a lo representativo de una población.

Es claro que la incertidumbre tensa la toma de decisiones y acciones en una situación crítica. Este estudio sostiene que en la medida en que los residentes narren, comprendan y analicen el orden social en que suceden los episodios clínicos críticos, identifiquen el tipo de la incertidumbre y describan las causas y efectos que rodean la situación o incidente crítico (IC) —tanto en lo subjetivo como en lo intersubjetivo—, podrán lidiar de mejor manera con el influjo de la incertidumbre en la práctica médica.

El estudio mixto utilizado fue de tipo exploratorio (Hamui, 2013). En primer lugar, se realizó la fase cualitativa para acercarse, por medio de las narrativas de incidentes críticos, a las peculiaridades diversas de la realidad estudiada. Con ese conocimiento, se transitó a la segunda fase, la encuesta, para dimensionar cuantitativamente el fenómeno social de interés. Además de los conceptos de incertidumbre, interacciones, clínica y narrativas antes expuestos, otros de los conceptos utilizados en el estudio fueron el de incidente crítico y estrategia. Chell (1998) definió el IC como un procedimiento cualitativo narrativo, cuyo objetivo

es comprender un episodio desde la perspectiva del individuo que lo experimentó, considerando elementos cognitivos, afectivos y de comportamiento. Los relatos de los IC son autorreflexiones derivadas de la introspección, son mensajes que el sujeto emite sobre su propio comportamiento y experiencia (Soler, 2013). Al narrar, el sujeto realiza un esfuerzo por dar sentido a su experiencia para comunicarla a otros, utiliza códigos comunicativos y un lenguaje específico que contiene significados compartidos en el contexto de la clínica. El análisis de los IC permite formular preguntas acerca de las experiencias de los residentes y su espacio relacional, así como descifrar las estrategias que ellos relatan haber utilizado para resolver la situación de incertidumbre.

Por su parte, el concepto de *estrategia*, según Foucault (2014), se refiere al cálculo de relaciones de fuerza que se vuelve posible a partir del momento en que un sujeto, con voluntad y poder, es susceptible de participar en un juego de relaciones dinámicas y no igualitarias. En la serie de encadenamientos y propagaciones de una situación dada, se encuentran apoyos, recursos y condiciones de posibilidad (instituciones, organizaciones, entre otros), así como reglas, límites y proscripciones que influyen en la orientación de las acciones. El estudio de los relatos de los incidentes críticos podría enfocarse en las maneras en que los residentes juegan y encuentran formas de redireccionar el orden establecido en las prácticas cotidianas con visión estratégica mediante una serie de tácticas, esto es, la acción calculada que se configura al jugar en los acontecimientos. De ahí que el poder se inscriba a partir de la estrategia y permita desplegar tácticas para redirigir el juego, con mayor o menor éxito, hacia sus intereses. En los incidentes críticos narrados, cuando surge la incertidumbre, los residentes que participan activamente en el proceso de atención resignifican las situaciones, calculan las estrategias y actúan tácticamente.

A partir de las consideraciones conceptuales anteriores, las preguntas de investigación que guiaron el estudio mixto fueron:

En la fase cualitativa:

- ¿Qué características tienen las narrativas de los incidentes críticos que elaboraron los residentes cuando surge la incertidumbre en la práctica clínica?
- ¿De qué manera los marcos de la clínica, entendida como orden social, posibilitan o constriñen las estrategias y acciones tácticas de los residentes en un incidente crítico donde emerge la incertidumbre?

- ¿Cuál es la trama (secuencia de los acontecimientos) en que irrumpe la incertidumbre en los incidentes críticos narrados?, y ¿cómo evalúan, deciden y actúan los residentes para afrontar la incertidumbre considerando los recursos propios y los de su alrededor?

En la fase cuantitativa:

- ¿Qué tipos de incertidumbre aparecen en los incidentes críticos narrados?
- ¿Cuáles son las estrategias más frecuentes que utilizan los residentes en situaciones donde emerge la incertidumbre?

Cabe mencionar que el protocolo de investigación fue aprobado por las Comisiones de Investigación y Ética de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM y por la Dirección General del Personal Académico, el cual financió el estudio titulado “Estrategias del médico residente ante la incertidumbre durante IC” (DGAPA-PAPIITIN201514). Los resultados de este estudio mixto fueron publicados en el artículo titulado “A typology of uncertainty derived from an analysis of critical incidents in medical residents: A mixed methods study” (Hamui *et al.*, 2015), en este capítulo se recuperan para dar cuenta de los aspectos teórico-metodológicos involucrados en el proceso de investigación.

Desarrollo

Metodología

Para abordar el estudio de la incertidumbre se recurrió a los métodos mixtos (MM), pues combinan la perspectiva cuantitativa (cuanti) y cualitativa (cuali) en un mismo estudio con el objetivo de dar profundidad al análisis cuando las preguntas de investigación son complejas (Hamui, 2013). Se pueden distinguir por lo menos cuatro modelos de MM (Schifferdecker y Reed, 2009).

1) *Modelo para desarrollar instrumentos. En la primera fase se genera y analiza la información cualitativa con el propósito de que en la segunda fase se elaboren cuestionarios para encuestas, guías de observación o de entrevista. La intención es que los instrumentos resultantes estén basados en los códigos culturales compartidos, experiencias, lenguajes, narrativas y visiones del mundo de los sujetos participantes. Por lo general, en la parte cuali la información generada es vasta en temas y situaciones concretas; el tránsito de lo cuali a lo cuanti implica la selección de temas y esquemas de ordenación con el fin de encontrar balance en los reactivos del cuestionario según los objetivos, tomando en consideración los contenidos y el tiempo.*

2) *Modelo explicativo o aclaratorio.* Es utilizado cuando los resultados o preguntas derivadas del estudio cuanti son investigados cualitativamente para comprender aspectos de los fenómenos estudiados. Los testimonios pueden ser usados de manera complementaria o con el fin de aclarar los hallazgos originales. En este tipo de estudio la indagación cuanti tiene mayor peso y orienta la cuali.

3) *Modelo de triangulación.* Es el más utilizado, en este diseño los datos cuali y cuanti se generan al mismo tiempo con la misma población y luego se comparan. Cuando apuntan en la misma dirección, se corrobora el supuesto de investigación, pero cuando resultan contradictorios, es necesario ampliar la investigación y formular nuevas preguntas para entender la discrepancia, lo que puede requerir más tiempo y recursos. El análisis interpretativo se realiza de manera conjunta.

4) *Modelo de transformación longitudinal.* Está diseñado para recoger datos en diferentes momentos, es más complejo, ya que la población puede incluir diversos estamentos; las técnicas para generar los datos y las fuentes son variadas. Los datos se integran unos sobre otros en el transcurso de la investigación. En este modelo habrá que cuidar la lógica de la aplicación de estrategias para que no interfieran entre sí influyendo en los sujetos participantes.

En la presente investigación, se recurrió al modelo para desarrollar instrumentos, que va de lo cuali a lo cuanti.

La definición del método es una de las decisiones más importantes del proceso investigativo, puesto que el diseño metodológico construye el camino que se va a recorrer para responder a las preguntas de investigación y abordar los objetivos planteados. Cuando se opta por los métodos mixtos, se asume la tensión entre paradigmas epistemológicos distintos que se expresan en temas como la selección de la muestra o de los sujetos participantes, así como en el análisis interpretativo que busca aspectos diferentes. En un caso se intenta afirmar postulados representativos y generalizables y, en el otro, comprender los sentidos y los significados situacionales que reflejan un orden social particular. En la presentación de los momentos metodológicos del estudio de la incertidumbre que aquí se presenta, se irán señalando las articulaciones y tensiones entre lo cuali y lo cuanti.

Fase cualitativa

En la primera etapa cualitativa, por medio de los relatos de incidentes críticos de 150 residentes, se detectaron situaciones de la práctica clínica fuera de lo habitual donde emergió la incertidumbre, así como las estrategias para enfrentarlas. De este análisis se derivaron preguntas y las posibles respuestas con lo que se construyó una herramienta para recoger los relatos y conocer las estrategias empleadas por los médicos.

Para generar las narrativas escritas de los residentes, las herramientas utilizadas recogieron las preguntas de investigación y objetivos de la fase cualitativa centrados en la toma de decisiones, en las acciones y en las tramas en contextos discursivos con condiciones de posibilidad específicas donde las estrategias encuentran potencialidades y limitaciones para resolver situaciones inciertas. Es compatible con los objetivos del estudio ubicar a los residentes en estos escenarios para encontrar el sentido y el significado de sus aprendizajes situados en contextos clínicos. En el formato generado, se solicitaban datos sociodemográficos y la siguiente interpelación detonadora para ser respondida por el residente con un mínimo de 350 palabras y un máximo de 500:

Relate un acontecimiento inesperado en el último mes de su práctica médica en el cual usted desconocía la manera de enfrentarlo. Especifique dónde, cuándo, cómo, con quién estaba, si recurrió a alguien, qué salió bien, qué salió mal y por qué, qué obstáculos encontró, por qué desconocía la manera de enfrentarlo, cómo le fue al paciente, sintió que la seguridad del paciente estuvo en peligro, qué aprendió del incidente, se sintió satisfecho con su desempeño y si actuó según las normas institucionales. Escriba en los siguientes recuadros su testimonio de una o más experiencias.

La mayoría de las narrativas recabadas fueron ricas en detalles y reflejaron los conocimientos, las prácticas en la clínica, las emociones, las secuencias de acción, las tácticas y las estrategias ejercidas, la evaluación del acontecimiento en términos de la atención médica y la seguridad del paciente, así como los aprendizajes logrados en el orden clínico institucionalizado.

En la Figura 1, se muestra el sistema de relaciones conceptuales construido para representar el proceso a través del cual el residente se enfrenta a la incertidumbre en la clínica.

El sistema de relaciones conceptuales opera como una pista que articula los conceptos. El enfoque relacional supone la vinculación de distintos elementos para

entender el recorte de la realidad a estudiar. Para elaborar el sistema de relaciones se ubican los campos conceptuales, es decir, los ámbitos a los que alude el tema, para profundizar en ellos. Se indaga acerca de lo que está en juego en ese orden social y se organizan las posibles respuestas con el fin de relacionarlas con las preguntas de investigación y los objetivos (Hamui, 2016:pág.).

En la siguiente representación gráfica, el residente interactúa con diversos actores en el escenario clínico, en este contexto surgen situaciones que generan incertidumbre, esta puede ser de diferentes tipos y provocar grados de estrés. Para solucionarla, el residente plantea estrategias y utiliza tácticas para tomar las decisiones que considera más adecuadas y responder a la situación. Las acciones afectan la salud del paciente, la satisfacción y aprendizaje del residente, que pueden ser más o menos significativas.

La muestra de los sujetos participantes consideró a residentes inscritos en el Programa Único de Especialidades Médicas de la Facultad de Medicina de la UNAM, en el ciclo marzo de 2012 a febrero de 2013, de un hospital privado y uno público de la Ciudad de México. Los criterios para elegir los hospitales fueron disposición de recursos tecnológicos para acceder y responder el formulario y alta concentración de residentes. Se seleccionaron las especialidades troncales (Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía y Pediatría) por contar con la matrícula más amplia; Pediatría en el hospital público no contaba con residentes de cuarto año y en el privado no se impartía ese curso.

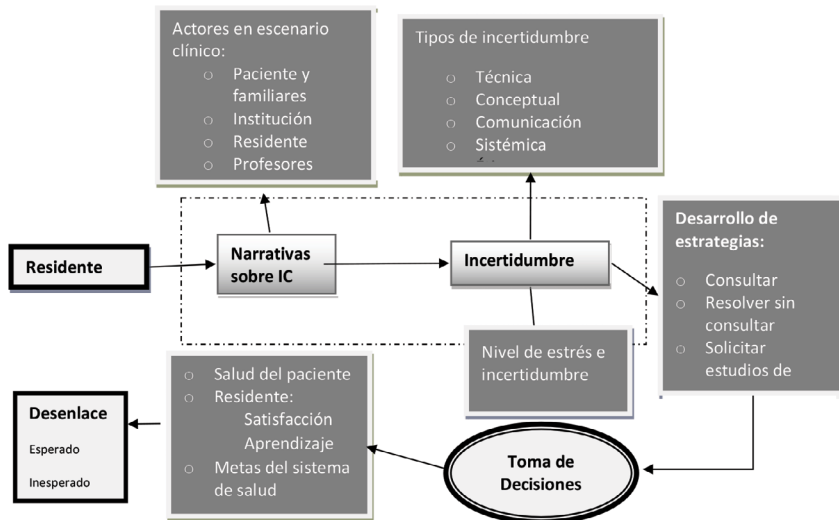


Figura 1. Sistema de relaciones conceptuales de los elementos que interactúan cuando los médicos residentes se enfrentan a la incertidumbre en la práctica clínica.

Se envió a los residentes una carta por correo electrónico que contenía el hipervínculo del formato y la fecha en que estaría activa (26 de noviembre de 2012 al 3 de diciembre de 2012). Se utilizó un programa de código abierto llamado Limesurvey® 1.91 para coleccionar las narrativas escritas de los IC.

La población total fue de 259 residentes y se obtuvo un índice de respuesta de 61% (159); de estos casos, 24 relatos fueron excluidos por no tener coherencia, por la ausencia de texto o por estar repetidos. Quedó un total de 135 testimonios, de los cuales 64% (86 IC) correspondió al hospital público y 36% (49 IC) al privado.

Con ayuda de las autoridades de enseñanza de ambos hospitales, se solicitó a los residentes que completaran de manera anónima y voluntaria el formato digital que al inicio contenía nueve preguntas de datos personales y académicos (año de residencia, sede, especialidad, sexo, estado civil, edad, escuela de procedencia, promedio de la licenciatura y puntaje en el Examen Nacional de Aspirantes a las Residencias Médicas). En la siguiente sección, considerando el sistema de relaciones conceptuales descrito en la figura anterior, se les solicitó que escribieran un acontecimiento inesperado en el último mes de su práctica médica en el que desconocieran la manera de enfrentarlo. Al final se agregaron dos preguntas para que el residente calificara el grado de incertidumbre y de estrés en una escala del 1 (poco) al 5 (mucho) en la situación narrada.

Articulación de lo cuali y lo cuanti

Con la información obtenida se crearon cédulas de IC para sistematizar y analizar la información. La cédula fue identificada con un número de folio, contenía los datos personales y académicos, además del acontecimiento narrado del IC tal como lo escribió el residente. También se especificaba la calificación de incertidumbre y estrés que percibió el residente durante el IC, así como la opción de narrar un segundo IC. La segunda sección de la cédula estaba reservada para el análisis de los investigadores. En un primer momento, se elaboró un comentario general del origen de la incertidumbre descrita y, posteriormente, se categorizó de acuerdo con el tipo de incertidumbre, la estrategia para enfrentarla, la acción realizada y la principal fuente de estrés.

Una vez identificadas estas características, se elaboraron de manera preliminar una o más preguntas para el instrumento cuantitativo con respecto al manejo de la incertidumbre derivada de esa narrativa. Las opciones de respuesta a estas preguntas se obtuvieron de las estrategias y tácticas empleadas por los

resi-dentes en situaciones reales para afrontar la incertidumbre. De esta manera, la relación entre incertidumbre y estrategias aparece en las preguntas y respuestas, respectivamente. En la Figura 2, se ejemplifica el procedimiento para pasar de las narrativas a la construcción de las preguntas según el tipo de incertidumbre.

Id = 12	Año_Cur = R2	Sede = Privado	Esp = Cirugía	Género = Masc.
Edad = 27	Edo_Civ = Soltero	Esc_Pro = X	Prom_Lic = 9.6	ENARM = 72.1

Me encontraba de rotación en el hospital de cirugía ambulatoria fuera de la sede. Estaba por iniciar una cirugía, programada como identificación y resección de cuerpo extraño (bala) en axila derecha, que le había sucedido 10 años previos y ahora le causaba dolor. El cirujano me dejó comenzar la cirugía y me quedé en sala con un compañero iniciando la disección. La única guía que teníamos para encontrar la bala era una radiografía. Después de explorar por aprox. 40 minutos, no encontramos nada, y se convirtió en un momento de angustia intenso, más aún, al ver que el cirujano no regresaba. Decidimos finalmente no continuar, hacer hemostasia hasta que regresara el tratante. El cirujano intentó buscar la bala nuevamente, sin éxito. No contábamos con radiografía transoperatoria para identificar con estereotaxia; finalmente, tuvimos que cerrar y no logramos extraer el cuerpo extraño. Explicar al paciente lo sucedido y redireccionarlo a un centro donde contarán con equipo de fluroscopia o RX transoperatoria para extraerlo.

Calificación incertidumbre = 4	Calificación estrés = 4	Otro_IC = No
--------------------------------	-------------------------	--------------

Comentarios:

Se trata de una intervención quirúrgica. La incertidumbre fue sistémica y la estrategia para enfrentarla fue consultar con sus pares. El estrés generado fue por no tener los recursos para realizar la tarea. Las personas involucradas fueron médico tratante y compañero. El IC no se resolvió favorablemente, no se cumplió el objetivo de la intervención.

Principal incertidumbre: sistémica (falta de instrumentos quirúrgicos y de coordinación de la supervisión).

Principal estrategia: resolver consultando con pares.

Principal tipo de estrés: no tener los recursos para realizar la tarea.

Preguntas para el cuestionario: incertidumbre sistémica.

- Cuando a la mitad de un procedimiento se dio cuenta de que no contaba con los instrumentos o recursos necesarios para consumarlo, ¿qué hizo?
- Cuando en un procedimiento necesitaba de la supervisión de un médico adscrito y no estaba, ¿qué hizo?

Figura 2. Ejemplo de cédula para ordenar los IC.

La cédula fue el medio por el cual se vinculó lo cuali con lo cuanti, lo que tuvo potencialidades y limitaciones, articulaciones y tensiones. En ella se sintetizó la información encauzada a la clasificación según la tipología y a la elaboración de las preguntas para la encuesta. No obstante, en aras de cumplir con el objetivo del estudio, el análisis narrativo del testimonio se acotó y no se explayó. Por ejemplo, se pudieron haber interpretado aspectos como el uso del lenguaje técnico médico para relatar el acontecimiento, las narrativas verbales y performativas que se sucedían de manera simultánea en la narración, el tiempo psicológico, cronológico e histórico en las tramas densas de las secuencias de acciones descritas en el procedimiento quirúrgico, las interacciones y los diálogos, las emociones y las vivencias en la franja de actividad referida del orden clínico.

No obstante, derivado de los testimonios obtenidos se elaboró otro artículo denominado “Cultura organizacional: el aprendizaje situado en las residencias médicas” (Hamui, 2014), donde se recogen aspectos contextuales de las actividades formativas en la clínica. Retrospectivamente, es claro que la investigación cualitativa cedió ante la intención cuantitativa de elaborar un cuestionario para obtener datos cuantitativos. Este es un ejemplo de las tensiones que emergen en aras de las articulaciones en los estudios mixtos. Queda como asignatura pendiente el análisis narrativo en términos de Reissman (2008) del material recabado en los relatos de incidentes críticos de los residentes, con el fin de recuperar la potencia que tienen dichas narrativas para el conocimiento de lo micro, meso y macrosocial en el campo de la salud.

Con respecto a los tipos de incertidumbre, se consideraron las tipologías procedentes de la literatura. De las situaciones narradas por los residentes en los incidentes críticos, se identificaron cinco tipos de incertidumbre, dos más que las reportadas por Beresford (1991), estas fueron: técnica, conceptual, de

comunicación, sistémica y ética. Las descripciones de cada una se elaboraron considerando los episodios narrados por los residentes. En el Cuadro 1 se definen los tipos de incertidumbre utilizados en este estudio.

Cuadro 1. Tipos de incertidumbre

Tipo de incertidumbre	Descripción
Técnica	Falta de información teórica que se traduce en la ignorancia para orientar la acción
Comunicación	Incapacidad del médico para comunicarse de manera efectiva y llegar a una decisión conjunta con el paciente
Conceptual	Incapacidad de aplicar el conocimiento abstracto en situaciones concretas
Sistémica	Imposibilidad para actuar adecuadamente por la falta de recursos tecnológicos, técnicos, materiales y humanos, así como por desconocer o actuar al margen de las normas y reglas propias del sistema de salud
Ética	Incapacidad de actuar cuando se enfrentan a conductas, actitudes o emociones que no son acordes a los valores y códigos socioculturales de la sociedad, la institución o de la persona

La elaboración de tipologías también funcionó como puente entre lo cuali y lo cuanti, ya que actuó como eje de articulación entre los contenidos de los incidentes clínicos y la encuesta. Sin embargo, no siempre fue fácil clasificar los comentarios, en ocasiones cabía más de un tipo de incertidumbre o, por ejemplo, había más de una táctica o estrategia utilizada. Por otro lado, se presentaron secuencias de acciones enfocadas donde generalmente el protagonista era el residente en situaciones relacionales complejas, pero también emergieron otras interacciones desenfocadas que formaban parte del contexto (Goffman, 1967). Si se asume que la clínica es una red de intercambios comunicativos donde intervienen intereses, tradiciones, creen-

cias, valores, afectos, rutinas y prácticas diversas, resulta difícil reducir la complejidad de este orden social a una tipología o sistema clasificatorio. Este es otro de los puntos de tensión entre lo cuali y lo cuanti que se resolvió utilizando la tipología, con sus restricciones, para distinguir las situaciones y ordenar las preguntas del cuestionario.

Fase cuantitativa

La segunda fase cuantitativa tuvo como meta elaborar un instrumento para aplicarse a una población numerosa de residentes. Para integrar el cuestionario, además del análisis de los IC, se consideraron las preguntas de los instrumentos publicados anteriormente citados, con el fin de enriquecer la encuesta. En total, se reunieron 122 preguntas con diversas situaciones y 11 opciones de respuesta con las estrategias identificadas en los IC. Las preguntas fueron agrupadas de acuerdo con el tipo de incertidumbre especificado en las cédulas. A continuación, se realizó la validación del contenido de las preguntas y el análisis de la frecuencia de las respuestas (Teunissen y Wilkinson, 2011).

Antes de su aplicación, el instrumento fue validado en su contenido para establecer la relación entre los enunciados y los constructos que intentaba medir. En sesiones de expertos en educación clínica, se revisaron los temas y la manera en que estaban redactados los reactivos, se depuraron las preguntas para eliminar las repetidas, reclasificarlas, revisar la redacción y el uso del lenguaje. También se revisaron los enunciados para asegurar la representación adecuada de los contenidos.

Como resultado, se integró un cuestionario que incluía los mismos datos personales y académicos de la cédula, más 45 preguntas con el prefijo "Qué hizo cuando..." (Anexo 1). Las opciones de respuesta fueron 12, incluyendo la opción "No he estado en esa situación". Para analizar la frecuencia de las respuestas, se probó la encuesta con 120 residentes de la especialidad de Medicina Familiar en las aulas de la Facultad de Medicina en abril de 2013. La intención fue comprender los procesos de pensamiento, las estrategias y las acciones de los residentes que respondieron para encontrar la varianza en la elección de las respuestas. La aplicación del cuestionario en el estudio piloto también permitió mejorar cuestiones técnicas, como la seguridad en la captura de los datos, la puntuación y la manera de reportar los resultados.

Con los datos recabados de la encuesta piloto, se realizaron dos análisis estadísticos, el primero muestra la relación entre los tipos de incertidumbre con el nivel de estrés e incertidumbre según la percepción de los residentes en el IC en una graduación del 1 (poco) al 5 (mucho). El segundo análisis se refiere al cuestionario y se despliegan las frecuencias de las respuestas, con el fin de ponderar las estrategias utilizadas en situaciones de incertidumbre.

En el Cuadro 2 se presenta la relación entre los tipos de incertidumbre, por un lado, y, por otro, el nivel de la incertidumbre y la intensidad del estrés que reportaron los residentes. Estos elementos expresan la subjetividad de quien responde, en el plano de la propia experiencia, en un contexto situado ante un IC; es una valoración donde se ponen en juego simultáneamente factores cognitivos, emotivos y conductuales. Estos elementos no se desagregan porque no tienen componentes, solo se contrastan con otras variables objetivas (Millan, 2011).

En esta etapa del estudio, la tensión se expresa en el método cuantitativo que se ve obligado a trabajar con los datos subjetivos expresados por los residentes en los IC. En la epistemología positivista y sus diversas corrientes, las variables deb en ser objetivas y medibles con exactitud, lo que es difícil de precisar en las interacciones y las narrativas. La tolerancia a la ambigüedad disminuye en los estudios cuanti que buscan afirmar postulados unívocos, mientras que las investigaciones cuali intentan comprender los significados de las realidades complejas que no se dejan reducir a variables controladas. Los investigadores cuanti no siempre se sienten cómodos con la naturaleza de los datos cualitativos. Los esfuerzos por articular ambos métodos enfrentan retos epistemológicos y metodológicos que implican flexibilidad de ambas perspectivas, como se muestra en esta parte del proceso investigativo.

De las respuestas contenidas en las cédulas, se adicionaron los datos y se obtuvo una media aritmética de las calificaciones otorgadas que varían entre 1 y 5, en paréntesis se muestra el intervalo de confianza, seguido de la desviación estándar (DS).

Cuadro 2. Relación entre la tipología y el grado de incertidumbre y estrés

Tipología	Nivel de incertidumbre	Nivel de estrés
Técnica	3.86 (3.52, 4.21) DS .165	3.81 (2.98, 4.66) DS .377
Conceptual	3.21 (2.85, 3.59) DS .177	3.86 (3.52, 4.21) DS .165
Comunicación	3.94 (3.61, 4.29) DS .162	3.26 (2.77, 3.75) DS .237
Sistémica	3.42 (3.13, 3.72) DS .149	4.05 (3.64, 4.46) DS .195
Ética	2.66 (1.45, 3.88) DS .527	3.44 (2.28, 4.60) DS .144

*Intervalo de confianza calculado al 95%.

En el segundo análisis se calculó el número de veces que los residentes contestaron cada opción de respuesta por pregunta en cada tipo de incertidumbre. Después se obtuvo la media por grupo en cada opción de respuesta y se representó como porcentajes. Los resultados se plasman en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Porcentajes de las respuestas según el tipo de incertidumbre

Incertidumbre/ Respuestas	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Técnica												
Preguntas 1 a 6	39	4	1	2	0.1	6	3	3	1	1	0.3	40
Conceptual												
Preguntas 7 a 11	36	5	1	3	3.7	4	5	5	2	1	2.5	32
Comunicación												
Preguntas 12 a 22	34	5	1	2	1.3	6	4	7	2	0.3	1.0	38
Sistémica												
Preguntas 23 a 37	27	6	5	6	0.5	7	10	11	2	1	2.7	23
Ética												
Preguntas 38 a 45	23	7	2	4	0.2	6	4	5	2	1	0.5	47

Opciones de respuesta: I. Consulté con médicos de mayor jerarquía; II. Consulté con mis pares o compañeros de menor grado académico; III. Consulté con personal no médico (enfermeras, administrativos, etcétera); IV. Consulté con un comité médico; V. Consulté con el paciente o familiares; VI. Consulté con fuentes de información (libros, internet, etcétera); VII. Me apegué a las guías clínicas;

VIII. Resolví sin consultar; IX. Delegué el proceso del incidente; X. Solicité estudios de laboratorio y gabinete; XI. Seguí otra estrategia; XII. No me he encontrado ante esa situación.

El Cuadro 3 presenta las frecuencias de respuesta por tipos de incertidumbre y arroja datos interesantes. En el caso de la incertidumbre técnica, de comunicación y ética, la opción XII fue la más frecuente seguida de la opción I; la diferencia porcentual de la primera fue de 16.8 puntos, de la segunda fue 12.7 puntos y la tercera fue de 30.2 puntos, esta última denota la falta de conciencia de las situaciones éticas que se presentan en la práctica clínica. En el caso de la incertidumbre conceptual y sistémica, la opción más frecuente fue la I "Consulté con médicos de mayor jerarquía", esto muestra que la relación jerárquica opera en las estrategias que los residentes utilizan para resolver situaciones de incertidumbre. Estos tipos se relacionan con la práctica y el que hacer cotidiano.

Las terceras opciones son distintas en cada tipo de incertidumbre. En la técnica se refiere a la consulta de fuentes de información (VI), lo cual resulta congruente cuando no se tienen los conocimientos. En la conceptual y de comunicación, fue resolver sin consultar (VIII), la respuesta inmediata a una situación de incertidumbre se resuelve improvisando. En el caso de la sistémica, la tercera opción más frecuente fue apegarse a las guías clínicas (VII) para seguir las normas hospitalarias. Finalmente, en el caso de la ética, la tercera opción fue consultar con pares o compañeros de menor grado académico (II), se trata de encontrar las respuestas en las opiniones de los demás.

La opción número XII "No he estado en esa situación" fue la más contestada (mil 861 veces), esto refleja que las situaciones descritas en las preguntas son muy específicas y no se presentan en todos los contextos clínicos. Al estratificar la opción XII de acuerdo con el año académico (Cuadro 4), se encontró que a medida que aumenta el año académico, los residentes se enfrentan a un mayor número de situaciones descritas en el cuestionario. Esto sugiere que el tiempo de exposición en la práctica clínica abre el abanico de situaciones de incertidumbre experimentadas. También se relaciona con el hecho de que estar posicionado en un cargo de mayor jerarquía implica mayor responsabilidad en la toma de decisiones, pues los residentes tienen que responder ante las demandas de apoyo de los compañeros de menor nivel jerárquico que enfrentan situaciones de incertidumbre.

Cuadro 4. Frecuencia de respuesta XII (“No he estado en esa situación”) según el año académico

Año académico	Frecuencia de respuesta
Primer año de residencia (R1)	918
Segundo año de residencia (R2)	552
Tercer año de residencia (R3)	391

Los resultados cuantitativos del estudio piloto pusieron a prueba los datos derivados de los relatos en los incidentes críticos. Las palabras con que se narraron las situaciones relacionales donde emergió la incertidumbre se transformaron en números y con pruebas estadísticas arrojaron cifras interesantes. Al centrarse en la primera y última columna del Cuadro 3, acerca de las frecuencias con que utilizan las diferentes estrategias, resalta como cualidad lo relacional de las residencias médicas y las modalidades de la comunicación en la disposición organizacional; la opción “Consulté con médicos de mayor jerarquía” refleja la dinámica de las interacciones clínicas en las prácticas de atención médica.

Con respecto a la última columna sobre la opción de respuesta “No he estado en esa situación”, a pesar de que se justifica en el Cuadro 4 por el tiempo de exposición de los residentes a situaciones clínicas a través de los años académicos, lo cierto es que también existe una explicación metodológica, según la cual los incidentes clínicos no logran abarcar la inmensidad de las situaciones posibles en los centros de atención a la salud. Si los eventos y las estrategias considerados provinieron de las narrativas de residentes de las especialidades troncales en hospitales de tercer nivel de atención, estas no necesariamente fueron reconocidas por los residentes de Medicina Familiar, cuya práctica se ubica en el primer nivel de atención, principalmente en la consulta externa, lo que explica la alta frecuencia de la opción “No he estado en esa situación”. Se puede decir que lo cualitativo construyó a lo cuantitativo y viceversa. Lo anterior no implica que los estudios mixtos sean incompatibles, pero hay que ser conscientes de que se basan en supuestos epistemológicos y metodológicos distintos que encuentran puntos de articulación y de tensión que potencian, pero también limitan el alcance de la investigación.

Conclusión

En este trabajo se intentó relacionar la incertidumbre con las estrategias que siguen los residentes en un IC, con el fin de proponer una nueva tipología. De acuerdo con los resultados cuantitativos de esta muestra, los hallazgos más relevantes se enuncian a continuación: el tipo de incertidumbre con mayor nivel de estrés fue la sistémica y con mayor nivel de incertidumbre, la de comunicación (Cuadro 2). El contexto institucional en el que se desempeña el residente explica el nivel de estrés reportado en la incertidumbre sistémica, lo que puede deberse a un ambiente de tensión prolongado donde los sujetos conocen las normas hospitalarias pero experimentan presión constante en su labor. En cuanto a la de comunicación, se trata de un ámbito relegado en la formación del médico, lo que resulta en deficientes habilidades por parte de los residentes para resolver situaciones que la involucran, esto se expresa en el alto nivel de incertidumbre. Al contrastar la conceptual con la técnica, destaca que cuando se tiene idea de cómo resolver la situación, hay menor grado de incertidumbre para proceder, lo que explica la diferencia entre ambas. Por su parte, la ética constituye un ámbito poco problematizado y reflexionado en la práctica clínica, lo que tiende a invisibilizarlo, esto podría explicar la alta variabilidad y la baja percepción de este tipo de incertidumbre por los residentes.

En cuanto a las tipologías de la incertidumbre en el área médica, Light (1979) la concibió desde el razonamiento clínico; sin embargo, la incertidumbre en la práctica médica va más allá de la lógica biomédica y afecta distintos niveles de la interacción en un contexto donde el residente cumple diversos roles (Gerrity *et al.*, 1992).

En este estudio se recuperaron los primeros dos tipos de incertidumbre de los tres que proponen Beresford y colaboradores (1991), el tercero se reformuló bajo el concepto de comunicación. Los autores tampoco incluyeron el contexto en que interactúa el residente. Con base en el análisis de los IC y los resultados obtenidos, se propuso una nueva clasificación para la incertidumbre en la práctica clínica que incluye el contexto institucional (sistémica) y los dilemas relativos al profesionalismo (ética) en la atención médica. En la sistémica se encontró una variedad de situaciones que tienen que ver con la cultura institucional, las reglas, los recursos y el funcionamiento del hospital. En cuanto a la ética, abundaron los episodios en que se consentían malas prácticas y se toleraban faltas a la normatividad.

Cuando la incertidumbre se enfoca desde el sujeto que razona, planifica y actúa considerando solo el elemento cognitivo, como lo hacen Light y Beresford, quedan fuera aspectos sin los cuales es difícil explicar el sentido y la trama de la situación; razón por la que incorporar los elementos contextuales sistémicos y la ética como moral compartida en cierta cultura organizacional resulte importante en el estudio de la incertidumbre. Lo que queda claro es que la lógica del pensamiento se inscribe en entornos sociales complejos donde el juego interaccional es difícil de calcular, de ahí que la incertidumbre constituya un principio ubicuo que difícilmente se podrá erradicar. El reto entonces está en saber lidiar con ella y transformar la realidad incierta en un área de oportunidad para orientar las interacciones en el proceso de atención que redunden en el bienestar del paciente.

Han *et al.* (2011) propusieron un esquema que muestra un continuo que va desde la incertidumbre centrada en la enfermedad hasta la centrada en el paciente. La que se acerca al trastorno biológico es denominada como científica y se basa en la evidencia e incorpora cuatro elementos: diagnóstico, pronóstico, explicaciones causales y recomendaciones de tratamiento. Del lado del paciente está la incertidumbre práctica alrededor del sistema que considera las estructuras y los procesos de atención. Finalmente, la incertidumbre personal orientada al paciente incluye aspectos psicosociales y existenciales. Nuestra propuesta parte de relatos de IC en la práctica clínica y en estos aparece la incertidumbre con sus diferentes tipos en todo el evento.

Han *et al.* (2012) identificaron las fuentes de la incertidumbre en tres rubros: probabilidad, ambigüedad y complejidad. Estos conceptos aluden a una perspectiva de riesgo en el razonamiento clínico, por lo que no concuerda con el análisis tipológico de este trabajo. La temporalidad de la percepción de la incertidumbre es distinta en el modelo de Han, la incertidumbre aparece al calcular la prospectiva del padecimiento, mientras que en este estudio la incertidumbre emerge en acontecimientos donde el residente aparece como tomador de decisiones y actor al responder con alguna estrategia en circunstancias específicas. Esta diferencia plantea una mirada que afecta el abordaje del fenómeno de la incertidumbre.

En los incidentes críticos narrados por los residentes, el énfasis está en lo relacional, no en la planificación a futuro. Estos episodios reflejan situaciones donde se entrecruzan múltiples capas de significación, intereses diversos, tareas conjuntas,

pero también específicas de cada actor. Mientras que el esquema de Han busca calcular el riesgo y proyectar el futuro, las tipologías aquí presentadas intentan comprender las características de la incertidumbre dentro de las secuencias de acción en la clínica. Este ejercicio no cancela la complejidad de las tramas densas narradas, sino que inscribe la experiencia en el complejo juego social intersubjetivo del orden hospitalario.

Las situaciones planteadas en las preguntas del cuestionario no son hipotéticas ni exploran lo que los residentes opinan que hubieran hecho en determinada circunstancia. En los escenarios planteados se presentan casos reales, basados en sus experiencias durante un IC, así como las estrategias para su afrontamiento. Esta manera de analizar la incertidumbre en la práctica clínica constituye una aportación al estudio de este fenómeno cotidiano. La tipología presentada adiciona dos nuevas dimensiones (sistémica y ética), puesto que desde el análisis de la realidad, aumenta la posibilidad de encontrar explicaciones con categorías diversas (Farnan *et al.*, 2008).

No obstante, habrá que decir que el abordaje de la incertidumbre con situaciones reales tiene sus alcances y limitaciones, por un lado, recoge el principio de organización y acción de la clínica en un presente expandido referido por los agentes pero, por otro, no alcanza a abarcar la diversidad de situaciones posibles en las interacciones del campo de la salud. En este estudio, el argumento anterior se confirma en la alta frecuencia de respuesta de la opción "No he estado en esa situación", que se explica por la pluralidad de los contextos donde la incertidumbre está presente y que no fueron incluidos en las preguntas. En el estudio piloto, solo se encuestó a 120 residentes de una sola especialidad; al aplicarlo a otras poblaciones, las frecuencias en las opciones de respuesta podrían ser diferentes. Tampoco se analizaron las diferencias entre el hospital público y el privado, ya que el objetivo del estudio era construir la tipología de la incertidumbre.

En síntesis, los hallazgos más relevantes de este estudio fueron la propuesta de una nueva tipología derivada del manejo de la incertidumbre por los residentes en episodios inesperados durante la práctica clínica. Aunque los tipos de incertidumbre se pueden traslapar entre sí y llegar a combinarse en episodios de la vida real, el modelo descrito permite analizar el fenómeno e identificar lo que se puede modificar en las experiencias de los residentes para reducir los efectos indeseables en la toma de decisiones en su práctica clínica (Sánchez y Hernández, 2014).

Al analizar la frecuencia de las respuestas, resalta que en la dinámica hospitalaria operan las jerarquías para tomar decisiones ante la presencia de situaciones inciertas, lo que denota que las estructuras organizacionales en la clínica van más allá de lo normativo y se expresan en la interacción cotidiana. También se encontró que a medida que aumenta el grado académico de los residentes, se abre el abanico para experimentar situaciones de incertidumbre. La relevancia de saber responder ante la incertidumbre en la práctica clínica dota a los residentes de un aprendizaje experiencial significativo en su etapa formativa y en su desempeño profesional.

Desde la perspectiva metodológica, el objetivo del "método para la elaboración de instrumentos" que va de lo cuali a lo cuanti se siguió y cumplió su objetivo. El camino seguido mostró factibilidad, versatilidad, creatividad y viabilidad para culminar el proceso. Las articulaciones y tensiones que aparecieron en el sendero de las decisiones muestran los linderos entre propuestas epistemológicas sustentadas en principios distintos y las dificultades para conciliarlos en la práctica investigativa. Las fases secuenciadas transitaron de lo situacional y relacional a la categorización tipológica de las expresiones de la incertidumbre. El análisis cualitativo se vio limitado por el cuantitativo y viceversa. En caso de haber optado por un modelo de triangulación, el análisis cualitativo se habría ampliado en la interpretación y el cuantitativo habría partido de premisas distintas en la elaboración de los instrumentos. Lo anterior nos obliga a cuestionar la idoneidad de la utilización de los métodos mixtos y las consideraciones necesarias para su realización.

Lo que orienta la elección del método mixto es la pregunta de investigación y el objetivo por alcanzar. Es frecuente que en el camino emerjan más preguntas que muestren la potencialidad de la problemática estudiada, lo que abre la posibilidad de seguir investigando en esa línea. Sin embargo, como se muestra en este estudio, es importante responder la pregunta de investigación planteada y, en futuras indagaciones, elaborar nuevas interrogantes que propongan otros senderos para analizar, discutir y aportar en torno al tema.

La convergencia de enfoques cuali y cuanti ayudan a responder problemas de investigación concretos. Los métodos en sí mismos no son válidos o inválidos, por el contrario, son los datos recogidos, los análisis realizados y las discusiones derivadas los que pueden ser cuestionados como válidos o

no. Con una visión pragmática es posible combinar los métodos vinculados por el marco teórico y temático. Creswell (2006) explica que hay aspectos que el investigador debe considerar para decidir el método relativo a la problemática específica por investigar, por ejemplo, pensar cuál es el que se adapta mejor a la pregunta de investigación: el componente cuanti para dimensionar estadísticamente el fenómeno de estudio y el cuali para entender a profundidad situaciones específicas; abordar el estudio metodológico en que el investigador tenga mayor entrenamiento; y tomar en cuenta la audiencia y las tradiciones investigativas en un campo específico. Otros elementos por considerar son los conocimientos requeridos, el tiempo y el costo al optar por los estudios mixtos.

En el estudio multimodal aquí presentado, se encontraron alcances y limitaciones para comprender el manejo de la incertidumbre en las residencias médicas. Se logró una perspectiva más amplia y mayor riqueza en la recabación de datos, también se potenció la creatividad teórica y el dinamismo metodológico en la vinculación cuali-cuanti. En cuanto al instrumento, se logró mayor fidelidad de los reactivos al ser derivado de situaciones reales, aunque la inconmensurabilidad de las situaciones posibles fue y seguirá siendo una limitación inherente al campo de lo social. En suma, lo que justifica el uso de los métodos mixtos es el pragmatismo, y no otros paradigmas epistemológicos que sustentan los diseños metodológicos, se busca la diversidad de perspectivas para analizar los datos obtenidos, encontrar significados y visibilizar aspectos ocultos que con un solo método sería más difícil identificar.

Los retos metodológicos más importantes en los métodos mixtos se hallan en distintos momentos del proceso de investigación, por ejemplo, cuando los resultados cuanti y cuali son contradictorios, o en la integración de los datos, o al hacer el muestreo o selección de los sujetos participantes en cada etapa, o en las inferencias de lo cuali en lo cuanti y viceversa. En estos momentos frágiles, la vigilancia metodológica y la justificación de las decisiones son relevantes para dar rigor y fortaleza a la investigación. A pesar de sus limitaciones, la combinación de enfoques ayuda a lidiar con aspectos complejos de la realidad y es útil para el desarrollo de conocimientos científicos.

Referencias

- Allison, J.J., Kiefe, C.I., Cook, E.F., Gerrity, M.S., Orav, E.J. y Centor, R. (1995). The association of physician attitudes about uncertainty and risk taking with resource use in a Medicare HMO. *Medical Decision Making*, 18, 320—9.
- Beresford, E.B. (1991). Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Center*, 21, 6—11.
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica*, 2(5), 11—17.
- Bourdieu, P. (1990). *El sentido práctico*. Taurus.
- Carleton, R.N., Norton, P.J. y Asmundson, G.J.G. (2007). Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *J Anxiety Disord*, 21, 105—17.
- Castoriadis, C. (1984). Institución de la sociedad y la religión. *Revista Vuelta*, 93, 4—10.
- Chell, E. y Pittaway, L. (1998). A study of entrepreneurship in the restaurant and café industry: exploratory work using the critical incident technique as a methodology. *Int J Hosp Manag*, 17, 23—32.
- Creswell, J.W. (2006). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. London: Sage Publications.
- Dewey, J., (2004). *Democracia y educación*. Morata.
- Farnan, J.M., Johnson, J.K., Meltzer, D.O., Humphrey, H.J. y Arora, V.M. (2008). Resident uncertainty in clinical decision making and impact on patient care: a qualitative study. *Qual Saf Health Care*, 17, 122—6.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3—20.
- Foucault, M. (2014). *Historia de la sexualidad*. Siglo Veintiuno Editores.
- Fuller, A. y Unwin, L. (2003). Learning as apprentices in the contemporary UK workplace: creating and managing expansive and restrictive participation. *Journal of Education and Work*, 16(4), 407—426.
- Gerrity, M.S., Earp, J.A.L., DeVellis, R. y Light, D. (1992). Uncertainty and professional work perceptions of physicians in clinical practice. *Am J Sociol*, 97, 1022—1051.

Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior*. Aldine Publishers.

Goffman, E. (2006). *Frame analysis: los marcos de la experiencia*. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Greco, V. y Roger, D. (2001). Coping with uncertainty: the construction and validation of a new measure. *Pers Individ Dif*, 31, 519—534.

Hamui, A. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 52(4), 51-67.

Hamui, L. y Sánchez, M.A. (2022). Resident training in psychopathology and uncertainty in a clinical situation. *Health*. En prensa.

Hamui, L. (2019). Entramado teórico-metodológico en la investigación de las narrativas del padecer. En L. Hamui *et al.* Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas (39—72). Manual Moderno y Facultad de Medicina, UNAM.

Hamui, L. *et al.* (2022). Interacciones y narrativas en la clínica: Más allá del cerebro. Facultad de Medicina, UNAM.

Hamui-Sutton, A. (2013). Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 2(8), 211—216.

Hamui-Sutton, A. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en Educación Médica*, 3(10), 74—84.

Hamui-Sutton, A. (2016). La pregunta de investigación en estudios cualitativos. *Investigación en Educación Médica*, 5(17), 49—54.

Hamui-Sutton, L., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S. *et al.* (2015). A typology of uncertainty derived from an analysis of critical incidents in medical residents: A mixed methods study. *BMC Medical Education*, 15(198), 1—11.

Han, P.K. (2012). Conceptual methodological, and ethical problems in communicating uncertainty in clinical evidence. *Medical Care Research and Review*, 70(1), 145—36.

Han, P.K., Klein, W.M., Arora, N.K. (2011). Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical Decision Making*, 31, 828—838.

Johnson, M.W., Gheihman, G., Thomas, H., Schiff, G., Olson, A.P.J., Simpkin Begin, A. (2022). The impact of clinical uncertainty in the graduate medical education (GME) learning environment: A mixed-methods study. *Medical Teacher*. Doi 10.1080/0142159X.2022.2058383.

Kangmoon, K., Young-Mee, L. (2018). Understanding uncertainty in medicine: concepts and implications in medical education. *Korean Journal of Medical Education*, 30(3), 181—188.

Kant, I. (2004). *Crítica de la razón pura*. Tecno.

Light, D. (1979). Uncertainty and Control in Professional Training. *J Health Soc Behav*, 20, 31—322.

Luksalte, E., Fricker, R.A., McKinley, R.K., Dikomitis, L. (2022). Conceptualizing and teaching uncertainty to medical students: an exploratory qualitative study. *Medical Science Educator*. Published online. doi.org/10.1007/s40670-021-01481-x.

Mattingly, C. (2004). Performance narratives in the clinical world. En B. Hutzitz, T. Greenhalgh, V. Skultans (Eds.) *Narrative Research in Health and Illness* (73—94). BMJ Books, Blackwell Publishing.

Millan, R. (2011). El bienestar como el nuevo "objeto" del progreso. Cinco reflexiones. *La medición del progreso y del bienestar*. FFCyT, 19—28.

Reissman, C. (2008). *Narrative methods in the human sciences*. Sage.

Sánchez, M., Hernández, M. (2014). Cap. 20 Toma de decisiones en medicina: Incertidumbre y probabilidad. En *Informática Biomédica*. (2da. ed.). Elsevier.

Schiffedercker, K.E., Reed, V.A. (2009). Using mixed methods research in medical education: basic guidelines for researchers. *Med Edu*, 43, 637—644.

Soler, C. (2013). Los constructos en las investigaciones pedagógicas: cuantificación y tratamiento estadístico. *Atenas*, 4, 85—101.

Spinelli, H. (2022). Sentir jugar hacer pensar: la acción en el campo de la salud. EDUNLa Cooperativa.

Teunissen, P.W., Wilkinson, T.J. (2011). Learning and teaching in workplaces. En T.M. Dornan, A. Scherpbier, J. Spencer (Eds.). *Medical Education: Theory and Practice* (193—210). Elsevier.

Anexo 1. Cuestionario

Escoge solo la opción que más se acerque a tu respuesta.

- I. Consulté con médicos de mayor jerarquía.
- II. Consulté con mis pares o compañeros de menor grado académico.
- III. Consulté con personal no médico (enfermeras, administrativos, etcétera).
- IV. Consulté con un comité médico.
- V. Consulté con el paciente o familiares.
- VI. Consulté con fuentes de información (libros, internet, etcétera).
- VII. Me apegué a las guías clínicas.
- VIII. Resolví sin consultar.
- IX. Delegué el proceso del incidente.
- X. Solicité estudios de laboratorio y gabinete.
- XI. Seguí otra estrategia.
- XII. No me he encontrado ante esa situación.

Las preguntas inician con: **Qué hizo cuando...**

1. Durante un procedimiento por falta de práctica cometió un error con consecuencias graves para la salud del paciente.
2. El paciente presentó alguna complicación por un error derivado de su falta de conocimiento.
3. Supervisó a un médico de menor jerarquía y se encontró con una complicación que no supo cómo resolver.
4. Se encontró con un paciente complicado y no estuvo seguro de qué acción realizar.
5. Estuvo a cargo de un paciente sin un diagnóstico certero y veía que pasaba el tiempo y se deterioraba.

6. Tuvo que enfrentar un caso médico legal y no supo cómo hacerlo.
7. Se presentó una urgencia y no pudo enfrentarla por falta de práctica.
8. Un paciente a su cargo requirió de un procedimiento del cual usted no tenía suficiente práctica.
9. Se enfrentó a un procedimiento altamente peligroso para su propia seguridad.
10. Un factor adverso impidió que usted concluyera un procedimiento.
11. Tuvo que convencer a un paciente de realizarse algún procedimiento para salvarle la vida y este no accedió.
12. Tuvo un paciente en estado crítico y el estrés bloqueó la toma de decisión.
13. El médico adscrito dificultó que se le comunicaran eventos de atención médica.
14. Tuvo que dar malas noticias inesperadas a un paciente y sus familiares y no sabía cómo expresarlo.
15. La decisión de los familiares fue en contra de las indicaciones que usted sugería.
16. Un problema en la comunicación entre médicos de diferentes servicios generó a usted una sanción.
17. Un paciente iracundo lo culpó de su situación médica sin que fuera su responsabilidad.
18. La inadecuada comunicación con el paciente le generó un problema legal.
19. Desconocía la manera de explicar una situación delicada a su paciente.
20. Tuvo problemas para explicar a un familiar los riesgos y complicaciones de su paciente.
21. Por falta de comunicación entre los residentes no tuvo la información necesaria para atender a un paciente.
22. Un paciente le demandó la información del padecimiento y usted tuvo duda de cómo expresarla.
23. En una emergencia, la coordinación del equipo de salud fue deficiente y se afectó la calidad de atención.
24. Las normas del hospital afectaron la atención del paciente.

25. En un procedimiento necesitaba de la supervisión de un médico especialista y este no estaba.
26. Se suscitó una urgencia y no contaba con el apoyo del personal médico.
27. Un paciente lo agredió a usted o al personal del hospital.
28. No había el medicamento de elección para el tratamiento del paciente.
29. Requirió la intervención de otro servicio de alguna especialidad médica y no lo obtuvo.
30. En la guardia del fin de semana se agotaron los materiales necesarios para una adecuada práctica médica.
31. Médicos de otros turnos tomaron decisiones contrarias a las indicadas por usted y causaron daño al paciente.
32. Un paciente violó las normas de la institución y usted estaba presente.
33. Ante una urgencia no encontró a la familia para tomar una decisión vital.
34. En una situación de urgencia, un servicio del hospital se niega a cooperar.
35. En una situación de urgencia requirió estudios de laboratorio y el tiempo de entrega de estos no respondía a las necesidades de la situación.
36. Dudó sobre sus decisiones médicas y no había supervisión ni retroalimentación a su trabajo.
37. Por la excesiva carga asistencial la calidad de sus consultas se estaba afectando.
38. Los familiares solicitaron no resucitar al paciente y el médico tratante no siguió esta instrucción.
39. En una situación tuvo que decidir entre la seguridad del paciente y la suya.
40. Fue cuestionado por no haber hecho un trabajo que le correspondía.
41. Asumió la responsabilidad del error de un médico de mayor jerarquía.
42. Un compañero le dijo que sabía que usted ocultó información.
43. Se dio cuenta que sus compañeros estaban realizando actos médicos inadecuados por falta de conocimientos.
44. Un médico de mayor jerarquía le ordenó asistir en un procedimiento que usted dudaba que fuera el más adecuado para la seguridad del paciente.
45. Se dio cuenta que una omisión en su trabajo tuvo consecuencias para el paciente.

PREGUNTAS EN TORNO A LA IDENTIDAD DOCENTE, DESDE LAS NARRATIVAS, LAS TEORÍAS Y LOS ENCUENTROS

Tania Vives Varela

Departamento de Investigación en Educación Médica,
Facultad de Medicina UNAM

Introducción

Agradezco la invitación de las coordinadoras de esta obra a redactar un relato de la experiencia al realizar una investigación con docentes de Medicina. Es un ejercicio de autorreflexión y una oportunidad de repensar los desafíos y las decisiones tomadas en ese momento y vislumbrar nuevos cuestionamientos para futuras experiencias de investigación.

Este capítulo se centra en un trabajo sobre la construcción de la identidad docente de profesores de la licenciatura de medicina de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM. Fue una tesis doctoral en educación en Ciencias de la Salud; por lo tanto, se desarrolló en un marco de un programa académico institucional con requerimientos académico-administrativos precisos. El interés de abordar este tema inició al reconocer que la implementación del plan de estudios 2010 de la FM en la licenciatura de Medicina incorporó el complejo discurso del enfoque educativo por competencias, el cual no era coincidente con la estructura departamental, por lo que se generaron contradicciones. Esto es, las competencias demandaron que en los programas de las asignaturas se utilizaran estrategias de enseñanza más integradoras y criterios de evaluación acordes con las maneras de enseñar.

Esta demanda implicó que los docentes se comprometieran con una nueva manera de enseñar; sin embargo, no siempre tuvieron la formación pedagógica suficiente o la motivación para hacer un cambio en su práctica. En la didáctica se dio una distancia entre el discurso de los programas académicos y el quehacer docente (Vives, 2018). Se esperaba que los docentes modificaran sus funciones tradicionales enfocadas en la explicación de contenidos hacia otras prácticas de asesoramiento y apoyo a los estudiantes, y mayores esfuerzos en la planeación y diseño de propuestas docentes que reflejaran nuevas formas de enseñanza con incorporación de las nuevas tecnologías. Este nuevo ecosistema laboral y profesional afectó de manera directa la forma en que los profesores construyen su propia identidad profesional. Era clara la necesidad de reforzar la dimensión pedagógica de la docencia y reconstruir el perfil habitual del docente de la FM para adaptarlo a los cambios actuales (Zabalza, 2007).

El presente capítulo se estructura en dos apartados, el primero presenta el contexto del estudio sobre la identidad docente y los aspectos metodológicos previos al encuentro con los profesores. El segundo se centra en el desafío de “soltar” las categorías previas, así como el asidero de los testimonios, y encontrar las aperturas entre los conceptos teóricos y dos fragmentos de las narrativas de los docentes para continuar la indagación con nuevas preguntas analíticas. Finalmente, se plantean las conclusiones.

Contexto del estudio sobre la identidad docente

En 1578 se abrió la cátedra de Medicina en la Real y Pontificia Universidad de México, con base en el programa de estudios de la Universidad de Salamanca. En este se dictaba la práctica de Prima de Medicina leyendo los textos de Galeno e Hipócrates (Fernández del Castillo y Castañeda, 1986). En los últimos dos años de la carrera, se realizaba una práctica clínica al lado de un médico reconocido profesionalmente. Desde su inicio hasta el siglo XVII, fue una enseñanza verbalista y memorística en la cual los trabajos intelectuales y los manuales estaban separados. Estos últimos no correspondían a la universidad, la práctica de la medicina era no oficial y estaba en manos de los barberos y otros manipuladores del cuerpo humano. De esta manera, se tenían dos tipos de profesionales, los médicos teóricos formados en las universidades y los cirujanos formados en las corporaciones de barberos. En el nacimiento de la enseñanza de la Medicina hay un divorcio entre teoría y práctica, separación que hoy en día sigue siendo un reto para la enseñanza de la Medicina.

En 1833 se suprime la universidad y se sustituyen algunas facultades, creando establecimientos, entre ellos, el de Ciencias Médicas; su plan de estudios constituyó un notable progreso porque unificó la medicina con la cirugía. Es en este momento cuando realmente se inicia la práctica clínica y es también cuando se sustituye a las antiguas mezclas por medicamentos químicos y las sangrías desaparecen como medidas terapéuticas. La fundación de este establecimiento se reconoce como el origen de la actual Facultad de Medicina de la UNAM (Fernández y Castañeda, 1986).

Cien años después de inaugurado el Establecimiento de Ciencias Médicas, en la Escuela de Medicina se incrementaron los trabajos de laboratorio con el propósito de desterrar la enseñanza con clases expositivas (verbalista y memorística). En esa época predominaba un interés más dinámico o funcional de la medicina frente al puramente anatómico o estructural. En 1938, se incluye el servicio social como requisito de la formación médica y en el currículo se incorporaron aspectos psicológicos y sociales como conocimientos imprescindibles para el estudio de la salud. La influencia del reporte de Abraham Flexner (Pereira, 2019: 62) dio un fundamento científico a la enseñanza de la medicina. Dicho modelo flexneriano colocó como fundamental la dimensión biológica de la enfermedad y la atención al individuo basada en la "departamentalización" del conocimiento y la especialización de la práctica médica. Enfatizó que la atención médica se fundamentara en las ciencias básicas (anatomía, fisiología, bioquímica, entre otras), esto se tradujo en planes de estudio con dos años de formación en ciencias básicas para poder ingresar a la formación clínica (Frenk *et al.*, 2010).

Como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, la medicina evolucionó de una orientación general hacia las especialidades, y de una práctica liberal gradualmente se convirtió en una medicina institucionalizada. A partir de la década de los cincuenta surgieron los primeros congresos internacionales de especialidades médicas y de educación médica, los cuales impulsaron a la FM a realizar de manera permanente modificaciones en sus planes de estudio (Gasca, 1997).

Desde 1960, se consolidó la estructura departamentalizada, en reemplazo de la anterior estructura de cátedras. Desafortunadamente, los departamentos, más que centrarse en la investigación y la docencia, han adquirido un tinte más administrativo, que distribuye cursos y reglamenta la enseñanza, integra a los profesores de acuerdo con los perfiles académicos acordes con las asignaturas que se ofrecen dentro de una estructura curricular.

En los años setenta, la masificación de la enseñanza en nuestro país, caracterizada por el incremento de la matrícula escolar, la improvisación de docentes y de aulas, suele calificarse como un proceso “de profesionalización salvaje”; durante 15 años en México se incrementaba el personal docente universitario en 424%, requiriendo de la producción de casi diez profesores de nivel superior cada día sin interrupción durante 15 años, de 1970 a 1985. La UNAM en 1972 tenía una población estudiantil de 131 mil 442; en 1977, la población creció más del doble, a 271 mil 266 estudiantes. En estos últimos veinte años, la FM ha experimentado modificaciones sustantivas que organizan y actualizan sus propuestas formativas, estos cambios van desde la masificación que implicó la llegada de grupos de estudiantes cada vez más heterogéneos y la necesidad de contratar de manera masiva nuevos docentes, hasta la reducción de fondos, asimismo, desde una nueva cultura de la calidad a nuevas orientaciones pedagógicas, incluyendo el enfoque por competencias, la incorporación de las nuevas tecnologías y la enseñanza a distancia. Dichas reformas han estado sujetas a dos tendencias, por un lado, la presión de la globalización e internacionalización de los estudios y programas y, por el otro, la influencia del contexto político, social y económico (Brunner, 1990).

Los docentes de la Facultad de Medicina

En las profesiones de la salud, el explosivo crecimiento de conocimientos y de las nuevas tecnologías ha generado especializaciones y subespecializaciones que fragmentan el conocimiento, el trabajo médico y la práctica docente. Los currículos de las escuelas de medicina, ante la aceleración de información, conocimientos y avances tecnológicos son difíciles que caminen paralelamente; por lo tanto, es frecuente que estén desactualizados y con poca adaptación al contexto social (Frenk *et al.*, 2010). Al interior de la FM esto se traduce en una compleja división interna cuyas bases de operación son heterogéneas y desiguales; por ejemplo, el estatus del docente especialista y el médico general, el investigador y el docente de asignatura contratado por pocas horas; el profesor no médico de informática y el profesor médico de farmacología.

Desde el momento del estudio, la FM cuenta con el Plan de Estudios 2010 con un currículo mixto, con la estructura departamental por asignaturas y la integración del enfoque educativo por competencias. Son tres mil 721 docentes, 79.38% son profesores de asignatura que combinan otras actividades académicas y clínicas con la docencia; 7.75% son profesores de carrera, 3.85% son ayudantes de profesor (principalmente estudiantes avanzados o médicos de reciente egreso) y 8.68% son técnicos académicos (Plan de Estudios 2010).

El docente de la FM es el responsable de poner en práctica los programas académicos del Plan de Estudios 2010; además, su enseñanza es un modelaje de maneras de ser y actuar tanto en la profesión como en la vida misma. Desde el momento que inicia su práctica docente, comienza a construir una identidad profesional docente. Esta construcción es un camino en constante movimiento y transformación, principalmente por la influencia de las interacciones con estudiantes, pares y autoridades, así como por la manera en que el contexto lo interpela. A mayor nivel de satisfacción personal y laboral, los docentes incrementan la calidad de su práctica educativa, lo que hace posible que la FM evolucione y mejore sus procesos formativos (Zabalza, 2007). Es decir, el desarrollo de una IPD sólida es esencial para el buen desempeño docente (Adams, 2013).

Abordaje metodológico

En este estudio se indagó la construcción de la identidad profesional de los docentes de la fase I del Plan de Estudios, que comprende los dos primeros años de la carrera de Medicina. En esta fase, los estudiantes inician su formación médica con la adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes y valores aprendidos, en gran medida, por el modelaje de sus profesores.

Se abordó el concepto de *identidad* como una construcción factual, en las interacciones sociales, por lo tanto, el sujeto no resulta una producción individual sino, más bien, social, variable y moldeable contextualmente, no existe un verdadero *self* esperando ser descubierto, en cambio, sí una multitud de seres encontrados en los diferentes tipos de prácticas del discurso (Edwards y Potter, 1992; Foucault, 2009; Potter y Wetherell, 1987). En suma, para el estudio se partió del enfoque de la identidad como modo de comprensión de los fenómenos sociales. Se entendió como una construcción en las interacciones sociales; por lo tanto, el sujeto no resulta de una producción individual sino, más bien, social, variable y moldeable contextualmente (Gutiérrez, 2007). La identidad profesional docente se concibió desde esta visión.

Además de cómo los docentes representan sus funciones y sentimientos, la identidad profesional docente constituye una construcción social que surge tanto de un legado histórico como de una transacción. Se trata, por un lado, de la identidad que resulta del sistema de relaciones entre partícipes de un mismo sistema de acción; por otro lado, de un proceso histórico de transmisión entre generaciones, de reconocimiento institucional y de interiorización individual de las

condiciones sociales que organizan cada biografía. Es una construcción dinámica y continua, a la vez, social e individual, resultado de diversos procesos de socialización entendidos como procesos biográficos y relacionales, vinculados a un contexto (sociohistórico y profesional) particular en el cual esos procesos se inscriben (Dubar *cit. pos.* Vaillant, 2007). A la vez, lo anterior orienta la manera de dar clases, de interactuar con sus alumnos, colegas y de solucionar situaciones críticas en el ejercicio docente (Mastro y Monereo, 2014).

Se retomaron los conceptos de *lucha de capitales* y de *habitus* (Bourdieu, 1990) y el concepto de *poder* de Foucault. Los dos autores expuestos se eligieron porque enfatizan la relación de las prácticas y discursos con las estructuras sociales y consideran en las interacciones las relaciones de poder que enmarcan las dinámicas del quehacer docente. En el momento del estudio (2014-2017), la FM se encontraba todavía en una gran movilización por los cambios curriculares implementados en el año 2010, los cuales demandaban a los docentes nuevas exigencias en su roles y responsabilidades. Las ideas de Bourdieu permitieron ver la FM como un campo educativo donde hay una estructura con luchas de capitales que configuran las prácticas educativas; esto es, el *habitus* de los docentes como sistema abierto de disposiciones que se confronta con las modificaciones curriculares, que conllevan a experiencias nuevas y el campo es afectado por ellas (Calderone, 2004); así como algunas acciones cotidianas de los docentes como una manera de refrendar las reglas de la FM para formar parte del campo de la institución y construir un capital que sea valorado y reconocido por los demás (Hamui, 2015).

De lo anterior se afinaron las preguntas que guiaron el proceso de investigación y que versaron en indagar sobre si los docentes contaban con espacios de formación pedagógica y de acompañamiento e intercambio con sus pares, cómo se entretajan las relaciones de los profesores con sus pares en el sistema de la FM para construir su IPD, qué interacciones con los estudiantes son significativas y los sentimientos y emociones vividos, qué implica ser médico, biólogo, químico, entre otros; en la construcción de la identidad docente, cuáles son las prácticas que lo identifican como docente, la relación entre la investigación y la docencia y cómo esta relación afecta en su *habitus*, y los ofrecimientos en la remuneración económica y los estímulos en las condiciones de contratación.

Para la selección de los docentes y abarcar el “universo” en cuanto a las características de estos, se consideraron a quienes impartían las asignaturas de las tres áreas del Plan de Estudios 2010: 1) Bases Biomédicas de la Medicina,

2) Área Clínica y 3) Bases Sociomédicas y Humanísticas de la Medicina. Se contemplaron también otros estamentos: el tipo de nombramiento [contratación de tiempo completo/por asignatura (horas)], su formación disciplinar (médico/no médico) y el sexo (masculino/femenino).

Para acercarme a las narrativas de los docentes con herramientas de análisis dinámico, cimentadas en supuestos de no-linealidad e interactividad que dieran cuenta de los patrones generales de relación conformados por los fenómenos grupales y que ofrecieran una visión de carácter fenoménico y procesual del modo en que los sujetos construyen su visión de la realidad social y de su propia identidad (Scandroglio *et al.*, 2008), se eligió la técnica de la entrevista narrativa semiestructurada. Este tipo de entrevista se consideró como el procedimiento más fiable, versátil y flexible para establecer una conversación con una línea argumental (Albert-Gómez, 2007) y recorrer la vida personal y profesional de los mismos, como sus propias concepciones sobre la enseñanza, la disciplina médica y su trayectoria de vida docente. Se buscó superar la clásica dicotomía preguntas-respuestas y crear una situación de encuentro que animara y provocara a las y los entrevistados a contar su historia como docentes (Souza, 2020).

En el caso de esta investigación, la elaboración de la entrevista semiestructurada fue fundamental para co-construir los relatos de la trayectoria de los docentes en su quehacer profesional. Esta estaba compuesta de algunas categorías apriorísticas (Cisterna, 2015) relacionadas a conceptos relevantes acerca de los estudios realizados sobre la identidad docente, por ejemplo, las dimensiones planteadas por Mastro y Monereo (2014) y por Zabalza (2007). Los autores señalan la práctica educativa, el papel que desempeña el profesor, así como sus creencias y estrategias para enseñar y aprender. Enfatizan los sentimientos que le provoca esta práctica; resaltan el papel profesional del docente (dimensión profesional) y en la dimensión personal señalan la relevancia de los sentimientos asociados a la docencia. Zabalza (2007) agrega la importancia de la contratación y condiciones de trabajo (dimensión laboral), tales ideas fueron teorías sustantivas.

Además, se incorporaron los conceptos anteriormente mencionados de Bourdieu y Foucault como teorías de rango intermedio para mantener un foco conceptual a lo largo de la investigación (Goetze y LeCompte, 1988), como un sistema inicial de relaciones conceptuales que no fungiera como una teoría previa para la búsqueda de datos que se correspondan, sino como una orientación abierta al descubrimiento, como un marco referencial preliminar, dispuesto a

enriquecerse en las fases sucesivas del estudio (Bolseguí y Fuguet, 2006). Los cuestionamientos en este momento fueron los que tradujeron los conceptos teóricos y disciplinarios en enunciados interrogativos con lenguaje de sentido común para las y los participantes en el estudio (Hamui y Vives, 2022). Así la guía de entrevista fue elaborada con estas nociones en términos coloquiales adecuados al contexto de las y los docentes.

En relación con la labor del entrevistador en el proceso de investigación, las y los investigadores constituimos con nuestras vidas nuestras investigaciones (Serrano, 2015, *cit. pos.* Porta, 2018), por lo tanto, la definición metodológica de una entrevista incluye nuestro cuerpo en su totalidad, nuestras pulsiones, que tiene que ver con la propia ubicación en el mundo, que incluyen los prejuicios, los saberes previos, las informaciones, la socialización y los conocimientos. El investigador es el principal instrumento de investigación, la capacidad hermenéutica, de crear conexiones conceptuales, la intuición y la creatividad se convierten en elementos clave del proceso de investigación (Taylor y Bogdam, 1986, *cit. pos.* Bolseguí y Fuguet, 2006).

Oquedades entre los conceptos teóricos y las narrativas: nuevas preguntas analíticas

Para indagar la identidad docente, es fundamental resaltar las experiencias en las interacciones que los docentes establecen con los diversos agentes involucrados (docentes, estudiantes, autoridades, administrativos, entre otros). En este sentido, las narrativas (tanto en la manera como se estructuran y los agentes que los producen) desvelan el sentido de las experiencias interpersonales (Sánchez y Hamui, 2022); no así 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” (Sánchez *et al.*, 2022: 190).

Para co-construir las narrativas de los docentes, sin perder las texturas, las tensiones y no alejarnos de un espacio dinámico en devenir (Jackson y Mazzei, 2012), los conceptos teóricos anteriormente mencionados fueron solo un marco referencial preliminar. Las narrativas fueron construyéndose en los encuentros en las entrevistas. Un primer momento fue la disrupción del binomio teoría/práctica, sujeto/objeto, adentro/afuera, investigado/investigador (Hamui y Vives, 2022), que dio lugar a que aparezcan los andamios para ser conectados; esto es, las narrativas y los conceptos teóricos se figuraron como tablados que se enchufaron y generaron

espacios, crearon oquedades que no tienen significado hasta que no son conectadas con otros espacios y que, a su vez, generan significados temporales que escapan y se puede transformar en cualquier momento. Mostrar la flexibilidad de las narrativas y los conceptos teóricos al ser tensionados para desvelar nuevos conocimientos (Hamui y Vives, 2022).

Lo anterior implicó desterritorializar los datos (Jackson y Mazzei, 2012), las narrativas, los conceptos teóricos y uno mismo como investigador. Es un devenir en constante construcción como sujetos que narramos, como investigadores que co-construimos las narraciones con nuestras preguntas y escucha, así como la identidad que está en constante cambio y transformación (Potter y Wetherell, 1987).

En este ensamblaje entre las narrativas y los conceptos teóricos que genera huecos es donde pueden surgir nuevas preguntas analíticas desde una visión hermenéutica de las narrativas. Esto fue el principal desafío en este trabajo. Implicó “soltar” las categorías previas, concebir que las narrativas no son la experiencia misma de los profesores, que el proceso narrativo ordena, filtra, y se interpreta el contenido del relato. Desacoplar el asidero de los testimonios, reconocer que las y los informantes escogen lo que callan y lo que incluyen en sus relatos y que no hay nada acabado ni en estado puro. Partir de sus historias para enchufar los conceptos teóricos y sus trayectorias como docentes y estar atentos al abanico de posibles interpretaciones y cuestionamientos que emergen de los huecos del ensamblaje de las ideas conceptuales de los autores retomados (Foucault y Bourdieu) y las narrativas (Hamui y Vives, 2022).

Lo anterior, es un movimiento continuo de hacer y deshacer para generar conocimientos y nuevas preguntas analíticas donde se relacionen “el campo de la realidad [datos, teorías, métodos], el campo de la representación [producción de nuevos conocimientos, cuestionamiento de los significados estables] y el campo de la subjetividad [del investigador involucrado en el proceso como interlocutor con los teóricos y los informantes]” (Hamui y Vives, 2022: 100).

A continuación, a manera de describir algunos de los resultados, presento las interpretaciones de dos preguntas analíticas surgidas en el camino del trabajo. Muestro cómo el ensamblaje de las narrativas y los conceptos teóricos abrieron dichos cuestionamientos y su posible interpretación como respuestas temporales, momentáneas y flexibles. Reconozco el reto señalado por Bustelo y Miguez

(2020), de intentar no traicionar la confianza y la intimidad que compartí con los docentes y sus narraciones. Pretendo no cristalizar ni imponer a las interpretaciones una sola forma de ensamblar, sino más bien presentar una visión abierta al diálogo, que suscite reflexiones pedagógicas para comprender las experiencias de los docentes.

Fragmento 1. Primera apertura, dilemas en las concepciones de la enseñanza

Los docentes de la FM se encuentran en un campo social, en el que participan agentes de diversas disciplinas (médicos, biólogos, químicos, ingenieros, veterinarios, entre otros), donde se dan múltiples interacciones. Todos asumen el compromiso de participar en la formación de médicos y de seguir los lineamientos de los programas académicos de las asignaturas que imparten, y cada profesor percibe, interpreta e incorpora el conocimiento y las leyes del juego de la FM, lo que configura su práctica educativa.

Esta práctica educativa, Bourdieu (1990) la denomina *habitus*, que es el conjunto de modos de ver, sentir y actuar que se aprende y moldea a través de la estructura social de un campo. Los docentes se encuentran en la misma estructura educativa y todos incorporan las políticas, reglas, el organigrama y las tareas que les encomiendan, es decir, hay una homología estructural. Convierten las disposiciones objetivas (estructurales) en disposiciones subjetivas para su toma de decisiones y las acciones que realizan como profesores, esto es, la estructura de la FM predispone, en gran medida, el *habitus* de los docentes, pero cada profesor de acuerdo con su percepción y apreciación interioriza los elementos de la estructura.

En las narrativas de los docentes se identificaron varios dilemas, uno de ellos fue la concepción de la enseñanza que presenta dos polos, uno centrado en el profesor (enseñanza) y, el otro, en el alumno (aprendizaje). En este sentido, al preguntar a un docente de la asignatura de Biología Celular y Tisular con más de 25 años de práctica docente acerca de la dinámica de sus clases, inició su relato:

Si [los estudiantes] ven la puerta cerrada del salón, es porque ya son 10 minutos de tolerancia y ya no pueden entrar. [Describió]:
—En mis clases, los estudiantes tienen que estar atentos para que escuchen las explicaciones de lo que viene en los libros y que muchas veces no comprenden cuando ellos solos los leen; sin una explicación anterior, no entienden lo que viene en los libros, llegan con grandes

rezagos de la prepa, del CCH, no saben leer, no comprenden cuando leen, entonces uno tiene que ser el que les da las bases. Es mucha información lo que viene en los programas y si ellos no tienen las bases de comprender lo básico, regresamos a lo mismo, a ir arrastrando un rezago.

Al comentar sobre qué significa enseñar a estudiantes en Medicina, comentó:

La medicina son muchísimos conocimientos que cada día avanzan, los alumnos deben tener las bases para entender todo lo que viene, sin ellas es como aprender las cosas por encima y no saber que todo el conocimiento nuevo se basa en la ciencia, que no son inventos y descubrimientos solo porque la tecnología avanza, y eso es también lo que tenemos que hacer los profesores, aterrizar a los estudiantes y que no vayan por la vida pensando que en el internet van a encontrar todas las soluciones.

La narrativa de la experiencia es siempre una narrativa de sí y se involucra en la construcción social de la identidad personal y profesional (Contreras y Pérez de Lara *cit. pos.* Leite y Suárez, 2020). En la acción de narrar, el docente no solo se re-conoce, también se re-crea a sí y a su comunidad y los contextos cotidianos e históricos. Su relato podría comprometer su participación singular como una experiencia colectiva y plural. Lo que acontece al docente se encuentra entre coordenadas históricas, económicas, sociales, culturales, políticas, que también son interpretadas por el narrador mediante su relato. Las acciones narradas del docente se dan en el lugar del salón de clases de la FM, es el escenario en que confluyen dimensiones que prefiguran los acontecimientos a narrar y la enunciación narrativa misma. También delimitan su posición como docente en acción y una posición de enunciación, de alguien que dice algo respecto de otros, en este caso, los estudiantes y el contexto educativo previo de los mismos (Leite y Suárez, 2020).

En la narrativa del docente, emergen reflexiones pedagógicas y didácticas situadas en un campo (la FM), en donde se identifican indicios de la incorporación de modos de hacer y actuar, que abre un lugar a la siguiente pregunta, ¿cómo se representan los dilemas en torno a las concepciones de la enseñanza de los docentes al reproducir el *habitus* en las interacciones y relaciones de poder con los estudiantes en la estructura de la FM? El docente se inclina hacia un actuar más cercano a una postura tradicional centrada en la

enseñanza, ha incorporado el orden y la disciplina como un modo de interacción con los estudiantes, las clases expositivas y la explicación de los textos, sin dar mucho lugar a las aportaciones reflexivas y creativas de los estudiantes, que denotan la reproducción de un rol pasivo y receptivo por parte de estos.

En esta postura se asume que el buen docente es el que maneja bien los contenidos de su asignatura y explica y argumenta claramente los contenidos temáticos de los programas para que los estudiantes construyan bases firmes de conocimiento. De acuerdo con Mastro y Monereo (2014), las representaciones sobre el rol profesional están relacionadas con la construcción de la identidad profesional docente. Esta visión pedagógica más tradicional tiene como eje el papel de ser especialista de un contenido (farmacología, fisiología, anatomía), cuya labor consiste en transmitir ese conocimiento científico exacto y riguroso que permite encontrar causas y efectos y con ello realizar predicciones basadas en datos objetivos.

La crítica de las posturas pedagógicas centradas en el alumno a esta perspectiva es que se trata de un modelo academicista que desatiende las necesidades de los estudiantes y el apoyo que requieren para alcanzar un aprendizaje significativo (Torre y Barrios, 2000). Sin embargo, las ventajas de guiar al alumno de la mano como un tutor que apoya al estudiante para adquirir conocimientos y habilidades ha sido un rol valorado porque actúa en un marco de relación de soporte para ayudar al estudiante a enfrentar los retos en su vida académica (Harden y Crosby, 2000).

La visión de los estudiantes como jóvenes mal preparados, con rezagos académicos es característica de una postura pedagógica tradicional. En la enseñanza tradicional se visualizan más fácilmente las relaciones de poder y sometimiento porque el docente se muestra como una autoridad y también como el modelo y el ejemplo a seguir. Cuando el docente expresó que “lo que tenemos que hacer los profesores es aterrizar a los estudiantes y que no vayan por la vida pensando que en el internet van a encontrar todas las soluciones”, denota la concepción de que el estudiante debe acatar sin réplica las instrucciones del profesor.

En este sentido, concebir a los estudiantes mal preparados, como si fueran recipientes vacíos, se piensa que el docente tiene el poder de moldearlos, remediar sus deficiencias y llenarlos de conocimientos. Al cerrar la puerta a los 10 minutos de iniciada la clase para que los estudiantes ya no puedan entrar,

al aterrizarlos para que busquen información solo en los espacios legitimados por el docente, es una forma de castigo sutil, de control que, de acuerdo con Foucault (1975), no deja de tomar el cuerpo como objeto y blanco del poder. La disciplina contiene así una manera específica de castigar, de penalizar con el fin de que todos los alumnos del grupo se homogenicen, que todos actúen igual para que sus reacciones y respuestas sean previsibles. Para Foucault (1975), la acción pedagógica no es una actividad docente aislada, sino el efecto de inculcar normas culturales que de manera arbitraria realizan los docentes; muchas veces sin darse cuenta están reproduciendo las relaciones de jerarquía y poder que se dan en el contexto.

Fragmento 2. Nos retribuimos, pero no me alcanza para la gasolina

Las diferencias contractuales someten a los profesores de la FM a una lucha por el capital cultural y económico. La seguridad laboral y económica en los docentes es muy diferente de acuerdo con su tipo de contratación. La masificación estudiantil en la FM la ha enfrentado a fenómenos como la feminización, la reprobación, la deserción (Rama, 2009) y en la modificación del ejercicio de la docencia. En los cincuenta, los profesores impartían cátedras en la Facultad y simultáneamente ejercían su profesión como fuente principal de ingresos. El ejercicio de la docencia tenía un gran prestigio y se consideraba como una función cuasi honorífica que permitía a todas las universidades desarrollar la función docente a un costo relativamente bajo.

El aumento de personal académico con funciones docentes también impulsó a incrementar la contratación de profesores de tiempo completo. Aunque esta figura contractual sigue siendo reducida, estos profesores actualmente ya no viven para la universidad, sino que la mayor parte o todos sus ingresos provienen de sus actividades docentes y de investigación en la institución. Es la figura de un nuevo tipo de profesional docente, un intelectual que, como señala Brunner (2007), vive de la cultura y no para la cultura, como lo quería la universidad tradicional.

Otra consecuencia de la masificación de la universidad ha sido la caída relativa del salario de los docentes y de los profesionales. El crecimiento de la matrícula ha promovido mayor demanda de empleo sobre los docentes universitarios. Cada vez es más frecuente la modalidad de contratación por horas con un horario más flexible para que los profesores combinen su labor docente con otras actividades profesionales.

A manera de una descripción muy general, hay principalmente dos tipos de contrataciones para los docentes en la FM: los profesores de asignatura, quienes son remunerados en función del número de horas de clase que imparten frente a grupo, pudiendo otorgar cátedra en una o varias asignaturas. Entre algunos de los requerimientos de ingreso para la categoría "A" se encuentran los estudios y grados académicos, así como la acreditación de un curso introductorio a la docencia, o contar con la experiencia de haber sido ayudantes de profesor; para la categoría "B" se requiere demostrar experiencia, haber trabajado cuando menos dos años en labores docentes en la categoría "A" y haber publicado trabajos que acrediten su competencia en la docencia. Los profesores de carrera (7.7% de la planta docente) son quienes dedican a la universidad medio tiempo o tiempo completo en la realización de labores académicas.

Hay diversas categorías y niveles en relación con los criterios de contratación. Para el ascenso de categorías y niveles, los requisitos se basan principalmente en los grados académicos, el número de publicaciones, los años de experiencia docente y el número de formación de recursos humanos (UNAM, 2016). Son quienes tienen acceso a diversos estímulos otorgados por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA). El campo de la FM ofrece a este pequeño grupo de docentes la posibilidad de entrar en un juego de luchas de capitales que se traducen en participar en concursos donde se demuestran conocimientos, habilidades y productos que incrementan sus capitales culturales y económicos. Conforme cumplen años de antigüedad, van adquiriendo los derechos para concursar por programas que otorgan porcentajes de su salario, así como en Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza y en Programas que Apoyan Proyectos de Investigación e Innovación (DGAPA, 2015).

Al narrar sus experiencias durante la entrevista, un docente contratado por asignatura con categoría "A" comentó al respecto de su contratación:

Somos como personal transitorio, en cualquier momento te pueden decir adiós, si eres solo de asignatura, no tienes la posibilidad de competir, de buscar una mejor remuneración y estímulos, estás como fuera de la jugada. No hay seguridad, el tipo de contrato en el que estamos, y sé que somos muchos así, por ejemplo, si uno quiere pedir un préstamo en un banco, creo que no te lo dan. Aunque la FM nos da muchas otras cosas, prestigio, porque ser profesor de la UNAM sí tiene cierto peso en otras escuelas; en otros lugares, por ser profesor de la FM te contratan y pagan mejor, es como una carta de presentación fuerte para obtener ingresos en otros lugares, muchas veces en escuelas privadas. En mi caso es así, sí doy clases en otra universidad, pero también lo que me da ser profesor de la FM es retribuirle a la UNAM lo que me dio cuando era estudiante, eso me da más gusto, aunque de eso no pago la gasolina.

Este fragmento de su narración permitió captar las grandes diferencias de contratación. Retomando a Bourdieu (1990), también reflejó las desigualdades y luchas por el capital económico y cultural que se dan tanto en las interacciones dentro de la FM como en otros contextos educativos paralelos a su práctica docente en la Facultad. La narrativa desde una visión poscualitativa no es una visión de la realidad, porque implican una filtración y sobreinterpretación por parte de quien narra (Jackson y Mazzei, 2012).

Retomo la narrativa como un andamio que invita a ensamblar las ideas de los conceptos teóricos y cuestionar de qué manera las diferencias contractuales someten a los profesores de la FM a una lucha por el capital cultural y económico, quiénes quedan en una posición con más o menos posibilidades de entrar al juego. Las preguntas analíticas estrechan las teorías a los datos, a las narrativas, y más que explicar el sentido que los sujetos participantes dan a sus actos y experiencias, invitan a la reflexión y a nuevas búsquedas interpretativas (Hamui y Vives, 2022).

En el relato, el docente inicia posicionándose en un lugar fuera del juego de la lucha de capital económico en el campo de la FM: "Somos como personal transitorio, en cualquier momento te pueden decir adiós, si eres solo de asignatura no tienes la posibilidad de competir, de buscar una mejor remuneración y estímulos, estás como fuera de la jugada". Los docentes construyen su IPD a partir de su *habitus*, que se compone de experiencias singulares que están sujetas a las reglas del juego de la FM. Parece que en el *habitus* del docente de asignatura no se logra incorporar la posibilidad de acceder y luchar por un capital económico en el juego contractual de la FM. Lo que implica mayor incertidumbre en relación con la permanencia como docente en la institución y puede afectar sus prácticas cotidianas, obstaculizar la significación emocional y de valor para construir su identidad docente.

Desde la perspectiva sociopsicológica, evaluar de manera negativa la pertenencia a la FM disminuye el compromiso afectivo con la institución (Tajfel *cit pos.* Scandroglio *et al.*, 2008). La narración continúa con la endeble seguridad económica y la poca oportunidad que este tipo de contratación presenta para buscar un capital económico en la estructura social de préstamos bancarios. Sin embargo, hay un "aunque" en su relato, que conecta con un beneficio y capital cultural adquirido por ser docente de la UNAM que le permite luchar por un capital económico en otras instituciones educativas: "Aunque la FM nos da muchas otras cosas, prestigio, porque ser profesor de la UNAM sí tiene cierto

peso en otras escuelas; en otros lugares por ser profesor de la FM te contratan y pagan mejor, es como una carta de presentación fuerte para obtener ingresos en otros lugares, muchas veces en escuelas privadas”.

Responder a la aceptación de una remuneración económica no satisfactoria implica considerar un complejo entramado multifactorial de aspectos de la trayectoria personal, de elementos sociales, culturales y económicos de la realidad de nuestro país. Sin embargo, en este relato hay una razón de peso para pertenecer a la planta docente de la FM. Además del capital cultural que abre las puertas en otros espacios laborales con una mejor remuneración económica, también se encuentra la valoración de la riqueza de experiencias académicas y personales que ofrece la UNAM.

Como egresado, laborar en la FM fue una manera de retribuir a la institución lo que esta les aportó en su formación profesional. El prestigio de la FM está unido a la historia de la UNAM. En 1944, en el periodo posrevolucionario, bajo la presidencia de Ávila Camacho, se buscó una educación nacional que creara un espíritu nacionalista, y en el contexto de esa nueva política educativa la Universidad Nacional se convirtió en el eje fundamental del sistema educativo, porque tenía la responsabilidad de formar cuadros profesionales para que el país se desarrollara dentro de la modernidad. En la “época dorada” de la UNAM, mantuvo su posición privilegiada dentro del sistema educativo nacional; en 1952 se tomó la decisión formal de construir Ciudad Universitaria, con lo que consolidó su primacía en el país. A pesar de que se ha incrementado el número de universidades públicas y privadas, actualmente la UNAM, el Tecnológico de Monterrey y el Politécnico Nacional se mantienen como las mejores universidades de México en el *ranking* anual de *US News & World Report*, la UNAM obtiene las máximas puntuaciones en México.

Los docentes de la FM por lo general orientan su elección laboral más hacia un polo intelectual que al polo económico. Reproducen, a veces sin saberlo ni quererlo, un orden social al que se está acostumbrado, a que el capital económico no se encuentra siempre relacionado con el mundo intelectual. Estos principios de visión son fruto de esquemas de acción que orientan a la percepción y a las respuestas de acción. El *habitus* de los profesores de la facultad es el sentido práctico que los lleva a formar parte de un juego en el que se privilegia al capital cultural. Parece ser que el esquema de contratación de la FM quedó anclado en la tradición de desempañar la función docente en la Universidad como casi honorífica, lo que estuvo muy lejos de dar respuesta a las necesidades socioeconómicas de un profesor.

La narrativa termina con el epílogo como acción no concluida que guarda relación con toda su narrativa: el gusto de retribuir a la UNAM, pero no poder pagar la gasolina con los honorarios obtenidos por la labor docente en dicha institución. Su identidad docente se dibuja entre la satisfacción, la falta y el descontento. Descifrar los testimonios, sus ambigüedades, las transgresiones a sus propias expresiones y la visión del investigador y su teoría amplía y reconfigura (Jackson y Mazzei, 2012) las posibilidades para continuar con nuevas preguntas.

Conclusiones

Integrar algunos conceptos de Bourdieu y Foucault para entender la identidad profesional de los docentes como un factor determinante en sus interacciones sociales y en sus prácticas, y cómo estas mismas prácticas y relaciones sociales modifican la identidad, permitió colocar la lupa en interpretar cómo los docentes construyen su identidad a partir de su *habitus* que se compone de experiencias singulares que están sujetas a las reglas del juego de la FM. También permitió entender la identidad como una construcción por discursos que se traducen en prácticas educativas que, a su vez, están asociados con el poder.

Invitar a los docentes a contar sus experiencias, a participar en un contexto de confianza en un proceso dialógico de interpretación y construcción del relato implicó que tomaran una posición frente a lo que se cuenta, es decir, una posición que me interpela (como investigadora), que generara una relación intersubjetiva en el proceso de investigación, que va más allá de una cuestión dialógica, para tornarse epistemológica. Así, el ensamblaje entre dichos conceptos y las narrativas co-construidas entre los docentes y la investigadora (Rivas, *cit. pos.*, Márquez *et al.*, 2017) no responde a una aplicación de los conceptos teóricos a las narrativas, responde más bien a componer un andamio (Jackson y Mazzei, 2012) tal vez momentáneo que detone nuevos cuestionamientos.

Al relatar las historias de vida se abre un proceso generador de la identidad, narrar no es solo expresar las secuencias de los roles asumidos, el relato mantiene abierta la pregunta por el proceso generador de la identidad; no es solo recorrer el entramado o la secuencia de posiciones de rol, implica reconocer a los productores de los relatos heredados (familiares, comunitarios, societarios) y a los destinatarios de los propios relatos (Marinas, *cit. pos.*, Márquez *et al.*, 2017). Las narrativas comunican temporalmente la existencia, permiten analizar la identidad en acción expuesta a los cambios y cuestionamientos (Aceves, *cit. pos.*, Márquez *et al.*, 2017).

La identidad no se acaba de construir, está en tránsito, en continuo cambio, las narrativas también se reconstruyen, por lo tanto, los huecos que aparecen en los andamios entre los conceptos teóricos y los relatos se colocan en suspenso, abiertos a otras interpretaciones y conexiones. Me pregunto, ¿cómo lograr una escritura que no sea un estorbo y cristalice el devenir narrativo de los profesores y se abra a los sentidos plurales que estos relatos posibilitan, sin agotar y cerrar los posibles entrecruces entre los conceptos teóricos y las voces de los docentes?

Termino este escrito con una respuesta tentativa a la pregunta anterior, podría ser que al no perderse en la metodología (la transcripción, la codificación, sistematicidad, entre otros, que a menudo desvía la atención de cuestiones más fundamentales de la epistemología) (Lather, *cit. pos.* Adams St. Pierre, 2014), se abra el reconocimiento de que los conceptos teóricos traen consigo la epistemología y la ontología de los autores. Lo anterior, por un lado, favorecería la coherencia en los pasos a seguir durante el proceso de indagación y las teorías que servirán de andamios y, por el otro, ayudaría a no pensar las narrativas como "voces" únicas que esperan ser liberadas por las o los investigadores (Adams St. Pierre, 2014); reconocer que los andamios se pueden conectar de diferentes formas y las preguntas que se generan entre ellos pueden formularse desde varios lugares. Por lo tanto, las respuestas no son un desenlace, son la posibilidad de postergar los encuentros definitivos.

Referencias

- Adams, K. (2013). Practice teaching: professional identity and recognition. *Community Pract.* 10, 20—3.
- Adams St. Pierre, E. (2014). A Brief and Personal History of PostQualitative Research Toward "Post Inquiry". *Journal of Curriculum Theorizing*, 30(2), 2—19.
- Albert-Gómez, M.J. (2007). *La investigación educativa*. Claves teóricas. McGrawHill.
- Bolseguí, M. y Fuguet, A. (2006). Construcción de un modelo conceptual a través de la investigación cualitativa. *SAPIENS*, 7(1), 206—232.
- Bourdieu, P. (1990). *Sociología y cultura*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- Brunner, J. (1990). *Educación superior en América Latina: cambios y desafíos*. FCE.

Brunner, J. (2007). *Universidad y sociedad en América Latina*. Universidad Veracruzana/ Instituto de Investigaciones en Educación.

Bustelo, C., Miguez, M.E. (2020). Investigación educativa y narrativas pedagógicas: aportes metodológicos para un campo en construcción. *Márgenes, Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 1 (3), 211—229.

Calderone, M. (2004). La trama de la comunicación. Vol 9. *Anuario del Departamento de Ciencias de la Comunicación*. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional del Rosario. Rosario. UNR Editora.

Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61—71.

Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA). UNAM. (2015) <http://dgapa.unam.mx/index.php/preguntas-frecuentes-pepasig-2015>.

Edwards, D. y Potter, J. (1992). *Discursive Psychology*. Sage.

Fernández del Castillo, F. y Castañeda, H. (1986). *Del Palacio de la Inquisición al Palacio de la Medicina*. UNAM.

Foucault, M. (1975). *Vigilar y Castigar*. Nacimiento de la prisión. Siglo veintiuno editores.

Foucault, M. (2009). *La hermenéutica del sujeto*. Curso en el Collège de France (1981-1982). FCE.

Frenk, J., Lincoln C., Zulficar, A., Bhutta, J., Cohen, N., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756).

Gasca, H. (1997). *Crónica de la Facultad de Medicina*. Tomo I 1950-1971. UNAM.

Goetz, J.P., Le Compte, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Morata.

Guba, E. y Lincoln, Y. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Sage Publications, Inc.

Gutiérrez, D. (2007). *Debate en torno a la(s) identidad(es)*. El Colegio Mexiquense.

Hamui, L. y Vives, T. (2022). Las preguntas analíticas en investigación cualitativa. *Inv Ed Med*, 11(97), 1—41.

Hamui, A. (2015). Sociología de la educación en Ciencias de la Salud. En Sánchez-Mendiola, M., Lifshitz, A., Vilar, P., Martínez-González, A., Varela-Ruiz, M. y Graue, E. (Ed.) *Educación Médica. Teoría y práctica*. Elsevier/UNAM, 47—52.

Harden, R. y Crosby, J. (2000). AMEE Guide Num 20. The good teacher is more than a lecturer-the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher*, 22, 334—347.

Jackson, A. y Mazzei, L. (2012). *Thinking with theory in Qualitative research. Viewing data across multiple perspectives*. Routledge.

Leite, A. y Suárez, D. (2020). Narrativas, docencia e investigación educativa. *Márgenes, Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 1(3), 2—5 DOI: <https://doi.org/10.24310/mgnmar.v1i3.10242>.

Mastro, C. Del y Monereo, C. (2014). Incidentes críticos en los profesores universitarios de la PUCP. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 5(13), 3—20.

Márquez García, M.J., Leite Méndez, A.E., Calvo León, P. (2017). Pensarnos a nosotros en el encuentro con los “otros/as”, investigación narrativa y transformación. *Revista del Instituto de Investigaciones en Educación. Facultad de Humanidades UNNE*, 8(10), 1—151.

Facultad de Medicina UNAM, (2022). Plan de Estudios 2010. <http://www.facmed.unam.mx/plan/PEFMUNAM.pdf> .

Pereira, X. (2019). Revolución flexneriana y su influencia en la educación médica. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 6(2), 61—72.

Porta, L., Aguirre, J., Ramallo, F. (2018). La expansión (auto)biográfica: Territorios habitados y sentidos desocultados en la investigación educativa. *Revista Interterritorios*, 4(7), 164—183.

Potter, J., Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. SAGE Publications.

Rama, C. (2009). La tendencia a la masificación de la cobertura de la educación superior en América Latina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 50, 173—195.

Sánchez, M.A. y Hamui, L. (2022). La formación clínica y la identidad profesional: aprendiendo a ser psiquiatra, entre la docilidad y la aspiración. En L. Hamui (coordinadora) (2022). *Interacciones y narrativas en la clínica: Más allá del cerebro*. Universidad Nacional Autónoma de México, 161—240.

Scandroglio, B., López, J., Martínez, J.M. y San José, M. (2008). La teoría de la identidad social: Una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicotema*, 20(1), 80—89.

Souza, E.C. (2020). Investigación (auto)biográfica como acontecimiento: contexto político y diálogos epistémico-metodológicos. *Márgenes, Revista de Educación de la Universidad de Málaga*, 1(3), 16—33 DOI: <https://doi.org/10.24310/mgnmar.v1i3.9613>.

Torre, S. De la y Barrios, O. (2000). *Estrategias didácticas innovadoras. Recursos para la formación y cambio*. Octaedro.

Universidad Nacional Autónoma de México (2016). Tabulador del personal académico de febrero de 2016. www.transparencia.umam.mx/Files/documentos/PerAca.pdf.

US News & World Report (2022). <https://www.usnews.com/education/best-global-universities/rankings>.

Vaillant, D. (septiembre, 2007). *La identidad docente. Trabajo presentado en el Congreso Internacional Nuevas Tendencias en la Formación Permanente del Profesorado*. Barcelona: GTDPREAL.

Vives, T. (2018). Los dilemas de la identidad profesional docente de los profesores de la Facultad de Medicina de la UNAM. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México.

Zabalza, M. (2007). *La enseñanza universitaria. El escenario y sus protagonistas*. Narcea.

TRAMAS NARRATIVAS SOBRE EL TRABAJO Y LA FORMACIÓN EN ALGUNOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA: “SEGURO NOS VAN A REGAÑAR”

María Alejandra Sánchez Guzmán

División de Estudios de Posgrado Facultad de Medicina, UNAM

Introducción

Entre 2019 y 2020, ocho antropólogos nos sumergimos en un hospital de tercer nivel de atención de enfermedades neurológicas, neuropsiquiátricas y psiquiátricas “Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica”, en adelante CIFANEP. La intención fue realizar una etnografía que diera cuenta de cómo suceden las interacciones en la clínica, las tensiones, las articulaciones que dan forma al hospital como un orden social. Para tener un panorama amplio de lo que ocurre en el campo médico del CIFANEP, el equipo se dividió en grupos de dos personas; cada uno de esos equipos notificaría el objetivo general, pero además respondería preguntas propias de la franja de actividad que había elegido. Así se armaron cuatro grupos que hicieron trabajo de campo en: psiquiatría, rehabilitación, consulta externa y cuidados paliativos (Hamui *et al.*, 2022).

Nuestro equipo exploró el área de psiquiatría, la intención fue conocer cuáles y cómo son los procesos formativos de las y los médicos que quieren ser psiquiatras. La idea era caracterizar las pautas interactivas y descifrar marcos de referencia en los espacios clínicos en que se mueven

los residentes durante su formación. La vía de acceso fueron las narrativas que se co-construyen en los espacios de formación. Nuestras preguntas de investigación se dividieron en cuatro grandes rubros:

1. Identidad profesional del psiquiatra
2. Formación en la clínica
3. Interacciones con pacientes y familiares
4. Cultura clínica

Estudiar cómo se configura la educación médica es todo un reto desde cualquier perspectiva. Y esto es así, entre otras cosas, porque los y las médicos se forman en la clínica, es decir, gran parte de educación la realizan en la atención de pacientes, por lo que se requiere un trabajo que permita observar, describir e interpretar situaciones en las que de manera simultánea se presentan múltiples interacciones y procesos con temporalidades y lógicas diversas que se insertan en marcos sociales y culturales particulares. Es importante mencionar que el desafío además se relaciona con que en los hospitales y, en particular, los hospitales-escuela, las actividades e interacciones formativas a menudo no constituyen una narrativa única; igualmente puede ser un campo ambiguo complejo y multifacético.

Al tener como objetivo comunicar los entretelones del trabajo de investigación, se eligió recuperar una de las dimensiones abordadas en el trabajo general "Formación en la clínica". De esta dimensión, nos concentraremos en responder cuál es la trama en la narrativa de los y las residentes sobre el trabajo clínico y la formación durante la residencia en psiquiatría.

Si bien podremos responder esta pregunta al final de estas reflexiones, la intención es concentrarnos en cómo se llegó a esta respuesta. Para tal efecto, se exponen con detalle dos ejercicios de desarrollo metodológico.

Coordenadas teóricas, metodológicas y contextuales

Aproximaciones teóricas metodológicas

La premisa fundamental del planteamiento teórico-metodológico de la investigación es que los hospitales constituyen un orden social, esto significa que son lugares de socialización donde suceden interacciones con el motivo de la atención. En estas relaciones confluyen y se atraviesan mutuamente las lógi-

cas temporales, culturales y administrativas. Los espacios clínicos son lugares de trabajo, de atención y de formación, son instituciones sociales donde se crean y solventan problemas, las identidades son interpretadas y el conocimiento profesional se constituye. Aquí el orden social no está dado, se produce constantemente (Sarangji y Roberts, 2008).

La clínica, como lo menciona Atkinson (2007), es el motor en este orden, está compuesto por espacios y situaciones donde se encuentran los médicos, con los pacientes, con los familiares, pero, además, es el lugar donde se forma a los residentes. Se caracteriza por la jerarquía, los dispositivos técnicos-administrativos y los arreglos culturales que conforman la cultura médica de los hospitales (Hamui *et al.*, 2022).

A partir de este presupuesto, utilizamos la propuesta de Goffman (2006) sobre los marcos, o *frame analysis*, para entender las interacciones de los residentes en la clínica y su relación con su formación. El andamiaje conceptual que sirvió como base para analizar y organizar los resultados pone en el centro las situaciones, es decir, interacciones en que los sujetos posicionados participan en secuencias, procesos donde se despliegan diversos tipos de relaciones como alianzas, conflictos, etcétera, y que suceden en una franja de acción determinada. La franja de actividad delimita las fronteras sociales y acciones intersubjetivas, en otras palabras, es el contexto donde la acción adquiere significado. En las franjas hay marcos, esto es, recursos cognitivos socialmente compartidos que organizan la experiencia. Las narrativas surgen en las situaciones y de ahí son recuperadas por las investigadoras, quienes las interpretan considerando los procesos sociales que se observan.¹

La etnografía centrada en la clínica fue la metodología para entrar a los hospitales, esta propuesta permite centrarse en cómo se co-construye el trabajo diario de los equipos de trabajo clínico (Cantillon, Grave y Dornan, 2020). Considerando la dinámica diversa y en constante movimiento, y matizado por la obligación del constante hacer del personal médico en los espacios de atención y formación médica, el enfoque utilizado fue una observación procesual. Además, privilegiamos un proceso negociado sobre cómo y cuándo observar con el fin de no entorpecer la atención médica (Wind, 2008).

¹ Este andamiaje conceptual fue ampliamente desarrollado en Hamui *et al.*, 2022.

Para realizar un análisis narrativo, es necesario analizar al sujeto, pero también las disposiciones culturales e institucionales —franjitas— que modelan situaciones y acontecimientos. El sentido de la interacción expresada en la narrativa se adquiere justo en los espacios sociales a través de reconocimiento de secuencias complejas de eventos (Riessman, 1993; Mattingly, 2004).

La narrativa puede comprenderse, por lo menos, en tres dimensiones: acto de relatar, el material empírico recolectado en el trabajo de campo y como una forma sistemática de análisis (Riessman, 2008). El eje de la investigación narrativa es dar sentido a la experiencia humana (Blanco, 2011). La narrativa “puede definirse como modalidades del pensamiento que ordenan la experiencia en una realidad dinámica que trata con intenciones, acciones, vicisitudes y consecuencias que marcan su curso” (Hamui, 2011: 52). Si bien pueden variar las acepciones de narrativa, un concepto operativo que la distingue de otras formas de discursos son la selección de eventos, su organización, la manera en que están conectados y evaluados como significativos para una audiencia en particular (Hinchman y Hinchman, 1997; Riessman, 2004; Riessman y Quinney, 2005). Así, los elementos clave en las narrativas son la secuencia, temporalidad, las tramas de la narrativa, los lugares y los actores que en ella participan. Algunas preguntas útiles en el análisis narrativo son ¿para quién se construyó esta historia?, ¿cómo se hizo y para qué objetivo?, ¿de qué recursos culturales se nutre y da por sentado?, ¿qué se logra con ella?, ¿existen vacíos e inconsistencias que podrían sugerir soluciones alternativas o contranarrativas? (Riessman y Quinney, 2005).

El enfoque del análisis narrativo también puede ser diverso y puede centrarse en la estructura lingüística, es decir, en cómo se estructura el relato. También puede escudriñarse a partir de su contenido, esto es, qué temas aborda; igualmente puede orientarse a comprender cómo funcionan las historias y qué trabajo hacen en el contexto que se desarrollan (Squire *et al.*, 2014; Loseke, 2007). La elección de un acercamiento analítico depende del sentido de la indagación.

Una de las primeras dificultades al tratar con las narrativas es pensar que hay una sola forma de presentación, al menos fue una idea que ocupó gran parte de este trabajo, a propósito, nos parece importante retomar lo que al respecto Riessman (2008: 23) plantea:

Las narrativas pueden presentarse en distintas formas y tamaños que van desde historias breves y bien delimitadas a otras que se cuentan como respuesta a una sola pregunta, hasta una narrativa larga que se construye a lo largo de varias entrevistas y atraviesa el espacio temporal y geográfico, relatos biográficos que se refieren a carreras de vidas enteras.

Contexto de la formación médica de residentes de psiquiatría

La investigación se realizó en el CIFANEP, una institución de tercer nivel de atención, dedicada a la asistencia, docencia e investigación enfocada en los procesos neurológicos, donde hay un interés por procesos neuropsiquiátricos y psiquiátricos. La formación está orientada principalmente en el desarrollo de la psiquiatría biológica, fundamentada sobre bases anatomofisiológicas, farmacología y la utilización de los manuales diagnósticos como ejes de aprendizaje (Sánchez y Hamui, 2022).

Respecto a la educación médica en México, es necesario precisar que está compuesta por pregrado y posgrado. La duración de los programas educativos a nivel pregrado varía; no obstante, puede ir de cinco a siete años. Los planes educativos contienen una parte de formación básica y una clínica. Para obtener el grado y la licencia como médico general, deben hacer un año de internado y luego el servicio social (León-Bórquez *et al.*, 2018). Terminado este grado, las y los médicos graduados pueden hacer un posgrado o especialidad.

Las personas que optan por hacer una especialidad, como los y las médicos que estamos estudiando en este trabajo, deben hacer un examen para entrar a la residencia: el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM). Enseguida, deben realizar los trámites de ingreso a las instituciones de salud que funcionan como campos clínicos. (Akaki y Bárcena, 2018). El CIFANEP es uno de los campos clínicos donde se puede estudiar psiquiatría y cuenta con gran prestigio. El programa académico que se sigue es el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la Facultad de Medicina (FM) de la UNAM; en él se establecen las características que deben tener la sedes, los programas de los cursos, perfil de los profesores y los requisitos de ingreso y egreso de los residentes. Todos los cursos tienen la estructura didáctica común y están conformados por cuatro asignaturas: Seminario de Atención Médica, Trabajo de Atención Médica, Seminario de Investigación y Seminario de Educación (Macías, Rosas y Cabello, 2009). En el caso de Psiquiatría, la residencia tiene una duración de cuatro años. Los actores que participan en el proceso de elaboración del programa operativo del curso y, sobre todo, en organizar y asignar los tiempos, espacios y tareas de los residentes son el o la jefa de enseñanza, profesor (a) titular, adjuntos y jefe (a) de residentes (Sánchez y Hamui, 2022).

Los residentes² en nuestro país tienen una figura ambigua entre trabajador y personal en adiestramiento o estudiante. En la Ley Federal de Trabajo (LFT) están incluidos como trabajadores especiales en el Capítulo XVI, ahí se establecen

2 A los residentes se les reconoce según su año de estudio como R1, R2, etc., según el número de años de la especialidad que cursen.

obligaciones y derechos y queda claro que sostienen una relación laboral por tiempo determinado con la sede mientras están realizando su residencia; sin embargo, siempre mediada por el proceso de enseñanza. Incluso la Iff señala que el objetivo de la residencia es el periodo dedicado a los estudios y prácticas respecto a la disciplina de la salud a la que el médico pretenda dedicarse.

Además de la normativa, en los hechos, los y las residentes son parte importante del Sistema Nacional de Salud de México. En ellos recae gran parte de la atención de los problemas de salud complejos, su trabajo es indispensable para cubrir las amplias jornadas laborales y las cargas asistenciales de los servicios de salud.

El aprendizaje en la clínica permite una experiencia directa y enriquecedora en la práctica médica, pero también un espacio con dificultades intrínsecas como la compleja tarea de compatibilizar el trabajo asistencial, académico, administrativo, de investigación, gestión, técnico, etcétera (Hamui *et al.*, 2013). Si bien hay, de acuerdo con el PUEM, una asignación de profesores clínicos que debe acompañar a los residentes en su formación, en un estudio reciente sobre la actividad de estos se encontró que, aunque la relación personal entre profesores y residentes es adecuada, hay poco apego a los programas académicos y la supervisión no cumple la frecuencia necesaria (Hamui *et al.*, 2013).

Finalmente, es importante destacar que diversos estudios describen la educación médica como "una forma de socialización profesional y enculturación moral mediante la cual la profesión transmite expectativas normativas de comportamiento y emociones a sus principiantes" (Jaye, Egan y Parker, 2006: 150). Es decir, ser formado en el campo médico implica adquirir e interiorizar valores, comportamiento y actitudes; constituir y ser parte de una cultura profesional particular.

Estrategias de acercamiento y desarrollo del campo

76

Para realizar la investigación se hizo un protocolo de investigación que fue evaluado y aprobado por la UNAM y CIFANEP. Hubo una revisión científica y ética, cubriendo ambos estándares.

El trabajo de campo se realizó en varias etapas. En un primer momento, al ingresar al campo, nos dimos a la tarea de indagar cómo se estructura la formación y el trabajo clínico en las residencias médicas. Ello implicó reconocer y acercarnos a los principales actores: por ejemplo, el director del área, la jefa de residentes, los médicos adscritos más cercanos al proceso de enseñanza, etcétera. Además, nos dimos a la tarea de observar y clasificar las principales actividades.

El siguiente paso fue construir los instrumentos para sistematizar el proceso: guía para observación, guía de seguimiento de residentes y guía de entrevistas semiestructurada a profundidad. En este segundo paso se determinó a quién y en qué momento se realizarían las entrevistas.

Al tener claro los tiempos, actores, actividades y estructura organizacional de la formación, realizamos una observación estructurada en todas las actividades académicas y asistenciales: consulta externa, urgencias, sesiones académicas, clases, etcétera. Para poder hacer esta parte del trabajo, implementamos dos estrategias. La más sencilla fue acudir al mayor número de pase de visita y entrega de guardia, consultas y a las sesiones académicas durante la estancia de seis meses. Sin embargo, con esta observación todavía no quedaba tan claro qué hacía cada residente según el año que cursaba y cómo se relacionaba con la institución y con el resto del personal pero, sobre todo, cómo el proceso de atención clínica se cristaliza en la formación, por lo tanto, consideramos que la mejor vía era dar seguimiento a los y las residentes en todas sus actividades.

Así, solicitamos a una R1 y R2 que nos permitieran seguir las durante sus jornadas de trabajo/adiestramiento. Esta última estrategia fue muy útil para observar las interacciones en situaciones programadas y en otras que se presentaban en el día a día, según las necesidades del servicio. Por ejemplo, estar en una sesión de terapia electroconvulsiva o presenciar las reuniones de los residentes después de los pases y entregas de visita; observar cómo cumplen con las tareas que se les asignan y cómo distribuyen el tiempo en los trabajos administrativos, académicos y clínicos, además de estar presentes en las interacciones que se dan con pares o con superiores y registrar las diferencias según la relación. Ya que teníamos bastante avanzado el proceso de observación y conocíamos con más detalle el campo, realizamos entrevistas a médicos adscritos, enfermeras y residentes. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Las observaciones fueron registradas de manera escrita y gráfica.

Selección de situaciones para análisis narrativo

De acuerdo con Gubrium y Holstein (2009), los investigadores narrativos eligen las historias teniendo en mente que se encuentran condicionadas por el contexto social, los recursos discursivos y circunstancias comunicativas. Las narrativas pueden incluir entornos organizacionales, institucionales, situaciones formales e informales, etcétera. Las narrativas analizadas parten de la asunción de que son parte de las actividades en escenarios interactivos.

Los criterios que sostienen las narrativas situacionales que presento son:

- Elegir situaciones que fueron desarrolladas a través de la co-construcción de narrativas obtenidas de distintas fuentes (entrevistas y observación).
- Elegir narrativas centradas en la pregunta ¿qué estoy tratando de responder en este trabajo?
- Considerar la *phronesis*, que Frank (2012) en su trabajo sobre narrativas dialógicas describe como el juicio que se deriva de lo que se ha aprendido en el trabajo de campo, es decir, del proceso iterativo de escuchar historias que hablan del interés original de la investigación y que además implica un continuo y constante desarrollo de la escritura y la argumentación. En esta selección hay que tener claro que escribir sobre historias es una representación de segundo orden, es decir, es un acto de representación narrativa.
- Además consideramos la heteroglosia de las narrativas, buscamos co-construir narrativas que dieran cuenta de múltiples códigos: sobre el campo profesional, de expresión emocional y que reflejan la trama de la situación (Frank, 2012).

Retos de la construcción y análisis de la narrativa: ejercicios metodológicos

En este apartado presento las situaciones que servirán para aplicar las estrategias de análisis narrativo. Me di a la tarea de elegir dos, obtenidas a través de fuentes diversas: entrevistas y por medio de la observación. Si bien hay propuestas analíticas que pueden fácilmente abarcar ambas, aquí desarrollaré dos estrategias distintas para cada una: la propuesta temática de Riessman (2008) y la técnica de Donileen Loseke (2012). No hay que perder de vista que el objetivo de este escrito es conocer a detalle cuál es la metodología para el análisis narrativo en situaciones de interacción, si bien hago un ejercicio para dar cuenta de ello, no lo realizo con la profundidad habitual. Por otro lado, tal como lo establecen distintos investigadores narrativos, el análisis que presento no es la última palabra, hay posibilidad de diversas interpretaciones según el objetivo y marco teórico de cada acercamiento. En cada ejercicio planteo de inicio una viñeta que contiene cuál fue el reto metodológico y cómo lo resolví, el desarrollo posterior es la materialización de este proceso.

Viñeta 1

Refo: En una investigación etnográfica hay que realizar una reconstrucción del contexto, de las interacciones y de la experiencia a través de la triangulación de distintas fuentes. Para mí no fue sencillo convertir una entrevista en una narrativa, es decir, cómo se puede convertir un diálogo entre investigador y entrevistado en una historia y, sobre todo, cómo este relato puede dar sentido a las preguntas de investigación que guían el trabajo.

Resolución: Riessman, en uno de los primeros capítulos de su libro *Narrative methods for the humans sciences* (2008), hace un desarrollo amplio para resolver esta encrucijada. La respuesta de cómo convertir una entrevista en narrativa debe considerar varias dimensiones. Primero, qué se quiere analizar de la narrativa, ¿la forma o el contenido?; segundo, hay que delimitar cómo queremos que aparezcan el entrevistador y el entrevistado en la historia. En este punto es medular también cómo presentamos la narrativa, como una entrevista (pregunta y respuesta) o como la estructura de una historia.

En este ejercicio co-construyo la historia a partir de la entrevista. En esta presentación elimino mi intervención, pues los narradores son los entrevistados. Como señala Mattingly (1994), esta elaboración implica intensificar los acontecimientos, dando sentido a la acción para provocar una trama. Al analizar mis entrevistas, encontré una trama en todas las narraciones, así me di a la tarea de construir las historias que presento a partir de la misma trama, considerando cada experiencia. Encontrar esta trama permite ir delimitando una serie de patrones que atraviesan la experiencia.

Ya que decidí centrarme en el contenido más que en la forma de la narrativa, retomo la propuesta temática de Riessman y, para diferenciarla del análisis propuesto por la teoría fundamentada, hago énfasis en la temporalidad y detalle de la narrativa; me abstengo de exponer pequeños extractos de información que están descontextualizados; en cambio, ambas historias que se presentan tienen una estructura que da sentido a una situación.

A. Los residentes en su paso por la especialidad de psiquiatría, ¿una narrativa maestra?

El análisis temático es una elección común al elaborar y estudiar narrativas que se derivan de observaciones etnográficas, biografías y entrevistas; se centra en responder qué dice la narrativa, qué dicen los informantes sobre su experiencia, dejando fuera el escrutinio sobre cómo lo dicen, lo estructuran, el contexto local y la forma en cómo se transcribe la información (Riessman, 2008).

Aquí reconstruyo la narrativa de un R3 y una R4, las preguntas que disparan la narrativa en cada uno fueron cómo elegiste estudiar psiquiatría y cómo ha sido tu proceso formativo durante la residencia. Para organizar la información, comienzo cada relato con una descripción del personaje y luego, en un extracto, presento un relato que construí a partir de la entrevista que les realicé. Retomo la secuenciación de la residencia y los temas relacionados con los espacios de formación formal, informal (autodidacta y de pares) y la descripción sobre el trabajo en la clínica. Estos temas se derivan de la dimensión "Formación en la clínica", específicamente respecto a la pregunta ¿cuál es la trama en la narrativa de los y las residentes sobre el trabajo clínico y la formación durante la residencia en psiquiatría?

R4: "Siento que voy a estar todo el día fuera de mi casa y que no voy a dormir y quién sabe qué pase".

Karla es una mujer de casi treinta años, casada, que decidió estudiar Medicina porque le gusta aprender sobre el cuerpo humano y porque quiere ayudar. Ha logrado cursar la carrera de Medicina y ser residente en Psiquiatría de manera fluida. Pudo entrar a la residencia, que está a punto de concluir, sin ningún contratiempo, es decir, realizó el ENARM y lo pasó en su primer intento, además pudo entrar a la sede que eligió. Vive con su esposo, quien la apoya en lo económico y en la conciliación de su proceso de formación con su vida personal. Tiene muy claro cuáles son las tareas de cada uno de los y las médicos según su año de estudio. En su narrativa sobre el paso por la residencia, menciona que los motivos de preocupación en sus primeros años era su falta de conocimiento en medicina general y en neurología, su falta de *expertise* en el campo clínico y la sensación de ansiedad que le generaba saber que no llegaría a dormir a su casa por las largas horas de trabajo durante las guardias que tenía que cubrir en los primeros años de la residencia. Pero también narra cómo el conocimiento para la práctica clínica se da en la marcha, en la atención misma y guiado por otros estudiantes de mayor grado.

Carga de trabajo y percepción personal

Cuando pienso en mis primeros años en la residencia, recuerdo que una de las cuestiones más complejas era la ansiedad que me provocaba estar todo el día fuera de mi casa, me estresaba saber de antemano que no iba a dormir y no saber qué podía pasar. Esto es así porque para mí es muy importante dormir. Para mí, el R1 me pesó mucho por eso, por las guardias. La hora de la mañana era la más complicada por la entrega de guardia, desayunar era casi imposible; a comer sí te mandaban, casi siempre, te decían, “divídanse y vayan a comer”. Vivía de café y papas.

Experiencia previa para realizar el trabajo

El primer mes a mi ingreso para mí fue terrible. Además, fue un choque porque yo venía directo del servicio social de investigación, ni siquiera clínico. Y mi compañero de guardia era un internista. O sea, ya eran cuatro años de interno. Yo no sabía nada. Ni siquiera hacer una nota médica. En las guardias era horrible, porque sentía que no estaba ayudando, pero tenía que hacerlo. Casi no ves neurología en medicina general y tienes que hacer mucha exploración, que no te enseñan en medicina general.

Formación en el trabajo/estudiante-profesor: azar

Afortunadamente me tocaron residentes mayores muy buenos, que se pusieron conmigo a explorar. La primera semana estuvieron conmigo explorando, explorando, explorando. Me enseñaban la nota y me decían, esto, esto, esto. Me tocó gente muy buena y que estaba ahí conmigo. Porque además saben que los psiquiatras venimos justo así, venimos del servicio, que no sabemos mucho. Te ponen a hacer punciones lumbares, procedimientos que nunca habías hecho. Me tocaron residentes que estaban conmigo, que lo hacían conmigo, y hasta que aprendí. Me veían más segura y me decían: “bueno, va, ahora tú”. Además, te recomendaban libros y me decían que estudiara por mi cuenta. Me acuerdo que cuando entramos, nuestros R2 nos pasaron un archivo con muchas cosas: el examen mental, cómo hacer la sesión del viernes, cómo hacer ingresos, y de ahí vas viendo. Tienes que ser muy autodidacta.

Trabajo y su distribución

Fue chistoso, porque ya estaba harta del R1, de las guardias, del papaleo. Porque en el R1 además no puedes ver tanto al paciente porque tienes muchos trámites que hacer. Tienes que terminar el censo, las in-

dicaciones, el ingreso, no te puedes concentrar tanto en el paciente y tienes que estar haciendo puros papeles. Yo dije, en el R2 ya no voy a tener que hacer eso, ya me puedo concentrar en el paciente y la guardia va a estar más leve. Tú crees que el R2 va a ser la gloria. Y entras al R2 y te das cuenta de que es peor. Además, tuve un problema en mi R2 porque nos empezaron a dejar todo el trabajo. En las guardias se supone que el R3 se queda hasta las ocho de la noche, pero nuestros R3 llegaban, se sentaban en el sillón y no hacían nada. Entonces, tenía que bajar a urgencias, y si me llamaban de piso, tenía que subir, en vez de que el R3 arreglara lo que estaba en piso. Además, de pronto desaparecía más temprano.

Organización y participación: ausencias

Cuando pienso en estos problemas, veo que hay muchas áreas en las que no hay control y creo que se necesita más atención de parte de los adscritos. Necesitamos más apoyo de ellos. No es suficiente, ahora me doy cuenta de que no es suficiente. Y que necesitas que el adscrito ponga el orden y diga, "si no hacen esto, se va a hacer esto". Creo que a veces hay que involucrarlos.

R3: "Te pasan un documento que se llama 'cómo hacer un ingreso en setenta y dos pasos sencillos'"

Tomás tiene 30 años, es un médico muy sonriente y entusiasta, es hijo de médicos, soltero, vive solo y se mantiene solo. Para entrar a la residencia de Psiquiatría estudió dos cursos, uno de una universidad pública y otro en una privada. Logró ingresar en su tercer intento en el ENARM. Quería estudiar una especialidad quirúrgica, pero se decidió por Psiquiatría por su experiencia en pregrado en la materia sobre salud mental, además dice que este tipo de especialidades da más oportunidades para conciliar el trabajo con tu vida privada. Su narrativa enfatiza las estrategias de formación autodidacta.

Carga de trabajo y percepción personal

Entré al R1, vine como una semana antes a unos cursos de inducción que también es con los neurólogos y con los neurocirujanos. Cosas como el sistema: que si tu clave, un curso de rcp, cosas así. Y después, el 1o de marzo me incorporé a la primera guardia. Quien le haya tocado ese día, se

queda ya de guardia y está padre. El R1, al principio, vienes con toda la pila del mundo. A mí me tocaron las vacaciones en abril porque las del R1 te las sortean, entonces a mí me tocó las primeras en abril. Ni hice nada en mis vacaciones, ni tenía nada planeado. Según me iba a poner a estudiar, pero tampoco. Entonces para mí, el R1 fue bien padre porque aprendes cómo funciona el hospital.

Experiencia previa para realizar el trabajo

A mí me tocó empezar en la consulta externa y ahí están los R2 de psiquia, los R3 de neuro y R3 o R4 de psiquiatría. Entonces era raro porque tus compañeros, sobre todo los psiquiatras, ya llevan mínimo un año de residencia. Los neurólogos ya llevan dos años de residencia, mínimo, unos cuatro, y los de cirugía igual. Entonces, mínimo ya saben más de la dinámica de ser residente, ¡tú vienes saliendo del servicio!. Me encanta la hospitalización, es el más pesado, creo. Y de R1 es cuando eres el que hace los pendientes, el que va y programa, el que hace todas esas cosas. Te dejan a pacientes a tu cargo para las evoluciones, eres el que hace la sesión. Trabajas mucho, pero por eso también me gustaba.

Formación autodidacta

En la residencia cada quien agarra su técnica para estudiar. Te vas dando cuenta de qué es lo que te ayuda a resolver el día a día, son pequeñas cositas que tienes que estar viendo. Por ejemplo, en el caso de la exploración neurológica, la tienes que estudiar porque la usas diario. Aquí en piso te preguntan medicamentos, diagnósticos, sindromáticos y cosas así. Es lo que vas repasando. En el R1, conforme te lo van solicitando los pacientes, los adscritos, lo que sea, vas estudiando. Aparte, la estructura de las clases de aquí te da chance de seguir leyendo lo que tienes que leer. Las clases que tenemos en las mañanas van apegadas más o menos a ese temario, puedes llegar y leer acerca de ese tema; la sesión, el artículo de los jueves. Independientemente puedes leer lo que tú quieras, que te guste o cosas que viste de un paciente. Yo me enfocaba mucho con los pacientes que estaban hospitalizados y ya lees qué diagnóstico tienen, qué tratamiento siguen y eso era lo que estudiaba. Investigaba eso y estudiaba las características del medicamento.

El trabajo y su distribución

La cosa del R1 es que tienes que hacer mucha cosa administrativa, tienes que hacer el papeleo físicamente; eso que te consume, sobre todo, tiempo. Parte de tus responsabilidades es el teléfono, las indicaciones, piso lleno, correr las indicaciones que tenías toda la tarde, toda la noche las indicaciones. Tenías que estar a las ocho. Te tomaría una hora. Era cosa que te fueras organizando. También al R1 le toca hacer los ingresos de los pacientes, redactar el ingreso. Y el ingreso de psiquia está padre el formato, pero es ponerte a platicar de toda la salud mental.

Formación en el trabajo/estudiante-profesor

Te pasan un documento que se llama “cómo hacer un ingreso en setenta y dos sencillos pasos”, pero son cosas que hicieron los residentes. Es el formato para que tú vayas dando todo el orden a lo que tienes que preguntar. Te enseñan mucho sobre las fechas, si tuvo tratamiento o no y cómo fue la respuesta. A mí me gusta ayudar a mi Rs menores, cuando tienen duda en algo, equis medicamento, y les pregunto, nunca les digo, ve y estúdialo y lo platicamos mañana. Eso no sucede. Entonces, siempre les digo, te lo voy a responder, nada más si tú sabes algo del tema, contéstame y así lo platicamos. Entonces, ya te contestan. Y a mí me gusta el pizarrón. Me gusta que platiquemos, como un mapita mental. Rápido, cinco minutos. Y les digo, vénganse al saloncito, y ahí les doy una clase de dos minutos de equis tema.

Una vez construidas y presentadas las narrativas para hacer análisis temático, elaboré una serie de preguntas que hago a las dos narrativas. La idea es generar un análisis comparativo. Las preguntas que guían este acercamiento son cómo se estructuran las narrativas, qué actores participaron, cuáles son los temas, cuál es la trama.

En ambas narrativas hubo una secuencia común en los episodios según el año, siempre centrado en la distribución del trabajo y, de manera paralela, en cómo se compatibiliza la educación centrada en el hacer autodidacta. Los actores principales de la narrativa fueron los residentes, en torno a la experiencia del hablante, quien también es residente. En ambas narrativas también aparece la figura del adscrito y de los pacientes, pero no adquiere centralidad. El lugar donde suceden las narrativas son entornos de atención clínica.

Los temas centrales y compartidos fueron la formación autodidáctica, el trabajo y su distribución en la clínica. En general, ambas narrativas se estructuran de manera semejante en forma y contenido, existiendo una diferencia en el autocuidado y la relación con la carga de trabajo. La R4 es enfática en que durante su experiencia en el R1 el estrés por la carga laboral, la falta de sueño y comida marcaron de manera significativa su proceso en la residencia; en contraste con el R3, nunca hace alusión a su salud en el proceso formativo y de trabajo, la carga laboral del R1 la describe como una oportunidad de conocer el funcionamiento del hospital.

Si bien hay algunas diferencias en los temas abordados en los relatos, ambos comparten la misma trama: la residencia es un trance de formación donde el objetivo es el disciplinamiento y trabajo, la formación se debe buscar, no está dada y se compone de la labor propia y de la voluntad de los residentes mayores. Se observa una narrativa maestra que atraviesa ambos relatos. Son historias de resistencia, perseverancia y adaptación. En ambas resalta que el azar domina la posibilidad de una buena enseñanza; la R4 tuvo suerte de que los neurólogos la guiaran en el R1. Tomás tiene interés en formar a los Rs menores, pero al parecer sus intenciones son parte de las actividades no formalizadas y generalizadas en la práctica diaria.

Viñeta 2

Reto: El segundo reto que tuve fue cómo analizar una narrativa resultado de una observación. A diferencia del ejercicio anterior, no encontré gran problema en co-construir la narrativa, la pregunta fue cuál es la mejor estrategia para analizar esta información y cómo puede abonar al reconocimiento de la trama narrativa de los médicos en formación.

Resolución: La forma más sencilla y consistente es hacer preguntas a la narrativa. Estas preguntas son orientadas según el tipo de narrativa individual, dialógica, profesional, institucional, etcétera. La narrativa del ejemplo es claramente institucional. Al partir de esta premisa, la propuesta de Loseke (2012) fue la idónea. Antes de cuestionar a quién se dirige la narrativa o los códigos culturales que la conforman, hay que contextualizarla. Este método ofrece una estructura muy clara a la trama y permite engazarla a otros ejercicios analíticos como el anterior.

B. La narrativa de organización identitaria institucional de los residentes: “da pena llegar después de los adscritos”.

El proceso de seguimiento de residentes fue una estrategia muy valiosa durante el trabajo etnográfico porque nos permitió entrar a la mayoría de las juntas, sesiones y otro tipo de situaciones que constituyen el campo de formación y trabajo, incluso algunas que no estaban programadas.

Para comprender esta narrativa, utilizaré la técnica analítica propuesta por Donileen Loseke (2012). Su trabajo se ha orientado al estudio de las relaciones entre las narrativas culturales, institucionales, organizacionales. Se centra en reconocer cómo funcionan las historias y qué trabajo hacen en el contexto que se desarrollan. Uno de los argumentos de Loseke (2007) es que algunas historias o narrativas fueron escritas hace mucho tiempo y son continuamente reproducidas a través del trabajo de las instituciones sociales y el razonamiento práctico en la vida cotidiana. Este proceso construye una narrativa de organización identitaria.

Me parece pertinente utilizar este enfoque porque la trama narrativa de esta reunión y, en general, las que se construyen dentro de la institución y que son reproducidas por residentes y otros actores, como los médicos, enfermeras y, por supuesto, las autoridades, se componen de ciertos elementos identitarios del campo médico: control, jerarquía, vocación y productividad.

1. Contexto

El primer paso es describir el contexto, Loseke (2012: 257) sugiere cuatro preguntas orientadoras para situar la narrativa y ubicar sistemas preliminares de significado que podrían estar involucrados: a) ¿por qué el narrador cuenta esta historia?; b) ¿quién es el público objetivo?, y c) ¿qué tipo de historia (hecho, ficción, hecho ficticio) se está reivindicando?

La siguiente narrativa que presento es el resultado de la observación de la primera junta del año académico entre residentes, tuve oportunidad de estar justo cuando acompañaba a una R2 durante todas sus jornadas diarias. Es muy importante porque en esta reunión se presentan los residentes de primer año que acaban de entrar a su residencia y además se recuerda a los que pasan a los siguientes años cuál es la forma de distribuir y organizar el trabajo. Quien dirige la junta es la jefa de residentes, una figura central en la organización de

las residencias médicas. Para que un estudiante sea elegido o elegida para este cargo debe estar en cuarto año, quienes lo determinan, de acuerdo con su desarrollo académico principalmente, es el jefe del servicio y los médicos adscritos. Dentro del gremio médico, ocupar este cargo otorga prestigio y puede ser importante para adquirir una plaza, trabajo o beca con posterioridad. El público consta aproximadamente de 20 residentes de R1, R2, R3 y R4.

La narrativa es un hecho, no una ficción y el propósito es iniciar el proceso de disciplinamiento en la formación médica. Como decía, es una narrativa de organización identitaria, ofrece respuestas aprobadas por la institución de cómo se organiza el trabajo y la educación, pero, sobre todo, cómo debe ser el comportamiento de los y las médicos en formación.³

Reunión de inicio de curso: “la idea es que salga el trabajo y sea lo más ameno posible”.

Jefa de residentes

La reunión se inserta en la inducción que se da a los y las residentes de nuevo ingreso, incluye la descripción de las instalaciones, procesos técnicos, administrativos, laborales y académicos. Era mitad de la semana, lo que implicaba que antes ya habían tenido días completos de presentaciones de los miembros de distintas áreas, mostrando de manera sintética los procesos y las obligaciones que estaban a punto de asumir. Estas exposiciones se habían realizado con diapositivas y en el auditorio general. La reunión que describimos se celebró en un pequeño espacio del piso de Psiquiatría. Un salón angosto con aproximadamente seis filas de cinco sillas cada uno. Al frente, un pizarrón; y en los costados pequeñas ventanas por donde no entraba el aire ni la luz. Sin que los hayan ordenado los y las residentes, se sentaron por segmentos según su año de residencia, siendo los de las primeras filas los R1 y las últimas R4. El ambiente era muy relajado, yo me siento al fondo del salón en medio de dos residentes (ahora R3), bromean entre ellos, se notan tranquilos y muy sonrientes. Circula por el salón una bolsa de galletas, me ofrecen una. Al contrario, los residentes de primer año están callados y hacen gestos que denotan nerviosismo. Observo pocos residentes de cuarto año. Lo primero que hace la jefa es saludar y pedir a los *R1 que se presenten, como broma, pide que hablen de sus hobbies, después puntualiza que solo basta con su nombre.*

3 Presento la narrativa con algunos extractos en letras cursivas para orientar de qué parte se extrae la información para identificar los códigos simbólicos y las categorías.

Después solicita que los R2 levanten la mano, y así hasta llegar a los R4. *Acto seguido, comenta que todos son adultos y que las reglas son para todos, incluso para los R4, dice: "la idea es que salga el trabajo y sea lo más ameno posible".*

CURSOS

Señala cuáles son los cursos obligatorios para cada residente. Los R1 están obligados a ir a todos, R2 a casi a todos, R3 y R4 tienen una disminución importante en su carga académica. Indica que es obligación de los residentes compatibilizar esta carga académica con sus obligaciones laborales. Menciona que la entrada al servicio es a las 8:00, que hay que ser puntuales: *"da pena llegar después de los adscritos"*. Los residentes a mi lado siguen jugueteando, casi todos los R mayores están relajados pero, sobre todo, los R3 y R4.

Continúa diciendo que cada residente tiene un tutor asignado. Habla de las sesiones bibliográficas y señala que los viernes son académicos, que hay una clase de psicodinámica obligatoria, aquí se detiene y dice *"sé que no nos metimos a esta sede para seguir ese enfoque, pero es importante"*. Apunta que el doctor X no quiso quitar la clase de Paido (Paidopsiquiatría, en el hospital no se atienden niños).

GUARDIAS

Habla de las guardias de sábado y domingo y sus horarios. Indica que en la entrega de guardia solo deben estar los que están rotando en piso, *"si estás en otro servicio, entregas y te vas"*. Los que están rotando fuera no tienen que estar. Menciona que el lunes 12 habrá una junta con el subdirector, el director de enseñanza y un adscrito, *donde se ampliarán todos los datos que aquí se están dando: "seguro nos van a regañar"*. Explica que tienen que entrar a la plataforma de enseñanza, que se están buscando evaluaciones cada vez más objetivas.

PRECONSULTA

Apunta que los R1 están en preconsulta, enfatiza que ellos no deben tomar ninguna decisión, que deben consultar a un R mayor. Un R4 interrumpe y dice que tuvo un problema porque se quejó un adscrito de una decisión que él había tomado con la anuencia de un R mayor de neurología. Empiezan a

discutir los R4 y dan consejos al respecto a todos los residentes. La jefa señala que si se van a cubrir entre ellos, que le avisen a ella para que pueda apoyarlos, que le avisen todo lo que pasa.

Comenta sobre las sesiones académicas de psiquiatría, dice que para evitar quejas (al parecer se quejan porque algunos han realizado más entrevistas en las sesiones que otros) ya hizo un rol equilibrado en el que todos participen, que las deben realizar el R1, R2 y R3.

Señala que hay sesiones generales los miércoles a las 7:00, tomarán lista, los que no asistan tendrán consecuencia, que deben ser puntuales, a pesar de que estén en guardia, excepto los que están en urgencias. También habló de las excepciones cuando estén con un paciente que requiere ser atendido, pero que todos deben avisar a ella.

GUARDIA

Dice que no llegar a la guardia amerita una falta administrativa. R1 y R2 son obligatorias. R3 ayudan si quieren. Los R2 deben revisar el trabajo de la guardia, de lo que realizan los R1, esto no implica que los R1 no tengan responsabilidad.

URGENCIAS Y SERVICIO

Cuando están en urgencias dependen de los neurólogos, igual cuando están en consultas de neuro. R3 y R4 son los encargados de organizar el servicio. Los R2 que están de guardia y que viven en la residencia médica no pueden irse a cambiar allá, lo tienen que hacer en el piso de arriba del servicio porque no pueden dejar en ningún momento solos a los R1. Los retrasos a clase u otras actividades ameritan aumento de la carga académica.

PRECONSULTA

En preconsulta deben estar los R1 (neuro y psiq), R2 solo si requieren su apoyo, R3 ve filtro de pacientes con problemas e historia clínica. Deben tomar foto al pizarrón del piso. Si hay problemas, manden un whats. Señala con énfasis que exijan que los residentes de neuro les presenten bien a los pacientes. Que solo hagan interconsulta cuando esta es formal. Un R4 indica que en ocasiones los interconsultan para temas que no son de su incumbencia, por ejemplo, que una paciente está llorando. La jefa indica que aun así deben acudir y poner en el expediente que no es un tema psiquiátrico, así se van a evitar problemas. “Si tienen alguno, avísenme a mí, si los amenazan, avísenme”. Concluye la plática.

2. Lectura

Una vez establecido el contexto y desarrollada la narrativa, hay que examinarla y la primera sugerencia es hacer una lectura repetida y minuciosa. Las preguntas que pueden guiar esta lectura son ¿quiénes son los personajes principales?, ¿cuál es la trama?, ¿cuál es la moraleja?, ¿qué emociones tienen los personajes?, ¿quién podría evaluar esta historia como creíble e importante y por qué?, ¿quién podría evaluar esta historia como increíble y no importante y por qué? (Loseke, 2012: 258).

Los personajes de esta narrativa son los residentes, la diferencia, según el año que se encuentra cursando se valora a partir de las funciones que realizan y su articulación con el orden jerárquico de la institución se expresa a través de la dicotomía poder/obediencia. Los lectores de esta narrativa deben comprender cuáles son los códigos simbólicos que atraviesa la narrativa: A) estudiante/trabajador: lo que se espera de un médico en formación durante las residencias médicas. Estudio, trabajo y disciplina. B) Jerarquía: el trabajo en las residencias está atravesado por las jerarquías. C) Trabajo/productividad/atención: la lógica de la productividad domina los hospitales en general, los médicos en formación no son la excepción (rapidez, eficacia, eficiencia, control y dedicación total).

La imagen del residente trabajador/estudiante es la que domina la narrativa, en esta dicotomía hay una supeditación de la segunda figura a la primera. Esta representación es la que prevalece en el contexto de enseñanza actual, incluso en las leyes mexicanas, como decía en el apartado de contexto, particularmente la Ley Federal del Trabajo considera que los médicos que se encuentran haciendo un proceso de adiestramiento durante las residencias médicas son trabajadores y establecen una relación de trabajo temporal con las sedes donde se encuentran adscritos. Esto está en concordancia con el sentido de la narrativa de la jefa de residentes quien, más que orientar el proceso formativo, ordena el trabajo de atención clínica.

La trama de la narrativa: los médicos residentes deben sacrificar su vida personal y dedicarse por completo al trabajo de atención médica. Las relaciones son jerárquicas, cada residente, sin importar el año que cursen, debe respetarlo, debe estar dispuesto a someterse y recibir el castigo pertinente por la violación a esta norma. La estadía en la residencia médica tiene como fin principal trabajar en el campo clínico, lo académico debe acoplarse y es secundario.

El personaje de residente es obediente y productivo. Se ofrece laxitud con el pasar de los años, pero no desapego total a la normativa. Lo contrario produce vergüenza y significa no ser adulto. La narrativa puede leerse como un proceso informativo pero, sobre todo, un proceso de advertencia y disciplinamiento.

Esta narrativa es especialmente importante para los residentes de nuevo ingreso, quienes están en proceso de reconocimiento y saben, por su formación en pregrado, que la persona que ocupa el cargo de la jefatura de la residencia es una figura crucial en su paso por la residencia, deben respetar su jerarquía. La disposición organizacional en la residencia médica le da potestades importantes a las y los jefes, ellos organizan el servicio (distribución de guardias, vacaciones y, en general, el trabajo clínico), las actividades; además, tiene una vía más directa en las comunicaciones con las autoridades cuando hay algún conflicto o tensión. Probablemente para las y los residentes de mayor grado esta narrativa no tiene tanto valor porque ya conocen a la perfección las reglas del juego en la formación y, sobre todo, los alcances de la figura, pero además porque por el año que cursan la relación de poder es diferente y, por lo tanto, el diálogo y posibilidades de acción también, incluso los R4 fueron compañeros y compañeras de la jefa.

3. *Categorización de descripciones explícitas de personajes de la narrativa*

El siguiente paso es realizar un proceso más fino de categorización. Esto implica organizar la narrativa considerando algunos criterios: las descripciones de los personajes es uno de ellos. Para este fin, debe ponerse atención en ciertas características centrales de la historia y de los actores. En este caso, lo más sencillo fue hacer esta primera clasificación de acuerdo con el grado de los residentes, porque incluso la ubicación espacial de la situación está configurada de esta forma y porque en general en la formación médica es un criterio fundamental de organización. Sin embargo, en la narrativa no hay una segmentación por personaje, sino por actividades, tal como se observa en los títulos que hay entre párrafos: cursos, guardia, preconsulta.

Los y las R1 son quienes tienen más trabajo de tipo administrativo, además no están autorizados a tomar ninguna decisión. Siempre debe estar bajo la supervisión de un R mayor, tienen que participar en todas las actividades de tipo académico. Sin embargo, el nivel de responsabilidad por sus actos es bajo, pues sus fallas recaen en la supervisión del superior.

Los y las R2 son quienes tienen mayor carga, deben asistir a todas las actividades, pero además deben supervisar el trabajo de los R1. Si bien no están abajo de la pirámide jerárquica, siguen supeditados a la supervisión y mando de los Rs mayores. La responsabilidad aumenta, pues se les adjudica las fallas y omisiones propias y de los R1.

Los y las R3 y R4 comparten condiciones similares, el trabajo académico es opcional para ellos y su labor es, sobre todo, de coordinación y organización. Se encuentran en una buena posición para tomar decisiones. Sin embargo, como todos los residentes, siguen supeditados a otras figuras de autoridad del orden hospitalario; en este caso, los residentes de otra área del conocimiento. Si bien ya hemos descrito al personaje de la jefa de residentes, es crucial establecer que, además de sus obligaciones de organización y gestión, es una figura de representación y cohesión del gremio de la especialidad. Su posición en la organización de la formación médica se vuelve fundamental en la coordinación de los psiquiatras con el resto del hospital.

4. Códigos simbólicos y emocionales

De acuerdo con Loseke (2012: 262), los códigos simbólicos y emocionales en las narrativas son las ideas que hacen que las historias sean sensibles a los miembros de la audiencia, los códigos culturales, el marco interpretativo común. Algunas preguntas para rastrearlos en nuestras descripciones son ¿qué conocimiento sobre el mundo supone esta declaración?, ¿qué necesitaría creer sobre el mundo para que esta afirmación sea creíble e importante?, ¿qué valores específicos están siendo reflejados/transmitidos?

La vergüenza es una de las emociones más importantes, en parte por el gran número de funciones que tiene en la vida social de los individuos. Thomas J. Scheff hace un interesante recuento de la forma en que ha sido abordada y las omisiones en su estudio en las ciencias sociales y psicológicas. Ofrece algunas propuestas operacionales para comprender para qué es utilizada en las relaciones intersubjetivas de los órdenes sociales. La vergüenza es una "señal de transgresión moral, representa una amenaza en un vínculo social, indica que hay problemas en una relación" (Scheff, 2003: 254).

No es casual que la jefa de residentes apele a esta emoción al inicio de su narrativa como un proceso de advertencia de lo que causaría el incumplimiento de las actividades de los residentes, dice "da pena llegar después de los adscritos".

La vergüenza como forma de control social genera en los y las residentes la sensación de que no han cumplido con los estándares. Pero, además, como mencionaba, es una amenaza para la regulación de las emociones y de las acciones y, sobre todo, para la posibilidad de sostener los lazos sociales, es decir, esta amenaza advierte que el incumplimiento puede dejarlos fuera de la comunidad médica.

Otro código importante es el de la obediencia/poder, imposible no pensar como herramienta analítica la propuesta de Foucault (1990), particularmente el término biopoder para describir la forma en que se gestiona a las poblaciones y personas dentro del sistema capitalista:

Las poblaciones se regulan (biopolítica) y los cuerpos se disciplinan (anatomopolítica) mediante el ejercicio de tecnologías normalizadas del poder y del yo. Estas tecnologías son más eficientes y efectivas cuando los individuos asumen la tarea de autorregulación y autodisciplina, algo que ocurre cuando las personas asumen las identidades que les ofrecen las prácticas discursivas de las instituciones sociales y las profesiones (Foucault, 1990: 138-149).

El biopoder en los médicos se manifiesta a través del disciplinamiento en temas que abarcan el contenido del conocimiento —qué y cómo debo saber— pero también, y de manera importante, en el proceso de automonitoreo y autorregulación que exige el campo médico. Este proceso de aceptación de la obediencia/control queda patente en la línea de la narrativa donde la jefa de residentes advierte que en el momento en que los superiores jerárquicos amplíen la información sobre la organización del trabajo en la residencia, “seguro los van a regañar”. Esta llamada de atención no tiene un motivo específico, pero se espera con resignación y se asume como parte de la formación. Igualmente, cuando habla de los castigos, “los retrasos a clase u otras actividades ameritan aumento de la carga académica”.

El trabajo es otro de los valores fundamentales en la narrativa, esto no sorprende, ya que en las sociedades neoliberales actuales, donde se inserta nuestra investigación, el compromiso y participación en el trabajo es un valor fundamental, e incluso es la vía de acceso a los derechos más fundamentales. El objetivo de este énfasis es promover la responsabilidad personal (Lavee y Offer, 2012). La jefa de residentes indica que *todos son adultos y que las reglas son para todos, incluso para los R4, dice, “la idea es que salga el trabajo y sea lo más ameno posible”*. Con esto centraliza el objetivo laboral y de productividad de las residencias y lo relaciona con la adultez, como una etapa que representa responsabilidad y compromiso.

Estos cuatro pasos son una vía interesante para comprender la función y acción de la narrativa de la jefa de residentes. Es una narrativa moralizante, de advertencia, de disciplinamiento y control que constituye el contorno de la identidad profesional del gremio médico.

Conclusiones

En este trabajo tuve como objetivo detallar con precisión cómo realicé el trabajo de análisis narrativo centrado en la formación que sucede en los entornos hospitalarios. Para tal empresa, me enfoqué en una sola dimensión del vasto trabajo etnográfico que realizamos con un grupo de antropólogos en un hospital de tercer nivel de atención. “La trama narrativa de los residentes en torno a la formación y el trabajo” fue el eje articulador para desvelar los entretelones de la investigación. Con la ayuda de dos enfoques analíticos pude desvelar que la trama detrás de la formación de los residentes es el trabajo, disciplinamiento y formación autodidacta.

Sin embargo, haciendo caso al objetivo de este libro, en las conclusiones quiero detallar los retos que implicó este acercamiento:

1. Un gran problema fue definir qué es una narrativa, si bien no lo explicité en el cuerpo del texto, me tomó bastante tiempo delimitar de dónde y cómo iba a partir. Como lo detalla la bibliografía, no hay un consenso, un concepto unívoco del término; no obstante, lo resolví proponiendo criterios de un concepto operacional.
2. Otra gran encrucijada es la vasta y compleja literatura que hay sobre la investigación narrativa. Es abrumadora la cantidad de enfoques metodológicos que ofrece la bibliografía, cada lectura sobre el tema me cuestionó mi conocimiento sobre el tema y, sobre todo, la posibilidad de ofrecer una propuesta sólida y novedosa.
3. Otra dificultad fue que en el trabajo narrativo del campo de la salud hay un énfasis en las experiencias del paciente, quedando en segundo plano los análisis de los contextos clínicos. Es decir, en la preparación de este texto encontré un amplio trabajo sobre las narrativas del padecer, en contraste con los trabajos abocados a los actores institucionales en el campo médico.
4. Un gran conflicto es cómo convertir las entrevistas en narrativas. Si bien las propuestas temática y estructural de Riessman me fueron muy útiles, me faltó encontrar con más precisión la manera en que se articula. Además,

si bien Riessman (2008) es enfática en que hay una diferencia importante con la teoría fundamental (la secuencia y detalle de la narrativa), en el momento de realizar mi análisis no fue tan claro. No obstante, la estructuración común de las entrevistas me hizo más sencilla la tarea y pude detectar una trama maestra.

5. Ordenar las narrativas a través de preguntas es una vía muy útil, clara y sencilla para ordenar la información y dar sentido a la experiencia a través de la trama que emerge de este cuestionamiento.
6. Este ejercicio me permitió constatar con más claridad que en el análisis narrativo la construcción de la narrativa es un elemento fundamental y muy complejo. Confirmando que la experiencia, esto es, el trabajo continuo y repetitivo de elaborar relatos, es la vía más fácil para mejorar en esta tarea. En mi caso, además se alimentó con la lectura de otras narrativas ya construidas. Más que las guías o pasos propuestos por diversos autores, el resultado reflejado en una narrativa y su interpretación me fueron de mucha utilidad para construir este capítulo.

Finalmente, la riqueza de este acercamiento metodológico está en la posibilidad de explicar con más detalle cómo se llega a un resultado, lo que implica una relectura de los supuestos metodológicos y teóricos. A mí me obligó a hacer una revisión y cuestionarme algunas prácticas en mi trabajo analítico. La apuesta es que sirva a los lectores en sus propias investigaciones.

Referencias

- Akaki, J.L. y Bárcena, J.L. (2018). Formación de médicos especialistas en México. *Educación Médica*, 19, 36—42.
- Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in practice*. Routledge.
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos*, 24(67) septiembre-diciembre, 135—156.
- Cantillon, P., Grave, W. De, y Dornan, T. (2021). Uncovering the ecology of clinical education: a dramaturgical study of informal learning in clinical teams. *Advances in Health Sciences Education*, 26(2), 417—435.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós.

Frank, A. (2012). Practicing dialogical narrative analysis. *Varieties of narrative analysis*, 2010, 33—52.

Goffman, E. (2006). *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. CIS: Madrid.

Gubrium, I.F. y Holstein, I.A. (2009). *Analyzing narrative reality*. Thousand.

Hamui, S. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18(52), 51—70.

Hamui-S., A., Lavalle, C., Díaz, A., Gómez, D.S., Carrasco-Rojas, J.A. y Vilar, P. (2013). Las actividades docentes de los profesores clínicos del PUEM desde la perspectiva de sus residentes. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 56(5), 26—42.

Hamui, A., Sánchez, M., Paulo, A., Ramírez, J., Lemus, S., Loza, T., Suárez, V. (2022). *Interacciones en la clínica más allá del cerebro*. Universidad Nacional Autónoma de México: México.

Hinchman, L.P. y Hinchman, S. (Eds.). (1997). *Memory, identity, community: The idea of narrative in the Human Sciences*. Suny Press.

Jaye, C., Egan, T. y Parker, S. (2006). 'Do as I say, not as I do': Medical Education and Foucault's Normalizing Technologies of Self. *Anthropology & Medicine*, 13(2), 141—155.

Lavee, E. y Offer, S. (2012). "If you sit and cry, no one will help you": Understanding perceptions of worthiness and social support relations among low-income women under a neoliberal discourse. *The Sociological Quarterly*, 53(3), 374—393.

León R., Lara-Vélez, V.M. y Abreu, L.F. (2018). Educación médica en México. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 21(3), 119—128. Epub 16 de agosto de 2021. <https://dx.doi.org/10.33588/fem.213.949> .

Loseke, D.R. (2007). The study of identity as cultural, institutional, organizational, and personal narratives: Theoretical and empirical integrations. *The Sociological Quarterly*, 48(4), 661—688.

Loseke, D.R. (2012). The empirical analysis of formula stories. *Varieties of narrative analysis*, 251—271. En Holstein, J.A. y Gubrium, J.F. (Eds.). *Varieties of narrative analysis*. Sage Publications.

Macías, D.F., Rosas, J.L.H. y Cabello, M. (2009). Estudio de la bibliografía del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). *Revista de la Facultad de Medicina, UNAM*, 52(3), 9.

Mattingly, C. (1994). The concept of therapeutic 'emplotment'. *Social Science & Medicine*, 38(6), 811—822.

Mattingly, C. (2004). Performance narratives in the clinical world. *Narrative research in health and illness*, 73-94.

Riessman, C. (1993). Narrative analysis. Qualitative research methods series, Núm. 30, Newbury Park, CA: Sage.

Riessman, C.K. (2004). Narrative analysis. En M.S. Lewis-Beck, A. Bryman y T. Futing Liao (Eds.) *Encyclopedia of Social Science Research Methods*, 705—9. Newbury Park, CA: Sage.

Riessman, C.K. (2008). *Narrative methods for the Human Sciences*. Sage: USA.

Riessman, C.K. y Quinney, L. (2005). Narrative in social work: A critical review. *Qualitative social work*, 4(4), 391—412.

Sánchez, A. y Hamui, A. (2022). La formación clínica y la identidad profesional: aprendiendo a ser psiquiatra, entre la docilidad y la aspiración. En: Hamui, A. (Coord). *Interacciones en la clínica más allá del cerebro*. (161—240). Universidad Nacional Autónoma de México: México.

Saranghi, S. y Roberts, C. (Eds.). (2008). *Talk, work and institutional order: Discourse in medical, mediation and management settings*. (Vol. 1). Walter de Gruyter.

Scheff, T.J. (2003). Shame in self and society. *Symbolic Interaction*, 26(2), 239—262.

Squire, C., Andrews, M., Davis, M., Esin, C., Harrison, B., Hyden, L. C. y Hyden, M. (2014). *What is narrative research?* (144). Bloomsbury Academic.

Wind, G. (2008). Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. *Anthropology & Medicine*, 15(2): 79—89.

REFLEXIONES Y EXPERIENCIAS EN LA TEXTUALIZACIÓN DE LAS NARRATIVAS

Alfredo Paulo Maya

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

Introducción

Adoptar un enfoque reflexivo en el trabajo antropológico conlleva un compromiso de autoconciencia crítica durante todo el proceso de investigación: desde la elección del tema y la forma de establecer vínculos en el trabajo de campo, hasta el análisis de la información y la redacción de los textos (Aull, 1999). La reflexividad conduce al antropólogo a posicionarse en un horizonte histórico y cultural, que asume y expresa abiertamente al escribir en primera persona. En la investigación centrada en las narrativas, la reflexividad me ha llevado a hacer explícitos los elementos en los que se enmarca mi trabajo, no solamente en términos epistemológicos, teóricos y metodológicos, sino también en aquellos aspectos no formales como las motivaciones, prejuicios y percepciones sobre el tema de investigación (Vargas *et al.*, 2016).

El objetivo de este trabajo consiste en describir y analizar los retos metodológicos inherentes a la textualización de las narrativas. Para ello, desarrollaré un análisis reflexivo de la investigación realizada como parte del equipo de trabajo del Seminario Narrativas del Padecer,¹ centrándome en el análisis narrativo y la elaboración del texto final. Iniciaré abordando de manera explícita las bases epistemológicas que me llevaron a conceptualizar las narrativas y su relación con el documento escrito. No omito señalar que escribo en primera persona debido a mi posicionamiento desde la antropología reflexiva, que suele confundirse, pese a sus diferencias significativas, con la autoetnografía² o la autonarrativa.³ Así, se espera generar en los lectores nuevos horizontes de sentido que contribuyan al diálogo y la reflexión de las humanidades en salud.

Abordaje de las narrativas desde la antropología y la sociología

La narrativa ha estado presente en estudios sociales y culturales desde hace ya algunas décadas. Desde la antropología se han desarrollado diversos acercamientos, ya sea como forma de organizar la información del trabajo de campo o, bien, en términos teóricos y metodológicos. En el área de salud destacan los aportes de Arthur Kleinman y Byron Good.

A finales de 1980, Kleinman recurrió a la narrativa como medio para comprender el padecer, es decir, la forma en que el paciente vive y representa su enfermedad (Kleinman, 1988). Posteriormente, Byron Good (2003) identificó las tramas plasmadas en las narrativas para comprender las experiencias del enfermo en relación con su *estar en el mundo*. La influencia de ambos permeó el campo de la antropología médica y se refleja en la amplia producción de trabajos encaminados a interpretar el punto de vista de los actores en relación con su enfermedad, aunque no necesariamente dentro del proceso de salud-enfermedad-atención.

- 1 Patrocinados por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) de la Dirección General de Personal Académico (DGAPA) y con el aval de la División de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Del 2018 al 2019, el equipo interdisciplinario trabajó en el proyecto "Investigación narrativa en el contexto clínico"; mientras que del 2020 al 2021, se realizó el proyecto "Análisis interpretativo de las narrativas en el contexto clínico de la salud mental".
- 2 Enfoque de la denominada antropología posmoderna que, en su intención de cuestionar la autoridad del autor, plantea que a partir de una narrativa individual autobiográfica es posible comprender el contexto espaciotemporal en que se vive la experiencia, en sus dimensiones cultural, social y política (Bénard, 2019).
- 3 La autonarrativa es un proceso comunicativo de la representación del mundo y la autopresentación del sujeto por el propio sujeto. Al elaborar una historia del yo, se requiere una interpretación y reinterpretación constantes de las experiencias de uno mismo. Se caracteriza por ser un relato sobre la propia historia vivida, contada desde una perspectiva subjetiva que incluye, entre otros aspectos, una descripción de la situación o participantes en los eventos (Gajek, 2014).

Tales antecedentes dejaron claro que, para los antropólogos médicos, la narrativa representa una estrategia de investigación etnográfica, con bases teóricas y metodológicas analizadas ocasionalmente. En contraparte, el abordaje de la sociología se ha enfocado a delimitar el territorio de las narrativas. Pese a esta divergencia, antropólogos y sociólogos coinciden en que las narrativas son producto de encuentros dialógicos del investigador con sus interlocutores y que representan un medio para comunicar el mundo vivido de la experiencia cotidiana inmediata o, dicho de otro modo, su estar en el mundo y la coexistencia con los demás. Así, cuando las audiencias escuchan o leen las narrativas, se favorece la fusión de los correspondientes horizontes de comprensión (Riessman, 1993).

En este contexto, los integrantes del Seminario Narrativas del Padecer nos dimos a la tarea de discutir los aspectos teóricos y metodológicos de las narrativas para efecto de nuestro trabajo de investigación. Definimos cuatro momentos: el primero alude al diseño de la investigación para construir el objeto de estudio y coproducir el *corpus* narrativo durante el trabajo de campo. El segundo consiste en el registro y reordenamiento de las narrativas, acompañado de la descripción del contexto, es decir, tramas, temporalidades e interacciones sociales. El tercer momento es el cruce intertextual, caracterizado por el análisis interpretativo; aquí, partiendo de conceptos, categorías y de los aspectos metodológicos que permitieron la coproducción de las narrativas (expresados en la primera fase), se espera generar la explicación y/o comprensión de los sentidos comunicados. Finalmente, se encuentran la liberación del andamio y el proceso de escritura, cuya finalidad es comunicar las interpretaciones del investigador a las audiencias,⁴ potenciando así los sentidos de las narrativas hacia nuevos horizontes de comprensión (Hamui *et al.*, 2019).

Es importante destacar que, en un equipo de investigación, el cruce intertextual involucra diferentes formas de interpretar las narrativas, por lo que es clave consensar el análisis de la narrativa-teoría y recuperar las preguntas de investigación, las categorías y los conceptos teóricos. En nuestro equipo de trabajo dejábamos entrever, de manera implícita o explícita, nuestra inclinación teórica y epistemológica: por una parte, destacaba la influencia del

4 Entre sus características destacan: 1) es flexible; 2) es reflexivo; 3) es iterativo; 4) permite la articulación entre puntos nodales teóricos y del sentido común; 5) es visible e invisible, puesto que se reconocen los elementos que no se pueden expresar en el lenguaje, al mismo tiempo que el investigador, los autores y los narradores entran y salen, tanto de la narrativa como de la investigación; 6) describen la performatividad; y 7) se transforma, es susceptible a modificaciones constantes.

posestructuralismo; por otra, el influjo de la filosofía a través de la fenomenología y la hermenéutica. Me incliné por esta última debido a mi interés en las humanidades en salud, que aspiran al entendimiento y comprensión de los significados culturales. Para entonces ya había notado que, a partir de este siglo, algunos sociólogos y antropólogos habían comenzado a abordar las narrativas desde planteamientos filosóficos (Good, 2003; Loewe, 2004; Daas *et al.*, 2014; Sánchez, 2014). Incluso se habían publicado trabajos con posturas críticas hacia la narrativa, como el sociólogo Atkinson (1997) y el filósofo Galen Strawson (2004) y los antropólogos Veena Daas y K. Das Ranendra (2007), aunque mi interés por dicha perspectiva se concretó a partir de la lectura de Fredrik Svenaeus (2000).

Las bases fenomenológicas de las narrativas

Husserl (1997) plantea que experimentar algo es un acto intencional y consciente, ya que el yo se dirige hacia la realización de dicha acción. Por lo tanto, el acto de ser representa la reafirmación de un yo en relación con la historia de otras personas y de las instituciones sociales y culturales, mientras que la experiencia alude a una estructura de significación que une el yo y el mundo, pues son modos de una misma síntesis. Partiendo de ello, Heidegger (2003) desarrolla sus ideas sobre lo humano. De carácter existencial, lo refiere como una condición de estar en mundo, con otros, reconociendo la familiaridad del yo con su forma de vida. Al mismo tiempo, el actuar del ser humano en el mundo implica entendimiento y comprensión, es decir, la preexistencia de una estructura de significación intersubjetiva. De aquí la importancia del lenguaje, pues permite pensar y hablar acerca del mundo mediante términos que comunican significados comprensibles para sí y para los demás. Heidegger también sostiene que la descripción fenomenológica tiene como objetivo descubrir los patrones de significación que estructuran nuestras vidas. No obstante, dado que no suelen ser reconocidas en la cotidianidad, es necesario "excavar" (Váquer, 2015) las estructuras de significado del ser en el mundo que hacen posible las actividades cotidianas y, por lo tanto, requiere de una interpretación sistemática.

Autores como Catherine Riessman (1993; 2007) retoman estos elementos de la fenomenología y postulan que, a través de las narrativas, las personas construyen eventos y acciones que dan sentido a su vida y reafirman su identidad, con elementos que incluyen o excluyen en función de su capacidad de agencia. Otro aspecto fundamental es que las narrativas se generan en un proceso dialógico de habla y escucha, por lo que su autoría no es personal, sino

compartida (Frankl, 2011). Además, si bien la narración es una interpretación personal de la realidad, también es cierto que se encuentra enraizada en una estructura de significación preexistente en la cultura. Así, al recordar lo sucedido, se elige una forma particular de ordenar los eventos que fueron significativos y se conforma una trama para evocar en las audiencias —presentes o imaginadas— la comprensión de su experiencia vivida e incluso de sus expectativas (Chase, 1995).

Las bases hermenéuticas de las narrativas

Gadamer (1996) sostiene que la hermenéutica no representa únicamente una estrategia para la interpretación de textos, sino un aspecto básico de la vida, ya que su comprensión implica articular un *ser en el mundo* dirigido a otros seres humanos. Los textos representan vehículos de significación que se entienden solo dentro del horizonte del *ser en el mundo*. Así, en su interpretación, ocurre un encuentro o *fusión* de horizontes, sin que ello represente tener la misma comprensión que el autor. La distancia que separa y, al mismo tiempo, une los horizontes, es siempre una distancia productiva, ya que su lectura y comprensión evoca *estar en el mundo* de las audiencias. Un texto está anclado al interior del *mundo de vida* de sus autores; en su lectura, las audiencias tratan de respetar el horizonte del autor y, al mismo tiempo, articularlo con su comprensión dentro del propio horizonte de vida. En la interpretación, la persona crea experiencias junto con el texto.

Por su parte, Ricoeur (2004) plantea que en los textos no solamente se plasman los sentidos de sus autores, sino que el conjunto de elementos que lo conforman y que guían la transmisión de sus significados también posibilitan la libre interpretación de las audiencias. Es decir, en el modo de ser del texto entra en juego la relación explicación-comprensión. Pese a que en el proceso de escritura se fijan los significados de los actos intencionales verbalizados, si se favorece una lectura crítica y libre, la autoría puede extenderse hacia nuevas direcciones. En otras palabras, la interpretación no se centra en el texto, sino en las audiencias lectoras.

Quienes asumen la propuesta hermenéutica proponen generar en las audiencias "la interpretación del estar junto con otros *en y a través del escrito*" (Svinaeus, 2000), en lugar de la simple aceptación de lo que el autor afirme. Es pertinente recordar que las narrativas son producto de un proceso de comunicación directa y dialógica, generadas en la práctica cotidiana y que aluden a las experiencias

de vida de las personas. Por tanto, en el análisis y anclaje en un texto (intertexto) se priorizan los sentidos del *estar en el mundo*, es decir, su propósito es generar nuevas interpretaciones en los lectores. De otro modo, las audiencias —reales o imaginarias— que estuvieron presentes en el proceso de co-construcción de las narrativas, quedarían eliminadas en el proceso de textualización.

En el contexto de las narrativas, el papel del investigador no se reduce al de preguntar y anotar las respuestas que le proporcionen en una especie de encuentro de *cooperación*. Al contrario, establece una relación de *colaboración*, donde el narrador y el investigador (y en su caso, la audiencia presente) producen conjuntamente las narrativas a través del habla, escucha y comprensión de los sentidos expresados. De ello se desprende que la autoridad del investigador se diluye paulatinamente, pues es necesario adaptarse a los intereses y posibilidades de su interlocutor, en lugar de disponer de su tiempo, espacio y apertura al diálogo. En consecuencia, resulta preponderante describir cómo se establecieron las relaciones dialógicas que permitieron que, por iniciativa propia, los participantes narraran sus experiencias de vida (Riessman, 2007).

Las narrativas son producto de relaciones dialógicas situadas; por tanto, todas las audiencias desempeñan un papel activo en la comprensión de los significados (Chase, 2011). Más que una mera observación sobre la técnica o el método, esta afirmación hace referencia a una perspectiva epistemológica que perfila a interpretar la intención de lo comunicado por los interlocutores. Es decir, quien narra sus experiencias de vida espera que lo comprendan; elige la trama adecuada para comunicar su sentido de *estar en el mundo*, abarcando lo que se puede y lo que no se puede decir, lo que se da por hecho y lo que considera necesario resaltar. Paradójicamente, este aspecto de la narrativa no se incorpora en el texto que se presentará a los lectores, debido a que forma parte del proceso de retirar el andamio teórico-metodológico previo a la elaboración del escrito. En el mejor de los casos, se le reduce a enunciar la aplicación de un método o técnica, como la observación participante, la entrevista semiestructurada, grupo focal y/o guías de entrevista.

El anclaje de las narrativas en los textos

Como se ha señalado, el enfoque hermenéutico plantea que un texto corresponde con el ser en el mundo de los autores cuando desvela su estructura significativa, esto es, a través de una interpretación sistemática. En este contexto, a continuación, detallaré los retos que se presentaron en el anclaje de las narrativas (Paulo, 2019).

Primero, transcribí los audios de las entrevistas. Esta fase fue sumamente complicada porque representó dedicar diariamente varias horas a escuchar las grabaciones y plasmarlas en un texto provisional. Durante el proceso, se recrearon situaciones y momentos emotivos reflejados en los tonos de voz o silencios, que en ese momento no dimensioné, pero que fueron recuperados posteriormente al reflexionar sobre ellas. Resulta significativo que el uso de la tecnología para grabar la entrevista condicionó la organización inicial de la información y la orientación de las tramas narrativas, que perfilaban hacia la saturación de los estudiantes de rehabilitación. Complementé la transcripción con mis notas de campo; primero, con los elementos del lenguaje no verbal que había registrado, seguido de la descripción de las condiciones que permitieron los encuentros con los interlocutores, que generalmente ocurrían al finalizar los servicios de rehabilitación o, bien, en espacios externos, poco antes de finalizar las relaciones académicas con la institución.

El resultado fue un texto que integraba coherentemente el lenguaje verbal de las transcripciones (tono y volumen de voz, silencios, exclamaciones) con los elementos de lenguaje no verbal (gesticulaciones, postura, dirección de la mirada) y la contextualización de los encuentros. A diferencia de lo que sucedió al utilizar únicamente la transcripción, en esta ocasión el sentido de las tramas resaltaba el sufrimiento de los estudiantes, producto del conflicto entre su identidad profesional y las exigencias de la institución y de sus autoridades inmediatas. A su vez, lo anterior se expresaba en la incomprensión por la rapidez y saturación de las actividades de los estudiantes en el servicio de rehabilitación (Paulo y Loza, 2022).

Si bien las narrativas fueron editadas durante el proceso de escritura, conservé la descripción de las formas en que se co-construyeron y traté de respetar los sentidos de las experiencias relatadas (González, 2019). Para la fase de análisis, descarté la teoría fundamentada, pues al fracturar la narrativa se obstaculiza la identificación de la trama y, por lo tanto, la interpretación de los significados y sentidos. Además, se generó un efecto contraproducente: resaltaba mis interpretaciones teóricas, en lugar de los sentidos comunicados por los interlocutores. Reorganicé las experiencias de vida co-construidas en un texto con varios episodios ilustrativos acompañados de mi análisis. El resultado lo presenté en un evento académico al que asistieron los miembros del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (CIFANEP) que habían participado en la investigación. Mientras exponía verbalmente las interpretaciones de lo que observé y escuché durante mi trabajo de campo, la

mayoría de los miembros del personal expresó su acuerdo, excepto el jefe de servicio, cuya discrepancia provocó el asombro evidente de sus compañeros de trabajo. Lo anterior confirmaría nuestras inferencias de que en el área de rehabilitación se expresaba una atención en conflicto.

En un segundo momento del análisis, prioricé la intención de los interlocutores de comunicarme sus experiencias de vida. Elegí un análisis temático (Riessman, 2007) debido a que posibilita la identificación de los episodios que sustentan el sentido de lo narrado. En otras palabras, fracturé las narrativas en episodios para identificar los sucesos que daban el sentido de orden; posteriormente, agrupé las tramas por sus semejanzas con el fin de identificar "tipos" (Mishler, 1986).

Inicialmente había vislumbrado que mis potenciales audiencias serían los profesionales de la salud; en particular, los estudiantes de medicina y quienes administran los servicios de salud; sin embargo, al elaborar el índice tentativo del texto que sería discutido por el equipo de trabajo, reflexioné que mis primeros lectores serían precisamente los miembros del equipo, ya que nuestros resultados se publicarían en un libro conjunto. Escribir en una obra colectiva representó retomar permanentemente la pregunta y los objetivos de la investigación. Sin embargo, el enfoque fenomenológico y hermenéutico que tenía pensado resaltar me condujeron a reformular varias veces el orden de mi escrito. La disyuntiva se resolvió mediante acuerdos con los integrantes del grupo, especialmente la responsable de coordinar la obra en su conjunto; tarea nada fácil, debido a que implica dar coherencia y cohesión a todos los textos. En este sentido, considero necesario reflexionar acerca de la responsabilidad que recae en quien coordina un equipo de trabajo para generar una obra colectiva, pues involucra desde la mediación de relaciones sociales, hasta la labor editorial. Asimismo, es importante reconocer la dinámica de trabajo del grupo; en este caso, la orientación de la obra no se discutió con base en argumentos académicos, sino priorizando los objetivos asumidos como colectivo, lo cual no necesariamente implica la anulación de un enfoque en particular.

En mi primer borrador conferí más peso a aquellos casos significativos de las tramas y pensé en ordenarlos con un estilo de tintes literarios. Desistí de esto último porque no se ajustaba a las convenciones académicas que habíamos acordado. Entonces enfoqué el trabajo en la exposición de las tramas narrativas, acompañadas de algunas interpretaciones teóricas. Tras leer mi trabajo, los colegas señalaron que contenía demasiados fragmentos de las narrativas

y que mis primeros análisis no eran tan exhaustivos como para explicar las interacciones del personal de salud y las lógicas de la estructura institucional. Los comentarios fueron enriquecedores; sin embargo, me parecía un gran reto retomar los sentidos que los interlocutores compartieron con sus experiencias.

Sus observaciones me llevaron a reflexionar que la siguiente audiencia de mi texto no sería el personal de salud, sino el comité editorial que evaluaría el escrito conforme a las convenciones académicas de la ciencia biomédica, que reconoce y promueve las explicaciones científicas en correspondencia con su origen epistemológico, y no necesariamente la comprensión de los sentidos que yo pretendía resaltar. Por lo tanto, modifiqué nuevamente el texto, en esta ocasión centrándome en ampliar la discusión teórica. No obstante, en mi mente hacía eco la pregunta “¿cómo recuperar los sentidos de las experiencias narradas por mis interlocutores?”.

Para la nueva versión, inicié describiendo brevemente el espacio donde se realizó la investigación y a las personas del equipo interprofesional del área que se estudió. Después, incluí el propósito de la investigación: “describir y analizar las formas de organización paralelas —y en ocasiones contrapuestas— a la normatividad, que se generan en el servicio de rehabilitación y se expresan en las experiencias narradas por los rehabilitadores y estudiantes” (Paulo y Loza, 2022). Posteriormente, discutí los principales enfoques teóricos de la antropología que retoman las narrativas, los cuales aspiran a comprender las experiencias de quienes enfrentan alguna enfermedad, como ya se detalló al inicio del presente trabajo. De ellos, la mayoría es referido como constituyentes de grandes sistemas culturales de “posibilidad” que llevan a las personas a pensar y a actuar, pero pocas veces se han relacionado con la estructura social, es decir, con las formas de organización en los niveles micro, meso y macro (Kleinman, 1981, 1988; Good, 2003).

Asimismo, retomé el enfoque procesalista de Víctor Turner (1972, 1974, 1999) para fundamentar mi análisis de las “situaciones en conflicto” que presencié dentro del sistema jerárquico y orden normativo del CIFANEP. Sustenté cómo el método del caso extendido me había permitido identificar las lógicas dominantes en la estructura organizacional del hospital y observar situaciones conflictivas entre los miembros del personal (Gluckman, 1958, 2009; Van Velsen, 1967). No obstante, el enfoque resultaba limitado para interpretar el punto de vista de los involucrados. Al reconocer que en las situaciones conflictivas a nivel local los actores se encuentran potencialmente en condiciones de expre-

sar su punto de vista para enfatizar la importancia de su trama respecto a su contraparte (Díaz, 1997; Turner, 1974), surgió la idea de organizar encuentros dialógicos encaminados a la co-producción de narrativas con los jefes de área, rehabilitadores adscritos y estudiantes.

Fue así como sus narrativas me llevaron a comprender las experiencias que habían vivido en los momentos de tensión. Después, argumenté la pertinencia de los planteamientos de E. Goffman (1974) sobre el *frame analysis*, ya que al dirigir la atención hacia las interacciones entre los individuos se generan los marcos de la experiencia, que son socialmente compartidos, organizan y dan significado a las mismas. Es decir, constituyen esquemas sociales de interpretación que permiten al individuo ordenar sus vivencias dentro de los espacios cotidianos de vida, en este caso la clínica en el área de rehabilitación.

En la sección de metodología, resalté que —en la investigación con narrativas— el papel del investigador y el de sus interlocutores son igual de importantes. El investigador no se concibe como un ente neutro y “objetivo” que observa y registra pasivamente, más bien contribuye activamente a la construcción conjunta de las narrativas. Asimismo, describí de manera explícita las condiciones que permitieron establecer las relaciones con los interlocutores y en las que compartieron sus experiencias de vida. Sin embargo, no lo desarrollé lo suficiente debido a las limitaciones en la extensión del texto; por ejemplo, omití aspectos relacionados con mi personalidad que influyeron en el establecimiento de las relaciones de interlocución (Riessman, 2007). La primera alude a la posición de autoridad como académico de tiempo completo de la Facultad de Medicina en la UNAM, a lo que se agregó mi género y edad (54 años). En una institución hospitalaria de tercer nivel, la posición me permitió ser identificado con relativa facilidad (a través de los escudos en mi bata y suéter) por los investigadores y el personal de salud del CIFANEP, ya que entre instituciones existen convenios de investigación y nuestro proyecto fue autorizado por el comité de ética del hospital. Sin embargo, también representó un obstáculo para establecer relaciones de interlocución, particularmente con las jóvenes estudiantes en servicio social, a diferencia de lo que sucedía con mi compañero de equipo, Tomás, un joven médico estudiante de posgrado. En contraparte, mi estatus académico facilitó relacionarnos con nuestros interlocutores y sus familiares, al visitarlos en sus hogares, mientras que para Tomás, salir de los espacios del hospital y despojarse de la bata le resultó particularmente complicado, ya que se veía obligado a abandonar su autoridad como médico, que se expresaba al tratar de relacionarse con los pacientes. Estos aspectos solíamos discutirlos antes y después de los encuentros con los interlocutores.

En el caso de los estudiantes en servicio social, durante el registro de las interacciones con el resto del personal fue notorio que realizaban actividades que rebasaban la atención a los pacientes, pues se veían involucrados en protocolos de investigación (aplicar baterías y pruebas), e incluso tenían que realizar diligencias y aplicar masajes a personas que no eran pacientes. Este aspecto les generaba molestias y enojos. En tal coyuntura, mis primeros acercamientos con las estudiantes comenzaron con su interés por los posgrados ofertados en la Facultad de Medicina; posteriormente, me cuestionaron los objetivos de la investigación, y al enterarse de que no se trataba de una evaluación de calidad y de que nos interesaban sus experiencias en los servicios, se solía favorecer el diálogo abierto y la generación de narrativas.

Algo distinto sucedió con una alumna de servicio social. A las preguntas detonantes como “¿te sientes identificado con la institución y los servicios de rehabilitación?”, inesperadamente comenzó a relatar muchas de las adversidades que había tenido que sortear, incluso realizó comentarios críticos sobre las autoridades encargadas de su supervisión. El problema fue que lo realizó en un espacio donde sus compañeros la escuchaban, sobre todo cuando expresó levantando el tono de voz: “Yo no sé qué estoy haciendo aquí y tal vez me castiguen, pero no sé si lo que estoy aprendiendo está bien”. En ese instante detuve el diálogo y le indiqué que el espacio no era el indicado, puesto que justo corría el riesgo de ser castigada por sus profesores. Este acontecimiento me llevó a reflexionar sobre mi autoridad como investigador; por una parte, había logrado que la estudiante elaborara una narrativa; por otra, el contenido de su relato giraba en torno a la crítica de la organización de los servicios y se encontraba frente a sus compañeros, lo que la colocaba en una situación de riesgo. Por lo anterior, es prudente problematizar los espacios propicios para la construcción de las narrativas al interior de instituciones de salud, caracterizadas por las lógicas de los dispositivos institucionales.

La presentación de las narrativas en el texto

Como se ha señalado, opté por un análisis temático, aunque al dividir en episodios las narrativas, no se les conceptuó como segmentos aislados, sino como partes de una secuencia que en su conjunto transmitían sentidos (Riessman, 2007). Al agruparlos por su semejanza, pude identificar diferentes tipos de tramas (Mishler, 1986). Así, previo al proceso de escritura, elegí las temáticas que sobresalían y que daban orden y secuencia a las experiencias narradas por los estudiantes y responsables del área de administración.

Acto seguido, elegí plasmarlo en forma de estudio de casos (Yin, 2009), puesto que la información resaltaba la profundidad descriptiva. Esto me permitió plantear la comprensión del problema de investigación y la descripción de las condiciones contextuales, enfatizando que existen múltiples realidades y perspectivas de significación. Por otra parte, expuse mis interpretaciones con base en conceptos teóricos de la antropología y la sociología, para brindar a la audiencia lectora explicaciones relacionadas con las interacciones durante los servicios de rehabilitación. De igual forma, sobre las experiencias de vida y los significados diferenciales de los integrantes del equipo interdisciplinar que conforma el área de rehabilitación.

A continuación, muestro cómo se presentaron los casos en el escrito final, especificando que se trata de las narrativas de los estudiantes que realizaban su servicio en el área de rehabilitación.

En el análisis de las narrativas 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.

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, debido a que la estancia en el CIFANEP no cumplía con sus expectativas.

Viernes, 10:00 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 ese 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 calmara. 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 practicar y te ponen a hacer muchas cosas que ni al caso. ¡Hasta parece que no les interesan los pacientes!

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

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 proporcionando 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, periodos 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 entrevistarlas. 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, 12:00 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 a un paciente de alta, te meten luego, luego uno; y casi siempre tienes la carpeta saturada. Y hay veces que de ti depende si quieres dejarlo de uno o de dos 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 contradicen 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". 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 ha 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" (*Nubia*).

—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 él, 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 respuesta 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 terapéuticas.

Finalmente, una vez que culminé el escrito, solicité a una persona totalmente ajena a la investigación y perteneciente a un campo del conocimiento de las llamadas ciencias duras (química farmacéutica bióloga) que lo leyera y me proporcionara sus comentarios. Realizó un par de sugerencias sobre los aspectos formales del texto, por ejemplo, precisar ciertos conceptos. En relación con el contenido, el escrito le llevó a interpretar las experiencias de vida ahí plasmadas, en términos de sus propias vivencias durante su formación profesional en laboratorios de alta especialización. Entonces, tuve indicios de que mi enfoque fenomenológico y hermenéutico había logrado comunicar los sentidos de mis interlocutores.

Posibles formas de escritura de las narrativas

Lo primero que deseo resaltar es que la propuesta de escritura que presentaré no es un deslinde a los acuerdos del equipo de investigación sobre las formas en que se plasmó en el escrito. Mis reflexiones se relacionan como un nuevo escrito que resaltaré el carácter humanista de las narrativas. Es pues que mi intención sería la de motivar entre diversas audiencias la comprensión de los sentidos narrados por los profesionales de la salud en contextos institucionales altamente normatizados.

Sin duda haría explícito el rigor de la investigación, que se expresó en la identificación del problema y pregunta de investigación, diseño del marco teórico-metodológico, registro y reordenamiento de las narrativas, que favoreció

la expresión de los sentidos de los diferentes integrantes del equipo interprofesional en el área de Rehabilitación. Por tal motivo, aclararía que no se trata de una ficción o un ejercicio literario y haría explícito el andamiaje teórico metodológico, en una forma parecida a la plasmada en el presente escrito.

No obstante, al plasmar las narrativas en el texto, no lo haría con los fragmentos de temas, sino elegiría un solo caso, en donde expondría la secuencia de los temas. Optaría por un género literario semejante a la crónica, en donde —desde la primera persona— narraría la confluencia de los tiempos y espacios en una primera instancia. Posteriormente, presentaría la narrativa de mi interlocutor. Sin embargo, previo al desarrollo de los principales temas que conforman la narrativa, haría explícitas mis interpretaciones con base en mis nociones teóricas, pero dejaría las explicaciones generales hasta el final del texto, aclarando que se trata de una de las tantas comprensiones que el texto puede generar, explicando que el texto invita a comprender las experiencias de vida de una profesional de la salud.

Crónica de Andrea. La imposibilidad de una práctica médica humanizada

Tomás y yo esperábamos sentados en una banca junto a la fuente. Pensábamos en los pendientes acumulados, habíamos cancelado las actividades de esa tarde para encontrarnos con Andrea. Y no era para menos.

La habíamos conocido tres meses antes, al iniciar el trabajo de campo en el CIFANEP. Cuando llegamos al servicio de Rehabilitación nos recibió una mujer delgada, de tez clara y leves ojeras, con una sonrisa cortés. Nos presentamos y le explicamos el motivo de nuestra visita. Pareció entusiasmarse, nos dijo que con gusto participaría y que haría lo posible por facilitar nuestro trabajo. En nuestra siguiente visita, la identificamos rápidamente, la misma sonrisa cortés, aunque con ojeras más pronunciadas. Se disculpó por no poder atendernos en ese momento, pero nos concedió una entrevista para esa misma semana. Sin dar muchas explicaciones, nos canceló el día previo. La volvimos a ver varias veces, siempre apresurada, con expedientes en una mano y su libretita de pendientes en la otra. La saludábamos y varias veces quedamos de vernos, pero siempre nos cancelaba.

Después de tres meses, Tomás y yo ya nos habíamos hecho a la idea de que prescindiríamos de su experiencia como residente de alta especialidad.

Pero una tarde recibimos su mensaje: “Andrea quiere platicar con nosotros, solo puede mañana porque al día siguiente se regresa a su país”. Tardé en reaccionar. Por una parte, me sorprendió y alegró que nos buscara; por otra, me desconcertó que lo hubiera hecho hasta la víspera de su partida.

—Ahí viene— dijo Tomás, levantándose de la banca.

Habían pasado diez minutos de la hora acordada. Andrea caminaba lentamente, se veía agotada. Sonrió al vernos y nos dirigimos a un café cercano. Realizamos los protocolos de rigor para la entrevista y le entregamos el consentimiento informado. Mientras ella lo leía, yo pensaba en el objetivo de nuestra investigación, conocer las experiencias del personal de salud en el CIFANEP, sus vivencias, su forma de ver las cosas o, en palabras de Heidegger, su *estar en el mundo*. Porque se puede observar a la gente en su día a día, observarlos y suponer, elucubrar y hasta construir historias, pero ¿por qué solo observarlos?, ¿por qué no escucharlos también?

Esta es la parte del trabajo de campo que más me gusta: escuchar a los interlocutores; no como *sujetos* y mucho menos como *informantes*, sino como personas, como seres humanos. Al escucharlos, aquello que había observado comienza a cobrar vida, deja de ser un monólogo y se transforma a través del diálogo en algo que ya no es mío, sino de todos. Entonces puedo comprender qué hay detrás de lo que observé. Después de esta espera, ¿podré saber qué hay detrás de la sonrisa cortés de la rehabilitadora?

Andrea firmó el consentimiento y se lo dio a Tomás, quien lo guardó en su mochila. Parecía tenso. Lo había visto en el hospital entrevistando a estudiantes de pregrado sin ningún problema. Pero no estábamos en el hospital, él no traía su bata y nuestra interlocutora no era estudiante de pregrado, así que comprendí su inquietud. Entonces recordé mis primeras prácticas de campo, siendo el “extraño” que llegaba a una comunidad apartada, donde no todos hablan español, fue desconcertante. Se requiere valor para salir del propio *estar en el mundo* y adentrarse en otros. Se necesita tiempo, meses de convivencia, de compartir rutinas y de acompañar a la gente para que se genere la confianza que nos ha de quitar la etiqueta de “extraño”. Después de treinta y tantos años de hacer etnografía, me acostumbré a ser ese “extraño”, pero conservo el entusiasmo y la curiosidad al iniciar una entrevista.

Andrea nos contó cómo llegó al CIFANEP. Había estudiado Medicina en su natal Argentina; por casualidad trabajó con el tema del estigma y la discriminación,

se interesó por la discapacidad física y, finalmente, por la rehabilitación. En un congreso se acercó al ponente y le preguntó cómo podía hacer una estancia con él, aquí en México. Siguió al pie de la letra sus indicaciones y estuvo tres meses en el CIFANEP. Al regresar a su país la contrataron en el Hospital de La Plata; su entusiasmo por aprender la llevó a solicitar otra estancia, la cual aceptaron. Sin embargo, dos semanas antes del viaje, recibió el aviso de que el hospital no podría ayudarla con los viáticos. Era la oportunidad de prepararse profesionalmente en el área que le gustaba, en una institución de referencia en América Latina. Tras pensarlo muy bien, renunció a su trabajo. Voló más de seis mil kilómetros, sin apoyo económico, sin empleo, pero persiguiendo su sueño de estudiar la alta especialidad en Rehabilitación Neurológica durante un año.

Respecto al servicio de Rehabilitación, nos mencionó que era dirigido por el doctor Ruiz, con quien había hecho la estancia. A falta de oficina, el doctor desarrollaba la gestión administrativa en su consultorio. El servicio colindaba por el lado derecho con el de Terapia del Lenguaje, del que no conocía mucho porque la comunicación era escasa. Nos contó que una vez le propuso al doctor Ruiz un proyecto con la participación de aquel servicio, pero él le contestó: “¿Tú te entiendes con ellos?, porque yo no”. Quise preguntarle algo, pero Andrea siguió con la descripción. Al lado izquierdo de Rehabilitación estaba el servicio de Terapia Ocupacional, que brindaba atención a cientos de pacientes al mes con solo un médico de base y varios alumnos de servicio social. Ahí la programación de citas era manual: había que interrumpir las sesiones del terapeuta, decirle rápidamente los datos del paciente y esperar a que buscara en su carpeta cuándo tenía un espacio disponible. Al principio, Andrea creía que en otro momento el terapeuta le podría dedicar suficiente tiempo al paciente. Pero no era así, nunca había tiempo.

Algo similar sucedía en el servicio de Rehabilitación: se agendaba un nuevo paciente cada diez o quince minutos. Los miércoles eran muy pesados porque atendían a quienes no habían podido asistir a su cita programada. Con el tiempo, a algunos pacientes les dejó de preocupar perder su cita porque sabían que los atenderían ese día, pero llegó el punto en que muchos pacientes hacían lo mismo y por eso el miércoles se sobresaturaba. Noté en el rostro de Andrea irritación, quizá disgusto por esa forma de proceder.

Se creó para facilitar ciertas cosas en los pacientes, pero ahora ha hecho que sea más desordenado. En muy poco tiempo no se alcanza a preguntar al paciente cuáles son todas las necesidades que tiene, o sea, es como ir resolviendo lo más urgente.

Yo creo que en ese momento se dio cuenta de que lo *urgente* no siempre es lo *importante*; en este caso, escuchar lo que el paciente tenía que decir sobre su propia enfermedad.

La primera consulta, esa primera aproximación debería de ser por más tiempo, hay que escuchar mucho para uno hacerse una idea. Pero siempre es así, como resolviendo, y después uno tiene que repetir y reevaluar porque desde el principio no se vio todo como debe ser. Me angustiaba mucho esa consulta porque no conocía al paciente, no lograba yo hacer el ejercicio.

Comencé a comprender su disgusto. Al parecer, Andrea deseaba, estaba dispuesta y sabía cómo hacer debidamente su trabajo, planeado y diseñado para que el paciente mejore. Pero las condiciones no se lo permitían, en lugar de trabajar como se *debía*, tenía que hacerlo como se *podía*. Le pregunté cómo se llevaba con sus compañeros de trabajo. Dijo que con los otros residentes y con los de servicio social, muy bien; incluso algunos estudiantes le tenían la suficiente confianza para pedirle ayuda con algunas dudas. Con los médicos de base era distinto, difícilmente los veía, incluso algunos casi no entraban al consultorio, como si no tuvieran horario.

Me dio impresión de que quería regresar al tema de su trabajo en el servicio, así que le preguntamos al respecto. Nos contó que había intentado implementar algunos cambios para mejorar la atención al paciente, pero que implicaba más trabajo y, al parecer, a sus profesores no gustó la idea.

Me decían: "Revisale, yo quiero solo que le revises tal cosa, no le revises nada más, no le preguntes nada más". Entonces, en la consulta yo no era capaz de...

Hubo un breve silencio. Bajó la mirada. Era como si algo oscuro, denso y corrosivo estuviera emergiendo a cuentagotas.

Era una oficina, estaba con un paciente y llegaba el doctor y me decía: "Necesito que me hagas una carta, un permiso para mis vacaciones". Y el paciente allí contándome, y yo no era capaz de... Creo que ese momento tiene que ser muy privado, tranquilo para que el paciente nos diga. Pero no, sonaba el celular del otro profesor y hablaba allí en medio de todos, en plena consulta.

Recordé que unos minutos antes había mencionado la palabra "angustia", así que le pregunté:

—¿Hubo momentos en que te generaba angustia estar así?
 —Sí, y algunas veces les dije, “No entiendo la prisa”, porque era ese interrogatorio así súper rápido y pues yo, yo tengo una forma sistemática de hacer las cosas. Primero escribía el número de identificación, luego lo que tiene el paciente, solo iba en eso cuando me decían, “Listo, ya a terapia, pasa al otro, pasa al otro paciente”. Y yo sin acabar de escribir lo otro. Al principio decía: “Bueno, soy muy lenta”, porque siempre he sido lenta en el ejercicio médico. Pero ya después no pude y les dije, “¡No!”. Entonces me decían: “Ya párate entonces” y ya escribían, pero pues...

No entendí esa última parte. Creo que Andrea notó mi desconcierto porque explicó:

—Sí, estaba en la computadora y me decían: “Ya, párate, yo escribo”.
 —¿Y tú cómo te sentías ante eso?
 —Horrible.
 —¿Cómo es horrible? Porque veo tus facciones y hasta jalas aire.
 ¿Cómo se siente cuando no puedes hacer lo que sabes hacer?

Andrea emitió una risa nerviosa, débil, con un eco de tristeza. Su voz comenzó a temblar.

—Es una impotencia porque... porque el asunto no es de resultados, o sea, no es como que “al grano” y ya, con tal de que se vaya sin dolor. Es que todo ese acto médico también es terapéutico; entonces para hacer todo el ejercicio necesito entrar en confianza con el paciente y saber quién es. O sea, eso de: “Siéntese y dígame qué le duele” o “Ni se siente porque ya lo vi caminar y usted necesita terapia porque no mueve bien su pie”. Pues no, yo no soy capaz de ver a un paciente en diez minutos, ni en cinco.
 —En un día como esos, con tantos pacientes, ¿en la tarde notabas algo en tu cuerpo?
 —Claro.
 —¿Cómo te sentías?

Tras un breve silencio, suspiró, bajó la mirada y nos dijo:

—Este año tuve más episodios de migraña que en toda mi vida.
 —¿Cómo fueron esas migrañas?

Nuevamente guardó silencio y cerró los ojos, parecía abstraída en un torrente de recuerdos lacerantes. Aquello oscuro, denso y corrosivo que hace un momento emergía de sus palabras, ahora brotaba de todo su ser, corrían lágrimas

silenciosas, su respiración era irregular, la mirada perdida. Comprendí que eso era lo que había detrás de su sonrisa cortés de todos los días, detrás de su prisa en el hospital, detrás de todas las veces que nos canceló la entrevista.

—¿Puedes hablar de eso? Si no puedes, no hay problema, no te preocupes.

Recordé otras ocasiones donde la gente se desmoronaba al contarme algo. Después de meses o años de conocer y compartir su estar en el mundo, nos teníamos confianza mutua y me contaban lo que a veces no se atrevían a contar a nadie más. Era un halago. Y también una responsabilidad muy grande, porque se puede abrir la Caja de Pandora y desatar demonios. Es entonces cuando miro a quien está frente a mí, no como interlocutor, sino como persona, una persona vulnerable y doliente. Mi deber es brindar acompañamiento y contención. Es la parte humana del trabajo antropológico. Pocas veces se habla de ello, a pesar de que esa parte humana se encuentra en cualquier actividad, de cualquier área, incluso en la biomédica o de las “ciencias duras”. Creo que por eso me gusta el enfoque reflexivo de la antropología, no pretende ocultar o negar el aspecto humano, subjetivo, cambiante de las personas.

—Es que... —dijo con lágrimas.

—Creo que te entiendo, no te preocupes.

Y la entendía. También me ha pasado que no puedo hacer mi trabajo como quisiera, aunque haya los recursos. A veces el problema no es lo material, sino las ideas de quienes toman decisiones por encima de nosotros. Tomás sacó unos pañuelos desechables y se los ofreció a Andrea. Ella los tomó y tras un breve silencio, levantó la mirada y suspiró:

Es que llegan pacientes con un montón de dudas y no encuentro las respuestas. Me acuerdo de un paciente con esclerosis lateral amiotrófica, muy joven, como de 35 años, que fue con su mamá. Yo estaba con dos profesores, porque en un consultorio están los dos, es como una lucha de poderes. La mamá muy angustiada me preguntaba qué tipo de tratamiento había y yo le explicaba que hasta el momento no había ninguno. En eso, el doctor Ruiz dijo: “Sí hay, lo están ensayando en Tailandia”. La cara de la señora cambió y sacó una libreta, como para apuntar dónde, como pensando “Yo voy hasta allá”. Y el doctor Ruiz le dijo, “Pero eso vale mucho dinero”. A mí me dio un dolor tan grande. Después le comenté al otro profesor que cómo se le había ocurrido al doctor Ruiz decirle eso a un paciente, insinuarle que se va a morir porque no tiene dinero. Además, tampoco era cierto, no hay un tratamiento hasta ahora... esos comentarios...

—¿Con quién platicas esto?, ¿lo guardaste?

—Con mi novio, varias veces me dijo: “Ya vete de allí”. Yo lo pensé varias veces, pero decía: “No, ya dejé todo en Buenos Aires, yo vine a hacer algo y es a aprender”.

Dio un sorbo a su café mientras yo pensaba: “Así es, Andrea. Tú no volaste kilómetros para redactar cartas personales, ni para que te interrumpan cuando estás con el paciente. No dejaste tu país en vano”. No se lo dije, pero tenía la certeza de que ella ya lo sabía. Volteé a ver a Tomás, guardaba silencio. Al parecer estaba pensando en lo que nos dijo Andrea, no en el relato en sí, sino en algo relacionado, algo más que solo él sabía. Quizá le recordó sus vivencias como residente. Es lo que sucede con la narrativa, le da sentido a quien habla, pero también a quien escucha, llevándolo a una introspección que no había imaginado. Continué con la entrevista. Andrea platicó que la habían invitado a colaborar en otro servicio del CIFANEP, ahí encontró la actividad académica que tanto le gustaba, pero que no había en Rehabilitación. También pudo atender a otros pacientes con un poco más de tiempo.

—En general llegan con muchas dudas. Les pregunto qué saben, qué les han explicado, qué entienden por la enfermedad y qué quisieran mejorar. Es como con los pacientes con cáncer, simplemente los dejo que hablen, que me cuenten todo. Al final les propongo algo y respondo sus preguntas.

—¿Y dónde aprendiste eso?

Nos miró un poco sorprendida por la pregunta. Le expliqué que muchos pacientes aprecian sinceramente que los médicos los escuchen, pues finalmente ellos son quienes experimentan la enfermedad. Andrea sonrió, miró hacia arriba y entrecerró los ojos, como recordando dónde lo había aprendido.

Desde Buenos Aires. Precisamente esta semana recordé que cuando estaba en servicio social allá, el tiempo solamente me alcanzaba para una cosa: escuchar a los pacientes o escribir su historia clínica en el expediente. Así que anotaba los datos clave en papelitos para poder escuchar lo que les estaba pasando, lo que necesitaban. Al final del día tenía un cerro de expedientes sin historia clínica, pero me quedaba hasta terminar de escribirlas. Tenía ese choque desde la universidad. Me decían: “Lenta”. Recuerdo que cuando estuve en el Hospital de La Plata tuve que luchar con el área administrativa para que me dieran media hora por paciente, decían que era demasiado tiempo. Hasta que uno de mis profesores les dijo: “Si fuera la madre de alguno de nosotros, nos gustaría que fuera todo el tiempo que se necesita”.

Ya no había lágrimas en sus ojos y su tono de voz era enfático. Tomaba su profesión muy en serio, con responsabilidad y compromiso. Para ella, los pacientes representan un fin en sí mismo, no un medio para obtener algo. Pensé, “¡Ojalá hubiera muchas Andreas en el hospital, en la academia, en la docencia!”. Miré a Tomás, ya estaba atento nuevamente y se dio cuenta de que era hora de ir cerrando la entrevista.

—Si pudieras cambiar algo del Centro, ¿qué sería?

—Mmm..., no puedo hablar en general, pero, por ejemplo, roté en Neuropsiquiatría y vi que la consulta era más adecuada, como a mí me gustaría que hubiera en Rehabilitación, cero celulares para todos, esperar a que el paciente conteste sin estarlo presionando, dedicarle el tiempo que necesite. Eso me gustaría, sobre todo la primera consulta. No sé si el desenlace cambiaría; hace unos días un compañero me comentó eso, pero yo le dije: “Es que no es de desenlaces, es de interacción”.

—¿Desenlace en qué sentido? —preguntó Tomás.

—Pues que la medicina no es de desenlaces, no es de resultados. Más bien es todo ese proceso, es la interacción terapéutica.

—Bueno, en tu estancia hay de todo, como te estoy escuchando. Si te preguntaran dos experiencias, la mejor y la peor, ¿cuáles serían?, ¿o qué te deja recuerdos de ahí? —le pregunté.

—Pues... ¿qué me deja recuerdos? No sé si ustedes sepan que una de mis compañeras de residencia está enferma. En los últimos meses tuvo dificultades para rendir, para concentrarse y estaba como muy nerviosa por toda esa presión...

Su mirada se tornó sombría y sus ojos se humedecieron. No me lo esperaba. Al parecer había quedado algo doloroso que nos quería compartir.

Y ahora en diciembre empezó con alteraciones del movimiento. Ya no va a estudiar. Están pensando en una enfermedad neurodegenerativa, pero aún no saben cuál. Estas últimas semanas me preguntaba si toda esa presión, ese ambiente hostil aceleró las cosas en ella. Además, el diagnóstico destapa un episodio depresivo mayor. Y es eso, ¿qué sentido tenía hacerle la vida difícil a ella y a nosotras? Es como ese asunto que hay en las residencias médicas, que el residente “tiene que sufrir” y que entre más sufra... Creo que es solo por ejercer poder, con eso no se adquiere conocimiento. Ese asunto de “Suspende todo lo que estás haciendo y me haces una carta personal. El paciente espera y yo no”. Es eso y lo de mi compañera, es muy triste.

Tras un momento de silencio, suspiró profundamente, sonrió y nos miró, como esperando la siguiente pregunta.

—¿Y de las grandes experiencias?

—Pues ese aprendizaje en otras áreas del hospital, el poder aportar a otras áreas y al mismo tiempo aprender. Y que los pacientes se pudieran beneficiar. También recuerdo un paciente con Guillain Barré que no podía mover las piernas. Como era diciembre, hubo menos pacientes en la consulta, así que pude dedicarle tiempo y platicar con los terapeutas sobre sus avances. Logramos que dentro de terapia intensiva caminará. Ese proceso de estudiar, de revisar, de tener todas las facilidades en ese lugar y demostrar que sí se puede sacar adelante al paciente.

Su sonrisa era amplia, emanaba satisfacción, entusiasmo. Recordé a la Andrea que nos recibió cuando llegamos por primera vez a su servicio.

Oye, y ¿cómo te sientes de hablar todo eso con nosotros?

Sus ojos se iluminaron. Creo que pensó en lo mismo porque respondió:

Si vieran ese día que ustedes llegaron, dije: “Qué bueno que entraron a este consultorio, porque los pacientes se merecen mucho más”.

Quise decirle: “Tú también mereces más. El personal de salud, los estudiantes, merecen más”. Pero ella no se detuvo, nos dijo que esperaba que con su participación pudiera mejorar algo, ya sea en CIFANEP o en otros sitios de atención a la salud. Nos despedimos, le deseamos buen viaje de regreso a Argentina y la vimos alejarse. Se veía más ligera, como liberada de aquello que nos quería compartir, pero que por miedo no lo hacía. Por eso esperó al día anterior a su vuelo.

Tomás y yo nos apresuramos a terminar nuestro café, nos esperaban muchos pendientes. Pero mientras conducía de regreso a la oficina no pensaba en ellos, sino en lo que Andrea nos compartió. Al narrar sus experiencias, emergió su condición humana, su compromiso de ayudar a quienes padecen. Desafortunadamente, existen condiciones que pueden marchitar cualquier entusiasmo. Condiciones materiales o ideológicas, que afectan a muchas personas. Recordé los comentarios de mi colega Ilario Rossi respecto al sufrimiento social que enfrentan los profesionales de la salud. Él ya no está aquí, pero escribo estas líneas pensando en lo que él me enseñó.

Conclusiones preliminares

He argumentado que el investigador participa activamente en los encuentros dialógicos (escucha-habla) con el fin de favorecer que las personas narren sus experiencias; sin embargo, esa acción no significa que se le “esté dando la voz a los sin voz” (Riessman, 2007). Durante la fase de análisis, el antropólogo transforma los diálogos en textos parciales, los edita y reorganiza de acuerdo con su enfoque epistemológico y teórico, antes de que queden plasmados en un texto. El proceso toma particular importancia cuando se forma parte de un equipo de investigación, ya que previamente se deben tomar acuerdos entre todos para que la obra colectiva no pierda congruencia.

Se trata de un proceso colectivo de textualización, en donde todos los autores expresan los sentidos que consideran importantes en el orden y estructura de la versión final del escrito. No obstante, a pesar de estar concluida la obra, el proceso de reflexión e interpretación se puede prolongar de manera colectiva e individual. Disentir de lo realizado no significa deslindarse del trabajo ni mucho menos anularlo, sino la oportunidad para reconfigurarse y plantear nuevos horizontes de posibilidad.

El segundo punto que quiero resaltar es que, si bien el investigador tiene la libertad de emplear recursos retóricos —atractivos para determinadas audiencias— con el fin de contrarrestar imprecisiones teóricas, desafíos metodológicos o cualquier otro obstáculo, corre el riesgo de desvirtuar el esfuerzo de nuestros interlocutores para comunicarnos lo que consideraron relevante y que les da sentido a sus vivencias. Algo similar sucede cuando se intenta subsanar la ausencia o escasez de sustento empírico, remitiendo a algún tipo de autoridad (propia o de alguien más). Constituye lo que se conoce como “falacia de autoridad”, en donde al tratar de reafirmar alguna autoría o enfoque teórico, se ocultan las dificultades que hayan surgido en el proceso de investigación y, por tanto, se cierra la puerta a la reflexión. Por tal motivo, es recomendable hacer explícito el marco teórico y reflexionar sobre los intereses que llevan a los investigadores a realizar el estudio, aunque se sepa de antemano que serán omitidos en el texto final, como parte del retiro del andamio teórico-metodológico.

He reflexionado sobre algunos aspectos que pueden trastocar el carácter hermenéutico de los textos que abordan el estudio de las narrativas. Por ejemplo, descripciones etnográficas que apelan a la anécdota de la autoridad del

autor y tienden a desvanecer el acto intencional de las personas de pensar y hablar sobre su condición de estar en mundo, con el fin de que sea comprensible por otros. De aquí la importancia del rigor de la investigación, que se expresa en la identificación del problema y pregunta de investigación, así como en el diseño del marco teórico-metodológico. Otro elemento que amenaza el carácter hermenéutico de los textos que abordan las narrativas son las convenciones académicas sobre la redacción, pues al sobredimensionar las explicaciones teóricas, se corre el riesgo de deshumanizar a quienes compartieron sus experiencias, de manera similar a cuando los enfoques biomédicos conciben al paciente en términos de estructura y función biológica (Bourdieu, 1999).

No se trata de descalificar a quienes elaboran textos que tratan de integrar las explicaciones científicas y la comprensión del estar en el mundo de los actores, sino reflexionar que las convenciones académicas pueden provocar que el primer propósito anule al segundo, lo reduzca a una especie de método o, en el peor de los casos, a una "técnica" de investigación.⁵ Por lo anterior, considero que en el estudio de las narrativas, más que desprenderse del andamio teórico-metodológico, tendría que ser explícito al respecto.

Asimismo, sería deseable tener claro si la finalidad del investigador es la de comunicar sus interpretaciones a una diversidad de públicos, o si únicamente se dirige a aquellas audiencias que representen una caja de resonancia de su enfoque teórico o epistemológico (Gracia, 1996). De aquí la importancia de generar espacios de reflexión y promover las escrituras múltiples de textos en donde se reflexione sobre esos aspectos, como el que el lector tiene en sus manos.

En síntesis, cuando el investigador asume una postura reflexiva y reconoce sus intereses (académicos, teóricos, personales o de otra índole), abre la posibilidad de reconfigurarse emerger nuevos sentidos que, a su vez, motiven a múltiples audiencias a crear nuevas interpretaciones. Se trata de asumir la "distancia productiva" señalada por Gadamer (1996).

En lo personal, considero necesario elaborar textos que apelen al carácter humanista del ejercicio profesional del médico, en donde se exprese el *estar en el mundo* de quienes comparten sus experiencias y que inviten al lector a interpretar desde la suya propia, así como decidir libremente lo que queda como implícito y lo que falta por explicitarse en un texto.

5 Convenciones para la publicación de textos que, por cierto, se originaron y se han desarrollado en áreas de conocimiento epistemológicamente distantes de la fenomenología y la hermenéutica, como lo es el área biomédica.

Referencias

- Atkinson, P. (1997). Narrative turn or blind alley? *Qualitative Health Research*, 7(3), 325—344.
- Aull, C. (1999). *Reflexive ethnography. Guide to researching selves and others*. Routledge.
- Barton, D. y Papen, U. (2010). *The Anthropology of Writing: Understanding Textually Mediated Worlds*. Bloomsbury Publishing.
- Bénard Calva, S. M. (2019). *Autoetnografía. Una metodología cualitativa*. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Behar, R. (2009). *Cuéntame algo, aunque sea una mentira: las historias de la comadre Esperanza*. Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (1999). *La miseria del mundo*. Fondo de Cultura Económica.
- Bouchetoux, P. (2014). *Writing Anthropology: A Call for Uninhibited Methods*. Springer.
- Burawoy, M. (1998). The extended case method. *Sociological Theory*, 16(1), 4—33.
- Chase, S. (1995). Taking the narrative seriously: Consequences for Method and Theory in Interview Studies. En: R. Josselson y A. Lieblich (Eds.). *Interpreting Experience: The Narrative Study of Lives*, Vol. 3 (1—26). SAGE Publishing.
- Chase, S. (2003). Taking narrative seriously: Consequences for method and theory in interview studies. En: Y. Lincoln y N. Denzin (Eds.). *Turning points in qualitative research: Tying knots in a handkerchief*. AltaMira Press, 273—298.
- Chase, S. (2011). Narrative inquiry, personal change, and social change. En: Denzin N., y Lincoln Y., (Eds). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. SAGE Publications, 421—434.
- Daas, V., Jackson, M., Kleinman, A. y Singh, B. (2014). *The ground between: anthropologists engage philosophy*. Duke University Press.
- Daas, V., Das K., (2007). "How the Body Speaks: Illness and Lifeworld among the Urban Poor". En Biehl, João; Good, Byron y Kleinman, Arthur (Eds.). *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Berkeley, University of California Press, 66—97.
- Díaz, R. (1997). La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 13, 5—15.

Geertz, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Paidós.

Frank, A. (1995). *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. University of Chicago Press.

Frankl, A. (2011). Practicing Dialogical Narrative Analysis. En: J.A. Holstein y J.F. Gubrium (Eds.). *Varieties of Narrative Analysis*. SAGE Publications, 35—52.

Gadamer (1996). *Verdad y método I*. Salamanca: Sígueme.

Gadamer (1996). *Verdad y método 2*. Salamanca: Sígueme.

Gajek, K. (2014). Auto/narrative as a Means of Structuring Human Experience. En: M. Kafar y M. Modrzejewska-Swigulska (Eds.). *Autobiography, Biography, Narration: Research Practice for Biographical Perspectives*. Jagiellonian University Press, 11—32.

Gluckman, M. (1958). Analysis of a Social Situation in Modern Zululand. En: Rhodes-Livingstone, *Papers*, 28. Manchester University Press.

Gluckman, M. (2009). *Costumbre y conflicto en África*. Fondo Editorial, Universidad de Ciencias y Humanidades.

Goffman, E. (1974). *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Harvard University Press.

González, J. (2019). Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas. En: Hamui, L., Vargas, B., Fuentes, L., González, J., Loza T., Paulo Maya, A. *Narrativas del padecer: aproximaciones teórico-metodológicas*. UNAM—El Manual Moderno, 89—134.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Bellaterra.

Gracia, J. (1995). *A Theory of Textuality: The Logic and Epistemology*. State University of New York Press.

Gracia, J. (1996). *Texts: Ontological Status, Identity, Author, Audience*. State University of New York Press.

Guber, R. (2013). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Siglo XX.

Hamui, L., Vargas, B., Fuentes, L., González, J., Loza, T., Paulo, A. (2019). *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. Facultad de Medicina UNAM—El Manual Moderno.

Heidegger (2003). *Ser y Tiempo*, Madrid: Trotta, España.

Humphreys, M. y Watson, T. (2009). Ethnographic Practices: From 'Writing-Up Ethnographic Research' to 'Writing Ethnography.' En: S. Ybema, D. Yanow, H. Wels y F. Kamsteeg (Eds.). *Organizational Ethnography: Studying the Complexities of Everyday Life*. SAGE Publications, 40—83.

Husserl, E. (1997). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Libro primero. FCE, México.

Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.

Kleinman, A. (1988). *Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.

Lewis, O. (1961). *The Children of Sánchez, Autobiography of a Mexican Family*. Random House.

Loewe, R. (2004). Illness Narratives. En: C.R. Ember y M. Ember (Eds.). *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Springer, 42—49.

Mishler, E. (1986). *Research Interviewing Context and Narrative*. Harvard University Press.

Mishler, E. (1986b). The Analysis of Interview Narratives. En: T.R. Sarbin (Ed.). *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, 233—255.

Paulo A. (2019). Las audiencias en las narrativas del padecer. En: Hamui L., Vargas, B., Fuentes, L., González Rojas, J., Loza, T., Paulo, A. *Narrativas del padecer: aproximaciones teórico-metodológicas*. México: UNAM—El Manual Moderno, 157—184).

Paulo, A. y Loza, T. (2022). El caso de la clínica de rehabilitación: experiencias de la atención en conflicto. En: Hamui, L., Sánchez, M., Paulo, A., Ramírez, J., Lemus, S., Loza, T., Suárez, V. *Interacciones y narrativas en la clínica: más allá del cerebro*. Facultad de Medicina, UNAM, 249—301.

Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y Narración I. Configuración del tiempo en el relato histórico*. (4a. ed.). Siglo XXI.

Riessman, C. (1993). *Narrative Analysis*. SAGE Publications.

Riessman, C. (2007). *Narrative methods of the human science*. SAGE Publications.

- Riessman, C. (2015). Ruptures and sutures: time, audience, and identity in an illness narrative. *Sociology of Health & Illness*, 37(7), 1055—1071.
- Rossi, I. (2018). La clínica como espacio social ¿Época de cambios o cambio de época? En: Hamui, L., Paulo, A., Hernández, I. *La comunicación dialógica como competencia médica esencial*. UNAM—El Manual Moderno, 38—53.
- Sánchez, J. (2014). *Un clamor de voces. Dialogismo y narrativas del riesgo en Molango*. Publicaciones de la Casa Chata, CIESAS.
- Strawson, G. (2004). Against Narrativity. *Ratio*, 17(4), 428—452.
- Svenaeus, F. (2000). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health: Steps Towards a Philosophy of Medical Practice*. Springer Dordrecht.
- Tavory, I. y Timmermans, S. (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). *Dramas, Fields, and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*. Cornell University Press
- Turner, V. (1999). *La selva de los símbolos: Aspectos del ritual Ndembu*. (4a ed.). Siglo XXI.
- Van Velsen, J. (1967). The Extended-Case Method and Situational Analysis. En: Epstein, A.L. (Ed.). *The Craft of Social Anthropology*. Tavistock Publications, 129—153.
- Váquer, J. M. (2015). La arqueología como ciencia del espíritu: relaciones entre la arqueología, la hermenéutica filosófica y las consecuencias prácticas de las interpretaciones. *Estudios Atacameños (en línea)*, 51, 15—32. Recuperado a partir de <https://revistas.ucn.cl/index.php/estudios-atacamenos/article/view/577>.
- Vargas, B., Sánchez, J, Romo, K., Paulo, A. (s/t). Aproximaciones teórico-metodológicas a las narrativas del padecer: aportes de la antropología reflexiva. *Rev. Conamed*, 21(2), 71—74.
- Waterson, A. y Vesperi, M. D. (Eds.) (2009). *Anthropology Off the Shelf: Anthropologists on Writing*. Blackwell Publishing Ltd.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods*. (4a. ed.). SAGE Publications.

RETOS METODOLÓGICOS EXPERIMENTADOS EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL CONTEXTO CLÍNICO

Patricia Eugenia Sandoval Guzmán

Maestra en Ciencias Sociomédicas en el campo
en Antropología en Salud, UNAM

Psicóloga especialista adscrita en Fundación Cáncer de Mama,
FUCAM, A. C.

Introducción

La relación personal de salud-paciente es un encuentro entre extraños que se establece a través de un vínculo con fines terapéuticos; este sucede entre quien padece y quien tiene el potencial de ayudarlo/acompañarlo ante su enfermedad (Hamui *et al.*, 2015). Actualmente, se reconoce la importancia de esta interacción y la influencia que tiene sobre el comportamiento y el bienestar de los pacientes a corto y largo plazo, especialmente en aquellas enfermedades consideradas potencialmente mortales, como el cáncer (ONG *et al.*, 2000).

Esta enfermedad implica un proceso de adaptación para quien la padece, ya que reconstruye la identidad individual y social, aspectos que se asocian con la idea de sufrimiento, puesto que los avances científicos para la detección y tratamiento del cáncer se le sigue atribuyendo una sentencia social cuyo significado se relaciona con pena de muerte. A esto se suma la carga económica que pone en evidencia la relación existente entre el individuo, el orden y el vínculo social a través del cual se atiende y accede a servicios de salud (Suárez *et al.*, 2004).

La antropología médica ha estudiado la comunicación que se establece durante el encuentro personal de salud-paciente en escenarios hospitalarios señalando la necesidad de comprender los aspectos sociales y culturales asociados a las enfermedades, buscando acceder a los significados que tienen para los individuos (Kleinman, 1988; Suárez *et al.*, 2004). En este sentido, Hamui (2011: 55) plantea que los discursos narrativos representan un valioso recurso, ya que permiten enfocar a la persona y su particular experiencia de la enfermedad, colocar al ser humano en el centro con sus aflicciones, sufrimientos y luchas en las dimensiones psicológica, física y sociocultural.

De ahí la importancia de centrarnos en la experiencia social e individual para establecer vínculos significativos entre la enfermedad, la salud, las contradicciones inherentes a las diferentes percepciones de estas, los sistemas de creencias, relaciones de poder, de género, de causalidad, de desgracia, de estructura social, los tipos de tratamiento en los que se cree y a quién se acude (Suárez *et al.*, 2004: 42).

Comunicación personal de salud-paciente

La comunicación verbal y no verbal es uno de los componentes más relevantes del encuentro personal de salud-paciente, a través de ella se transmiten conocimientos, relatos, sentimientos y sensaciones, lo que construye una relación simultáneamente asimétrica y simétrica, reconociendo que existe conocimiento de ambas partes pero que el otro desconoce (Hamui *et al.*, 2015).

La comunicación es también un elemento central durante la trayectoria de atención, que se refiere a la “explicación” que genera el personal de salud sobre lo que pasará al paciente a lo largo del proceso de atención. Esta dará lugar a la organización o itinerario burocrático que impactará en la dinámica de atención (Glaser y Strauss, 1968; Cruz *et al.*, 2018).

Asimismo, la comunicación ha sido estudiada desde diferentes perspectivas como, la biomédica, en cuanto a las habilidades que se espera debe desarrollar el médico durante la consulta (Díaz y Latorre, 2015); desde la bioética, en cuanto a la responsabilidad ética y moral que tiene el médico de su ejercicio profesional (Gómez, 2020), o desde la psicología, desarrollando entrenamientos enfocados en cómo dar la denominada mala noticia (Cavalari *et al.*, 2019). Estos abordajes sugieren además que hay elementos que influyen en la comunicación pero que han sido poco estudiados, como el contexto social, histórico y cultural (Sandoval, 2023).

Desde enfoques socioantropológicos, la comunicación ha sido motivo de análisis al ser entendida como una interacción social, en la que, de acuerdo con Goffman, (1991), dos o más individuos se hallan en presencia de sus respuestas físicas inmediatas, teniendo como punto de partida el cuerpo, estableciendo interacción cara a cara, lo que se denominó *orden de interacción*. Este reconoce que nuestros actos están socialmente situados y que al ser conceptualizados pueden aportar a la comprensión de la vida social. Estas interacciones se encuentran enmarcadas por el contexto hospitalario, el cual ha sido descrito a manera de agendas: del médico, del paciente y administrativa, que se relacionan e influyen entre sí, expresándose en la comunicación médico-paciente (Hamui *et al.*, 2018).

La comunicación comprende estrategias complejas que involucran el intercambio de contenido informativo, emocional y relacional, las cuales (Hamui *et al.*, 2015) proponen que se corresponden con el nivel biomédico, emocional y de identidad cultural. El primero se centra en la calidad de la información; sin embargo, desatiende las necesidades emocionales y sociales de los pacientes; el segundo, reconoce el papel de las emociones y contempla la relación entre la conciencia emocional y la capacidad para describir las emociones, que sean expresadas con palabras y etiquetadas verbalmente; el tercero, se refiere a la importancia de establecer la comunicación a partir del conocimiento de la historia de vida del paciente.

Pese a la evidencia de la importancia del impacto de la comunicación sobre la relación personal de salud-paciente que, a su vez, se ha vinculado con la calidad de la atención, la satisfacción de pacientes y médicos, así como con los resultados de salud (Bellón y Martínez, 2001; Robbins *et al.*, 1993; Cófreces *et al.*, 2014, Hamui *et al.*, 2018: 101) se ha documentado que la comunicación es una de las competencias menos trabajadas durante la formación médica, tanto para médicos generales como para especialistas, sumado a la complejidad que representa su evaluación o monitoreo, pues compromete el lado humano del médico. Señalando además que poco se ha indagado sobre las relaciones interpersonales médico-paciente, ya que se asume cuentan con todas las competencias requeridas, incluyendo las destrezas en comunicación. En consonancia, la falta de realimentación sobre el desempeño de las y los médicos por parte de sus pacientes o colegas contribuye en no detectar la necesidad de buscar preparación alguna, así como la falta de interés en el tema (Hamui *et al.*, 2018).

A partir de los elementos mencionados, la comunicación se convirtió en esa pieza de engranaje que, desde una perspectiva antropológica, me permitió replantear la mirada sobre la dinámica hospitalaria en que participan diferentes actores a lo largo del proceso de atención de mujeres jóvenes con diagnóstico de cáncer de mama en una institución privada de la Ciudad de México. Particularmente, proponiendo la comunicación de noticias como un evento que me ayudara a revelar cómo se construye la atención en el contexto previo y posterior a la pandemia.

De acuerdo con lo planteado, la pregunta que orientó esta investigación fue ¿qué tipo de comunicación se configura en la relación del personal de salud-paciente en la atención de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama? Teniendo por objetivo describir y analizar las interacciones, formas y estrategias de comunicación, particularmente para responder cómo se comunican las noticias, cuáles son los tipos de noticias que se dan y para quién (es) es considerada así, interpretando las experiencias de los diferentes actores involucrados.

La comunicación de malas noticias

Es importante mencionar que la comunicación de noticias deriva de la interpretación que se le da a la palabra *noticia*, de la cual no es posible generar una definición, ya que aunque su significado alude a algo que se da a conocer, Fornieles (2015: 8) señala que no es una invención moderna, sino una institución social y cultural que hemos heredado de los griegos, que se ve modificada por las propias condiciones y necesidades sociales, políticas y económicas que hacen diferente una sociedad de otra. Es decir, que la definición de *noticia* no es una entidad representada por medio de una palabra, sino una construcción mental que solo es posible comprender al atender las condiciones y necesidades que nos hablan del contexto, a las que se suman históricas e incluso tecnológicas que rodean a cada sociedad determinada. En este sentido, Fornieles expone que para la transmisión e interpretación, la noticia solo puede ser interpretada como un tipo específico de información cuya difusión es lo que la hace realmente importante, destacando que la noticia y el proceso son inseparables (2015: 37).

Las malas noticias en la práctica clínica se han definido como una práctica rutinaria, cotidiana, inherente a la medicina, incluyen una variedad de situaciones que van desde el resultado de un examen, el diagnóstico de mal

pronóstico, incluso la muerte (Herrera *et al.*, 2014). Representando mayores dificultades aquellos casos en los que se supone un quiebre profundo y radical de las expectativas de una persona (Bascañán, 2013; Herrera *et al.*, 2014). Esta tarea conlleva dar información contraria a las expectativas de las y los pacientes, por lo que se tiende a rehuir, evitar o delegar en otros la responsabilidad de la comunicación.

Dado que la mala noticia es el momento de comunicación más reconocido desde el punto de vista biomédico, diversas disciplinas han generado propuestas con el objetivo de aportar a la práctica médica en pro de la atención de pacientes. Sin embargo, las estrategias desarrolladas se han descrito a partir de escenarios ideales, dejando fuera elementos de la dinámica hospitalaria cotidiana, lo que se ve reflejado en la práctica asistencial donde las y los estudiantes aprenden este proceso, interactuando con las y los médicos en los campos clínicos, lo que no significa que sepan cómo manejarla. Por todo esto, una queja frecuente es la falta de modelos a seguir durante su formación (Cavalari *et al.*, 2019).

Por ello es relevante reconocer que son las experiencias y las interacciones persona a persona en espacios clínicos de enseñanza médica las que impactarán en la forma en que las y los médicos en formación se relacionarán y comunicarán durante la atención de pacientes a lo largo de su vida profesional (Vega y Paulo, 2020), lo que se verá configurado por lógicas institucionales y el contexto histórico y social bajo el que construirán un compromiso laboral para cumplir con las reglas del sistema público o privado en que se inserten (Hamui *et al.*, 2018).

Desarrollo

De acuerdo con lo planteado, en esta investigación la comunicación que se establece entre el personal de salud (médico/administrativo) y la atención de pacientes (mujeres jóvenes menores de 40 años) se construye a partir de las estrategias implementadas por las y los médicos adscritos, quienes transmiten las prácticas al estudiantado en formación, así como las lógicas institucionales. Al mismo tiempo, la comunicación juega un papel clave durante la trayectoria de la atención en la que sucede una serie de relaciones e interacciones no reconocidas o identificadas como de impacto en la experiencia del padecimiento (Goffman, 1959; Glaser y Strauss, 1968). Por lo que para profundizar en las interacciones, formas y estrategias de comunicación, se

empleó una metodología cualitativa de tipo antropológico que se desarrolló en dos momentos, reconociendo la necesidad de dar voz a las y los actores implicados en el encuentro personal de salud-paciente a través de sus experiencias en la atención en que sucede la comunicación.

El primer momento consistió en realizar etnografía del ámbito hospitalario, con el objetivo de determinar la trayectoria de atención/comunicación, que se refiere al proceso de apertura y cierre dentro de la institución en que se establecen los espacios, tiempos, así como las y los actores clave. Lo que implicó identificar la red de interrelaciones temporales, que incluye el reajuste continuo y la coordinación del esfuerzo del personal de salud que participa en la organización de la atención (Glaser y Strauss, 1968); todo esto con la finalidad de acercarme a las prácticas y sentidos presentes en la comunicación de noticias. El proceso etnográfico permite describir de manera detallada la vida cotidiana de una comunidad, lo que sucede progresivamente al buscar un equilibrio entre la recogida objetiva de datos y la generación de ideas subjetivas del investigador, sumado a las interacciones con las personas cuyas vidas se intentan comprender (Angrosino, 2012).

La etnografía se desarrolló a través de la observación participante para posteriormente realizar entrevistas semiestructuradas y a profundidad, las cuales nos dirigen hacia el segundo momento que corresponde a la co-construcción de narrativas realizadas a partir del dato etnográfico en colaboración con el personal de salud y las pacientes/mujeres que aceptaron participar mediante consentimiento informado. Las narrativas conjugan expresiones de la realidad, convirtiéndose en un vehículo de la experiencia. Son un recurso que, como una lupa, nos provoca enfocar la mirada en un relato, con un contexto histórico y cultural particular. Su co-construcción nos facilita reflejar elementos, representaciones, significados existentes en una sociedad, por lo que a las narrativas se les puede atribuir la función de dispositivos socioculturales (Hamui, 2019).

Para la construcción de narrativas se empleó la entrevista como la herramienta metodológica más documentada, cuyo poder radica en buscar y encontrar significados alrededor de una narrativa. Es decir, que la entrevista se convierte en un medio y no en un fin (González, J., 2019: 114), para con ello dar cuenta de la experiencia inmersa en un contexto particular y así revelar una perspectiva de la realidad.

Trabajo de campo

La incorporación progresiva al trabajo de campo y la formalización del protocolo de investigación coincidieron con la declaración de pandemia¹ en nuestro país, lo que implicó la adaptación de las medidas de prevención al contagio, así como de las formas implementadas por parte de la institución para no suspender la atención al público. Es importante mencionar que pese al contexto de la pandemia (2020-2021) la relación tanto con la institución como con el personal de salud me brindó la posibilidad de realizar la observación participante, que conlleva que las y los miembros de la comunidad/institución de estudio sepan que se está haciendo una investigación y que se tiene el permiso para hacerla (Angrosino, 2012). Por lo que la incorporación al campo implicó un proceso tanto institucional, como relacional.

Se inició sometiendo el protocolo a los comités de ética e investigación institucionales a principios del mes de noviembre del 2020 (número de registro PI-20-11). A este proceso se sumó la posibilidad que me brindó la Dirección de Enseñanza e Investigación de FUCAM, A. C., de observar los espacios de atención: sala de sesión conjunta, consultorios de la consulta externa, espacios de atención administrativa y salas de espera, teniendo como investigador responsable a uno de los médicos adscritos de la fundación. En un inicio, observar era parte de familiarizarme con la dinámica de atención; conforme me fui relacionando y conversando con el personal de salud, mi presencia se convirtió en una oportunidad de apoyo durante la comunicación de noticias a partir de mi formación y práctica profesional en psicooncología (avalada ante el comité de ética); además de contar con el antecedente de haber trabajado en la fundación durante el 2019, tiempo en que consolidé mi interés por indagar en la relación personal de salud-paciente.

El proceso del trabajo de campo no fue nada fácil ya que, como era de esperarse, mi presencia causó reacciones entre el personal médico y administrativo al sentirse observados o evaluados en sus espacios de trabajo, lo que en un inicio generaba ciertos comentarios, bromas o, bien, preguntas sobre el objetivo de la investigación. Mientras tanto, maduraba mi forma de asumir un nuevo rol como investigadora social, pues también me tomó tiempo asimilar

¹ En México, la pandemia por Covid-19 fue reconocida el 23 de marzo por el Consejo de Salubridad General como una enfermedad grave de atención prioritaria (Secretaría de Salud, 2020). La prevención al contagio implicó la incorporación de medidas sanitarias enfocadas en el aislamiento social y la incorporación de conductas de higiene, sumado a la determinación de los grupos considerados de alto riesgo.

esta nueva faceta al interactuar con el personal. En este aspecto, lo planteado por Guber (2001) sobre el proceso que ha tomado a los etnógrafos reconceptualizar su práctica, exponiendo que la tarea de familiarizarse con lo exótico se revirtió en exotizar lo familiar, lo que beneficia principalmente al mismo investigador, me ayudó a resignificar que estar dentro de la comunidad de estudio me brindaba ciertas ventajas, pero también representaba otros retos por descifrar, como es colocar a la otredad en la misma comunidad y espacio en donde interactuamos.

En la actualidad, la antropología reconoce que existen procesos dentro de las propias comunidades del etnógrafo a los cuales no se les había dado la atención y el tiempo para ser estudiados, y que otorgan al conjunto social una manera de construir sentido (González, 2020: 19).

Al acudir a la consulta externa, los coordinadores de la atención médica me iban indicando con qué médico entrar. Sin embargo, pude notar que en un inicio me enviaban con las y los médicos que tuvieran más tiempo en la fundación, dejando a los de recién ingreso en último lugar. Sobre la marcha se iban presentando ajustes en la plantilla médica, puesto que debido a temas relacionados con el contexto gubernamental varios de las y los adscritos dejaron la fundación para moverse a otras instituciones, tanto de la ciudad como del interior de la república.

Progresivamente pude establecer relaciones con algunos miembros del personal centrándome en quienes tendían a brindarme más detalles sobre la dinámica hospitalaria o sobre las problemáticas que enfrentaban cotidianamente durante el encuentro con las pacientes/mujeres. Cabe mencionar que estos miembros del personal no me eran precisamente familiares o cercanos durante mi estancia laboral previa. A este personal identificado les proponía la posibilidad de participar en una entrevista en la que pudiéramos conversar sobre la comunicación en la atención, lo cual se realizaría en algún espacio y tiempo que no obstaculizara sus actividades laborales o personales (aceptando y firmando consentimiento informado).

Es importante destacar que el contexto de la pandemia y, por tanto, la implementación de las medidas de prevención al contagio limitaron la posibilidad de realizar encuentros informales fuera de las instalaciones del

hospital. Los espacios en que se realizaron las entrevistas fueron lugares donde los actores eligieran y expresaran que se sentían cómodos dentro de la institución. Así también resulta pertinente distinguir que la fundación no atendía casos de Covid y se generó un filtro para disminuir la cantidad de pacientes asistentes y con ello reducir las posibilidades de contagio; además de que el desarrollo de esta investigación no implicaba el contacto físico directo con las pacientes/mujeres. Por lo que concierne a mi vida personal, yo tenía la posibilidad de estar cerca de la institución sin poner en riesgo a mi familia.

Dentro de los elementos que consideré relevantes respecto de la relación que se estableció con el personal de salud, fueron su antigüedad en la institución, su apertura en cuanto a los detalles que me compartían acerca de los encuentros que establecían con las pacientes, sobre sus experiencias en la atención y su formación. Sumado a ello, que me brindaran tiempo para lograr la entrevista y continuar los encuentros posteriores a esta.

Durante la observación de la consulta y la interacción con el personal, identifiqué que la atención de las pacientes/mujeres jóvenes (menores de 40 años) generaba ciertas reacciones y comentarios por parte del personal médico que sugerían cierto impacto emocional o efecto en su práctica médica. Por lo que mi atención se centró en la relación que se establecía con este grupo en especial. De ahí que la relación con las pacientes participantes en este estudio sucedió a partir de estar presente en sus procesos de comunicación durante la consulta por los motivos de diagnóstico de cáncer, por la posibilidad de recurrencia de la enfermedad o por acudir a seguimiento al encontrarse libres de enfermedad, también llamado *periodo de vigilancia*.

La interacción con las pacientes/mujeres durante la consulta sucedía inicialmente a través de las miradas —la paciente busca establecer contacto visual al hablar de su padecimiento, lo que coincide con la mirada de la o el médico enfocada en la computadora o el formato, por lo que mi mirada solía alojar esa interacción— brindando alguna información que facilitara la atención dentro de la fundación o, en algunos casos, brindando contención emocional ante la información recibida. Por su parte, el personal de salud me compartía anécdotas y dudas sobre cómo resolver o manejar algunas situaciones relacionadas con la comunicación durante la atención, tanto en la práctica laboral institucional como en su práctica privada.

Durante estos encuentros, llamaron mi atención las formas de reaccionar de las pacientes/mujeres a la información que les brindaban las y los médicos que les atendieron, los temas que se expresaron durante la consulta, los cuales representan las dificultades que vive este grupo de mujeres durante el proceso de enfermedad y las muchas necesidades que no son mencionadas ni integradas durante la atención y que, de hecho, para algunas pacientes resultaba novedoso toparse con un médico que abarcara otros temas que no fueran cáncer.

Los actores en la atención

Toda vez que establecí la trayectoria de atención institucional, los actores (Goffman, 1959) clave corresponden a quienes participan en la comunicación de noticias o entrega de resultados, centrándome en la interacción del personal médico, administrativo y las pacientes/mujeres jóvenes que, independientemente de sus características sociales, económicas y culturales, fueran mayores de 18, pero menores de 40 años, que contaran con un diagnóstico de cáncer de mama y acudieran a la institución.

Las siguientes tablas presentan el total de colaboradores participantes en esta investigación.

Interlocutores participantes del personal médico y administrativo (firman carta de consentimiento informado).

Pseudónimo	Personal de Salud	Sexo	Edad años	Antigüedad en la fundación	Turno	Lugar de entrevista
Dr. Munguía	Cirujano Onco	H	45	>10años	Vespertino	Consultorio
Dr. Cansino	Cirujano Onco	H	41	> 6años	Matutino	Consultorio
Dr. Rubio	Cirujano Onco	H	36	> 5años	Ambos	Consultorio
Dra. Graciela	Médica General	M	32	> 5años	Ambos	Sala de espera
Julieta	Administrativa	M	46	> 7años	Ambos	Sala de espera
Lic. Fernanda	Enfermera	M	32	> 3años	Ambos	Consultorio

Interlocutoras participantes pacientes/mujeres jóvenes (firman consentimiento informado).

Pseudónimo	Paciente con diagnóstico de CaMa	Sexo	Edad años	Turno	Lugar de entrevista	N° de encuentros
Daniela	Seguimiento	M	37	Matutino	Salas de espera	4
Estrella	Seguimiento		36	Vespertino		4
Angélica	Sospecha recurrencia		38	Vespertino		4
*Karina	Diagnóstico		31	Vespertino		4

Mujeres jóvenes

Se considera como paciente joven con cáncer de mama a la mujer con edad igual o menor a 40 años. Dadas las características de la enfermedad, se considera que no es común que este grupo de mujeres la desarrolle. En nuestro país se ha reportado que este grupo de pacientes/mujeres se enfrenta a necesidades no cubiertas relacionadas con apoyo psicológico, fuentes de información y acceso a programas de preservación de fertilidad, asesoría sobre el uso de anticonceptivos efectivos y sexualidad. Más aún, se ha reconocido que las jóvenes mexicanas requieren más información médica, incorporando otras fuentes a través de medios escritos, electrónicos, reiterando la solicitud de formas más efectivas de comunicación por parte de sus proveedores de salud (Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario, 2021).

Personal administrativo

El personal administrativo representa una interfaz entre el área médica y los procesos que registran y generan la logística para recibir la atención médica. Este personal se encuentra distribuido en las áreas de Recursos humanos, Dirección médica, Recepción principal-admisión y consulta externa, Trabajo social, Recepción de rayos X, Medicina nuclear y Recepción de cuidados paliativos. La antigüedad de las y los administrativos va entre los cinco, 10 y 15 años los más antiguos; lo que contrasta con un pequeño grupo que recién cumple los dos años de trabajar en la fundación.

Durante el trabajo de campo se hicieron notar los comentarios que conjugan, la salida de personal administrativo debido a los ajustes presupuestales derivados de la pérdida del Seguro Popular y la experiencia de la pandemia. Lo que se mencionaba como "los que estamos desde antes... todavía quedamos varios de los de antes...", "el FUCAM de antes..." (personal administrativo, 2021).

El personal administrativo es asignado a un área en específico; sin embargo, es común que los muevan dependiendo de la necesidad de las áreas, lo que es directamente proporcional a la cantidad de pacientes que acudan o se atiendan al día, por lo que la atención y contención de la cantidad de pacientes/mujeres y sus familiares es una de las tareas principales por enfrentar. Ello implica que —de acuerdo con lo comentado con diferentes miembros del personal— desarrollan sobre la marcha y a través de la observación, estrategias para comunicarse con las pacientes, resolver o prevenir conflictos a través de la comunicación entre ellas y ellos mismos o, bien, entre los servicios. Por otra parte, los cursos que han recibido han sido sobre temas como tanatología y crecimiento laboral.

El contacto constante y la frecuencia con que asisten las pacientes/mujeres y sus familiares llega a generar un trato cercano con algunos miembros del personal administrativo, por lo que las mismas pacientes les comparten las noticias de su enfermedad "si regresó, si ya están limpias a consecuencia del tratamiento" (personal administrativo, 2021), convirtiendo a las y los administrativos en testigos silenciosos del proceso de enfermedad, responsables de los tiempos, receptores de las quejas y muro de contención de las demandas de atención.

Personal médico

Está conformado por las y los médicos generales, especialistas en cirugía oncológica y plástica, ginecología, oncología médica, radioterapia, anestesiología, medicina interna y enfermería, además de profesionales de otras disciplinas como nutrición, psicooncología y rehabilitación. La atención de la consulta externa, que implica la entrega de resultados y con ello la responsabilidad de la comunicación de noticias, se le atribuye al personal médico adscrito, que son especialistas en cirugía o ginecología oncológicas. Las y los adscritos dirigen la formación de las y los médicos que se están especializando en cirugía de la

mama, a quienes se les llama CPAEM, así como de las y los rotantes de otras instituciones. CPAEM significa Curso de Posgrado de Alta Especialidad en Medicina, ofertado por FUCAM, dirigido a especialistas en ginecología con estudios concluidos interesados en especializarse en cirugía oncológica de la mama.

Las y los cirujanos oncológicos —que en su mayoría son hombres— tienen una formación previa de cuatro años de cirugía general, más tres años de formación en oncología, son egresados de distintas unidades médicas de la Ciudad de México. La sede en que se forman las y los cirujanos es relevante porque —de acuerdo con lo comentado con las y los cirujanos— la residencia, entendida como experiencia, influye o marca la forma de trabajar, de atender, e incluso de operar a las y los pacientes, dependiendo de la institución en que se formó el profesional. Lo que se describe como “dejar una marca en el cuerpo de alguien, del paciente... Tu marca, porque cada uno tiene su estilo, su escuela o su forma” (personal médico, 2021). Pero no solo es la parte de la cirugía, sino también en qué sistema insertarse, si en privado o de gobierno, de lo que se menciona “todos cuando salimos nos venden la idea de que debemos hacer cirugía privada, si no estamos como que [sic] desperdiciando” (personal médico, 2021), lo que influye en la forma en que las y los profesionales egresados deciden incorporarse o alternar actividades laborales en ambos sistemas o concentrarse en uno solo —sumado a las redes sociales que establecen en sus diferentes sedes de formación.

Otro aspecto que se destaca durante la formación de las y los cirujanos es la falta de entrenamiento en comunicación. Conversando sobre la formación en medicina, el doctor Munguía (cirujano oncólogo adscrito, 45 años) me comenta:

De hecho, es una parte, sobre todo en Oncología, es una situación que tal vez nosotros como médicos en formación en su momento, y ya después como especialistas, dejamos muy a la ligera. A veces dejamos de lado hacer empatía con la paciente o el paciente para darle una noticia, porque finalmente termina siendo una mala noticia siempre que le digan diagnóstico de cáncer. ¿Cuál? El que sea, de piel, de páncreas, de mama, cualquier otra estructura u órgano. No deja el paciente de asociar cáncer con muerte. Es esa parte de cómo dar noticias malas y demás (marzo, 2021).

Sobre el entrenamiento en comunicación, el doctor Munguía agrega que ha visto varios cursos de instituciones que tienen esa plática de malas noticias:

Si bien he entrado a una... no me he quedado el total de satisfecho que yo quisiera saber, para saber cómo dar esa mala noticia. Tal vez cada uno va a lo largo del tiempo haciendo su mismo modo, haciendo su mismo mecanismo para dar esa noticia. Suavizando ciertas situaciones, dando cierto tipo de matices antes de dar la noticia o, en su momento, dar, por lo menos desde mi punto de vista, dar muchas más explicaciones que a lo mejor en su momento a veces no las piden, pero para que la paciente o el paciente se sepa protegido o abrazado, no por uno como médico, sino por una institución, o por un grupo de médicos que va a estar al pendiente de él o ella para tener un mejor pronóstico. Yo creo que eso a mí me ha funcionado pero, sin duda, en todo momento necesitamos tener una plática de comunicación efectiva con el paciente (marzo, 2021).

Esta falta de entrenamiento en comunicación deriva en: "Nosotros aprendemos a dar malas noticias sobre la marcha. No tenemos una clase de psicología o algo así" (doctor Tomasi, cirujano oncólogo adscrito, abril, 2021).

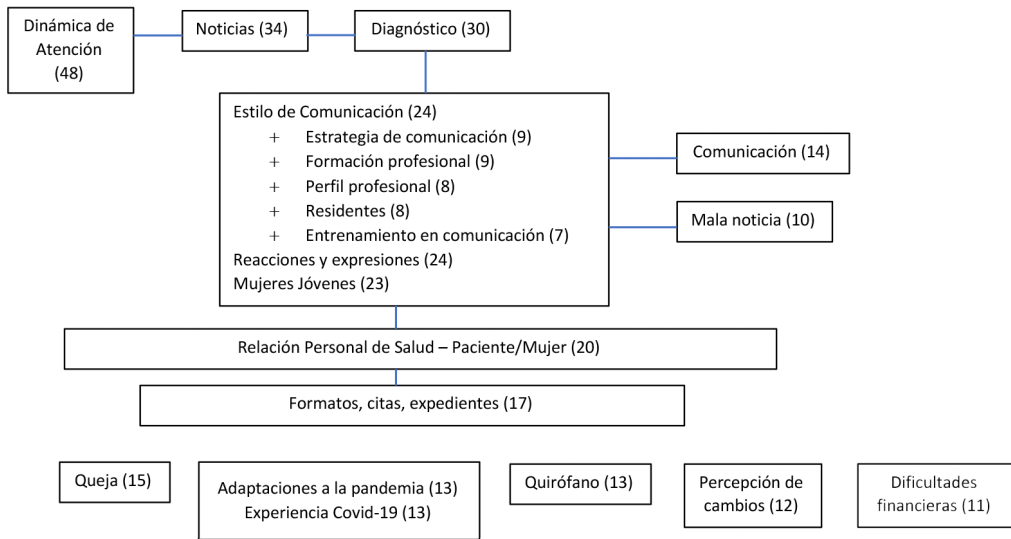
Como se nota, el trabajo de campo arrojó la dinámica de atención y con ello los actores clave durante la comunicación de noticias, lo que derivó en una amplia cantidad de información, para con ello buscar centrarme en la comunicación de noticias y los sentidos implicados a tres voces: la del médico, la administrativa y la de la paciente, bajo un contexto institucional conformado por situaciones históricas y sociales tales como la pérdida del Seguro Popular y la pandemia por Covid-19.

De la etnografía a la narrativa

El registro de las observaciones e interacciones que conformaron la etnografía se realizó mediante la técnica de diario de campo, a través de la redacción de una serie de notas diarias que contienen descripciones densas sobre situaciones o momentos de observación, conversaciones sostenidas con los actores, dibujos sobre los espacios de interacción, así como reflexiones generadas respecto del estudio (Restrepo, 2018).

Como una forma de dar orden y analizar los datos obtenidos en el análisis del diario de campo, se generaron códigos de manera inductiva —apegados al dato expresado por los actores participantes—, se identificaron temas y subtemas, conformando categorías que se relacionan con los objetivos general y específicos.

Figura 1. Árbol de categorías producto del análisis del diario de campo



Los códigos están conformados por descripciones —aproximación a la perspectiva del actor— que derivan en una idea analítica —concepto del marco teórico. Este proceso implica una lectura cuidadosa del texto, así como la decisión sobre cuál es el tema del que trata (Graham, 2014). Los códigos proporcionan una orientación para pensar sobre el texto y su interpretación. Así también nos llevan a identificar qué sucede, qué dicen los actores, qué acciones o declaraciones dan, por supuesto, así como de qué manera la estructura y el contexto sirven para apoyar, mantener, impedir o cambiar tales acciones o declaraciones (Graham, 2014).

Por su parte, las entrevistas se realizaron bajo un enfoque cualitativo, desarrollándose como una conversación a través de la que se puede conocer a otras personas, sus experiencias, sentimientos, esperanzas y aquellos elementos que nos hablen de su mundo (Angrosino, 2012). Se generó una guía sobre los temas relacionados con el proceso de atención/comunicación; se retomaron las interacciones y comportamientos registrados durante el trabajo de campo para clarificar y centrar la atención en algún tema o interacción en particular. Posteriormente, se realizaron entrevistas a profundidad con las y los interlocutores identificados para buscar el significado y explorar matices que permitieran dar cuenta de las experiencias de los actores involucrados durante la comunicación de noticias. Su procesamiento consistió en transformar las

entrevistas en archivos electrónicos para su lectura, clasificación y análisis. Este proceso se ve mediatizado por varios filtros que surgen desde el primer momento del registro, de la teoría elegida, así como de la relación persona/contexto. Se realizó la transcripción literal de los audios de las entrevistas. Se generaron cuadros analíticos para identificar temas de interés y establecer un cruce de categorías, estableciendo relaciones con la información del diario de campo, en diálogo con el marco teórico (Restrepo, 2018).

Figura 2. Temas de interés identificados durante las entrevistas

Personal de salud

Institución

Identidad... >Especialidad, Personalidad

Rutina

Experiencias>Primeras, impactantes

Noticias>tipos, reacciones del médico-de la paciente

Comunicación>estrategias

Pacientes/Mujeres

Vida antes del diagnóstico>red de apoyo

Noticia del diagnóstico>reacciones propias y del médico/médica, información

Otras noticias>buenas, malas

La pérdida del pecho/seno

Necesidades

De las categorías generadas, se conformaron subcategorías que respondieran al detalle del dato en construcción, lo que más tarde se convertirá en un fragmento que nos acerque a la realidad. De acuerdo con el método desarrollado durante el seminario de Narrativas del Padecer, para un primer análisis de los datos se retomó la técnica de la teoría fundamentada (Charmaz, 2005), identificando aquellos fragmentos que respondieran al subtema en cuestión, dando lugar a la asignación de códigos. Tales códigos representan una primera respuesta desde la voz del entrevistado, los cuales fueron seleccionados a través de la subjetividad de la investigadora, en combinación con nociones teóricas. Para la selección de la información y conformación de códigos se consideraron los criterios de pertinencia y relevancia (Charmaz,

2005), tomando en cuenta aquello que aporte a la comprensión de la categoría y sea recurrente respecto al tema de comunicación de noticias en la relación personal de salud-paciente (Charmaz, 2005).

Figura 3. Árbol de categorías y subcategorías entrevistas (ejemplo)
Entrevista a personal médico: Cirujanos oncólogos

Categoría	Subcategoría	Código
Institución	Privada	"Yo no voy a hacer medicina privada"
	Pública	"Es un hospital privado, pero funciona como una institución pública" "Es como una mezcla"
	FUCAM	"Fue mi mejor opción vs trabajo institucional"
	Capacitación/cursos en comunicación	"Todos los cursos son relacionados obviamente a oncología y mama"
	Sugerencias sobre comunicación	"Nadie es monedita de oro para caerle bien a todos" Queja
	Percepción de cambios	"La última área que los va a ver es el área médica" "No vas a prescindir primero de lo que sostiene tu base de la fundación"

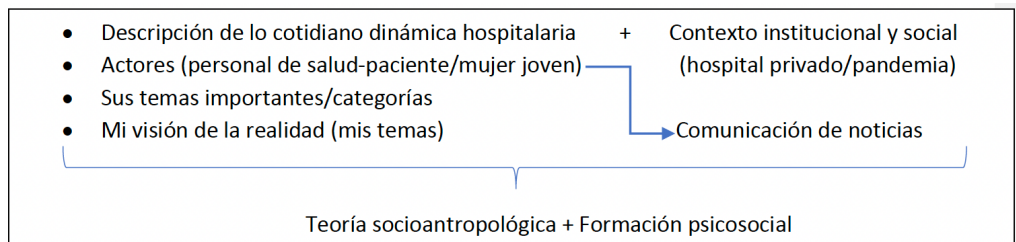
La información obtenida brindó material y motivación para la co-construcción de narrativas que, al ser un recurso que nos facilita mostrar la experiencia del sujeto en sus diferentes dimensiones —psicológica, social, cultural, histórica—, pueden dar cuenta tanto de un fenómeno social como del proceso que media la configuración de un sujeto en sí mismo a través de la selección significativa de eventos que construyen su identidad (Ricoeur, 2004).

La elección de las narrativas tuvo por objetivo indagar en las interacciones, formas y estrategias de comunicación que suceden en las dinámicas hospitalarias cotidianas experimentadas por el personal de salud (médico y administrativo) en la atención de las pacientes/mujeres con cáncer de mama. En particular, busqué profundizar en relatos que visibilizaran la experiencia del personal de salud en su compensar, tanto la falta de entrenamiento en comunicación (Hamui, 2018) como las condiciones institucionales y contextuales que impactan en el encuentro entre el personal de salud y las pacientes (Cruz *et al.*, 2018); pero también, mostrar a través de sus experiencias durante la comunicación en la atención, cómo es que las mujeres jóvenes con cáncer de mama construyen las noticias e interacciones que son relevantes para ellas y dan sentido a su padecer.

La co-construcción de las narrativas está conformada por una estructura interna apoyada en categorías conceptuales para analizar e interpretar (Ha-mui, 2019), a la vez que demandan conocimiento de la realidad y de la significancia, de la mano de los relatos que nos hablan de las experiencias de las y los interlocutores. Como resultado, ofrecen una perspectiva sobre algo que estaba ahí pero no se tenía conciencia de ello. Por tanto, su producción requiere de habilidades literarias, con la intención de provocar la reflexión del lector, invitando a la co-creación de un final en puntos suspensivos.

Su desarrollo siguió la propuesta del andamio, la cual conjuga elementos teórico-metodológicos que integra los procesos de la investigación para acercarse al corpus narrativo y realizar el análisis interpretativo (Loza, 2019: 136), para lo que se retomó el contexto observado, el contenido de las entrevistas, sumado a las categorías relacionadas con el tema de comunicación en la relación personal de salud-paciente (Cisterna, 2005).

Figura 4. Del andamio hacia el texto



A continuación, se presenta un ejemplo de narrativa a partir de la relación establecida durante el trabajo de campo (2020-2021) con uno de los cirujanos oncólogos adscritos, quien poco a poco me dio la oportunidad de platicar con él en los espacios disponibles entre cada paciente, así como también entrevistarlo y profundizar sobre algunos temas relacionados con la comunicación durante la atención, surgiendo algunas experiencias, las cuales recordó como impactantes durante la consulta y que espontáneamente se relacionaron con la atención de mujeres jóvenes.

El doctor Cansino tiene 41 años, es divorciado y tiene dos hijos. Durante la consulta es metódico y tiene un particular sentido del humor, podría decirse que algo ácido, aunque él se describe más bien como enojón. Estudió Medicina en una universidad privada, realizó su servicio social en un municipio

de Guanajuato para después ingresar a la especialidad de Cirugía General en La Paz, Baja California. La subespecialidad en oncología quirúrgica la realizó en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, quince días después de salir de la especialidad le ofrecieron la oportunidad de trabajar en FUCAM.

Otra de las particularidades del doctor Cansino es su decisión de trabajar únicamente en la fundación, a diferencia de la mayoría del personal médico, quienes suelen trabajar en diferentes instituciones y sectores. Su razón principal, no le interesa la medicina privada. Sin embargo, percibe que, a consecuencia de los cambios derivados de la pérdida del Seguro Popular, la fundación funciona actualmente como una mezcla entre hospital privado e institución pública, teniendo como principal dificultad: “No, que no puedo pagar, que no puedo no sé qué”. Por lo que se pierden ya algunas pacientes:

Ya no podemos dar una atención, ideal”. “Digamos, ahorita ya tienes que pensar más si necesitas un estudio específico o no, porque pues ya... ¡No me cuesta a mí! Le va a costar a la paciente, que finalmente si es algún estudio indispensable, ¡pues se tiene que hacer!.

Para comunicarse con las pacientes, recuerda que durante su formación no recibió entrenamiento o capacitación alguna, por lo que reconoce que no tiene como tal un método para eso, sino que más bien depende del contexto del tipo de consulta, si la paciente viene a diagnóstico o a seguimiento porque ya se trató un padecimiento oncológico, lo que es distinto de una paciente que solo viene a vigilancia de algo benigno, o de una paciente que viene sana solo por estudios de pesquisa sin procedimiento o tratamiento alguno. Lo que concentra las noticias en “la buena o la mala” (usa entonación para marcar la diferencia); aunque también están las noticias de cuando terminan los seguimientos, esas son relativamente buenas noticias.

Una de las experiencias que tiene muy presente en la consulta es con una paciente de reciente embarazo, a la que vio dos veces:

Solo recuerdo, así, digamos que tengo más presente en la cabeza, es una paciente embarazada, o sea, de reciente embarazo, la vi dos veces. La primera, le tomé la biopsia, la segunda vino [pausa/silencio] por el resultado —noticia de diagnóstico— y vino con su esposo. Y sobre todo me acuerdo porque ahí tuve un choque directo con el esposo, quiso meter su cuchara en algo que no le compete [silencio]. Y lo recuerdo mucho porque ellos ya tenían, no sé si tres o cuatro hijos. El esposo, no sé, quería darle la prioridad al niño, en lugar de a su esposa.

Entonces yo le puse la situación. Pero yo estoy hablando con la paciente, a mí si el esposo está ahí, él no me importa, mi paciente está enfrente, su familiar no es mi paciente [silencio]. Entonces yo estoy hablando con la señora, le estoy dando la explicación de cuál es su situación y el esposo agarra y dice: "Ah, no, yo no estoy de acuerdo". Pues sí, está bien que no estés de acuerdo, pero yo no estoy hablando contigo. El tratamiento lo estoy ofreciendo a ella.

Entonces se empezó a poner, cómo te diré, empezamos a entrar como en conflicto. Pues yo no me voy a pelear: "Entonces, sabes qué, sácate de aquí", "No, que no sé qué", "Pues, vete de aquí, o te sales o se van los dos". Y ya, sí me acuerdo mucho porque ya, pues ya no volvieron. Y yo todavía le dije a la señora: "No le hagas caso a él, no me hagas caso a mí, la decisión tómala tú". Pero pues quién sabe qué decisión habrá tomado. Muy probablemente le hizo caso a él, y muy probablemente esos tres o cuatro niños, pues se van a quedar [silencio], por darle la prioridad a un niño, vas a descuidar a tres o cuatro". (Doctor Cansino, cirujano oncólogo adscrito, marzo, 2021).

Proceso interpretativo

El doctor Cansino nos comparte un encuentro imborrable en su memoria, el cual revela que la interacción entre el personal de salud y la paciente es una relación social (Rossi, 2018) soportada en estrategias complejas de comunicación que involucran el intercambio de contenido informativo, emocional y relacional (Hamui *et al.*, 2015). Para las y los médicos—de acuerdo con sus experiencias en la formación—, la consulta implica una adaptación a lógicas institucionales, así como al contexto histórico y social construyendo un compromiso laboral para cumplir con normas de acuerdo con el sistema público o privado (Hamui *et al.*, 2018] en el que se inserten. La rutina de comunicación tiende a concentrarse en la información brindada sobre las alternativas para el abordaje de la enfermedad, dejando la dimensión emocional de la mano de la identidad cultural subordinada, y aunque expuestas durante el encuentro, no son integradas en la comunicación.

Por lo que la dificultad no solo radica en la transmisión de la información, sino en reconocer las implicaciones de lo comunicado en las decisiones que impactarán en el cuerpo y la vida de las pacientes/mujeres. Sin embargo, llama la atención en este relato que la paciente/mujer aparece desdibujada ante las expresiones de un tercero, su marido, quien entra en conflicto con el doctor Cansino, mientras que la paciente/mujer se hace notar más por sus roles de

madre y esposa, que como un sujeto con agencia sobre su padecer. Lo que nos lleva a la interrogante sobre cuál será el sistema de creencias bajo el que vivía esa mujer que forma parte de una familia, y qué tanto su contexto limitará o no el que la paciente enfrente la enfermedad y salvaguarde su vida, ya que la enfermedad no solo acontece en el organismo y en la psique del enfermo, sino que se halla ineludiblemente codeterminada por su entera biografía, su entorno social y su situación histórica (Laín, 1984).

La relación médico-paciente, sin duda, compromete al *médico, más aún, tal médico*, reconociéndole como la persona directamente involucrada en el cuidado técnico de la enfermedad (Laín, 1984: 341), lo que dirige la interrogante hacia quién es el médico que participa en este encuentro, por qué fue relevante este relato para el doctor Cansino, quien pese a ser metódico y concebir dos tipos de noticias, esta experiencia se salió de los formatos habituales, mostrando que este relato se vinculó con parte de su historia de vida que, sin dar más detalles, se hace notar en la perspectiva que nos comparte sobre el posible desenlace.

Esta narrativa nos permite revelar las implicaciones de la comunicación durante la atención y, con ello, notar las particularidades de la relación que, a pesar de ser un encuentro entre extraños, ambas partes poseen conocimientos que el otro desconoce (Hamui *et al.*, 2015), teniendo lugar una interacción y, a veces, un conflicto entre actores conformados por género, edad, estatus, valores, biografías, con diferentes visiones del mundo (Jean y Braune, 2010) que se encuentran con la finalidad de atender un padecimiento.

Así, también se hace evidente que la familia forma parte de la complejidad de la relación que se establece durante la consulta, revelando que ante los cambios sociales y el reconocimiento de la necesidad de nuevas formas de comunicación en la relación médico-paciente, la negociación y corresponsabilidad son algunos de los retos que enfrenta la atención médica en la actualidad, lo que da lugar a fomentar en los espacios de enseñanza clínica la reflexión sobre el desempeño y la valoración de la comunicación que se establece durante el encuentro entre el personal de salud y la paciente (Hamui *et al.*, 2018).

Reflexiones finales sobre la comunicación de malas noticias

Las narrativas sobre las experiencias de la comunicación cotidiana en escenarios clínicos nos brindan la posibilidad de reflejar los elementos que se hacen presentes durante el encuentro personal de salud-paciente y, con ello, identificar las

estrategias que han generado las y los médicos adscritos a pesar de la falta de entrenamiento en comunicación. Tales interacciones durante la atención se corresponden con la interrelación de agendas (administrativa-médico-paciente) (Hamui *et al.*, 2018) y con el modelo tridimensional en el que la comunicación involucra un intercambio de contenido informativo, emocional y relacional (Hamui *et al.*, 2015). Ambos modelos se emplearon para comprender que la complejidad del aprendizaje de la comunicación durante la atención está determinada por las experiencias bajo un contexto institucional (público o privado), histórico y sociocultural.

Las malas noticias se construyen desde ambas partes de la relación personal de salud-paciente/mujer, pero solo se reconoce la mala noticia desde el punto de vista biomédico —la noticia de la enfermedad— y no desde el padecer de la paciente —aquellos temas que nos hablan de la experiencia psicosocial y del significado de la enfermedad. Es decir, no solo la palabra *cáncer* carga con el peso de la mala noticia, también lo es el contexto social bajo el que se da la noticia; las implicaciones de tener que pagar por un tratamiento a largo plazo, el tener que decidir atenderse cuando muchas mujeres son cuidadoras de otros. O para las y los médicos, que al comunicar la noticia tienen que adaptarse a lógicas institucionales que demandan tiempos más breves en la atención y una calidez humana bajo la que no fueron formados, lo que deriva en una experiencia rutinaria desagradable en más de un sentido. Hay que reconocer además que el personal administrativo forma parte del personal de salud, ya que participan en la atención de las pacientes e impactan en la experiencia de la enfermedad, por tanto, también requieren de formación en habilidades de comunicación.

Es importante integrar las disciplinas sociales a la construcción de la atención clínica y, con ello, impactar en el personal médico en formación. En este aspecto, las ciencias sociales ayudan a la medicina a verse y reflexionar sobre su proceder (Rossi, 2018), por lo que será importante acercarse a la realidad y no anteponer lo ideal —cómo debería de ser la comunicación respecto de cómo es— lo que evita el diálogo y la oportunidad de resolver situaciones cotidianas que impacten en la práctica médica.

Cabe destacar que existen investigaciones y recursos para el desarrollo de habilidades en comunicación, como: los principios generales para comunicar malas noticias en pacientes con cáncer (Almanza y Holland, 2000); el protocolo de Spikes, cuyas siglas en inglés indican los aspectos a considerar durante

la mala noticia (Ajuste, Percepción del paciente, Invitación, Conocimiento, Exploración/Empatía, Estrategia/Síntesis); así también el protocolo ABCDE (Preparación avanzada, Creación de un entorno/relación terapéutico, Comunicarse bien, Lidar con las reacciones del paciente y de la familia, Propiciar y validar las emociones), ambos contemplan una pequeña introducción para indagar qué sabe el paciente, proceder a comunicar la noticia en sí y dar/generar un momento para las reacciones del paciente y de la familia (Cavalari *et al.*, 2019); el curso virtual de malas noticias impartido por el Hospital GEA González en colaboración con Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE; las estrategias para el desarrollo de habilidades desde la comunicación dialógica (Hamui *et al.*, 2018), cuyas sugerencias recomiendan combinar medios teóricos y prácticos.

Sin embargo, siguen sin incorporarse especialistas o programas que se inserten en la formación y práctica clínica cotidiana, por lo que se continúan reproduciendo las interacciones y estrategias de comunicación socializadas por el personal adscrito. Es decir, que impactar en la comunicación en la atención clínica implica una transformación de la cultura profesional e institucional (Rossi, 2018).

Es, por tanto, necesario generar las condiciones institucionales —universidades y sedes de enseñanza clínica— que fomenten el entrenamiento en comunicación, así como la incorporación de especialistas suficientes para la atención psicosocial que contribuyan a establecer una comunicación empática a partir del abordaje de la historia de vida de la paciente, ya que conocer su contexto aporta a la reconstrucción de la experiencia del otro, lo que puede derivar en cierta identificación, aunque solo sea momentánea (León, 2014). Esto puede suceder toda vez que se reconozca que la dimensión emocional y de identidad cultural son accesos para descifrar el padecer de la paciente/mujer y con este propósito que existen disciplinas expertas que deben ser integradas durante la atención.

La construcción de las narrativas aporta a la literatura antropológica al presentar los relatos de una manera que provoque una respuesta experiencial significativa y la comprensión del lector. Por lo que revelar la importancia de las dimensiones narrativas de la enfermedad puede ser aprovechado para reflexiones desde la ética y la práctica médica, así como para la toma de decisiones, debido a que la complejidad humana se capta mejor a través de historias de la enfermedad que a través de un discurso filosófico abstracto ceñido a normas (Good, 1994). Asimismo, es necesario considerar las implicaciones de la subjetividad como investigadora.

En mi caso, como profesional de la salud me acerqué a la subjetividad con cierta distancia sesgada por la influencia biomédica que se filtra en diversas disciplinas que participan durante la atención clínica. Tal es el caso de la psicología, cuyos discursos y prácticas construyen individuos autodefinidos y autorregulados (López Sánchez 2016 en López, O., 2020), derivando en un saber sobre la vida emocional en cuanto a la interioridad y la intimidad de los individuos (Illouz, 2010 en López, O., 2020). Este aspecto representó un continuo proceso de confrontación y deconstrucción durante mi formación en el campo de la antropología en salud, ya que solo reconociendo que la subjetividad está inmersa en los procesos sociales es como podemos llegar a dar cuenta de las acciones y acercarnos al entramado de sentidos y significados en los que surgen, encontrándose ligadas a un contexto en coordenadas espaciotemporales específicas (Hamui, 2011: 53).

Referencias

- Almanza J. y Holland J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196—206.
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Bascuñán, L. (2013). Breaking "Bad News". En: *Medicine. Rev Med Clin Condes*, 24(4), 685—693.
- Bellón, J. y Martínez, T. (2001). La investigación en comunicación y salud. Una perspectiva nacional e internacional desde el análisis bibliométrico. *Atención Primaria*, 27(7), 452—458.
- Cavalari, C., Gonçalves, M., Brietzke, E., Mucci, S. y Flávio, T. (2019). La enseñanza de cómo dar malas noticias: una revisión sistemática. *Rev Bioét*, 27, 326—340.
- Charmaz, K. (2005). Grounded theory in the 21st Century. En: Denzin, Norman y Lincoln, Wonna. *The Sage handbook of qualitative research* Thousand Oaks. Sage, 507—535.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en la investigación cualitativa. *Theoria*, 14(1), 61—71.

Cófreces, P., Ofman, S. y Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Rev de Comunicación y Salud*, 4, 19—34.

Consenso Mexicano sobre Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario. (2021). *9a Rev Colima*, 241.

Cruz, M., González, J., Paulo, A., Dorantes, P. (2018). El ejercicio de la profesión médica y la relación médico-paciente en contextos situacionales. En: Hamui, L. (Coord.). *Comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Manual Moderno, 58—99.

Díaz, D. y Latorre, J. (2015). La relación médico-paciente. En: Leal, C. (coord.). *Psicología Médica*. Elsevier, 771—777.

Fornieles, R. (2015). La transmisión de noticias en la literatura griega antigua. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Filosofía y Letras, Departamento de Filología Clásica]. Repositorio UAM.

Glaser, B. y Strauss, A. (1968). *Time for dying*. (3a ed.). New Brunswick, New York, Aldine Publishing Company.

Good Byron, J. (1994). *Medicina, racionalidad y experiencia: una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra.

Goffman E. (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu/Editores.

Goffman, E. (1991). El orden de la interacción. En: *Los momentos y sus hombres*. Textos seleccionados y presentados por Ives, 168—205.

Gómez, M., (2020). (18 de junio, 2020). "Cómo dar y recibir malas noticias en enfermedades avanzadas". Facebook Live por El Manual Moderno. <https://www.facebook.com/ElManualModerno/videos/invitaci%C3%B3n-c%C3%B3mo-dar-y-recibir-malas-noticias-en-enfermedades-avanzadas/574328156600771/>.

González, J. (2016). La narrativa en el proceso de investigación y su alcance en el ámbito clínico. *Rev Conamed*, 21(2), 81—84.

González, J. (2019). Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas, 89-134. En *Narrativas del padecer*. Aproximaciones teórico-metodológicas. Manual Moderno. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina.

González, C. (2020). *Mi acompañante discreto: trayectorias vitales de jóvenes que viven con VIH desde el nacimiento en CDMX*. [Tesis de doctorado en Antropología CIESAS, CDMX]. Repositorio CIESAS. <http://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1037>.

Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación. Grupo Editorial Norma.

Graham, G. (2014). *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Colección: Investigación Cualitativa. Morata.

Hamui, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18(52), 51—70.

Hamui-Sutton, L. E., Grijalva, Ma., Paulo, A., Dorantes, P., et al. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente; biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista Conamed*, 20(1), 17—26.

Hamui, L. (2018). Estrategias para el desarrollo de habilidades en la comunicación médico-paciente. Cap. 4. En: Hamui L. (Coord.). *Comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Manual Moderno, 100—148.

Hamui, L., Paulo, A. y Hernández, T. (2018). *Comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Manual Moderno, 16—39, 62—73.

Hamui, L. (2019). *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. Manual Moderno—Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina.

Herrera, A., Ríos, M., Manríquez, M. y Rojas, G. (2014). Entrega de las malas noticias en la práctica clínica. *Rev Med Chile*, 142, 1306—1315.

Jean, E. y Braune, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 18(3), 178—185.

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, Inc., New York.

Lain, P. (1984). El acto médico y sus horizontes. En: Lain, P. *Antropología médica para clínicos*. Salvat Editores, 341.

León, E. A. (2014). El asco: Una emoción entre naturaleza y cultura. *Saga — Revista de Estudiantes de Filosofía*, 15(26), 21—39.

López, O. (2020). El alma mexicana o de cómo las disciplinas psi construyeron la identidad psíquica del mexicano en los siglos XIX y XX. En: Epele, M. (Coord.). *Políticas terapéuticas y economías del sufrimiento*. CLACSO Instituto de Investigaciones Gino Germani, 49—77.

Loza, T. (2019). El andamiaje: la narrativa en movimiento. En: *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. Manual Moderno—Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 135—155.

Ong, V., Lammes, De H. (2000). Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Elsevier Science Ireland Patient Education and Counseling*, 41, 145-156.

Paulo, A. (2019). Las audiencias en las narrativas del padecer. En: *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. Manual Moderno—Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, 157—174.

Restrepo, E. (2018). *Etnografía: Alcances, técnicas y éticas*. Facultad de Ciencias Sociales.

Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y narración. Configuración del tiempo en el relato histórico*. Siglo XXI Editores.

Robbins, J., Bertakis, K., Helms, J., Azari, R., Callahan, E. y Creten, D. (1993). The influence of physician practice behavior on patient satisfaction. *Family Medicine*, 25(1), 17—20.

Rossi, I. (2018). La clínica como espacio social. ¿Época de cambios o cambio de época? En: *Comunicación dialógica como competencia médica esencial*. Manual Moderno, 38—57.

Sandoval, P. (2023). Construcciones Socioculturales del Proceso de Atención en Mujeres con Diagnóstico de Cáncer de Mama en una Institución Privada de Tercer Nivel de la Ciudad de México. [Tesis de maestría, Facultad de Medicina, Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud]. Universidad Nacional Autónoma de México.

Suarez, R., Wiesner, C., González, C., Cortés, C., Shinchi, A. (2004). Antropología del cáncer e investigación aplicada en salud pública. *Revista de Estudios Sociales*, 17, 42—55.

Vega, R. y Paulo, A. (2020). Operating at the Edge of Legality/illegality: Systemic Corruption in Mexican Health Care. *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*. https://scholarworks.utrgv.edu/anthro_fac.

NARRATIVIDAD, MÚLTIPLES VOCES, UN SENTIDO RUTAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS EN INVESTIGACIÓN SOCIAL

Sergio Lemus Alcántara

Secretaría de Salud, Hospital de la Mujer, Psicología Clínica

Introducción

En la novela de Lewis Carroll encontramos un diálogo interesante entre dos de los personajes: Alicia, la jovencita inquieta y arrojada que está desesperada por salir “de ahí”; y el gato de Cheshire que la interpela para poderla orientar:

—Minino de Cheshire, podrías decirme, por favor, ¿qué camino debo seguir para salir de aquí?

—Esto depende en gran parte del sitio al que quieras llegar —dijo el Gato.

—No me importa mucho el sitio... —dijo Alicia.

—Entonces tampoco importa mucho el camino que tomes —dijo el Gato.

Este encuentro ilustra, en buena medida, el dilema que surge en algún momento en una investigación. Todo investigador sabe que avanzar es imperativo, pero por diversas razones no siempre se tiene la certeza a dónde se quiere llegar. No es asunto menor, sobre todo, cuando delante de él se extienden varios sentidos. Acertadamente, el gato indica que debe saber a dónde quiere llegar. Lógico, más no para la pequeña Alicia, si tuviera clara la dirección no habría preguntado. No obstante, el gato tampoco puede indicarle una dirección porque al no saber a dónde quiere llegar, basta con tomar cualquier camino. Parece que estamos frente a un nudo gordiano.

La situación de Alicia, la jovencita curiosa que toma decisiones en el arrebatado de su impulsividad, le queda bien al personaje, no al investigador —de quien se espera claridad para seguir la dirección correcta, porque sabe a dónde quiere llegar—. El punto es que en algún momento puede verse en esa crisis, no tener claro el rumbo y llega a enfrentar el mismo riesgo: tomar cualquier ruta, porque lo apremiante es avanzar. Parece sensato, pues la idea de estancarse es intolerante. Así, emprende el viaje soslayando que la falta de claridad volverá errático su andar. La presión no es solo atribuible al sujeto, la investigación es una actividad institucionalizada, por ende, debe observar ciertos cánones. Sobre todo, porque es vista como panacea de los muchos problemas que enfrentamos en distintos niveles y diferentes ámbitos. Bajo esa lógica, es el único medio por el cual generamos la evidencia para construir el conocimiento científico, o sea, certeza y razón. Tales afirmaciones no expresan la solidez de la investigación, sino los sentidos y significados inherentes al humano. Los hallazgos no siempre son los esperados, no provocan el impacto proyectado, ni los cambios esperados. Además, concedemos a la investigación un valor que no corresponde a las condiciones en las que se desarrolla, pero invariablemente debe responder a múltiples exigencias.

Ahora, las presiones institucionales pueden provocar ese tipo de conflictos, pero al mismo tiempo lo institucional ofrece ventajas como la experticia de otros, su guía y acompañamiento y el entrenamiento. Por lo tanto, investigar es un sistema que debemos descifrar. Para ello, el capítulo está dividido en cuatro apartados. En el primero planteo algunas reflexiones sobre la investigación como actividad bien recibida, idea que domina en el ámbito académico, pero soslaya las tensiones, conflictos e incongruencias previas al desarrollo del protocolo. El segundo apartado lo dedico a la construcción del objeto de estudio como articulación en otro campo de conocimiento con las tensiones y distanciamientos epistemológicos presentes. La salida fácil y recurrente es mimetizar objetos biomédicos y hacerlos

pasar como propios del campo social, lo cual limita la consiliencia. En el tercero me enfoco en la narrativa, hago una breve discusión para visibilizar las críticas y su utilidad para fundamentar su uso. Finalmente, presento cómo se construye una narrativa donde confluyen múltiples voces dentro de un ámbito de enorme convocatoria, la atención a la salud con el riesgo de romantizarla aludiendo a múltiples "realidades". Entonces, se deja atrás el rigor teórico-metodológico y sobreexplota la flexibilidad de lo cualitativo como si se tratara de un mundo enteramente simbólico.

Las coordenadas de la investigación social y su institucionalización

Investigar es en sí una tarea compleja y el nivel aumenta cuando el objeto de interés tiene implicaciones sociales y personales. Dicho abiertamente, cuando las dudas o los cuestionamientos surgen en el propio ámbito. El primer punto que resalta es en torno a los cánones del método, el investigador debe mantener distancia respecto a su objeto de estudio, seguido de una serie de criterios refinados y claros que dan cuenta de su autenticidad y certificado científico (Bunge, 1985: 18-31). Aunque el propio Bunge reconoce las aristas contextuales, las piensa dentro de un esquema ordenado, racional, sobre el cual difícilmente alguien podría estar en desacuerdo, pero se aleja de la realidad social donde surge la investigación y la producción del conocimiento. Además, en su escrupuloso análisis, señala la facilidad de confundir la investigación con cualquier actividad de indagación, para él el límite es tajante, la característica principal es resistir la falsación.

Es válido tomar esa ruta, como también cuestionar la validez de esa división y otras divisiones u organización del conocimiento porque la investigación se concreta con base en marcos teóricos y metodológicos. No obstante, lejos de constituir una solución, abre más interrogantes porque no hay método replicable de manera universal. "Lo objetivo", "lo científico" son parte de un discurso construido desde la polisemia conceptual y apela a otros términos que tampoco contribuyen a la solución sin importar si se revisten de lo multidisciplinario, interdisciplinario o transdisciplinario. A la fecha, las disciplinas avocadas al estudio de lo físico-natural entronizan un método y subsumen otro, al mismo tiempo que sostienen mantener una postura amplia (Bunge, 2006: 34-39).

Las diferencias, las distancias, los antagonismos no son cuestiones inherentes a las disciplinas o a los objetos que se estudian. Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2002: 51-82) argumentan que ningún hecho habla por sí mismo,

siempre transitan por un proceso de construcción, por ende, de interpretación. De ahí nacen los posicionamientos adoptados por los investigadores. Las tensiones nosolo son externas, suceden al interior de las disciplinas. En el caso de las sociales, la más intensa es por el tipo de análisis y los diferentes recursos interpretativos. El núcleo de la crítica versa en la falta de rigor, tópico que no puede soslayarse simplemente. Para Álvarez-Gayou (2003: 206) el señalamiento está lejos de ser el punto endeble de la investigación social. Al contrario, es una fortaleza porque permite al investigador profundizar en su análisis, pues el rigor científico no se reduce a cumplir una serie de pasos y mantiene un planteamiento radical, la no existencia de un método único. Entonces, el investigador debe dar cuenta de los elementos que integra a su trabajo y justificar por qué lo hace. En el proceso se incluye a sí mismo, no como otro elemento más, sino consciente de su centralidad, ya que es responsable de la dirección que toma la investigación bajo circunstancias específicas que lo influyen.

El argumento anterior me lleva a considerar dos cuestiones, la primera es precisar que investigar es una práctica institucionalizada. Aunque los griegos la atribuían a la capacidad de observación y asombro, colocando al sujeto, indefectiblemente, en el umbral del descubrimiento, en nuestro tiempo es insuficiente; si aspiramos lograr alguna intervención transformadora, demanda entender la organización y funcionamiento de nuestra sociedad (Castoriadis, 2010: 95). Segunda, tener claro quién es nuestra audiencia, al hacerla explícita evitamos onirismos idílicos que plantean la investigación solo por el deseo de conocer. Paulo (2019: 157-174) expone que se investiga y se escribe en cierto sentido porque se tiene en mente a otro para comunicarle los hallazgos, dialogar, debatir. Es de enorme ayuda identificar a esa figura, grupo o sector. La consideración no es menor porque influye el desarrollo del trabajo.

Investigar exige solidez teórica, pero conviene dejar espacio a la creatividad, no confundir con actuar por ocurrencias. Es tener claro que el investigador está inmerso en el proceso y es imposible anticiparse a todo (Caratini, 2013: 41-103). Surgen problemas o situaciones que debe atender conforme aparecen. Por ejemplo, investigar en instituciones públicas, insta a entender las estructuras y su lógica. En mi caso, al someter a evaluación mi protocolo, tenía la certeza de una revisión bajo criterios comunes a las disciplinas científicas, pero no fue así. Identifiqué dos problemas en el dictamen emitido por la División de Enseñanza e Investigación del hospital, uno de forma y otro de fondo. En el primero entendí que debía adaptar mi propuesta con los apartados que dictaban los criterios para protocolos clínicos: hipótesis, variables, método

clínico, controles, aunque mi intención era estudiar el proceso de atención a la salud. El tópico parecía ajeno al quehacer de la institución. Segundo, de fondo estaba la distancia epistemológica recusante de la consiliencia, pues la instancia institucional responsable de evaluar el protocolo no dudó en emitir un dictamen negativo porque no contenía los apartados de su lista de cotejo.

El asunto, en apariencia puramente administrativa, tenía serias implicaciones, ya que comprometía el trabajo de campo. Había dos rutas para tratar de resolver el problema: una simple, ajustar el objeto de estudio para satisfacer las exigencias del campo dominante y hacerlo pasar como un objeto biomédico, pero eso significaba renunciar al diálogo, al debate; producto del abordaje de otras disciplinas para mostrar aspectos o problemas inadvertidos en ese campo. La otra era tomar el camino largo, haciendo frente a las tensiones epistemológicas (Américo Fernández, 2007: 34-42). En la decisión no solo influye la posición teórica, también están los intereses puntuales del investigador, cumplir con los tiempos institucionales que condiciona el trabajo de campo. El dilema es real y apelar a la objetividad es pueril porque del otro lado no hay interés para dialogar. Personalmente, el diálogo con otras disciplinas, problematizar, aportar nuevo conocimiento, presentar propuestas para mejorar el proceso de atención, era irrenunciable, por ende, me centraría en las cuestiones de fondo, aceptando el riesgo de recibir un segundo rechazo y con ello perder el campo.

Tomemos en cuenta que las instancias responsables de evaluar los protocolos operan bajo reglamento propio, por lo general no dan opción a réplica. El primer dictamen hacía un cuestionamiento central a la metodología expuesta en el protocolo, pero carecía de semejanza con la metodología clínica. La tarea fue fundamentar porqué ese método y los instrumentos propuestos eran los adecuados para estudiar ese objeto desde las ciencias sociales. Después de replantear el documento, el dictamen salió favorable y aseguró mi ingreso a la institución. El oficio emitido por la División de Enseñanza e Investigación me autorizaba para recorrer y permanecer en las áreas y servicios de acceso restringido. Sin embargo, tenía presente que la institución no es una entidad unificada (Douglas, 1996: 27-41). Ante mí tenía múltiples escenarios, la División de Enseñanza pudo informar a los servicios sobre la aplicación del protocolo por alguna vía, memorándum, teléfono, incluso verbal, o simplemente no hacerlo. Tomé la decisión de anunciar mi presencia mediante un oficio dirigido a los jefes de los servicios clínicos, médicos y enfermeras, atendiendo a una estrategia para introducirse al campo como apunta Guber (2011: 91).

Personalizar la aproximación es más que un formalismo. De acuerdo con Strauss, Fagerhaugh, Suczek, y Wiener (1985: 5-7), es parte del trabajo de campo, ellos iniciaron su etnografía haciendo recorridos previos, antes de cualquier registro. Su finalidad era generar familiaridad de su presencia en las áreas y con los trabajadores. Tales acciones concretan los criterios éticos al investigar. La aprobación del protocolo no evita el surgimiento de conflictos, porque ningún trabajador está obligado a ser parte de este, por lo tanto, puede inconformarse. Esto justifica la estrategia para construir la relación con los otros. Durante los primeros recorridos por los servicios, me preguntaban ¿qué hacía ahí? La inquietud era entendible, causaba desconcierto la presencia de un extraño que se mantenía a distancia, observando y hablando ocasionalmente con algunos. Las objeciones disminuyeron tras explicar el protocolo y darles a conocer el respaldo institucional del posgrado. Claro, no se logró un consenso general, pero sí mayoritario, suficiente para permitir el desarrollo del trabajo de investigación.

La extrañeza de los trabajadores fue un factor donde aplica la creatividad. Si bien generó distancia y desconfianza en algunos, durante mi estancia en las áreas y servicios clínicos, también me dio oportunidad de abrir el diálogo casual que aportó información valiosa y enriquecía las observaciones (Poulos, 2009: 11-17). Sin duda, el trabajo de campo se desarrolla de acuerdo con ciertos cánones, pero fueron diseñados en otro tiempo y respondían a circunstancias teóricas y conceptuales particulares; por lo tanto, no es posible mantenerlos inalterables, deben ajustarse a nuestra circunstancia actual. Asimismo, conviene evitar confusión o desconfianza sobre la forma en que se obtuvo la información, para ello, necesito precisar el concepto *observación participante*. Hammersley y Atkinson (1994: 121-27) retoman a Junker, quien estableció una tipología en el rol del investigador, distingue cuatro posiciones. No obstante, conllevan una limitante, no aplican para todos los campos, por las razones siguientes.

Observar y participar en las áreas hospitalarias tiene sus particularidades, las actividades en las instituciones públicas de salud son altamente reguladas. Queda fuera de toda posibilidad involucrarse en las tareas cotidianas o rutinas médicas, de enfermería, trabajo social, incluso las administrativas. Acciones tan sencillas como la paciente que pide ayuda para levantarse de la cama e ir al baño, o cambiar de posición, pueden ser una contraindicación por el riesgo de caída debido a un cuadro hipertensivo, problemas de circulación por trombosis venosa profunda que requiere reposo absoluto. No importa qué tan inocua parezca la petición, lo prudente es preguntar al médico o la enfermera por

el bien del paciente. En el contexto clínico, la forma de participar adopta otro sentido. Mi rol, de acuerdo con Angrosino (2012: 33), fue de “observador como participante”, ya que mantuve interacción con trabajadores, pacientes y familiares, en diversos servicios y áreas, pero sería falaz sostener que hubo una inmersión total por las razones expuestas. Eso no es una limitante del estudio, sino la correcta comprensión del campo, por ende, el correcto registro etnográfico.

Tuve libertad de observar y registrar *in situ*, trazar esquemas y anotaciones. Aquí, conviene señalar que la sistematización de los registros no es actividad aislada. Hammersley y Atkinson (1994: 146-148) advierten sobre los sesgos derivados de ciertas premisas que romantizan el trabajo de campo. Algunas inician por tomar decisiones osadas como incursionar sin haber logrado una construcción teórica sólida. Es de esperarse que la densidad de la información los rebase y se vean obligados a improvisar, justificándose en la idea de que el contexto guía al observador. También, puede incurrir en simplismos que inscribe su trabajo de campo en una lógica de confirmación de sus ideas previas, prejuicios.

La construcción del objeto

Me parece arriesgado cuando se sugiere un sentido antrópico de la investigación, como si se tratara de algo innato. Al posicionarnos en el campo histórico-social, encontramos su desarrollo, estructura y funcionamiento (Castoriadis, 2013: 269-323). La investigación es producto de un tipo de sociedades que comparten características y el enfoque positivista es una de ellas. Sin embargo, es una corriente, no punto de arribo. Aunque, aún domina la idea de ser la única vía del quehacer científico. No obstante, Khun (1979: 43-44) señala que el sujeto es quien decide posicionarse ahí, o bien, adoptar otra alternativa en la producción del conocimiento¹. Por supuesto, no se trata de cambiar de carril llanamente, sino observar o responder a los cánones que van cambiando de acuerdo con la orientación institucional y disciplina donde se origina la investigación. En la inteligencia de que es el investigador quien construye su objeto de estudio, no importa cuán “natural” diga que es, jamás está definido por la naturaleza. El investigador no puede ignorar el contexto social, histórico, político y económico, ni asumir que su trabajo, al ser “objetivo”, no es afectado por las circunstancias propias de su tiempo.

¹ Investigar precisa de bases filosóficas, propiamente epistemológicas, porque una de las aristas es la construcción del conocimiento. De manera que el desarrollo está permeado por esas lógicas. Lo más desastroso sería ignorarlas, bajo la cándida idea de, simplemente, querer investigar. Sucede igual cuando se considera la nitidez de los límites establecidos por escuelas, corrientes o grupos. Nudler (2004: 7-19) señala la dificultad de precisar límites, puede sentar un precedente, pero deja al margen aspectos que no logran ser dilucidados en el trabajo presente ni en los subsecuentes. A pesar de las desventajas que eso supone, ayuda al fundamento epistemológico de la investigación. Condición *sine qua non* para orientarse a la consiliencia.

La construcción del objeto, previo al diseño de la metodología, es quizá la tarea más fina. No hablamos únicamente del marco teórico y los conceptos, este debe ser definido en relación con el campo. El beneficio es evitar perder de vista las posibles dificultades para el desarrollo del protocolo. Aspecto que merece abordarse desde la teoría para no cimentarlo en el sentido común. Sobre todo, cuando el protocolo se desarrolla en una institución porque se trata de un sistema con lógicas instituyentes e instituidas. Significa que mantiene una dinámica endógena, condiciones para reproducirse a sí misma, mantener su funcionamiento, Castoriadis (2013: 183-203) lo define como autonomización institucional. Entonces, es un yerro asumir que la investigación, *per se*, genera interés y convergencia. En términos llanos, las instituciones no están ávidas por la investigación, especialmente cuando se trata de otro campo o disciplina.

El objeto de estudio tiene raigambre en un sistema que mantiene dinámicas complejas que no se ajustan al diseño administrativo centrado en la sinergia. En la obra coordinada por Hamui Sutton "Interacciones en la clínica: más allá del cerebro" encontramos los conflictos y desacuerdos en el contexto clínico. Aunque la narrativa de los trabajadores de la salud tiene en común al paciente y su bienestar, Paulo Maya y Loza Taylor (2022: 249-304) describen y analizan las tensiones del lado de los profesionales de la salud, la falta de acuerdos y el impacto en la atención de los pacientes. Asimismo, Lemus Alcántara y Suárez Rienda (2022: 305-370) sustentan lo accidentado que puede ser el proceso de atención y las dificultades institucionales que descarrilan la pulcritud del diseño administrativo.

La complejidad aumenta cuando otras disciplinas se interesan por temas u objetos que, por tradición más que por bases gnoseológicas o epistemológicas, parecen quedar fuera de su campo de conocimiento. La bina salud-enfermedad es el ejemplo más nítido, responde a un campo de conocimiento y al interior de las instituciones resulta útil para mantener dominio disciplinar bajo el discurso de la objetividad (Américo Fernández, 2007: 13-25). Calidad altamente valorada porque genera certeza y concede prestigio. Aunque no siempre se logra, sí nutre la territorialidad disciplinar; por lo tanto, el objeto de estudio es modelado por el contexto. En mi caso, me interesaba no seguir una visión institucional inscrita en la ideología política como expone Fajardo Dolci (2018), tampoco quería quedar enclaustrado en el ámbito administrativo desarrollado por Fernández Ruiz (2016), ni el técnico-operativo establecido por la Secretaría de Salud (2015), también mantener distancia con la crítica exultante del poder hegemónico que hace Menéndez (2020).

Decidí seguir la teoría crítica para integrar aportaciones filosóficas, sociológicas, antropológicas y del materialismo histórico en la construcción del objeto de estudio porque me permitía discutir los supuestos administrativos que diseñan la política de salud y revisar los tópicos que aportan y al mismo tiempo generan reduccionismos en problemáticas de mayor complejidad². Kosick (1976: 119), dentro de su dialéctica de lo concreto, coloca la praxis humana como eje de la concreción. Las acciones del sujeto condensan su historia, conocimiento, experiencia, objetividad, dado que es un ser racional, sin detrimento de su subjetividad. El filósofo advierte sobre el problema heredado a la realidad humana, por los abordajes teóricos que, manipulan los hechos intencionalmente y los reducen a meras circunstancias para revestirlos de objetividad. El marco propuesto aplica a la concreción de la atención de la salud, histórica y administrativamente planteado como ejercicio técnico, altamente especializado, cuando se trata del cuerpo y la vida del otro.

La praxis humana nos permite abrir el claustro teórico-operativo y administrativo, porque la atención de la salud no se reduce a ejecuciones técnico-científicas, tampoco a la observancia de normas. Siempre está presente la subjetividad e intersubjetividad. Observar y registrar la praxis humana, anticipaba una tarea compleja, no solo era el hacer de un sujeto, sino el encuentro orientado a la concreción de la atención, sin quedar atrapado al interaccionismo simbólico. Kosik (1976: 10) señala que algunos aspectos de la realidad no se muestran abiertamente, es necesario hacer algunos rodeos para captarlos. Aquí, entra la narrativa. Hamui Sutton (2011: 18-52) apunta que es una ventana a la realidad social. Su aportación me lleva a precisar algunos aspectos esenciales.

La narrativa y su construcción

El objeto de estudio debe justificar por qué es compatible con la narrativa. En este caso, la concreción de la atención produce experiencia y la vía para acceder a esta es la narrativa. No obstante, para Woods (2011: 2-9) el incremento de su uso arrastra consigo problemas de fondo. Se apoya del trabajo previo de Strawson (2013: 31-52), quien elabora su crítica a partir de dos tesis, la psicológica y la ética. Recusa la primera al cuestionar si los sujetos son narrativos y los

² Consideremos la bina médico-paciente. Es un problema relevante, tiene bordes bien delimitados, ontológicos y epistemológicos, en buena medida parte de las aportaciones de Foucault (2001) y el análisis que hace sobre el ejercicio del poder a través del conocimiento, docto-lego, sugiere la anulación del otro. Así, el encuentro clínico aparece como acto hegemónico. Sin embargo, en la atención institucionalizada los sujetos se posicionan, actúan dentro de una misma estructura previa a ellos. Siempre están utilizando los recursos de los que disponen y no es regla irrestricta la observancia de las normas. En este punto no es simplemente saltarse la norma, son dinámicas socioculturales y laborales.

beneficios que de esto se desprende, pero Bruner (2003: 49) sostiene que narrar es actividad humana, un recurso para dar sentido a su vivencia. No hablamos de ordenar apelando a su definición tradicional, sino a la que nace de incorporar lo externo y las distintas formas de apropiación que no se restringen a lo episódico ni su contraparte diacrónica como argumentan los detractores de la narratividad. En este trabajo, la narrativa ayuda a clarificar el posicionamiento frente al otro y el sentido de su relación, ubicándose en un marco más amplio que reconoce la unicidad porque busca la apertura de ese mundo personal, su visión sobre la realidad social. Notemos cómo se abre un horizonte a partir del interés de escuchar al sujeto histórico, político, biológico, cognoscente, social (Zemelman, 2005: 25-62), aquel que habla desde la unicidad, atributo de su ser (Zubiri, 2006: 19-36).

Ahora, la intención no es romantizar la narrativa, suponiendo condición *sine qua non* de los sujetos para dar cuenta de su realidad. Cuando Bruner (2003: 32) parte del hecho del sujeto narrativo, hay sujetos poco ocupados o interesados en recurrir a esta. Ahí, se centran algunas de las críticas de Strawson (2013: 30-64). Incluso sin compartir por completo su postura, el trabajo de Geertz (2003: 19-40) podría aportar en ese sentido porque para obtener ese material abundante, denso, se precisa dialogar con un buen narrador. Entonces, no es ocioso preguntarse si ¿todos los sujetos narran con naturalidad? Como es el caso de pastor balinés que proveyó de ese abundante material al antropólogo. Quizá el mayor riesgo es plantear una tipología, recusando la narrativa como atributo del sujeto. El asunto tiene otra arista que Riessman (1993: 8-16) plantea, no toda experiencia es accesible. Esto pasa con los sujetos sobrevivientes de hechos traumáticos, quienes se confinan al hermetismo, pues el interesado en conocer lo que sucedió, esperaría escuchar los detalles, los significados, las secuencias de los acontecimientos.

Posicionarse en ese sentido, tácitamente escinde al sujeto al ignorar que la narrativa está incorporada, la sola supervivencia ya está contando algo. Asimismo, continuar la vida. Por otra parte, las supuestas limitantes narrativas pueden ser producto de circunstancias de privación cultural. Ambientes precarios que modelaron el curso vital de los sujetos. Sin embargo, a juicio de Riessman (2008: 66-67) narrar es inherente al ser humano, no depende del desarrollo, esto es, los aspectos formales provistos por el sistema. La sugerente idea conduce al extremo del individualismo, pero esa capacidad se enriquece, potencia, incluso cumple mejor su propósito, cuando el entorno brinda al sujeto condiciones estimulantes para narrar.

Consideremos el siguiente ejemplo: llegó a consulta de psicología clínica, Carmen —de 65 años—, referida por la clínica de climaterio. La médica tratante decidió solicitar interconsulta a Psicología, tras detectar síntomas que indicaban alteración del “estado emocional”. El nivel educativo de Carmen era básico: primaria. Vivía con su esposo, quien tenía problemas de alcoholismo, y sus dos hijos también bebían. El dolor y sufrimiento, así como el hartazgo, el hastío de su dinámica de vida la impelieron a hablar con detalle, abriendo aspectos muy íntimos de su vida:

Tenía como ocho años, mi papá siempre andaba borracho. En el pueblo le tenían mucho miedo porque siempre andaba armado. Una de tantas veces llegó y sin razón empezó a pegarle a mi mamá, yo la vi tan mal, tirada en el piso, llena de sangre, a él no le importó que estuviera embarazada, y lo enfrenté. Se puso como loco, mi mamá se dio cuenta y como pudo me sacó de la casa, era un jacalito, ahí vivíamos, éramos muy pobres, y me gritaba que me fuera y no volviera porque mi papá me iba a matar. No sé qué me pasó, estaba lloviendo, yo tenía miedo, pero sentía coraje, tanto coraje que le grité: ¡Sal, mátame, mátame como a un perro si es lo que quieres, te sientes muy hombre, pues aquí estoy!. No sé por qué no salió. Nada más vi así de lejos, como mi mamá lloraba y se levantó como pudo y ahí dejé mi pueblo.

La narrativa de Carmen no resulta de un talento innato, en la consulta repetía: “Esto no se lo he dicho a nadie”. Riessman (2008: 34-40) destaca la co-construcción, pero son más que aspectos técnicos: transcribir o interpretar, incluso el encuentro para la entrevista. Añado, el contexto, la estructura, las posiciones y la temporalidad. Todos esos eventos permanecían inertes en la vida de Carmen, habían definido, en parte, quién era ella. Fue en el contexto clínico que decidió abrirlos. La mujer reservada, seria, de expresión facial endurecida, desveló su experiencia. Una cosa tenía clara, desde ese evento ella no permitiría abusos en su vida, por eso a los 65 años decidió separarse de su esposo, ante la mirada atónita de sus familiares. Su narrativa sacó a flote las razones, pero en más de 30 años de matrimonio, nunca lo habló con su familia. Entonces, narrar sí es atributo personal, y en buena medida depende de los recursos que el sujeto se va apropiando, la variabilidad de sus experiencias, sin soslayar su disposición personal. Además, el contexto puede estimular la narrativa o tornarse coercitivo, limitando la producción de los sujetos.

Sentada a la orilla de la cama, Karen —de 16 años— permanecía en silencio. La mirada fija en un punto, con la cabeza inclinada, como si la hubiera

colocado entre los hombros para sostenerla. A su lado está su bebé, tiene unas horas de nacido, llora, está intranquilo, pero no parece afectarla. Muestra un hermetismo imposible de penetrar. No reacciona ni siquiera ante la voz directiva de la enfermera: "¡Ya levántate, tienes que ir a bañarte y mira [a] tu bebé, lleva un buen rato llorando y tú ni le haces caso!". No hay respuesta, genera desconcierto en la enfermera e insiste: "¡Karen, mira, tienes que aplicarte, no puedes descuidar a tu bebé, si eso es aquí, imagínate en tu casa!". No hay cambio. La enfermera tiene más recursos, pero decide retirarse: "¡Mira, me voy a llevar ahorita a tu bebé, para bañarlo, creo que ni lo has revisado si necesita que lo cambies, en cuanto te lo traiga le vas a dar de comer!".

A diferencia de Carmen, Karen no encontró las condiciones para decir algo en ese momento. Cuando la enfermera salió de la sala con el bebé, dijo: "No es lo que dice, solo estoy cansada, tengo mucho sueño y me duele mi parte". Su experiencia de vida es corta a diferencia de Carmen, pero no menos accidentada, aunque ha recibido los beneficios de la seguridad social. Hablamos de las ventajas ofrecidas por una sociedad organizada institucionalmente para garantizar sus derechos, educación, salud, justicia, seguridad social. Sin embargo, su padre la abandonó incurriendo en omisiones en la crianza de acuerdo con el Código Penal Federal en su título décimo noveno, capítulo VII, artículos 335, 336, 336 bis y 337. Ante la inacción del sistema, su mamá apenas lograba sobrevivir con trabajos precarios. Fue una de las razones por las que la educación institucional apenas hizo mella en ella. Lo aprendido en las aulas estaba tan distante a su realidad social.

Karen no tenía expectativas claras, se movía en el inmediatez, como si se mantuviera en un perpetuo presente. Era notorio el rezago educativo y no sorprendía que le siguiera el abandono escolar. Su mamá le dijo: "Ya no te voy a poder pagar la prepa". Significó una oportunidad para romper el tedio de una actividad poco significativa en su vida y se aventuró al incierto mundo laboral. Camino a su trabajo, en una pequeña cocina económica, conoció al papá de su bebé. No era su primera pareja sexual, pero quedó embarazada. Aunque no quería embarazarse, tampoco utilizaron un método anticonceptivo. A sus escasos 16 años le dio la noticia a su novio, quien, además de violentarla afirmando que no era suyo, desapareció de su vida. Incluso abandonó su trabajo como ayudante en la recolección de basura. Cuando lo buscó, el papá de su huidiza pareja le dijo que le había dejado "tirado el trabajo" y ya tenía varias semanas de no verlo. Con esa respuesta lapidaria terminó el encuentro. Así, entendió que sería inútil insistir.

Karen no encontró en el contexto clínico el lugar propicio para narrar. Lo hizo con detalle cerca de donde vivía, en el Estado de México, en el municipio de Chalco. En un parque público descuidado, con juegos mecánicos desvencijados, basura, hierba seca y muy crecida, con puestos ambulantes de comida, de esos que resultan de la inventiva de las personas, que van adaptando y diseñando para hacerlos funcionales y facilitarse la penosa labor diaria. En el expediente clínico aparecían el número de consultas prenatales y los sitios donde se atendió, tres en un centro de salud, dos en consultorio de farmacia. Dentro de su trayectoria de atención, acudió a dos hospitales donde no la aceptaron. En el primero, argumentaron saturación; el segundo carecían de incubadoras, anticipándose a las posibles complicaciones por tratarse de una mujer adolescente con un embarazo de 37.4 semanas de gestación. Nadie preguntó cómo se trasladó, cuánto tiempo le tomó llegar de un hospital a otro, tampoco a qué hora inició su trabajo de parto. No había comido, ni bebido agua, tuvo que caminar mucho, subir y bajar escaleras del metro, así como ascender y descender de autobuses y combis. El evento del parto le hacía concentrarse en su “parte adolorida”. Ante la pregunta: ¿piensas tener otro bebé? La respuesta fue inmediata “¡No! Duele muchísimo, sientes horrible”. Ajenas a esa narrativa, las enfermeras observaron en esa sala del servicio de Alojamiento Conjunto indicios de desapego en el vínculo materno. No obstante, al cabo de unas semanas, Karen narraba con libertad, pasaba de un tema a otro, vinculaba eventos, dejaba unos inconclusos. A veces tropezaba con la limitación propia de sus recursos lingüísticos, recurría a expresiones como: “Es que no sé cómo decirlo, ¿si me entiende?, o sea, así como parecido a eso”.

Con base en estas viñetas, quiero destacar que muchas de las dificultades atribuidas a la producción narrativa y su análisis quedan circunscriptas al campo teórico y el rigor que se busca o propone. Es el caso de las producciones de Galen Strawson (2013) y Angela Woods (2011), quienes hacen juicios muy elaborados sobre la narrativa distanciándose con la realidad social. Pretenden un cumplimiento teórico a cabalidad en la narrativa de los sujetos concretos. Aquí, hay un doble compromiso, el de clarificar los puntos de partida y precisar el posicionamiento teórico, a fin de no suponer una nitidez teórica de la narrativa, soslayando que surgió en otro campo de conocimiento. En este sentido, Hamui Sutton (2018: 12-13) precisa los elementos que van conformando la narrativa en el campo de la salud. Destaca cómo se entrelazan el sentir, el pensar de los sujetos, la influencia del contexto, las circunstancias sociales que lo influyen. Asimismo, tanto el narrador como el que escucha y dialoga deciden su posición, allende el rol estilizado del entrevistador. El interés de saber lo que pasa en el mundo del otro va permeado por sus propios valores, ideas, supuestos.

Woods (2011: 2-9) centra el uso de la narrativa bajo criterios académicos y destaca la tensión o conflicto, pero en la concreción de la atención no todo responde a esas lógicas, porque el contexto clínico es un espacio social y cultural, funciona como crisol donde los sujetos se encuentran y construyen significados, representaciones, sentidos, que se funden y acaban por convertirse en magma de significados (Castoriadis, 2013: 529-535). La consideración no es puramente teórica. Pensemos, el concepto de *poder* y su ejercicio hegemónico sugiere que en el encuentro clínico el paciente está desprovisto de sus atributos, uno de ellos "la voz". Cuando ese espacio altamente regulado abre la puerta a un tercero, el investigador ha caído en el exceso de presentarlo como aquel que restituye al otro, aquello de lo que fue privado. Tales afirmaciones siguen privilegiando relaciones asimétricas.

De ninguna forma sugiero que esos sinuosos recorridos sean fútiles. Han permitido profundizar en algunos tópicos y han ayudado a dimensionar la problemática. Son útiles para reorientar el análisis. Por ejemplo, Kleinman (1988: 31-55) hace énfasis en la construcción narrativa desde el padecimiento y profundiza en la experiencia del sujeto, todo aquello que no entra en el contexto clínico. Ese enfoque centrado en el paciente deja de lado a los otros que no son esas figuras de poder ni están interesados en el consolidar su saber hegemónico sobre los enfermos, sino mantienen genuino interés por contribuir a la recuperación del bienestar de aquellos que sufren. Posición que expresa su ser histórico, modelado por su formación que les ha dotado de ciertos principios y valores (Svenaeus, 2000: 22-51).

El trabajo de Zúñiga, Bronfman, Oviedo, Castro, y Miranda (1997: 1-7) es un buen antecedente que integra la voz de los trabajadores de la atención de la salud. La experiencia que registran dista de la imagen de un sujeto que ejerce poder hegemónico sobre el otro. Al contrario, los responsables de la concreción enfrentan y comparten dificultades estructurales. Asimismo, la intersubjetividad que tiene lugar en el contexto clínico. Los trabajadores de la salud no se mantienen en los límites de las ejecuciones técnicas ni en los bordes del conocimiento científico, construyen significados sobre su práctica, la atención y el paciente. El conocimiento especializado que poseen no hace más verdadera su visión sobre la realidad social, tampoco les acredita más ante el otro. Cada uno permanece en sus certezas, de ahí las tensiones, distanciamientos y conflictos que no son excluyentes de los acuerdos y la colaboración.

Podemos observar que reconocer los atributos del sujeto nos ayuda a trazar la objetividad sin negar la intersubjetividad intrínseca de los encuentros que tienen lugar en el contexto clínico donde construye sus experiencias, se posicionan

social, política e históricamente frente al otro, generan sentidos particulares dentro de una temporalidad. Así, podemos justificar la importancia de dialogar con los sujetos involucrados en la concreción de la atención, sin forzar posiciones enmarcadas que muchos trabajos sobreexplotan y atribuyen una villanía a los trabajadores de la salud que difícilmente pueden sacudirse.

Finalmente, conviene hacer algunas precisiones que ayudarán a despejar dudas sobre la validez metodológica de la narrativa. No hay forma de ignorar su origen académico. Surge en el campo de la literatura, lo menos recomendable es tomar en préstamo conceptos, soslayando los problemas propios de su campo y aplicarlos con una solidez que no tienen.³ Entonces, es importante puntualizar bajo qué criterios se emplea. Ahora, el asunto no es estrictamente académico, antes de que la teoría literaria se ocupara de estudiar la narrativa, los sujetos recurrían al relato, aparecían y salían de los hechos, tomaban el control en algunos tramos y se mantenían a distancia en otros (Eichenbaum, 1978: 147-158). De ninguna forma pretendo profundizar en la problemática teórica de la narrativa como género literario, tampoco puedo ignorarla dada su importancia neural para la producción de la información y el análisis.

La narrativa como género literario nos brinda un panorama de sus características y, como expuso el teórico literario, la prosa fue el género dominante en el desarrollo del campo, pero no permaneció incólume en la apropiación social y cultural. Al surgir otras corrientes y formas de expresión artística se fueron incorporando diferentes recursos como el relato, con sus cuestiones estilísticas, el cambio de posición sobre quién habla y con quién. Durante la concreción de la atención no hay voz dominante, recibe la influencia de los demás presentes, así como del contexto. De modo que no siempre habla el sujeto por sí mismo, también habla por los otros.

La narrativa deja de ser un estilo para convertirse en un recurso, no se centra únicamente en el padecer, tampoco se apega a una secuencia pautada de acciones. Toma varios sentidos porque los sujetos, trabajadores, pacientes y familiares, se posicionan en el contexto clínico. A medida que se concreta la atención, aparecen las digresiones, tensiones, desencuentros, distanciamientos que conducen al conflicto y no excluye la colaboración, apoyo, compromiso. Muchos de estos jamás se desvelan e intencionalmente se subsumen o marginan

3 No podemos ignorar el nicho literario de la narrativa, no estaba definida desde sus inicios, se fue desarrollando como un estilo porque no seguía los cánones de la prosa. Incorporaba otros elementos y voces, más compatibles con ciertas circunstancias de la realidad social. Los formalistas recusan esos nexos, no aceptan que la obra se relacione o explique a partir de su contexto histórico, social, ni con la biografía del autor. La corriente de los formalistas distingue entre la producción de occidente, la rusa, las vanguardias artísticas. Son problemas que no han tenido definición clara.

porque contradicen ampliamente el diseño administrativo, cuyo epítome es la *sinergia*. Término que describe cómo la organización de las actividades no solo garantiza el flujo de las acciones, sino que cada una contribuye a un efecto mayor, que no sucede del todo, como aparece en el siguiente extracto.

Laura cursaba sus primeras horas del puerperio, es una mujer primigesta de dieciséis años, no quería embarazarse, pero sin importar el abandono de su pareja, no consideró interrumpirlo. En ese momento carecía de un panorama claro sobre la maternidad o el proceso de crianza, gran parte de sus expectativas se debían al apoyo incondicional de su papá. Al cual le daba otro sentido, lo pensaba como una obligación de él, justificada por la irresponsabilidad de su pareja. Ella pertenece al enorme grupo clasificado como “población abierta”. Significa que está en la institución correcta para atender su necesidad concreta. Tiene un encuentro con otros dentro de una rutina conocida como “pase de visita”. Por un momento todos parecen hablar de un mismo tema, pero no es del todo correcto:

Adscrita: —Buenos días, soy la doctora Rojas, ¿cómo amaneció? ¿cómo se siente?

Laura: —Bien, nada más que no pude descansar en la noche porque tenía mucho dolor.

Adscrita: —A ver, ¿qué se le está pasando?

Residente: —Tiene indicado Ketorolaco cada ocho. Durante la noche, enfermería no reportó ninguna complicación.

Adscrita: —¿En dónde te duele? ¿Cómo es ese dolor?

Laura: —Es que no sé cómo...

Adscrito: Si no sabes cómo, no te puedo ayudar *mija*. A ver, ¿te punza, te quema, te oprime? ¿o cómo? A ver, ¿quién tiene las indicaciones?

Enfermera: —Doctora, en mi hoja no tengo ningún evento reportado. La compañera de velada le pasó el medicamento a las seis, porque es el horario que le tocaba. Ketorolaco.

Residente: —Doctora, le habían indicado Naproxeno, pero como seguía refiriendo dolor, le cambiaron al Ketorolaco. ¿Quiere que le subamos la dosis?

Adscrita: —A ver, Juárez, usted mismo dígame, ¿se le puede subir la dosis? ¿Cuánto está tomando?

Residente: —Una tableta de 500 mg.

Adscrito: —¿Eso no le dice nada o nada más se trata de aumentar las dosis? A ver ¿cuáles son los criterios que deben tener en cuenta para modificar las dosis de fármacos? ¿Nada más porque la paciente refiere dolor?

Residente: —Peso y talla...

Adscrita: —¿Nada más? Ahora, aquí en el expediente hay una nota que la paciente cursó con preclampsia sin datos de severidad. Entonces, ¿qué tenemos que cuidar?... ¿Nadie?... ¿De quién es esta paciente, Juárez?

Residente: —Es mía, doctora.

Adscrita: —Ah, bueno, pues usted mismo va a investigar esto y lo expone mañana para su guardia. Mira *mija*, no te puedo dar otra cosa, tienes la dosis y el fármaco adecuado. Que vas a tener dolor, pues claro porque tienes una herida quirúrgica. Por eso vas a estar aquí unas horas más en observación, en vigilancia para ver si no tienes complicaciones.

Enfermera: —Doctora, no hay alteración en sus signos, todo ha estado bien, solo es lo del dolor.

Adscrita: —Por eso, las indicaciones siguen igual y si sientes algo avisas a alguno de los doctores que te atiende o a la enfermera. Sé que te duele, pero es parte de tener un bebé. Y ¿con qué te vas a cuidar?

Laura: —No sé.

Adscrita: ¿Por qué no quieres ningún método? Aquí tenemos varios y son gratis. Deberías aprovechar, porque ustedes muy seguras dicen que se van a cuidar, que sí van a ir al Centro de Salud y *chalala*, y nada que se cuidan. Y al año, otra vez las tenemos aquí.

Laura: —No, es que sí me voy a cuidar, nada más que quiero hablar con mi mamá, porque así ya habíamos quedado.

Adscrita: —Es que eso no es de tu mamá, es tu cuerpo y eres tú quien se embaraza. A ver, si tu mamá te dice que no ¿qué vas a hacer? Ya quedaste embarazada la primera vez. Te vas a llenar de bebés.

Laura: —No, nada más me voy a quedar con este.

Adscrita: —Bueno, aquí no te vamos a obligar. Ya se te dieron opciones...

Residente: —Sí, doctora, ya se le explicaron los métodos que tenemos y cuál es el que más le conviene.

Adscrita: —Ya ves, aquí los doctores ya te explicaron y todo, pero finalmente es tu decisión. Antes de que se vaya, prográmenla para la Clínica de Salud Sexual. Bueno, pues eso es todo.

En ese encuentro, Laura no atinaba a quién ver, desviaba la mirada. Era claro que no sentía ser el centro de la atención tal como propone el modelo de atención integral (Secretaría de Salud, 2015). La adscrita al tiempo que hablaba revisa el expediente en busca de datos que indicaran complicaciones y tomó la consulta de Laura como oportunidad para la enseñanza de los residentes.

La intervención de la enfermera fue complementaria, centrada en la rutina. El residente oscilaba entre la atención de la paciente y la aprobación de la adscrita. Los temas de fondo fue el dolor y la anticoncepción. Ninguno quedó claro, más bien parecía una pugna, entre el que sabe y el que no, al más puro estilo foucaultiano.

La narrativa nos permite descifrar ese encuentro como parte de la concreción de la atención. La narrativa siempre tiene contexto, en este caso la alberga la atención institucional. Funciona como foro donde los trabajadores de la salud, las pacientes y sus familiares se encuentran y participan de diferentes formas. En el caso de la Adscrita, no habla solo desde su nivel de experticia y conocimiento especializado, influye la jerarquía dada por la estructura administrativa. Ambos elementos le plantean el horizonte para moverse. No hay otro que pueda hacerle frente, por eso abre temas y no se ocupa de cerrarlos o cómo presentarlos. Es claro que escuchó a Laura, quien le refirió sentir mucho dolor, pero la misma estructura le demanda ejercer la enseñanza y la observancia de la normativa. También lo procedimental, sigue un algoritmo que la guían en la toma de decisiones. Finalmente, sabe de la importancia del manejo de la anticoncepción. La adscrita desconoce aspectos biográficos de Laura. Sus certezas parten de lo evidente: se trata de una mujer joven, en etapa reproductiva, con vida sexual activa. No se interesa por el tipo de relación de pareja, si está presente o no; para la especialista, la probabilidad de un segundo embarazo es muy alta. Sin embargo, nada de eso expuso con "la paciente". Añadamos que, como trabajador al servicio del Estado, debe contribuir en el cumplimiento de la política salud: el embarazo en la adolescencia está clasificado como problema de salud pública. La adscrita reconoce el derecho de la paciente para decidir, pero no se posiciona desde ahí para favorecer el proceso de atención.

La enfermera, en el mismo pase de visita, participa solo como apoyo, fuente de verificación de información. No hablo de que sea negativo, pero sí reducido porque no hay diálogo entre Medicina y Enfermería. La información que pudiera requerir la adscrita puede obtenerla consultando el expediente, esa es una de las funciones. Hay importante distancia con la propuesta del modelo de atención integral basada en la multidisciplinariedad. Una razón es porque no comparten objeto de estudio ni metodología. Sin embargo, los trabajadores de la salud asumen trabajar en equipo, equiparándolo con lo multidisciplinar (Lemus Alcántara y Suárez Rienda, 2022: 305-370). Entonces, la razón para pasar la visita médica, a pesar del vacío de la consiliencia, es anticiparse al cambio de indicaciones médicas, porque eso sí afecta la lógica de trabajo de enfermería.

El residente dentro de la institución se mueve en un ámbito difuso, llega a la institución en calidad de estudiante de una especialidad, pero una vez iniciada su residencia médica funciona más como trabajador que estudiante. En lo formal, o sea, en lo normativo es estrictamente un estudiante en periodo de formación; la lógica y dinámica institucional los fuerza a absorber gran parte de la carga de trabajo. Peor aún, lo justifican en el argumento de "lo asistencial" expuesto por el programa único de especialidades médicas de la UNAM. Su posición durante la concreción de la atención cambia, depende de quién esté presente. En ausencia del médico adscrito, es la figura de autoridad con cierto grado de autonomía, esto depende también de cómo construya su relación con las enfermeras, quienes bien pueden validarlo o descalificarlo. Aspecto que Apesoa Varano y Varano (2014: 40-53) y Hernández Zinzún (2009: 265) detallan en su etnografía en el ámbito clínico.

A simple vista, Laura, en calidad de paciente, no tiene opción, excepto someterse ante el conocimiento y autoridad del otro, pero hace su propia interpretación del encuentro. Decide no enfrentar directamente, opta por dar algunos rodeos; su interés no es que le den la razón, sino cumplir su objetivo. No es algo que fijó desde el inicio de su proceso de atención, lo construyó en ese momento, entiende y confirma que sus razones no tienen peso para el otro. La ruta más conveniente es la evitación. A veces adopta la forma de desconocimiento; otras, de dependencia. Al final, para ella lo importante es evitar el método anticonceptivo.

Podemos observar que cada uno de los involucrados en la concreción de la atención tiene certezas y le conducen al encuentro con el otro para brindarle alternativas asequibles a los pacientes. Sobre todo, cuando identifica riesgos presentes y sabe que, de no atenderlos, los daños a la salud son altamente probables. No obstante, el genuino interés no garantiza que las pacientes acepten las indicaciones. Así, la decisión de pacientes y familiares traza una paradoja, pues buscan respuesta a una necesidad concreta, como la atención del parto, pero desde el inicio, algunas ya fijaron su propósito y no está definido por la praxis de los trabajadores de la salud. Los sujetos toman decisiones, acorde a su nivel de conocimiento, el que han construido con base en sus circunstancias vitales y configura su marco narrativo.

Ahora, para entender la construcción narrativa conviene articularla con el concepto de *realidad social*. Es común escuchar la popular idea de "múltiples realidades", bajo el supuesto de que no hay experiencias iguales. Sin embargo, ahí opera más el sentido común. Searle (1999: 21-74) nos permite precisar,

teóricamente, qué es la construcción de la realidad social y el asunto de las múltiples historias. El filósofo aclara que los sujetos comparten elementos de esa realidad, lo cual reduce en buena medida las opciones de construirla indefinidamente. Entonces, a diferencia de la narrativa como producción literaria, en la concreción de la atención no hay un responsable que la guíe. En cierto sentido, cada sujeto es productor de su historia.

La narrativa jamás es estrictamente individual o privada, el sujeto está expuesto e influido por su contexto, la forma en que se expresan las cosas, lo que se valora o privilegia. A su narración difícilmente le asiste la pulcritud, está llena de adaptaciones, integra u omite elementos, no porque intente alejarse de la verdad, lo hace para comprender por medio del relato (Bruner, 2003: 11-25). Los cambios en su historia desvelan su dinamismo y el tiempo deja su marca en los cambios. Asimismo, el sujeto no inicia su relato de "la nada", parte de algún evento o suceso un tanto extraordinario. Las alteraciones de la salud o la necesidad de atención son eventos que no pasan inadvertidos, salen de lo cotidiano y resultan vinculantes.

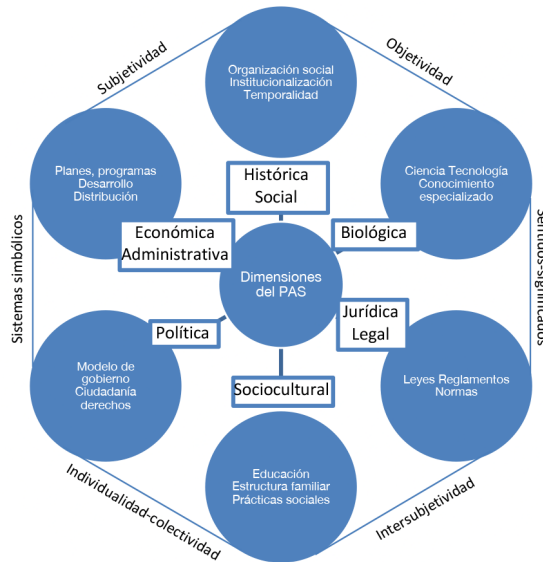
El marco dimensional de la narrativa. Múltiples voces versus ¿polifonía?

Entender cómo se construyen las narrativas, me permitió resolver el problema del análisis, en términos de la multiplicidad de sentidos y significados inherentes a su producción, inherente a sus atributos (Zemelman, 2005: 81-94) y su raigambre contextual, temporalidad y dinámica. El sujeto que narra no es el mismo de siempre, ni se expresa de la misma forma. Eso no anula lo sustancial, el sujeto en sí mismo en sus circunstancias vitales. Entonces, su relato no es improvisado, condensa ese entramado dimensional. Da la impresión de ser algo sumamente complicado de analizar, pero al descifrar el sistema en el que se producen las narrativas, destaca el valor metodológico que tienen. La metáfora de Hamui (2011: 18-52) lo expresa muy bien: la narrativa es una ventana a la realidad social. Lo diáfano de la idea, no anula las dificultades para aprehenderla y son de orden filosófico, epistemológico, teórico y metodológico. Es otra forma de advertir sobre la complejidad de la tarea y la narrativa no busca desvelar la verdad o falsedad en la realidad social, sino la complejidad de los encuentros que tienen lugar en el contexto clínico.

La atención institucional es la estructura que delimita las interrelaciones en torno a la concreción. Las tensiones, las distancias, los encuentros, desencuentros,

igual que el apoyo y colaboración, suceden en el encuentro clínico, se circunscriben a un marco más amplio, con la particularidad de que no siempre es visible a todos, por ende, no está en el plano consciente de los sujetos. El siguiente esquema ayuda a articular lo expuesto a lo largo del capítulo.

Marco dimensional de la producción narrativa



Interrelaciones en la producción narrativa en la AIN. Elaboración propia.

En el esquema observamos que se trata de un sistema abierto. Las dimensiones contempladas no son las únicas. Hice una selección acorde a nuestra temporalidad, organización social y congruentes con los atributos del sujeto de nuestra sociedad. Distinguir las dimensiones no sugiere independencia, las líneas punteadas dan cuenta de la interdependencia, así como de las configuraciones específicas, unas muy estudiadas y otras susceptibles para hacerlo. Por ejemplo, en la interacción de las dimensiones económica-administrativa y la política, las explicaciones teóricas de Weber (2002: 170-314) sobre la organización y desarrollo económico con su modelo burocrático no satisfacen del todo los cambios en las formas de producción y el modelo económico. Ahora la vanguardia está en la gerencia, su diseño, el perfil de los sujetos, la forma en que opera, los criterios de calidad como elemento perenne

de la atención (Sánchez Bandala, 2018: 31-39). Ambas dimensiones no funcionan aparte del conocimiento especializado, este interactúa con la dimensión jurídica-legal, al exigir perfiles determinados para los puestos y la ejecución de funciones. Elemento distintivo de las instituciones vía la emisión normativas. Así, forma parte de la realidad social y adopta formas educativas-formativas (Kilkauer, 2013: 1-44).

La narrativa de los sujetos concretos entrelaza dimensiones, se las incorpora y desde ahí le da forma a su experiencia, entendiendo que el nivel más acabado no es la del "narrador experto", sino en la condensación de su subjetividad, el nivel de objetividad del que es capaz y la inevitable intersubjetividad, motivada por la concreción del proceso de atención (PAS) como en el pase de vista. La narrativa será más o menos elaborada dependiendo de los recursos de los que se haya apropiado y desarrollado. En un sentido, expresa su individualidad; en otro, la colectividad atravesada por la privación sociocultural o enriquecida por esta.

La concreción del PAS articula múltiples voces, aparece de inmediato el sugerente concepto de *polifonía*. Desde la obra de Mijail Bajtín, eso no sería un problema porque parte de una lógica que versa sobre el uso de los conceptos, destacando la posibilidad de hacer trasposiciones de un campo a otro, pues en nuestro tiempo no hay cabida para lo no dicho (Todorov, 2013: 106).⁴ Sin embargo, en el ámbito académico convergen y colisionan distintas lógicas y muchas veces dejan mal situado al campo social. Al considerar la propuesta de Bajtín, no podemos soslayar sus complicaciones. Entre las más señaladas están el descubrimiento tardío de su obra debido a las circunstancias político-sociales de su tiempo, seguida de la fragmentación y, como era de esperarse, las propias de la traducción (Todorov, 2013: 13-18). Hablar de diálogo y dialogismo conlleva sus riesgos porque si de algo adolece el contexto clínico es precisamente de las condiciones para hacerlo.

4 Los argumentos de Bajtín son interesantes y de gran valor, sería difícil disentir con el dialogismo que propone, pues abre el umbral para trascender lo dicho y establecer relaciones con el objeto. Sin embargo, dentro de su interpretación hay ciertos sesgos que recusan su argumento. Cuando anota que el mítico Adán habitó un mundo innominado, después de la acuciosa labor del primer hombre, sería imposible volver a ese "cronotopo". El problema de su interpretación deja fuera, intencionalmente, la amplitud del contexto porque ese mundo innominado, como él lo entiende, no era una página en blanco. Había categorías previas: criaturas terrestres, voladoras y marinas. Lo mismo que tipos de semillas, plantas y árboles, de modo que él no tendría que resolver si se trataba de un ave o un pez. El privilegio de Adán es que lo entendía dada su semejanza a Dios, por lo tanto, en el fondo había continuidad en la obra. Con esa base, el Omnipotente le confió tan importante tarea. Entonces, no nombraba las cosas por ocurrencia, seguía un razonamiento, lo hacía dentro de una lógica, de aquello que conocía dentro del contexto dado. Adán era un sujeto cognoscente no omnisciente, no buscaba actuar al margen de su Creador, sino en armonía con Él. Si leemos el arcano relato nunca fue interrumpido en su labor, ni corregido por Dios. Lo cual significa aprobación a la labor de Adán. Así que, no parece ser la mejor forma de aclarar la trasposición de los conceptos.

Con base en lo anterior, justifico que no traté la multiplicidad de voces a partir del dialogismo y la construcción de una polifonía. Sobre todo, porque el segundo concepto, propio de la teoría musical, *stricto sensu*, genera un todo armónico. El problema que advierto aquí es la premura que llega a dominar en la investigación social, la ligereza con la cual toma y adopta conceptos de otras disciplinas en aras de dar pronta respuesta a problemas complejos (Sokal y Bricmont, 1999: 22-138). No es asunto menor si mantenemos la congruencia del tema que nos ocupó el capítulo, cuando uno de los desafíos enunciados fue la inmersión en un campo teórico y metodológicamente distinto. No digo esto en detrimento de los trabajos que se inclinan por el dialogismo de Bajtín. En mi caso, no busqué hacer un arreglo de las narrativas, sino mostrarlas en su heterogeneidad y cómo pueden articularse.

El trabajo coordinado por Canevacci (2012: 21-54) me parece una propuesta sólida, ya que argumenta que la polifonía no está solo en las voces. Es importante integrar el contexto, el sincretismo que abarca su espacio-temporalidad, lo identitario, lo mismo que las tensiones y conflictos. De manera que no hay pulcritud polifónica y, a mi juicio, resulta artificial sugerir que esta sucede mediante el análisis. Los elementos que dan congruencia a las narrativas son los elementos teóricos que trazan la directriz de la praxis humana, modelada por elementos estructurales, colectivos e individuales. Así, el sujeto, más o menos consciente, define su posicionamiento y a partir de esto, su hacer.

Si volvemos al extracto del pase de visita médica en el servicio clínico de Alojamiento Conjunto, aparecen objetos comunes a los involucrados en la concreción del PAS, el dolor, la anticoncepción, la salud, pero cada uno es visto desde un marco distinto, congruente con el rol dentro de la estructura, el nivel de conocimiento y la particularidad del propósito. Por ejemplo, Laura expresó no estar segura sobre el método anticonceptivo, pero tenía claro que no quería pasar por un segundo embarazo y el nivel de conocimiento del otro (médico o enfermera) no le generaba confianza, tampoco despertó su interés ni la animó para el autocuidado de su salud. Por su parte, la visión de la adscrita partía de la evidencia, los riesgos y las complicaciones que se derivan de esto. La lógica se instala, si pasó una vez, lo más probable es que pase de nuevo. El residente que está ahí para aprender “viendo cómo hace el otro” acaba por asumir cargas de trabajo y su “objeto” queda subsumido frente a las exigencias de sus superiores. Su prioridad es cumplir con todo lo que le pidan. La enfermera, cuya disciplina le dicta brindar cuidados a la paciente, presta mayor atención a las rutinas, por supuesto, es una forma que adopta el cuidado, pero ante la petición de la paciente, se centró en los aspectos técnico-

operativos. Sin embargo, todos se ubican en el mismo contexto, en torno a objetos determinados dentro de una estructura. Asimismo, todos comparten los mismos atributos desarrollados de manera diferenciada.

A modo de conclusión, podemos decir que la flexibilidad que concede el diseño de una investigación cualitativa no debe entenderse como anuencia para evadir los problemas teóricos y metodológicos de fondo. Especialmente cuando se tiene poca apertura a críticas precedentes. Cuando surge el interés, la necesidad u obligación de investigar, descifrar el sistema es un aspecto total para desarrollarla. Es el primer paso para lograr la formalidad de la actividad que siempre va a exigir la observancia de ciertos cánones, entendiendo que la investigación está permeada por una serie de supuestos que pueden variar de acuerdo con las bases teórico-filosóficas, histórico-sociales y político-económicas.

Investigar demanda un posicionamiento inicial, requisito necesario para comenzar la construcción del objeto, del marco teórico y del diseño metodológico. No es inmutable, debe tener la suficiente flexibilidad para modificar o replantear, pero al mismo tiempo la firmeza que le permita argumentar, proponer, dialogar y debatir. Esto ayuda a vencer el miedo y las inseguridades que entorpecen el desarrollo de nuevos abordajes. El investigador debe tener convicción sobre su objeto, marco teórico y diseño metodológico no por una fe ciega o solo por seguir alguna tradición escolástica, sino porque es capaz de sustentar que se trata de las mejores herramientas y recursos para guiar su trabajo.

En ese contexto es que las herramientas teórico-metodológicas como la narrativa cobran valor, por el nivel de profundidad al que permiten llegar en el conocimiento de la realidad social. Ese crisol donde convergen y se fusionan, las biografías, las historias, los intereses, el pasado, el presente, así como el porvenir, dando origen a los sentidos, la construcción simbólica (Castoriadis, 2013: 549-556). La narrativa permite articular el mundo simbólico con el material, mediado por la constante interpretación que hace el humano en cada actividad que instituye.

Referencias

- Álvarez, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Fernández, Á. (2007). *Problemas epistemológicos de la ciencia: Crítica de la Razón Metódica*. USA: Ediciones El Salvaje Refinado.

- Bourdieu, P., Chamboredon, J., y Passeron, J. C. (2002). *El oficio de Sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Argentina: Siglo XXI.
- Bruner, J. (2003). *La Fábrica de Historias. Derecho, Literatura, Vida*. Argentina: FCE.
- Bunge, M. (2006). *Chasing Reality: Strife over realism*. Canada: University of Toronto Press.
- Canevacci, M. (2012). *Polyphonic anthropology: Theoretical and empirical Cross-Cultural fieldwork*. Croatia: InTech.
- Caratini, S. (2013). *Lo que no dice la antropología*. España: Disenso.
- Castoriadis, C. (2010). *A Society adrift. Interviews & Debates 1974-1997*. USA: Fordham University Press.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. México: Fábula Tusquets Editores.
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. España: Alianza.
- Eichenbaum, B. (1978). Sobre la teoría de la prosa. En Todorov, T. *Teoría de la Literatura de los Formalistas Rusos*, (147-158). México: Siglo XXI.
- Fernández J. (2016). *Derecho administrativo*. México: Secretaría de Gobernación, Secretaría de Cultura, INEHRM, UNAM, IIJ.
- Foucault, M. (2001). *El Nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Hammersley, P., y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. España: Paidós.
- Hamui, A. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*: 18-52.
- Khun, T. (1979). La función del dogma en la investigación científica. *Revista Teorema*. España.
- Kilkauer, T. (2013). *Managerialism. A critique of an ideology*. UK: Palgrave MacMillan.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, Healing and the human condition*. USA: Basic Books.

Lemus S., y Suárez V. (2022). "Gotita a gotita". La atención paliativa en una institución de tercer nivel: Entre tensiones, discursos y arreglos administrativos. En Hamui Sutton, L. *Interacciones y narrativas en la clínica: Más allá del cerebro*, (305-370). México: UNAM-Facultad de Medicina.

Nudler, Ó. (2011). On the model of controversy spaces. En Nudler, Ó. *Controversy Spaces. A model of scientific and philosophical change* (9-28). USA: John Benjamins Publishing Company.

Paulo, A. (2019). Las audiencias en las narrativas del padecer. En Hamui, L. *Narrativas del Padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*, (157-174). México: Manual Moderno.

Poulos, C. (2009). *Accidental Ethnography. An inquiry into family secrecy*. USA: Left Coast Print Inc.

Sánchez Bandala, M.A. (2018). ¿Una nueva gestión pública para el sistema de salud mexicano? Reflexiones para contribuir a la agenda de investigación. *Salud y administración*: 31-39.

Searle, J. (1997). *La construcción de la realidad social*. España: Paidós Ibérica.

Secretaría de Salud (2015). *Modelo de atención integral en salud (MAI). Documento de arranque*. México: Secretaría de Salud.

Sokal, A. y Bricmont, J. (1999). *Imposturas Intelectuales*. España: Paidós.

Strauss, A. Fagerhaugh, S., Suczek, B., y Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. USA: The University of Chicago Press.

Strawson, G. (2013). *Contra la Narratividad*. México: UNAM.

Svenaeus, F. (2000). *The Hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical practice*. Sweden: Springer Science+Business Media Dordrecht.

Todorov, T. (2012). Mijaíl Bajtín: *El principio dialógico*. Colombia: Imprenta Patriótica.

Zemelman, H. (2005). *Voluntad de conocer. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico*. España: Antrhopos.

Zúñiga, E., Bronfman, M., Oviedo, J., Castro, R., y Miranda, C. (1997). Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud pública*: 1-8.

LA INVESTIGACIÓN NARRATIVA DESDE LA EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS

Jessica Margarita González Rojas

Dirección de Investigación Educativa de la
Coordinación de Formación y Capacitación del Personal
de Salud del Instituto de Salud para el Bienestar

*A la distancia, agradezco enormemente a mi amigo y maestro
Ilario Rossi, por sus enseñanzas. Aún existe vacío en mi alma,
al saber que ya no volveré a verte ni escucharte*

Introducción

El capítulo está dedicado a Ilario Rossi, en su memoria, quien me dejó aportaciones fundamentales de aprendizaje sobre la antropología en salud, la aplicación de los principios éticos en la investigación y explicitar las intenciones del trabajo de campo, independientemente de lo difícil en la obtención de la información. Además, aprender del fortalecimiento de las alianzas en el campo clínico con los profesionales interesados en facilitar el camino de la investigación antropológica. Entre otros aspectos, distinguir que, en el estudio del padecer, la temporalidad juega un papel notable, debido a que las narrativas producidas son distintas según el momento de la enfermedad, desde los indicios del malestar, el diagnóstico, la implementación de los tratamientos, las intervenciones concretas y la

toma de decisiones. Desde la perspectiva antropológica, el estudio sobre el proceso de las recaídas y la reconfiguración de la salud forma parte de la cronicidad de las enfermedades. La inesperada partida de Ilario refleja el trabajo aquí presentado, es parte de la reflexividad que me ha dejado su vuelo.

Este capítulo plantea a la investigación narrativa como una contribución en la antropología. Se presenta el registro etnográfico de un caso en una Unidad de Medicina Familiar (UMF), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). A partir de Nora y Adrián, se tiene como propósito mostrar el entramado narrativo, se da seguimiento periódico a tres consultas subsecuentes donde se ve cómo se construye la relación médico-paciente en el tiempo respecto a los padecimientos sentidos y la experiencia de Adrián.

La investigación narrativa posibilitó desde el objeto de investigación específico explorar las siguientes preguntas: ¿cómo se establecen temporalmente las relaciones intersubjetivas entre médico y paciente en el ámbito de la medicina familiar? y ¿qué papel juega la dimensión biológica, emocional y sociocultural en la comunicación médico-paciente al aproximarse clínicamente a la enfermedad crónica?

La etnografía narrativa fue un reencuentro con el dato etnográfico, tuve la posibilidad de rescatar la experiencia vivida sobre el encuentro clínico entre médico y paciente. Al relacionarme directamente con los sujetos participantes en la investigación, mi experiencia también fue incluida. Iniciar el análisis interpretativo con una propuesta no convencional fue una tarea compleja. La toma de decisiones me llevó a confrontar como investigadora las posibles vías y soluciones ante los desafíos metodológicos que fui enfrentando y los retos en la interpretación, los planteamientos fueron:

- a. ¿Cómo analizar un solo caso y descartar el resto?
- b. ¿Qué hacer con toda la información generada de distintas herramientas metodológicas?
- c. ¿Cómo triangular las perspectivas de los sujetos, incluida la mía como investigadora?
- d. ¿Cómo interpretar las interacciones sociales desde los sujetos involucrados que otorgaron su narrativa?

El diálogo con Ilario Rossi, antropólogo médico con amplia trayectoria etnográfica en la clínica, me hizo centralizar la experiencia humana y utilizar como dato primario

las narraciones y acciones de la gente, en lugar de recurrir primeramente a la abstracción de la teoría. Así que la primera decisión para realizar el análisis interpretativo consistió en potencializar el registro etnográfico, revisar el diario de campo, dotado de amplias notas de observación, al igual que leer recurrentemente los intertextos de las entrevistas transcritas, con la intención de encontrar los nodos y encadenar las diversas voces, pensamientos, actos y sentimientos entre los implicados.

La antropología en contextos clínicos institucionales

La investigación narrativa es una herramienta teórico-metodológica que fortalece al campo de conocimiento de la medicina y las ciencias sociales. El estudio se profundizó con un caso cualitativo, se resaltó la importancia temporal que tiene la relación y la comunicación entre una médica y un paciente durante la atención de medicina familiar. El alcance analítico permite exponer desde la etnografía la tendencia imperativa de la biomedicina, la cultura institucional, la experiencia de la enfermedad crónica con la que transita la persona y la competencia médica para relacionarse y comunicarse con el paciente.

Al tener como objeto de estudio el encuentro clínico, la intención de este estudio es ayudar a sacar a la superficie lo no visto y oído, y, simultáneamente, a profundizar en las prácticas médicas ya presentes. La perspectiva de la investigación narrativa aporta a la clínica porque los investigadores cualitativos asumimos que el proceso terapéutico o de curación ocurre no solo en el momento clínico, sino también en la vida diaria entre eventos clínicos. Por consiguiente, este enfoque ofrece personajes añadidos, es decir, voces adicionales que se están creando desde la investigación (Miller et al., 2013).

La producción científica en antropología da lugar a otro tipo de reflexión desde el momento en que los componentes sociales se cuestionan como valores implícitos de la institución, se critica lo impensable de la práctica médica y su lógica en las interacciones. Con ello, el posicionamiento antropológico comienza a deliberar a través de una actitud profesional que vincula su labor para observar y analizar la institucionalización de la práctica médica con la intención de aportar desde otra mirada (Rossi, 2012). Al mismo tiempo, contribuye a mejorar la formación educativa y sugerir cambios en la atención profesional. Investigaciones de este tipo son indispensables debido a que una amplia evidencia muestra que ciertos aspectos de las relaciones médico

-paciente están vinculadas con la morbilidad, mortalidad, adherencia al tratamiento y, en consecuencia, al estado de salud. La confianza surge de los valores y permanencia en la relación con el tiempo, es una competencia profesional necesaria por desarrollar para tener efecto en los procesos de curación (Scott *et al.*, 2008).

Para crear un espacio en la clínica, hay un llamado a la antropología para redescubrir la evidencia faltante, es decir, la persona, su experiencia y los diversos contextos socioculturales y macrosociales. La polémica acerca de la clínica invita a explorar las implicaciones humanas en el ámbito del racioamiento biológico o biotecnológico (Miller *et al.*, 2013) e ingresar al terreno de las relaciones, la intersubjetividad y la comunicación. Con respecto al tema de la cronicidad de las enfermedades, el drama de las narrativas del padecer se hace presente al evidenciar el cuerpo, lo social, el dolor y lo inconcluso.

La experiencia de la enfermedad crónica en el ámbito de la medicina familiar

La ciencia médica muestra sus límites cuando se aplica a situaciones concretas. La búsqueda de la eficiencia terapéutica va acompañada de un nuevo requisito, el de la eficiencia en la práctica médica, donde también se asigna un valor a cada estrategia de intervención. Es a partir de esta lógica que se determinan las relaciones actualizadas entre el mundo de la salud y el mundo económico (Rossi, 2002, 2009). En la edad moderna, el gremio médico tiene limitaciones para adaptarse al modelo de las enfermedades crónicas, el aspecto económico de la práctica comercial fomenta la dependencia, lo cual genera que al paciente se le cite solo para darle instrucciones y acatarlas. Por otro lado, no hay tiempo suficiente para “educar” debidamente a los pacientes, y a menudo tampoco habilidades pedagógicas para propiciar una actitud apropiada. En parte, lo que el paciente requiere se resuelve solo en intervenciones “cara a cara” con el médico, quien tendrá que resolver las necesidades, contestar dudas, avalar algunas de las decisiones tomadas por el paciente y retroalimentarlo (Lifshitz, 2014).

Frente a la aparición de las enfermedades crónicas, la medicina sigue siendo un reto para los cuidadores y el personal médico se ha vuelto preponderante desde el punto de vista profesional. Nadie puede dudar que el acompañamiento es una necesidad humana, por esto se define como la *oportunidad de ayudar a una persona que se enfrenta a pruebas intensas y significativas,*

como la enfermedad y la muerte, (Rossi, 2009). Sin embargo, ante los ritmos acelerados en el trabajo, la exigencia por los indicadores y la productividad, los trámites burocráticos, la banalización de las relaciones humanas y el ejercicio de la medicina defensiva nos lleva a cuestionar, realmente ¿los médicos quieren vincularse en el cuidado de los pacientes?, ¿les interesa hacer contención?, ¿están conscientes que tales circunstancias condicionan su práctica profesional en el seguimiento de las enfermedades crónicas?

El acompañamiento engloba varios modos de interpretación, es un punto de convergencia de doble movimiento que transforma el sentir de unos a prueba de la acción de otros; en este sentido, se transmite simultáneamente lo singular y lo colectivo, lo humano y lo social. Por eso, en cualquier sociedad y momento, esta experiencia universal es una concepción del vínculo social y de las prácticas sobre el dolor, el sufrimiento y la enfermedad. El apoyo es intersubjetivo, este se vincula a la indeterminación de la evolución de una enfermedad y a la búsqueda de la calidad de vida. No obstante, en el mundo contemporáneo, parece estar comprometido al servicio de lo objetivo, es decir, la racionalidad eminentemente clínica (Rossi, 2009).

Las enfermedades crónicas en la clínica se construyen, tanto desde el punto de vista terapéutico como relacional, donde se gestiona la tensión entre la continuidad y la imprevisibilidad (Rossi, 2009). La cronicidad conlleva la pérdida definitiva de la condición anterior y afecta el sentimiento de integridad física y psíquica, lo cual se vive como un duelo y la aceptación no es un hecho (Rossi, 2003). Las personas aquejadas con enfermedades crónicas suelen describir esa sensación de que el mundo ha cambiado (Good, 2003), ya nada es igual a lo que era antes o lo que podría ser en el futuro. Existe un replanteamiento presente de ver a la vida de manera distinta, algo falta o está ausente, se configuran los pensamientos, las acciones y las emociones. Con ello, vienen los cambios a la rutina diaria, sobre todo cuando las complicaciones de la enfermedad son abruptas e inesperadas.

El sufrimiento sentido por los enfermos crónicos radica en la pérdida de sí mismo, observan cómo sus antiguas imágenes se desmoronan sin el desarrollo simultáneo de nuevos valores (Charmaz, 1983). La enfermedad crónica se caracteriza por el tiempo de evolución, el desenlace, las intervenciones y el objetivo terapéutico. Esta no es de curación, sino de control, paliación y desaceleración de los síntomas entre otros. Los médicos tendrían que entender a los enfermos crónicos, pero no son formados para cuidar, ayudar y acompañar (Lifshitz, 2014).

De acuerdo con el modelo biomédico, la práctica clínica se apoya en el conocimiento de las cadenas causales que operan a nivel biológico, para codificar las quejas del paciente e identificar el proceso patológico, somático o psicológico subyacente. Esto con el objetivo de establecer el diagnóstico de la enfermedad y un tratamiento racional y eficaz (Good y Good, 1982). No obstante, el estado fisiológico alterado resulta insuficiente como base para la práctica clínica, ya que los factores psicológicos, sociales y culturales influyen en la experiencia de la enfermedad, su manifestación y la expresión de los síntomas (Filho, 2001).

Tanto Kleinman (1988) como Good y Good (1982) confirman que el proceso de la enfermedad se correlaciona con las alteraciones biológicas, mientras que el padecer se sitúa en el dominio del lenguaje y el significado, por lo tanto, constituye una experiencia humana. De acuerdo con dicho postulado, enfermar es fundamentalmente subjetivo y semántico (citados en Filho, 2001).

Debido a que el manejo de una enfermedad es estresante, los miembros de la familia también experimentan falta de apoyo en el momento en que las demandas se intensifican. De ahí que al enfermo se le puede desacreditar por su incumplimiento y por las expectativas puestas en su persona. Esto también ocurre con el personal médico, piensa que hay incumplimiento de parte de los pacientes en el tratamiento terapéutico, sienten frustración por las acciones emprendidas, creen que perdieron el tiempo durante el seguimiento, y, por ende, etiquetan a los pacientes por su comportamiento (Charmaz, 1983). Consecuentemente, los actos no parten exclusivamente de la individualidad del sujeto enfermo. El contexto social y cultural en que se encuentra es parte de la toma de decisiones y de su proceder, por lo que no siempre actúa de manera unilateral.

Los fenómenos de salud deben ser observados y analizados desde distintas áreas del conocimiento científico, pues de esa manera se estará aproximando a su complejidad. La antropología en salud, con marcos teórico-metodológicos y líneas de investigación específicas, apuesta a la comprensión del contexto clínico desde la posición de los sujetos que experimentan el padecer, pero también desde quienes otorgan la atención médica. Se esperan nuevos planteamientos que estén encaminados a rescatar la perspectiva de los profesionales de la salud con relación a los pacientes. El presente estudio representó un desafío metodológico para registrar etnográficamente las interacciones y la producción de la comunicación en el contexto clínico.

La relación y la comunicación durante el abordaje clínico de la enfermedad crónica

Los enfoques biomédicos y biopsicosociales representan versiones diferentes de modelos de atención. Los médicos que ejercen mayor control biológico sobre el paciente, tienen menor posibilidad de comunicarse interpersonalmente y coordinar la atención con intercambios verbales. En cambio, quienes están centrados en la persona, al tener apertura en la agenda del paciente y voluntad para negociar, facilitan la comunicación y transmiten una comprensión de sus preferencias y valores con respecto a la salud (Flocke *et al.*, 2002). En este entendimiento, la subjetividad ocurre en lo íntimo de cada persona, le es propio a su "ser en sí" (Testa, 2005).

En el campo de las relaciones y la comunicación en la atención de primer contacto, se ha documentado que existen dos prácticas profesionales que mejoran el cuidado en los pacientes: la primera es que cuando el médico se enfoca en construir relaciones internas sólidas es capaz de lidiar con la incertidumbre; la segunda es que, al tener prácticas proactivas durante la interacción, encontrará mayor logro en la prestación eficaz de la atención (Crabtree *et al.*, 2009). El encuentro clínico al ser *sui géneris* produce expresiones comunicativas, semánticas e intercambios simbólicos. El médico y el paciente en interacción confluyen en la construcción de la clínica, el profesional actúa para definir y delimitar a la enfermedad, mientras que el que padece y su familia son medio constitutivo de la condición de ser enfermo (González Rojas, 2021).

A partir de los hechos y los sentimientos inherentes a cada encuentro clínico, los participantes crean significado, este es el mundo real de la práctica clínica que involucra, intenciones, intersubjetividades, valores morales, poder y ética. La clínica surgió como un espacio físico, emocional, conceptual, social y espiritual para aquellos que necesitan apoyo y, por ello, se convierte en objeto de estudio social (Miller y Crabtree, 2013). Si la experiencia es intersubjetiva y se desarrolla en diálogo con quienes forman parte del entorno social, este diálogo y las estructuras entre las que media son constitutivas de la experiencia (Good, 2003). No obstante, los motivos del ser humano frente a una experiencia están ocultos, de ser descubiertos, esto acontecería en medio de una conversación genuina que incluya la comunicación intersubjetiva; de lo contrario, se reduciría el rol del dialogante a un objeto de descripción y de explicación cuasi causal (Mardones y Ursua, 1994).

Un duelo inacabado en consulta de medicina familiar

La población de estudio formó parte de una Unidad de Medicina Familiar¹, la cual pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social. La selección de la sede fue por conveniencia a la investigación, dependió sustancialmente de las facilidades y aceptación de parte del coordinador de investigación a nivel delegacional, del director y de la jefa de enseñanza de la Unidad. La investigación abarcó dos etapas, la exploración diagnóstica y la enfocada. En esta última se llevó a cabo propiamente la observación en la consulta médica. La observación descriptiva permitió registrar situaciones inesperadas más que planeadas, la espontaneidad de la dinámica institucional fue captada etnográficamente para explorar cómo se organizaba y funcionaba el servicio en una UMF, cómo eran las relaciones personales y profesionales, la función del personal de salud, el trato y la forma de abordar a los pacientes.

Presentación de Adrián y Nora

Mi participación fue negociada con los principales sujetos de la investigación, de tal manera que en la consulta resulté la audiencia de las interacciones sociales. Hago explícita mi presencia durante la relación forjada entre Nora y Adrián, por lo que en el análisis narrativo hablo en primera persona debido a que me reconozco parte de la co-construcción narrativa. Me convertí en la espectadora de su interacción.

Adrián tiene 63 años, usa bastón para sostenerse al caminar. A esta edad comenzó a recibir ingresos económicos por su jubilación. Reside en el "cerro", denominado así por la lejanía y difícil acceso. Ahí construyó una casa donde vivió con su esposa, quien murió el 8 de junio de 2014. Tuvieron cinco hijos: cuatro hombres y una mujer. En el municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México, compró un departamento que sigue pagando, ahí habitan su hija Andrea, el yerno, los nietos y un hijo soltero. En otro departamento, pagado en conjunto con su esposa, viven dos hijos casados. A pesar de que sus hijos le han sugerido vivir juntos, él prefiere el lugar donde convivió con su esposa, también le agrada levantarse a la hora que quiere sin que alguien le diga algo. Es un hombre que atiende las actividades de su casa, cocina y lava ropa. De acuerdo con el expediente clínico electrónico de la Unidad de Medicina Familiar², las principales enfermedades por las que recibe seguimiento son hipertensión arterial y trastorno de depresión. En este, se omite como diagnóstico central la artrosis en rodillas, una enfermedad degenerativa por la que también ha transitado, incluso recibe analgésicos para el dolor.

1 La identificación de la UMF elegida no será revelada para guardar la confidencialidad.

2 La Unidad de Medicina Familiar seleccionada ocupa expediente clínico electrónico.

Nora tiene 37 años, casada y con dos hijas, la mayor de diez años y la menor de cinco, cursan primaria en escuela pública y preescolar en una guardería del IMSS. Su esposo trabaja en el sector privado, ambos comenzaron a adquirir su patrimonio, compraron departamento y automóvil de agencia. Ante la presión de los gastos mensuales, decidieron pedir un préstamo al Instituto para invertir en una cafetería y así aumentar ingresos y solventar la inversión. Nora es originaria de la Ciudad de México, al casarse se fue a vivir a Nezahualcóyotl, estudió Medicina General y después realizó la especialidad de Medicina Familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), a través de un convenio con el IMSS. Las escuelas de sus hijas están ubicadas cerca de la UMF, al igual que la casa de sus papás y el negocio familiar, no así su vivienda, está más alejada del lugar de trabajo, ubicada en la Ciudad de México. Su mamá cuida por la tarde a las niñas, mientras ella atiende el negocio como parte de su segunda jornada laboral.

Mi relación con Adrián se consolidó a partir de visitarlo, le pareció inusual la visita en el espacio familiar para conocer su estado de salud fuera del consultorio. Desde el inicio, comprendió el propósito de la investigación y me vio como una estudiante al interior y fuera de la UMF. Mi presencia le agradaba y no le incomodaban mis preguntas, aunque reservaba información familiar, algunas veces tuve la impresión de que se apenaba, otras le era difícil expresar la preocupación hacia sus hijos (salud, ingresos económicos, problemas familiares).

De las tres consultas médicas a las que di seguimiento, a Nora le resultó complicada la primera, se sintió invadida con una videograbación que conformó parte del registro etnográfico (previo consentimiento). Expresó haberse sentido cuestionada en su práctica médica. Aclaró que esto lo percibió solo cuando encendí la cámara de video, pues durante la jornada del día estuvo cómoda con la observación realizada y en el resto de las consultas. Nora solía indagar cuál era mi opinión sobre Adrián, qué pensaba de él y qué información adicional tenía de su persona. Otra inquietud, era saber cómo la veía a ella en el desempeño de su trabajo, si lo hacía "bien o mal".

Esta investigación tuvo el cometido de generar una relación diferenciada con el "objeto" de estudio. La intención se centró en cambiar el postulado epistemológico que busca la relación entre pares, es decir, de "sujeto a sujeto" (investigadora-participantes). La premisa parte de reconocer que los sujetos que colaboran en el estudio son portadores de un saber y una experiencia. Para eso, es necesario que ellos se identifiquen como personas conocedoras del tema a tratar, con la única intención de que reflexionen y asuman una posición

constitutiva de su vida personal e institucional. Así, el contrato de negociación con Nora fue acudir a su domicilio particular con la intención de acrecentar el vínculo de horizontalidad para que tuviera la confianza de hablar fuera del contexto clínico, motivo por el cual pudo decirme cómo se sentía durante el proceso, cuestionar mis puntos de vista y conocer mis reflexiones como externa a la Unidad de Medicina Familiar.

La temporalidad de la atención y del padecer en la consulta médica

Nora tiene aproximadamente tres años atendiendo a Adrián. Lo identificó cuando llegó al consultorio por un cuadro de depresión. Durante el desarrollo de las consultas, seguí el trayecto de atención y la experiencia del padecer de Adrián, el cual no fue exclusivo de la hipertensión arterial, sino de un conjunto de síntomas y signos que fueron presentándose de manera distinta en cada consulta. El registro etnográfico se realizó en tres consultas programadas: 1ª 30/08/2017, 2ª 30/10/2017, 3ª 28/11/2017, estas fueron establecidas de acuerdo con la agenda institucional de la UMF.

Antes de dar continuidad al entramado narrativo, resulta vital destacar el uso de los testimonios y el papel de la voz de quienes fueron entrevistados. Al ser interlocutora, dejé que los participantes tuvieran un papel activo con sus relatos. Seguir esta forma de proceder, conllevó a quebrantar la simetría y contribuir para que la voz de Nora y Adrián tuvieran contrapeso. Este fue el momento en que como investigadora transgredí mi autoridad y cedí para resaltar la narrativa de ellos, a fin de que también fueran responsables de darle sentido al recuento narrativo presentado.

El miércoles 30 agosto de 2017. La consulta empezó a las 10:45 y terminó a las 11:15. Se destinó media hora. Se rebasaron los quince minutos estipulados por la Institución. Adrián llegó solo, sin compañía de algún familiar. En esa ocasión, Nora no recordaba la razón del por qué había enviado a hacer una radiografía de tórax, no recapituló la sospecha de la consulta anterior sobre posibles problemas en el corazón; sin embargo, Adrián sí lo tenía presente a partir de un episodio ocurrido en su casa:

No sé a qué se debió, pero le dije a mi doctora [Nora]: "¿Cómo estoy?", —Pues está bien de la presión; y luego, "¿Mi corazón?". — Está bien, ¡Ah, digo, bendito sea Dios! Y se lo comuniqué de nuevo a ella, [Nora] —¿Se

acuerda que la vez pasada le comenté del “cabo de año”³ de mi esposa?. Pues ese día, acomodamos las flores que pedí, yo no les ayudé a mis hijos porque no puedo hacer fuerza —física—, mi hijo me dijo “No, usted ahí siéntese” ... En eso comencé a sentir un sudor, pero parece que estaba en vapor y sentí que el pecho se me cerraba. Yo se lo he contado a mis vecinos, me dicen que no me pude desahogar, sí lloré un poco, pero no me desahogué, que eso fue lo que probablemente me provocó esa sensación. Fue un comentario de los vecinos y eso se lo comuniqué a mi doctora⁴.

Nora trató varios aspectos adicionales a la radiografía de tórax, revisó laboratorio de química sanguínea y refirió otros estudios para la siguiente consulta. Administró el medicamento controlado de la especialidad de psiquiatría del segundo nivel de atención, dio seguimiento a la hipertensión arterial, el dolor de rodillas y la alergia e identificó dos hallazgos nuevos a partir del interrogatorio, exploración física y estudios médicos.

A pesar de que Nora ha atendido a Adrián por más de tres años, no fue hasta esta consulta que se enteró que él fumaba. Al revisar la química sanguínea, le indicó tener 113 de glucosa y la hemoglobina por arriba de los parámetros normales. De la presión arterial, salió con 120/80, le recetó medicamento para el dolor de rodillas. Al verificar el trámite administrativo de surtimiento de medicamento en Psiquiatría, ella se dio cuenta de que le aumentaron la dosis de sertralina y le recetaron diazepam de primera vez. El especialista le comentó a Adrián en la última consulta que ya no acudiría a ese servicio hasta después de un año.

Durante la consulta, Adrián expresó tener tos a causa de un posible resfriado y solicitó un jarabe, pero Nora se lo negó argumentando que la tos se debía al consumo del cigarro. Él no creyó ese argumento. En su casa, él me contó que después de la consulta comenzó a sentirse mejor al quitársele la tos, consideró como prueba explícita que fumar no tenía relación con la tos que había tenido. Y el motivo, más bien, había sido por mojarse los pies un día de lluvia.

3 Coloquialmente, “cabo de año” significa llevar a cabo una conmemoración por el fallecimiento de algún familiar o conocido cercano. El periodo para efectuar la remembranza generalmente se hace al año de fallecimiento de la persona; sin embargo, el tiempo puede variar según el lugar, la creencia y la cultura popular. Algunas de las actividades que se realizan son acudir al cementerio, rezar, invitar a familiares y amigos, presenciar una misa religiosa o preparar comida para recordar el día en que la persona murió.

4 Las citas se generaron de las entrevistas narrativas realizadas a Adrián y Nora en espacios externos después de las consultas médicas para recapitular lo acontecido *in situ* y triangular la información.

A partir de los estudios, Nora comenzó a deducir posible falla pulmonar por falta de oxígeno y con eso relacionó la taquicardia repentina relatada por Adrián en una consulta previa. Para la cita subsecuente, refirió otro estudio de química sanguínea con el propósito de confirmar o descartar el diagnóstico de diabetes; aunado a un estudio de espirometría para ver la ventilación de los pulmones y una radiografía de cara. De ambos hallazgos, decidió no anticipar un pronóstico, pues, de hacerlo, caería en error médico si los estudios revelaran algo distinto a lo señalado. Sin embargo, le adelantó que podría referirlo con el neumólogo en caso de tener falla en los pulmones y requerir oxígeno medicinal.

Jessica: —Pero, si usted como médica [sic] sospecha que sí puede ser diabetes y que, al tener la hemoglobina alta, también puede ser algo en pulmones. En ambas situaciones, ¿por qué decidió no anticiparle los pronósticos?

Nora: —Ah, bueno, no, porque ahí sí corres el riesgo [sic] que la siguiente vez que le tomes la muestra confirmatoria salga normal, entonces diga "ah, entonces, porque dijo que sí era diabético". O que la espirometría salga normal, entonces ahí te va a decir "entonces no estoy enfermo".

Ya en la casa de Adrián, él me comentó preocuparle usar oxígeno en el futuro por no saber qué hará viviendo solo y por usar bastón para caminar. Además, se quedó con la intriga de qué ocurrirá con los resultados de los estudios, cómo saldrá y qué revelarán. Al preguntarle directamente, la manera en que asimiló la información en la consulta médica comentó que no entendió qué es la hemoglobina y qué relación tiene con la posible falla pulmonar, especialmente cree que se le están bajando o subiendo las "defensas". Tampoco distinguió qué es neumología y por qué motivos lo enviarían con un especialista y le realizarían una radiografía de cara. La comprensión de la información que Adrián tenía era distinta a lo dicho por Nora. Así que, con el propósito de ayudarlo a entender, me di a la tarea de explicarles tanto a él como a los dos hijos presentes al momento de visitarlo en su casa. Colaboré en indagar el domicilio del Hospital en el que le harían los estudios, y le ayudé a reagendar la siguiente cita, debido a que en el expediente clínico electrónico había sido contemplado como paciente controlado con citas trimestrales y debía acudir a consulta hasta los tres meses. De ocurrir esto, la continuidad en su atención médica hubiese sido aplazada e interrumpida por causa de un error en la agenda institucional, este acto relacionó tanto a Nora como a la asistente médica y al sistema de información de la UMF.

En esta consulta, Adrián insistió sobre la alergia que suele aparecer en su cuerpo, enfatizó no saber a qué se debía y por qué aparecían ronchas de forma inesperada, sin acertar sobre el tipo de alimento que pudiera provocársela. Nora le preguntó si había acudido al servicio dental previamente indicado, él comentó haberlo hecho. Nora omitió esa inquietud respecto a la causa alérgica y manifestó un pausado silencio. Otra duda durante la consulta fue preguntar qué hacer para disminuir la posibilidad de tener diabetes. Ella le respondió someramente sobre el consumo de alimentos y no amplió el tema.

El lunes 09 de octubre de 2017. Adrián nuevamente llegó solo, entró a las 12:25 y salió las 12:45, esta vez tardó diecinueve minutos. En esa ocasión llevaba la espirometría y los estudios de química sanguínea. Los resultados ya estaban en el sistema del expediente clínico electrónico, a razón de haber acudido previamente a laboratorio.

Nora descartó hipoxia severa y daño obstructivo; más bien, ese día pronosticó que el problema pudiera estar relacionado con la apnea del sueño y confirmó que los pulmones estaban bien, pero vinculó que esto podría explicar la hemoglobina alta de los estudios previos. El consumo del cigarro de Adrián también fue descartado y lo relacionó con la mecánica de la ventilación al dormir. Enfatizó que estar "gordito" genera periodos de apnea, incluso consideró que el plan prioritario de intervención era "bajarlo de peso".

De la consulta pasada a esta, el diagnóstico presuntivo de diabetes se convirtió en intolerancia a la glucosa. Al confrontarle su opinión médica del por qué había cambiado ese juicio clínico, argumentó que la glucosa no rebasó el parámetro de 110, y, en correspondencia al resultado anterior, se mantuvo igual. Añadió que en caso de que en los próximos estudios rebase los 120, entonces sí clasificará la enfermedad crónica de la diabetes. En esta situación, el tratamiento consistió en medicarle metformina, esperando que la insulina se procese y absorba la glucosa para retrasar que sea "diabético", pero aludiendo nuevamente a que el plan es bajarlo de peso con cambio de hábitos, aunque no lo ve "comprometido":

No tiene advertencia de su enfermedad, dice: "Sí, ya voy a hacer la dieta, ya voy a comer menos *pancito*, voy a cuidarme", pero como que no, no baja de peso, no hace ejercicio, no ha hecho la dieta a pesar de que lleva años con ese problema. Entonces, sí es complicado, no sé, me da la impresión de que ya no está deprimido, yo creo que él ya está superando el duelo de su esposa.

Respecto a la experiencia del padecer, Nora asocia que Adrián al no bajar de peso y no autocuidarse, solo tiene codependencia al medicamento depresivo:

Jessica: —¿identificó cuál fue el principal motivo de consulta el día de hoy?

Nora: —Pues no, yo siento que nada más viene por su antidepresivo, porque, finalmente, sí les creas dependencia, y por eso me dice: “si me da mi sertralina” “Yo estoy bien, aunque no baje de peso o mis rodillas me sigan doliendo”.

Con los nuevos resultados de laboratorio, tomó la decisión de enviarlo a trabajo social para integrarlo a un grupo de apoyo de “hipertensos y obesidad”, descartó referirlo al módulo de DIABETIMSS⁵ por no tener diabetes. Confía en que las trabajadoras sociales le enseñen “hábitos saludables” y “vigilen” el ejercicio físico para el control del sobrepeso. Al mismo tiempo, lo envió al módulo de nutrición, pero a la nutrióloga no le tiene confianza por comentarios negativos sobre su trabajo.

Particularmente, en esta consulta Nora estuvo apresurada durante la jornada laboral, por el ritmo de los tiempos y la dinámica del día, más tarde, durante el acompañamiento a su casa y en la entrevista, me confesó sentirse preocupada por la situación familiar respecto al trabajo de su esposo y los gastos económicos.

Adrián se sintió a gusto y contento con la atención proporcionada de Nora, piensa que lo atiende bien por el hecho de darle el medicamento que requiere para el dolor de rodillas, así como para conciliar el sueño. Sobre el nuevo signo identificado por Nora, Adrián no siente, ni sabe de qué se trata la apnea del sueño, no puede monitorearse a razón de vivir solo y sin su esposa, quien era la que estaba pendiente de lo que le ocurría:

—Yo le decía a mi esposa: “¿ronco?”, —¡Sí roncas!. Pero como le digo, pues, era mi pareja y como pareja, pues se da cuenta de uno.

En esta ocasión, el hecho de que Nora lo haya explorado físicamente, midiéndole los signos vitales e hipertensión arterial y por haber salido negativo a falla pulmonar en los estudios, ocasionó que Adrián se sintiera “satisfecho y tranquilo”. Sin embargo, está consciente que, aunque no esté enfermo de los pulmones,

5 Módulo de atención para pacientes con hipertensión o diabetes sin complicaciones para ser atendidos durante un año en consultorio distinto al del médico familiar asignado, el objetivo está centrado en el autocuidado a partir de sesiones de promoción y prevención de la salud.

debe bajar de peso, señaló que había comenzado a reducir la cantidad de tortillas en cada comida. Al preguntarle sobre el consumo de tabaco durante el mes, confirmó seguir fumando dos a tres diarios, le parece que no son demasiados en comparación a los siete que fumaba cuando era joven. Adrián no reconoce que el consumo diario sea un problema ligado a los pulmones; además, el resultado positivo de los estudios hizo que ratificará su noción y sentir.

Adrián no se aqueja por la hipertensión y la depresión diagnosticadas, a lo que le ve problema es al dolor de rodillas.

Por ejemplo, ahorita que hace frío, ahorita me ataca [duele], por eso le pido a mi doctora que me dé diclofenaco, porque es un poquito fuerte y me hace efecto, ya ve que me da las pastillas de pentoxifilina, esas sí me las dieron para mis rodillas, me las tomo, pero con esas no se me quita el dolor y cuando está fuerte el frío o llueve, pues como que, me penetra [entra] un poquito el dolor.

Pese a que la pentoxifilina debe ser habitual para el manejo de la artrosis en las rodillas, él solicita diclofenaco para disminuir el dolor intenso. Con esto podemos ver, que el apego al medicamento depende de su asociación física al nivel de intensidad, malestar y dolor. De esa manera decide si toma o no el analgésico, y lo evita cuando no lo amerita su cuerpo. Este es el receptor a través del cual percibe y siente, lo que es físico y doloroso. El tiempo que transcurrió de la consulta que antecedió a esta, Adrián decidió visitar a un alfabetista⁶, con quien acudió dos veces durante el mes, para tratar de encontrar soluciones al problema de las rodillas. El propósito de consultarlo fue por el dolor, la mejoría la vio reflejada en caminar mejor y no sentirse inseguro de tropezar. Cree que también le ayudó a conciliar el sueño, dificultad sentida por años desde que murió su esposa. Esta atención alternativa fue omitida durante la consulta, me lo expresó en la entrevista realizada en su casa. En el acto clínico, lo que le resultó relevante es lo que Nora le enunció sobre lo que observó en la exploración física y lo que reportaron los estudios, ambos aspectos le dan sentido a la experiencia con su enfermedad.

⁶ Terapeuta que atiende padecimientos, malestares y dolores producidos por las contracturas del cuerpo; también, trata la liberación del estrés de algunas personas. En México se preparan a través de cursos y diplomados, la Secretaría de Educación pública funge como aval de la certificación de estudios (<https://centroalfabeticodf.wixsite.com/diplomado/diplomado-en-alfabetismo>).

En la consulta, aunque Nora le mencionó nuevamente sobre la hemoglobina, Adrián no entendió lo que significó y tampoco lo relacionó con alguna enfermedad, solo imaginó que subía o bajaba. En cuanto al sobrepeso, tres profesionales de distinto orden, Nora, laboratorista y el alfabetista, le han mencionado que debe bajar de peso para estar mejor de sus rodillas. Él tiene la intención de seguir cambiando la dieta, pero confiesa que al haber trabajado años en una panificadora, lo que más trabajo le cuesta es dejar el pan, además de comer galletas por las noches cuando no puede dormir o ve televisión. Los chocolates y dulces los consume porque su esposa los tenía de reserva en un cajón y se los daba cuando llegaba del trabajo, seguir está practica es una forma de recordarla.

Desde la perspectiva de Adrián, él hace lo que le indica Nora. En cambio, Nora rechaza cualquier intento de Adrián por bajar de peso. En las consultas en las que estuve, en ninguna observé hacerle preguntas en el interrogatorio clínico sobre los hábitos alimenticios, los horarios de comidas o el acceso para adquirir y consumir los alimentos. Adrián piensa que le será difícil acudir al módulo de nutrición por la inversión económica en los alimentos y porque ya acudió una vez y dejar la cena o las golosinas por la noche fue lo más complicado. No pudo cumplir las indicaciones de la nutrióloga para bajar de peso.

Ante la nueva indicación de tomar metformina, Adrián asocia que ese medicamento le quitará la ansiedad para dejar de comer. A diferencia de otros fármacos que suele interrumpir, comentó que sí lo tomará como le indicó Nora, espera que le ayude a bajar de peso. Aunado a que seguirá intentando disminuir la cantidad de tortillas y pan.

El problema de insomnio con el que Adrián transita cotidianamente está presente desde que falleció su esposa, suele sentirse inquieto por las noches, ve televisión hasta lograr conciliar el sueño. Si bien el psiquiatra del segundo nivel de atención le recetó pastillas, él no ve un resultado efectivo, toma ocasionalmente.

A pesar de que han pasado tres años de la muerte, ella sigue presente en la vida diaria de Adrián, él le cuenta de manera habitual todo lo que le ocurre. Durante el mes en que ocurrió la consulta, estaba preocupado por un hijo porque no tuvo movilidad para mantenerse de pie y hacer sus actividades cotidianas a causa de las amplias jornadas de trabajo forzadas. Esto le afligió durante esos días, tuvo que aportar ingresos personales para dar manutención

al hijo y nieto, mientras restablecía su salud.

Se lo he dicho a mis hijos: “Me preocupo por ustedes”, si yo estuviera un poco mejor económicamente, pues les echaría la mano, les ayudaría. Y ese día vi a mi hijo y, ahora sí, hablé con mi esposa, le dije: “Voy a llevar a tu hijo para que lo curen”.

El martes 28 de noviembre de 2017. Se llevó a cabo la tercera consulta, fue diferente a las precedidas, la jornada de trabajo representó para Nora mayor desgaste físico y mental. De veintiún pacientes, ocho fueron de UNIFILA⁷, lo que le llevó más tiempo en la revisión médica. Compaginado a ello, hubo un error de logística en la agenda del día, confusión de dos pacientes con el mismo nombre, pero diferente apellido. El paciente resultó ser Adrián, fue atendido por Nora como si fuera otro paciente. Quince minutos después de que Adrián salió del consultorio, entró la asistente médica para corroborar el enredo. Nora se dio cuenta que hizo la nota médica de Adrián en el expediente clínico incorrecto y le recetó con nombre de otra persona. Esto le hizo pensar que Adrián había subido 14 kilos en un mes, tampoco se dio cuenta que en la consulta pasada le había recetado metformina. Por su parte, la asistente médica le programó una cita en la siguiente semana sin corresponderle. El inconveniente podría ser considerado como imprudencia médica⁸, pero la situación se salvó cuando ambas se dieron cuenta del error y lo corrigieron en ese momento.

Es una de las metas internacionales, paciente correcto, medicamento o procedimiento correcto. Ahí falló la asistente, pero también yo porque no hice ese cotejo, ahí sí, fue una falta grave. ¡Imagínate si le hubiera dado el medicamento del otro señor!

Confronté a Nora sobre lo ocurrido, explicó la distracción de la asistente por estar en proceso de divorcio, pero asumió su responsabilidad por no verificar los nombres con apellidos distintos. Añadió que esto también se debe a la creación de UNIFILA, debido a que los jefes clínicos ya no permiten tener control sobre los carnets⁹.

7 UNIFILA es una estrategia del IMSS que se llevó a cabo para gestionar y eficientar los procesos de atención en la consulta externa, consistió en reorganizar la agenda de los médicos y disponibilidad de espacio.

8 Una equivocación de este tipo genera daños a la salud. La imprudencia es definida como: afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, sin detenerse a pensar en los inconvenientes que resultan de esa acción u omisión (Instituto Mexicano de Contabilidad y Finanzas S.C, 2016).

9 Los carnets funcionan como fichas de identificación de los pacientes.

Jessica: —Entonces, con este acontecimiento, significa que, con aspectos familiares o preocupaciones del personal de salud—, ¿se puede generar una afectación en el trabajo?

Nora: Pues sí, porque no eres de plástico, no puedes dejar tu traje de mamá e irte con el traje de asistente, pues sí, te afecta.

Todo coincidió con la situación personal de Nora, inclusive, en la dinámica del día, una paciente le comentó que la veía cansada. Ella platicó que el domingo no había dormido por haber ido a un curso de preparación de café, ahí tomó varias pruebas para degustar, después de horas, vomitó y tomó omeprazol, pero no logró conciliar el sueño. Esto concordó con mis notas de campo, pude verlo reflejado al notarla más presionada por el tiempo, atendió más rápido a los pacientes, no interactuó como otras veces, fue concreta en el interrogatorio y acotó la exploración física e intervención terapéutica. Respecto a lo acontecido en la consulta, ella recapituló:

Como no tenía su expediente clínico, es imposible acordarme de todos los pacientes o de los pendientes. La nota médica no me dio para más, porque no era real, después, cuando me di cuenta del error entre los dos pacientes, sí había muchas cosas pendientes con el señor Adrián, había que mandarlo a medicina interna y ya tenía todos los estudios para enviarlo a Neumología. Pero bueno, por una parte, estuvo bien que no lo mandé, porque no lo iban a recibir en la Clínica 99. Entonces este mes [próxima consulta subsecuente] sí hay que hacerle ese envío.¹⁰

Nora se dio cuenta que debió referir a Adrián con el neumólogo para confirmar el diagnóstico de apnea del sueño, ya tenía todos los estudios previos para que le hicieran el estudio de la polisomnografía y correlacionar la elevación de la hemoglobina, pues en la consulta anterior la espirometría no reportó alteraciones en la ventilación mecánica de los pulmones. Con relación a la glucosa, siguió considerándolo intolerante por permanecer en 113, aunque ratificó:

Sí tiene alto riesgo porque está obeso y con valores elevados, tarde o temprano va a ser diabético.

10 Coloquialmente se le denomina Clínica 99 (número ficticio), era un Hospital General Regional del IMSS de segundo nivel de atención, dejó de funcionar desde el temblor del 19 de septiembre de 2017, por esta razón las referencias se retrasaron.

Desde su perspectiva, el plan a seguir en pacientes como Adrián, es enviarlo a DIABETIMSS y trabajo social porque les proporcionan atención multidisciplinaria. Nora añadió "Adrián tiene la última palabra para hacer la dieta", desde su punto de vista cuando lo conoció ya era "obeso" y para ella este seguía siendo su problema, entonces, considera que la muerte de su esposa no hizo que fuera obeso, no comió por ansiedad, más bien es un problema que él ya tiene de mucho tiempo, hábitos desordenados de toda una vida.

En la consulta pasada, Nora lo envió con la nutrióloga. Si bien no confía en su trabajo por realizar solo dietas grupales, en esta consulta no indagó con Adrián ¿cómo le fue con su plan propuesto?, o ¿si hubo dificultades o facilidades en las indicaciones? Y si no acudió ¿cuáles fueron los motivos? Aquí, volvió a resaltarse el tema de los hábitos de alimentación. Nora no creyó que Adrián disminuyera la cantidad de tortillas y pan, porque desde su razonamiento clínico, lo vería reflejado en el peso, piensa que él tiene intenciones, pero no concreta nada. Sin embargo, durante el interrogatorio ella no exploró ¿cómo comió y con quién?, ¿cada cuánto?, y ¿qué cantidades?

En la consulta previa, Adrián le pidió diclofenaco; en cambio, en esta consulta, además de la pentoxifilina habitual solicitó naproxeno para el intenso dolor a causa del frío. Adrián fue insistente en no recetarle otros medicamentos como la sertralina, porque tenía reservas de cajas en casa. Sobre esto, Nora tampoco le preguntó las razones de la acumulación de ese medicamento. Después, durante la entrevista, admitió que probablemente él no se tomaba las pastillas. Ella piensa que su función como médico es educativa, pero no sabe cómo convencerlo, no cree que deba ir a su casa y verificar si está tomando el medicamento.

Sobre la dieta y el consumo de alimentos, Adrián comentó que sigue comiendo dulces y galletas por las noches antes de ir a dormir. Desde su reflexión, cuando trata de bajar la cantidad de tortillas y pan, se siente ligero para caminar, ve un leve cambio, aunque reconoce que no ha hecho demasiado. Recapacita que debe hacer más porque Nora le ha dicho que eso le ayudará con la molestia de sus rodillas. Con relación a la metformina, en la consulta pasada sí la estuvo tomando, pero en el último mes no lo hizo diariamente.

Al igual que con todos los medicamentos recetados, entiende que no debe abusar de su consumo, de ahí su idea de tomarlos ocasionalmente.

La olanzapina, al ser indicada el mes pasado por el psiquiatra, no la relaciona con algún malestar particular y de ahí la poca relevancia asignada. En cuanto a la sertralina, Adrián asume le sirve para lograr conciliar el sueño, se ha dado cuenta que al tomarla se relaja demasiado y despierta más tarde de lo esperado. Otras veces, lo vincula al problema que presentó desde que murió su esposa, pero nunca nombra a la depresión como una enfermedad. Regularmente, no toma las pastillas, enfatiza el hecho de que por las noches ve televisión y se duerme como a las tres de la mañana. De ahí, su insistencia en decirle a Nora que no le diera sertralina porque tenía bastante. Aunque él no aclaró cuál era el motivo, ella tampoco se lo preguntó. Todos los medicamentos sin excepción son tomados aleatoriamente, es decir, combinándolos según el malestar sentido, no los ingiere al mismo tiempo por la idea constante de que puede ser perjudicial para su salud.

Al igual que en la consulta anterior, Adrián preguntó cómo había salido durante la exploración física, Nora le contestó que estaba bien de la presión arterial, lo cual lo dejó tranquilo y lo mismo ocurrió con la auscultación pulmonar. La expectativa particular que traía para esta consulta era la revisión de la radiografía de cara. A pesar de que Nora la examinó, no le dio ninguna explicación, él se quedó callado y no le preguntó. Adrián sabe que el estudio fue por la sospecha del consumo de tabaco vinculado a los pulmones, pero él siguió pensando que Nora se confundió y para él había sido solo un resfriado.

Nora interpreta que la hipertensión arterial no es problema para Adrián, afirma que las rodillas son la molestia, tiene la impresión de que no se mueve no por el dolor, sino porque ha sido "sedentario toda la vida" y no restringe sus alimentos durante las comidas. Desde el punto de vista de Adrián, el motivo por el cual acude cada mes a consulta es por el medicamento indicado para sus rodillas. Sospecha que el origen del problema se debió a que trabajó en una empresa dedicada a empacar mercancía, entraba a las ocho de la mañana y permanecía de pie acomodando paquetes hasta las siete de la noche. No conoce el nombre de la enfermedad, solo cree que se le acabó el cartílago, a eso alude su dolor físico y sabe que tomará medicamento "de por vida". Ha buscado varios tratamientos, incluidos los alternativos, pero sin cambios significativos. Años atrás, Nora lo envió a segundo nivel de atención, lo citaron cuatro veces en la Clínica 99 para ponerle infiltraciones articulares en cada rodilla, Adrián quería continuidad con ese tratamiento, pero el reumatólogo ya no se lo indicó. Respecto a la posibilidad de intervención quirúrgica, Nora ha sido insistente que no puede ser candidato hasta que no baje de peso. Él tiene dudas en aceptar la operación por la edad y los cuidados, piensa que, al ya no vivir su

esposa, no quiere causarles molestias ni problemas a sus hijos con sus parejas. Del mes previo a este, Adrián se sintió bien porque tuvo mayor comunicación telefónica con sus hijos, esta situación familiar no la aludió a Nora durante la consulta.

Jessica: —Entonces, ¿para usted es importante la familia?

Adrián: —Pues sí, porque me quedé al frente de ellos, yo le hice la promesa a mi esposa que los iba a ver en las buenas y en las malas...

Jessica: —Podríamos decir que cuando se siente preocupado ¿es por la familia?, ¿se siente mal?

Adrián: —Sí, un poco recaído, porque uno dice: "no me ha hablado mi hijo ¿qué pasará?" O no tengo crédito para echarle a mi celular. Pues sí, me pongo a pensar en ellos. Cuando estaba mi esposa, ella me decía: "Vino tu hijo", pues ya me decía cómo estaba cada uno... Sí, yo me preocupo mucho por mis hijos, por mis nietos. O sea que cuando los veo, ya me siento más tranquilo, ¡Ay, bendito sea Dios, ya me habló mi hijo! Ya me siento contento, o luego soy yo el que les habla. A la que más le llamo es a mi hija porque es la única mujer.

Respecto a la depresión, después de las diferentes interacciones y entrevistas, Nora replanteó que la vida de Adrián sigue girando en torno a su esposa, reconstruye que no ha terminado de resolverlo "Porque él no ha querido moverse de ahí". En cambio, a Adrián le preocupa su situación presente porque en caso de "empeorar con la enfermedad", no imagina el futuro de cómo les irá a sus hijos, pero también cómo le hará cuando ya no pueda caminar y dependa de ellos.

La investigación narrativa como perspectiva teórico-metodológica

En este apartado se detallará la toma de decisiones metodológicas a partir de la elección de sujetos involucrados en el estudio y lo que representó el devenir del trabajo de campo y el análisis interpretativo.

Los pacientes fueron elegidos de acuerdo con los tipos ideales, los cuales "se obtienen mediante el realce unilateral de uno o de varios puntos de vista y la reunión de una multitud de fenómenos singulares, difusos y discretos" (Weber, 1982: 79-80, citado en Sánchez de Puerta Trujillo, 2006). Los tipos ideales no se formulan con variables cuantitativas, sino a partir de fenómenos empíricos, en

este sentido, el interés estuvo centrado en diversificar las formas de pensamiento, es decir, se seleccionan sujetos vinculados a procesos culturales distintos, para observar al fenómeno desde la realidad social y no poniendo a prueba la representatividad de los hechos. Las características de la tipología en pacientes, quedó ligada a los criterios de inclusión como fueron sexo, grupo de edad y diagnóstico.

Los sujetos por considerar fueron caracterizados en tipos ideales, partiendo del fenómeno empírico de la experiencia con la enfermedad crónica y del interés en diversificar las formas de pensamiento y los procesos sociales. De ahí que, de ocho tipos ideales, cuatro pacientes fueron elegidos para observar y analizar desde su realidad sociocultural.

Esta acción fue contemplada en el diseño de la estrategia narrativa. El seguimiento de la atención en medicina familiar consistió en reconstruir temporalmente la atención médica de las consultas subsecuentes. Para ello, se hizo un registro etnográfico situacional que integró observación, notas del diario de campo, videograbaciones y entrevistas. Con este material se contemplaron aspectos interaccionales y narrativos sobre el encuentro clínico *in situ*. El registro obedeció a la lógica imprevista de la dinámica institucional de la UMF.

La justificación de esta estrategia estuvo fundamentada en situar contextualmente cada encuentro entre sujetos involucrados para caracterizar acciones y narrativas performativas, es decir, reconocer las interacciones en función de lo acontecido.

En cada cita programada, visité a los participantes fuera de la UMF, en sus viviendas, restaurantes, otros espacios de trabajo y como última instancia en el consultorio de la Unidad. La intención de agendar reuniones fuera de la institución después de cada consulta fue para indagar la manera en qué los pacientes apreciaron la atención proporcionada por los médicos, su sentir del trayecto vivencial con la enfermedad y la forma en qué comprendieron las indicaciones de acuerdo con el motivo de la consulta. Desde la perspectiva de los médicos, recuperé la manera en que recapitulaban su propia práctica profesional con respecto al paciente, es decir, la narrativa de su actuación sobre la atención médica. En cuanto a mi participación se refiere, al ser espectadora de las interacciones observadas, realicé entrevistas con

preguntas de confrontación, orientadas a las acciones asumidas en cada consulta (¿por qué actúo de esa manera y no de otra?, ¿qué piensa de lo que hizo?). Esto para revelar el modo, en el que se construyen temporalmente las relaciones entre médicos y pacientes, así como el intercambio comunicativo durante el acto clínico en el contexto de la medicina familiar.

En virtud del diseño metodológico, la investigación narrativa facilitó observar y analizar las intenciones, justificaciones y cargas morales de médicos y pacientes, al identificar sus modos de interpretación y constructos sociales en relación al otro. La interacción social fue una mediación para distinguir cómo se relacionaban.

A partir del dato de campo generado con diversas herramientas metodológicas, ocupé la línea de investigación en que la narrativa fue un medio para dar sentido a diferentes datos, poniendo énfasis en mi participación como investigadora para la construcción narrativa (Farzana, 2014). Durante el estudio, transformé la narrativa oral en un texto escrito, utilicé material temático de la entrevista (Riessman, 2008) y ubiqué la interacción *in situ* como parte de la producción narrativa. Con la etnografía narrativa formé parte del proceso, inclusive, desde el instante en que llegué con las autoridades, médicos y pacientes. La presentación explícita del objetivo de la investigación generó un punto de partida para ampliar las posibilidades de la generación narrativa (González Rojas, 2019).

El análisis interpretativo fue el dialógico/performativo, este es un enfoque híbrido que requiere seleccionar diferentes métodos y dimensiones; empuja los límites de lo que es y no es incluido. Discute cómo se produce interactiva y dialógicamente la comunicación, incluida mi voz como investigadora, pues mi presencia fue activa en el texto. Conjuntamente, se contemplaron las circunstancias sociales en la producción e interpretación de la narrativa. Esta se coprodujo en diferentes escenarios, por lo que el significado en el enfoque dialógico no residió únicamente en la narrativa del hablante, sino en el diálogo entre oyentes, investigador, transcripción, texto y lector. Este análisis intentó responder a las preguntas ¿quién habla?, ¿cuándo?, ¿por qué?, y ¿con qué propósito? Al seguir a Riessman (2008), el análisis dialógico/performativo planteó cuatro estrategias operativas:

1. La narrativa se conceptualiza como un segmento de conversación acotado que puede ordenarse temporalmente.
2. La sistematización de los datos de campo está acotada al compendio etnográfico situacional. El cual incluyó diversos materiales y fuentes, la observación, las notas del diario de campo, la entrevista y la video-grabación. Se trianguló la información con el cruce de las diferentes fuentes utilizadas, esto me llevó a la interpretación.
3. La unidad de análisis es la recapitulación de narraciones y acciones. Esto se hizo a través de la secuencia de eventos vinculados durante el encuentro clínico.
4. El contexto micro es amplio. Para llegar a la interpretación, el análisis dialógico fue más allá de lo superficial, lo literal y lo consciente, es decir, no se quedó con una primera apreciación, sino que se volvió a poner a prueba el dato de campo, se cuestionó y generó nuevo material a partir de un primer esbozo analítico.

En el capítulo se señala que la estrategia analítica-interpretativa fue delimitada a la experiencia singular, con el propósito de profundizar la descripción y descartar la comparación entre los participantes. Se tomó la decisión de elegir un caso concreto, el de una persona aquejada por la enfermedad crónica, para integrar la narrativa del padecer en correlación al discurso médico sobre la conveniencia a la práctica médica (Good, 2003). La presentación de un caso fue intencionada con base en el planteamiento teórico-metodológico inicial, poner a prueba la investigación narrativa en la producción entre Nora, Adrián, investigadora y el contexto de la UMF.

En ningún momento se tuvo interés por la comparación de los cuatro casos seleccionados; más bien, se buscó un patrón de información al interior de un solo caso. La información no se clasificó o sintetizó en función de otros casos, se hizo una triangulación intramétodo con el mismo caso. Aunque se ocuparon diferentes fuentes de información de trabajo de campo, el fin interpretativo fueron los episodios narrativos inherentes al caso de Nora y Adrián.

El estudio de caso ganó validez al triangular en forma detallada las descripciones y las interpretaciones, no en una etapa única, sino de modo continuo a lo largo de la sistematización de la información. El caso fue instrumental, esto sirvió para hacer el análisis narrativo, lo que me llevó en gran medida a ilustrar

descripciones situacionales. Aunado a ello, mi voz como investigadora brindó la posibilidad de exponer la experiencia y el encuentro clínico entre una médica y un paciente, a fin de que los lectores expandieran su apreciación de los acontecimientos (Stake, 2013).

Se definió un caso según las características apegadas al objetivo particular del estudio: “describir y analizar la relación construida temporalmente y la comunicación generada entre médico y paciente durante el abordaje clínico de la enfermedad crónica”. Los criterios para elegir el caso fue la primacía de la comprensión de la cualidad. La razón principal de la elección fue observar la tensión en la relación de Nora hacia Adrián. Al registrar en la consulta su relación con otros pacientes, esta no era igual a la que sostenía con él, así que esa razón orilló a describir narrativamente la relación que se iba tejiendo. Respecto a Adrián, era un paciente con diagnóstico oficial de hipertensión en la UMF, pero con comorbilidad que se iba presentando en el seguimiento, fue así como se decidió que el caso podría aportar al análisis narrativo esos aspectos encontrados de la consulta externa de medicina familiar. Los tres casos restantes no fueron menos importantes en su complejidad; sin embargo, ninguno se caracterizaba por una tensión en la relación, dos tenían seguimiento controlado. Un caso era viable de presentación por diagnóstico de hipertensión, ligado a aspectos de sobrepeso, imagen corporal y profundas relaciones familiares que desencadenaban en el padecer. Empero, no hubo similitudes, cada caso fue *suigéneris* en sí mismo.

Para analizar la información del caso, se organizó la información de seis entrevistas, tres de la médica y tres del paciente, tres videograbaciones *in situ*, observaciones de campo de la jornada laboral de sesenta y cuatro consultas otorgadas por Nora¹¹; notas de campo de las visitas domiciliarias en casa de Adrián y en el negocio familiar de Nora. Con ello, se buscó el hilo conductor de la trama narrativa respecto a la relación construida y la comunicación humana.

Mediante tal estrategia y con el alcance de las consultas subsecuentes se logró la interpretación de los episodios sincrónicos y diacrónicos de la experiencia y la enfermedad, alrededor de códigos culturales o referenciales, del discurso médico, de la práctica en medicina familiar y de las decisiones tomadas de parte de Nora, así como de la asimilación del mundo social y cultural de Adrián. La narrativa está escrita en primera persona, orientada a la descripción del caso,

¹¹ Se observaron sesenta y cuatro consultas, a Nora se le siguió como “sombra” en la interacción con otros pacientes, con esto se saturó temáticamente su práctica médica en el contexto de la UMF.

con el que se responde a la pregunta teórico-analítica ¿de qué manera lo social, las acciones y la vida personal se va configurando y reconfigurando en el tiempo? Describir el tipo de comunicación gestionada durante las consultas prolongadas, así como identificar nociones y elaboraciones sociales fuera del escenario clínico, es decir, en su vida cotidiana.

En este capítulo se aspiró a presentar un análisis microsocioal de los encuentros clínicos entre Adrián y Nora.

Análisis interpretativo a partir de la investigación narrativa

La investigación narrativa permitió registrar etnográficamente al interior de la consulta médica la interacción entre un médico y un paciente. En primer lugar, haber observado de forma *in situ* el acto clínico representó en sí mismo la práctica médica. En segundo lugar, se realizaron entrevistas narrativas en días posteriores con las que se pudieron abordar preguntas de confrontación de las acciones y la toma de decisiones sobre la atención médica. Esto a partir de una retrospectiva metodológica de las notas de campo del encuentro y las situaciones de la jornada laboral del día. En consecuencia, esto dio pauta para comprender, el tipo de relación forjada y la comunicación generada en función de la experiencia con la enfermedad. Mi participación en los diferentes momentos al interior del consultorio y fuera de este permitió ser parte de la coproducción de las narrativas para encontrar la trama en el curso de las consultas subsecuentes.

Desde el contexto de la medicina familiar y acercándonos al análisis interpretativo, con Adrián pudo verse reiteradamente la temporalidad en cada consulta médica. El pasado con su esposa, el tiempo presente de su vida y el futuro de lo que podría ocurrir a su salud. Con ello, su narrativa fue inherente a la experiencia de la enfermedad crónica, las distintas formas narrativas se vieron reflejadas en lo enunciado verbalmente por él, pero también en sus actos. En relación con su sobrepeso, lo veía un impedimento para ser intervenido quirúrgicamente. Aunque no era algo que le preocupaba en el momento presente, reflexionaba más bien en el porvenir, por la limitante física y la dependencia de pedir ayuda para sus cuidados personales.

Mientras que Nora como médica tratante solo veía que Adrián acudía a consulta por medicamento para el dolor de rodillas y por el tratamiento psiquiátrico. Lo consideraba estable de la presión arterial, pero asumía que el control del

sobrepeso era una responsabilidad exclusiva de Adrián. La relación creada en los diferentes encuentros a través del tiempo nos indica que Nora utilizó adjetivos para calificar e individualizar su comportamiento.

No hace nada por él, porque no cuida su alimentación por estar gordo. Él no está consciente de su problema de salud y por eso no logra bajar de peso...

Esta fue una idea implantada y expresada repetidamente por ella, así como se constató con la observación participante en cada consulta médica. Pero perdió de vista la importancia de lo psicosocial en sus hábitos cotidianos. De tal modo que, al no contemplar el contexto sociocultural de Adrián, desde su posición biomédica lo juzga y asume lo que "debería ser y hacer". Bajo valores morales del mundo social, lo ve como un hombre "ventajoso y oportunista" que buscó beneficio personal sobre la pensión de su esposa fallecida. Desde lo interpersonal, piensa que es un hombre introvertido que no ahonda en detalles de su vida familiar. En tal sentido, ella reconoce sus propias limitantes en la competencia comunicativa:

¡Ese señor es muy raro! No sé, es como muy hermético, no he podido intimidar con él. Sí, me ha costado mucho trabajo, es muy reservado. Al principio me comentaba lo de su pensión y una de sus hijas, que era mamá soltera, pero realmente de su vida familiar no ha permeado mucho.

En un recorrido previo, Nora lo veía deprimido por extrañar a su esposa, le contaba que tenía problemas para dormir y le platicaba cómo había vivido en pareja. Al pasar el tiempo, se dio cuenta de que las conversaciones giraban en torno a ella, por esa razón lo refirió a segundo nivel de atención. Ahí lo atendieron por un año, únicamente tuvo dos consultas subsecuentes con el psiquiatra, quien le recetó sertralina y olanzapina. Al concluir ese año, lo contrarrefirieron con Nora para seguimiento de diazepam. En un primer momento, Nora vio mejoría con la medicación cuando él comenzó a platicar más tranquilo sobre el fallecimiento de su esposa, vio que dejó de llorar. Pero pasados los años y como reflexión de las entrevistas llevadas a cabo a partir del estudio antropológico en el que decidió participar, recapituló que la pérdida seguía siendo parte de su presente.

De acuerdo con la guía de práctica clínica de cuidados paliativos, se recomienda que el duelo sea atendido por el personal médico en el primer nivel de atención (Torres, 2010). Nora trató a Adrián tardíamente después de la muerte de su

esposa, poco más de un año antes del 2017. Al no ver respuesta favorable con el llanto, la falta de sueño y hablar de ella recurrentemente, lo refirió a psiquiatría. Ahí se le diagnosticó depresión asociada a duelo, se le recetó fármaco y lo consumió de forma irregular. Nora reconoció que la psicoterapia fue limitada, desconocía el manejo de la intervención otorgada. En consulta externa no le preguntó cómo le había ido con el tratamiento, dio por sentada la mejoría después de que él dejó de llorar. Lo único que sabía es que tenía que recetarle medicamento para el seguimiento. En este caso, la contrarreferencia entre el primer y segundo nivel de atención denota una atención ineficaz. Adrián continúa con un duelo no acabado por resolver en consulta externa de medicina familiar, sigue expresándolo de algún modo y su vida permanece alrededor de su compañera ausente.

En este trayecto Nora no sabe cuál será el monitoreo de apoyo emocional a las necesidades específicas de Adrián y su entorno, tampoco tiene contemplados los factores de riesgo del duelo complicado para indagar mayores detalles sobre su entorno familiar. Mientras tanto, él prefiere vivir aislado geográficamente, distante de la vivienda de sus hijos, en donde le falta cobertura de telefonía celular, por lo que en caso de requerir atención oportuna o tener una emergencia sería asistido por vecinos cercanos.

Para Nora, el principal motivo de la consulta fue el medicamento. Sin embargo, en las tres consultas consecutivas se reconstruyó que este no fue determinante. Se observaron diferentes aspectos interrelacionados que giraron alrededor de Adrián, interés, preocupación, dudas, expectativas, acciones, olvidos, omisiones y confusiones. Todo en parte por la manera en que se efectuó la relación y la comunicación con Nora. La información concreta de las intervenciones de cada consulta no fue explicada amplia o detalladamente, pero sobre todo no hubo un intercambio y retroalimentación para preguntarle, qué había entendido, o cómo le había ido con las indicaciones previas.

212

Al vincular la experiencia de Adrián con lo observado en el trabajo de campo, pudo constatarse en repetidas ocasiones que identificar el motivo por el que el paciente acude a consulta de medicina familiar es sustantivo para el ejercicio clínico, debido a que de eso depende el rumbo del interrogatorio, la exploración física y el tratamiento. De un encuentro a otro, la secuencia permite dar seguimiento a lo que pasó en la consulta anterior y así replantear la consulta presente y lo que está por venir. Sin embargo, cuando no se recurre al expediente clínico electrónico para consultar las notas médicas pasadas, se pierde el objetivo de la consulta externa y, en consecuencia, las acciones que se llevarán a cabo. El interrogatorio se vuelve entonces un eje que define

las intervenciones. Por lo que omitir preguntas sin las dimensiones emocional y sociocultural, ocasiona la desatención del cuidado de los pacientes, y resultados no esperados.

Con el caso de Adrián vimos que en las consultas médicas no se exploraron ni preguntaron los horarios para dormir, los hábitos adquiridos con la muerte de su esposa, la convivencia con la familia, la añoranza, los vacíos, la dependencia a la relación de pareja, las deudas económicas adquiridas o las preocupaciones por sus hijos. Los resultados arrojaron que para Adrián la presión arterial no era significativa como enfermedad crónica, era la molestia física en las rodillas, esto a razón del dolor que le impedía caminar o trasladarse de un lugar a otro. El malestar en el cuerpo fue un marcador de interpretación personal, por ello, el medicamento suministrado era tomado de acuerdo con la experiencia corporal, se reducía y modificaba periódicamente el empleo de dosis según la intensidad del dolor. En el trayecto de cada consulta asumió que las visitas periódicas a la UMF eran solo para ser medicado, pese a que en la vida cotidiana evitaba tomar los fármacos al pie de la letra porque tenía presente lo que su esposa le decía:

Las pastillas se tienen que tomar diario, pero mi mujer que en paz descansa decía: "No hay que tomar tanta pastilla, si no al rato vas a padecer del estómago"... Yo le dije: "Pues sí, tienes razón" Y sí, hice caso a lo que me dijo.

Durante la exploración física, el contacto con el cuerpo fue significativo para Adrián. El hecho de que Nora le midiera la presión arterial, le auscultara los pulmones y le dijera que lo veía bien, le generaba tranquilidad. Compaginado a ello, saber que los resultados de los estudios fueron favorables en cada consulta médica le dio sentido positivo a la experiencia con el padecer. En cambio, cuando no tuvo toda la información sobre la sospecha de falla pulmonar y la diabetes presuntamente detectada, así como los resultados y los diagnósticos definitivos, todo se tornó distinto ante la espera y la incertidumbre. Estuvo preocupado pensando en sus posibilidades presentes y futuras, en relación a cómo se vería o quién lo ayudaría en el cuidado. Invocando irremediablemente en ese momento la ausencia de su esposa.

A manera de ejemplo, con Nora pudo observarse el ejercicio médico sobre la discreción diagnóstica, esto es, no adelantar a Adrián la información definitiva de posibles enfermedades. Al recapitular este aspecto en la comunicación médico-paciente, se lanzan algunas preguntas que permiten cuestionar la práctica médica en torno a la ética y a la manipulación de la información: ¿cuál

es la implicación de reservarla? ¿qué repercusión tiene ocultar información para el paciente? En general, sería deseable explicarle por qué lo envían con el especialista y cuál será su alcance en la atención, a fin de resolver dudas y tener certeza.

Esto es relevante como aporte antropológico en el terreno de la clínica, debido a que al guardar información y no decir todo, bajo el argumento de que es un riesgo adelantar pronósticos sin ser confirmados con estudios médicos que sostengan un diagnóstico, se apunta a una medicina defensiva, cuidarse para no retractarse y recibir posibles reclamos o demandas.

Adrián confundía los malestares sentidos, el origen de su padecer era asumido principalmente desde su comprensión personal y social, más que desde la explicación biológica de la enfermedad. Por ello, señalamos que la manera en cómo el personal médico otorga la información es parte indisoluble de la comunicación. El tiempo invertido en las indicaciones detalladas reflejan lo que pudo haberse entendido de mejor manera.

Para Adrián, la relación creada con Nora se concreta en que le proporciona medicamento, eso es lo fundamental y sí ella lo complace, al aceptar sus solicitudes, considera que existe correspondencia. Por eso la ve como una "buena doctora" y se siente satisfecho con el servicio proporcionado.

Finalmente, la etnografía narrativa mostró la exaltación de un duelo no resuelto. Ver la temporalidad narrativa de Adrián en relación con su esposa fue contundente, los aspectos triviales los narró con el recuerdo sentido hacia ella, como seguir viviendo en la misma casa, atender sus indicaciones para cocinar, cuidar a los hijos y tomar los medicamentos. La relación de pareja en su vida cotidiana es un continuo no acabado. Desde su muerte, el problema más sentido ha sido no dormir y tener horarios irregulares de sueño, según la ansiedad, durante las noches, a ello se debe el comer "golosinas" antes de acostarse.

Al utilizar como objeto de estudio a la comunicación y a la relación médico-paciente, sobran preguntas para debatir y reflexionar sobre el manejo de la enfermedad crónica en la consulta externa en una Unidad de Medicina Familiar. Alrededor de la depresión diagnosticada y al recordar los episodios narrativos, qué faltó para evitar que Nora refiriera a Adrián con el psiquiatra al segundo nivel de atención, le preguntó:

- Si ¿la pérdida de su esposa era el motivo de la consulta?
- ¿Exploró el significado de su muerte?
- ¿Tuvo tiempo para escucharlo?
- ¿Hizo alguna intervención antes de referirlo a segundo nivel?
- ¿Eran necesarios los medicamentos controlados en su experiencia con la enfermedad?
- ¿Acudió con el psiquiatra porque el duelo no fue atendido en medicina familiar?
- ¿La relación impersonal de Nora con Adrián tiene un alto costo para la atención en el IMSS?

De acuerdo con el andamiaje teórico-metodológico de las narrativas del padecer, sin competencias de comunicación adquiridas desde su formación, Nora no preguntó sobre el fallecimiento de la esposa como motivo de consulta porque la dimensión biológica rebasó a la emocional. Desde esta lógica clínica, no preguntó los significados de la muerte porque predominaron los signos físicos. De contar con competencias de comunicación para escucharlo, el diagnóstico no hubiera sido tardío y se habrían atendido los aspectos psicosociales durante el primer contacto antes de enviarlo a segundo nivel, evitando el costo y reduciendo la demanda psiquiátrica.

Con todo esto, cierro el capítulo exponiendo que, en el ámbito de la medicina familiar, la dimensión identitaria y sociocultural de los sujetos sigue siendo transversal a la enfermedad crónica. Con la experiencia de Adrián, se mostró y reafirmó durante cada consulta periódica. Adrián fue diagnosticado con hipertensión arterial, depresión y, en su andar por la consulta subsecuente, con artritis, alergias, sobrepeso y control de alimentos. Él atravesó malestares biológicos, pero otros fueron afines a su salud mental a partir del fallecimiento de su esposa. El abordaje del duelo no fue respondido desde el manejo de la medicina familiar, lo cual dio pauta a tener consultas rutinarias e institucionalizadas en la UMF. Por tanto, sin una relación interpersonal consolidada y una comunicación dialógica durante los encuentros clínicos, no es posible una atención centrada en la persona, sobre todo cuando existen comorbilidades y significaciones de la vida social y afectiva.

Mientras la enseñanza en la especialidad de medicina familiar no replantee cambios en el currículo educativo para fortalecer las competencias en

el cuidado de la salud, el acompañamiento y la escucha interesada, seguirá faltando interés por la experiencia subjetiva y, reproducirá la misma práctica de atención biologizada. En tal sentido, se espera profesionalizar el trabajo sobre la cronicidad de la enfermedad desde aspectos epistémicos, sociales y éticos.

Referencias

Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health and illness*, 5(2): 168-195.

Crabtree, B. F., Miller, W. L., McDaniel, R. R., Stange, K. C., Nutting, P. A., y Jaén, C. R. (2009). A survivor's guide for primary care physicians: Building office relationships and interacting with the "local landscape" are the keys to resiliency. Here's how to do both. *The Journal of Family Practice*, 58(8), E1.

Farzana, G. (2014). *Narrative perspectives and perspectives on narrative*. Department of linguistics and applied linguistics, University of Waikato.

Filho, N. A. (2001). For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Saúde Pública*, 17(4): 753-799.

Flocke, S. A., Miller, W. L., y Crabtree, B. F. (2002). Relationships between physician practice style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *The Journal of Family Practice*, 51(10): 835-840.

González Rojas, J. M. (2019). Exploración de las herramientas metodológicas para la producción de las narrativas. En Hamui Sutton L., Vargas Escamilla B., Fuentes Barrera L., González Rojas J., Loza Taylor T. y Paulo Maya A. *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas* (pp. 89-134). Manual Moderno, UNAM.

González Rojas, J. M. (2021). Etnografía narrativa: La aproximación a la clínica desde las interacciones sociales. *Dimensión antropológica*, 28 (81, 90-110).

Good, B., y Good, M. (1982). Toward a meaning-centered analysis of popular illness categories: 'Fright Illness' and 'Heart Distress'. En Marsella M. A. J y White G. *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*. D. Reidel Publishing.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Ediciones Bellaterra.

Instituto Mexicano de Contabilidad y Finanzas S.C. (2016). *Defensa Inteligente. Responsabilidad Profesional Médica*. IMECAF.

Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing y the human condition*. Basic Books.

Lifshitz, A. (2014). *La nueva clínica*. México: Academia Nacional de Medicina de México-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Mardones, J., y Ursua, N. (1994). *Filosofía de las Ciencias Humanas y Sociales. Materiales para una fundamentación científica*. Fontamara.

Miller, W. y Crabtree, B. (2013). Investigación clínica. En Denzin N. K., y Lincoln S. (cCoords.), *Estrategias de investigación cualitativa*. (Vol. III, pp. 440-503). Gedisa.

Riessman, C. K. (2008). *Narrative methods for the human sciences*. SAGE Publications.

Rossi (2002). Réseaux de soins, réseaux de santé. Culture prométhéenne ou liberté de l'impuissance. *Tsantsa* (7):12-20.

Rossi (2003). La malattia cronica come marchio del corpo. En Fabietti U. (Ed.), *Antropología*. Número temático "Corpi", (3) : 75-93.

Rossi (2009). L'accompagnement en médecine. *Anthropologie d'une nécessité paradoxale. Pensée Plurielle* 22(3): 111-122.

Sánchez de Puerta Trujillo, F. (2006). Los tipos ideales en la práctica: significados, construcciones, aplicaciones, *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales* 11 (enero-junio): 11-32.

Stake, R. (2013). Estudios de casos cualitativos. En Denzin N. K., y Lincoln S. (Coords.), *Estrategias de investigación cualitativa* (Vol. III, 154-197). Gedisa.

Scott, J., Cohen, D., DiCicco-Bloom, B., Miller, W., Stange, K., y Crabtree, B. (2008). Understanding healing relationships in primary care. *Annals of Family Medicine*, 6(4): 315-322.

Testa, M. (2005). Vida. Señas de identidad (miradas al espejo). *Salud Colectiva*, 1(1): 33-58.

Torres Arreola, L. P. (Ed.) (2010). *Guía de práctica clínica en cuidados paliativos*. Secretaría de Salud.

NARRATIVAS, SEXUALIDAD Y DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

Tonatiuh Kinich Guarneros García

Doctorante en Ciencias de la Salud Colectiva
Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco

Introducción

La posibilidad narrativa en Salud Mental

La intención de este capítulo es transitar en compañía partes del proceso de investigación que, principalmente en una etapa formativa, pueden resultar muy intimidantes, de muchas dudas respecto a dónde o cómo hacerlo. Esta intención se sostiene del objetivo de compartir un proceso de investigación desde una aproximación narrativa.

En el capítulo se desarrolla la siguiente estructura: presentación del entendimiento y uso de las narrativas en la investigación; descripción de la investigación sobre la sexualidad en personas con discapacidad y uso de conceptos clave referidos; abordaje sobre la validez de narrativas en salud mental y análisis de los datos; para concluir con una reflexión sobre el proceso y los desafíos presentes.

Las narrativas, desde las ciencias sociales, pueden entenderse como una serie de relatos que dan cuenta de la experiencia y la adquisición de significado de ella. Es una manera de acceder a la subjetividad en

que es pensado el mundo, una “ventana a la realidad social” (Hamui, 2011). La aproximación narrativa se adentra en el marco del construccionismo social, dándole importancia a la forma de organizar la experiencia, con recursos literarios, que den un sentido propio, como parte de un proceso reflexivo que se convierte en una herramienta de comprensión de la existencia humana a través del tiempo (Gracia, 2004).

En el abordaje de las experiencias de las personas con discapacidad psicosocial, el modelo narrativo parte de la tradición hermenéutica, aporta datos, no precisamente contrarios sino diferentes a los de otro tipo de investigación, como las investigaciones de tipo clínicas que exploran principalmente una dimensión biológica, siguiendo el modelo hegemónico de atención a la salud (Menéndez, 2005), enfocadas en las explicaciones de alteraciones orgánicas causantes desde donde comúnmente se plantean tratamientos de tipo farmacológicos para su atención.

Si bien el acceso a la subjetividad desde la aproximación narrativa presenta la oportunidad de ampliar el conocimiento y la perspectiva sobre un tema, esta perspectiva obedece a un panorama científico distinto, centrada en las personas y los significados. Conformando un lugar desde donde se han venido analizando los conocimientos y las formas de producirlos desde lugares excluyentes (Tuhiwai, 2016). Esto tiene un impacto en las ciencias de la salud, lo que ha llevado a cuestionar un mayor interés desarrollado en las explicaciones biológicas que a la experiencia de las personas afectadas por alguna condición (Correa Urquiza, 2009; Geek y Reed, 2012; Martínez, 1998; Martínez, Masana y DiGiacomo, 2013; Pie, 2021; Reed y Dillon, 2016). De manera que plantea una revisión sobre la ética, la justicia y, por ende, la validez científica de este tipo de producción de conocimiento.

La aproximación narrativa presenta un contraste a una práctica, desde las ciencias, de anulación de las singularidades y sensibilidades, respondiendo a la necesidad de generación de leyes universales (del mercado, estado o biología) (Lizcano, 2006). Aun así, las narrativas buscan tener un lugar y trascendencia en lo social: “son modalidades de lo instituido y lo instituyente, son expresiones del habitus, pero también del campo donde se sitúan performativamente” (Hamui, 2019: 6).

Otra problemática aparece al preguntarse o, cómo no excluir la subjetividad y a la vez no caer en el extractivismo epistémico, ontológico o cognitivo o

la expropiación de la subjetividad (Figueroa, 2017; Grosfoguel, 2016), es decir, sin intentar hablar "por" pero sí "con" las personas, grupos y comunidades. La producción de conocimiento desde una lógica y métodos extractivistas es una producción de violencia; por tanto, el interés que se busca es por no reproducir la violencia desde las ciencias y la producción de historias que llegan a ser totalitarias.

En el caso de las ciencias de la salud, generalmente, se producen historias de enfermedad, las cuales llegan a tomar tal fuerza que forman identidades patologizantes y anulan otro tipo de historias posibles, volviéndose lo que Chimamanda Adichie nombra historias únicas (TED, 2009), que absorben el poder sobre la vida y conforman una biografía incompleta sobre la persona, grupo o comunidad.

La investigación que se presenta en este capítulo fue desarrollada para la maestría en Bioética (Humanidades en salud) en el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). El estudio consistió en explorar la experiencia de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia sobre su vinculación personal, sexualidad y autonomía.

Las narrativas pueden ocupar un espacio donde sea posible la diferencia, salir de lógicas binarias, tipo bueno y malo, salud-enfermedad (Burman y Mclure, 2005). Esta herramienta requiere también de la generación de habilidades de los propios investigadores, es un ejercicio que implica cuestionar supuestos, atender a la escucha de textos subyacentes y la interacción desde el involucramiento, a fin de no reproducir prácticas coloniales de investigación (Tuhiwai, 2016: 21).

En la investigación realizada, los participantes fueron cinco personas, dos hombres y 3 mujeres, entre los 30 a los 50 años, con una trayectoria de vida de al menos 10 años con diagnóstico de esquizofrenia. El contacto se realizó a través de un mapeo de grupos conformados por personas con discapacidad psicosocial, con un diseño de bola de nieve. Una característica de los participantes es que en su mayoría están involucrados en alguna organización de derechos de las personas con discapacidad, que además funcionan como grupos de apoyo mutuo, de reflexión y acompañamiento, lo que vuelve al grupo de participantes muy particular y con diferencias a una población común que recibe atención en salud mental.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, profundizando sobre ejes específicos establecidos en una guía de entrevista previamente elaborada, donde se concentraron preguntas que pudieran abrir hacia lo que Geertz (1991) llamó *descripción densa*, abordando los siguientes ejes:

1. Irrupción de la esquizofrenia en la vida de la persona.
2. Abordaje de la sexualidad de la persona por su entorno social.
3. Adquisición de elementos reflexivos de la persona para la toma de decisiones.

El primer eje fungió como presentación de la persona e introducción a la narrativa. Lo importante fue no perder la perspectiva centrada en la persona más que en la sintomatología, dando una contextualización y mejor comprensión de su experiencia, además como un procedimiento ético para la conversación. El segundo eje consistió en introducir el tema de la investigación, como es el abordaje de la sexualidad por el entorno social de la persona, si esta es dada o no, en donde se toca el tema y cómo está presente en la familia, la pareja, en los círculos familiares o laborales y en el entorno de la atención a la salud. El tercer eje giró en torno a la exploración de mecanismos y formas que las personas han utilizado para pensarse a sí mismos y como estos son retomados en la toma de decisiones sobre su salud y tratamientos.

Para el análisis de datos, se realizaron transcripciones de las entrevistas. Al convertir en texto las entrevistas, se da una transformación del acercamiento a las historias, de la escucha se pasa a la lectura, lo que permite la realización de un ejercicio cuidadoso de generación de un conjunto de datos, los cuales se pueden revisar se y releer continuamente, a fin de encontrar similitudes y conexiones, dando posibilidad de formar agrupaciones y categorías temáticas que permiten un análisis interpretativo.

Desde la aproximación narrativa retomada en la investigación, se buscó un acercamiento distinto a los estudios epidemiológicos, que —aunque pueden establecer correlaciones entre categorías— se puedan quedar cortos en el aporte en cuanto al significado de la experiencia de vida de la persona con una condición en salud mental: “ni clarifica el significado subjetivo de esta enfermedad [o de la salud] para las personas relacionadas directamente, ni capta la diversidad de perspectivas sobre la enfermedad en el contexto de estas personas” (Flick, 2007: 19).

La orientación inicial de la investigación fue a partir de la colaboración con personas con discapacidad psicosocial, quienes continuamente mencionaban sentirse negados para la vida, principalmente en la realización a una vida en pareja y el ejercicio de su sexualidad, por lo que se asumió esta interrogante como guía para la investigación, llevando a describir qué elementos contiene la sexualidad y cómo es vivida en las personas con discapacidad psicosocial.

La búsqueda de la comprensión del sujeto desde dentro de sí mismo, el conjunto de sus conexiones de sentido y, en materia de investigación, la forma de acercamiento y relación investigador-participante, son algunas implicaciones éticas que el marco hermenéutico contiene. En la investigación con personas con discapacidad psicosocial, un efecto posible se encuentra en que, al narrarse un sentido sobre su sexualidad, a través de su vivencia con el diagnóstico y su experiencia de vida, puedan llegar a deconstruir su propia sexualidad, tanto en el campo simbólico como en sus prácticas. En los relatos de los participantes, estos cambios se mencionan en cuanto a la medicación y a la forma de establecer relaciones personales.

Si bien la investigación desarrollada hizo uso de la teoría fundamentada para el análisis de datos, de la cual se generó una tabla de categorías y subcategorías temáticas como estrategia de organización de la información, existe la pregunta y el interés sobre la posibilidad de otras formas de abordaje, por ejemplo, las preguntas analíticas planteadas por Jackson y Mazzei (2012), en las cuales se contemplan objetivos, abordajes y reflexiones distintas, además de la posibilidad de que nuevas preguntas de investigación y relaciones sociales puedan surgir.

Experiencia de la sexualidad y autonomía en la discapacidad psicosocial

El acercamiento a las narrativas de las personas con diversidad psicosocial plantea la tarea de leer y observar a los diferentes discursos sobre los que han sido pensadas (Lizcano, 2006). Discursos que guían las formas actuales de tratamiento, explicación y entendimiento de la experiencia, los cuales tienden a configurar en la persona y su entorno una identidad totalizante sobre sí misma (Goffman, 1963; 1970). Hay un cambio en la idea del yo, las personas comienzan a ser desde aquello que son nombradas por los otros, sea el campo médico, los saberes expertos, la familia o el entorno, quienes se vuelven “los que definen, deciden, temen y actúan en relación con —quien es nombrado por un diagnóstico— es ahora el esquizofrénico o un determinado curso

patológico; el enfermo mental absoluto" (Correa-Urquiza, 2021: 42-43). Uno de los principales efectos de recibir un diagnóstico psiquiátrico es el *etiquetamiento*, la adquisición de una identidad patológica la cual envuelve gran parte de las esferas de la vida. Este etiquetamiento muchas veces da un sentido a la experiencia, que llega a sentirse como alivio, siendo que ahora puede ser nombrada. Sin embargo, la adquisición de ese sentido y los referentes que se usan para nombrar la experiencia es un punto a discusión; y otro, los diferentes efectos que llegan a tener esos nombramientos.

En la exploración de las narrativas en salud mental, el uso de la terminología o el cómo nombrar a las experiencias se vuelve una continua tensión. Como investigadores, esto nos coloca en una reflexión sobre los diferentes posicionamientos que asumimos o en los que somos colocados respecto a las personas y sus procesos y a darse cuenta de que "las historias no son ideológicamente neutrales" (Bruner, 1986: 144), así como tampoco el cómo son contadas, por lo que concepciones como la *neutralidad científica* llegan a ponerse en duda.

Para la investigadora Linda Tuhiwai (2016: 25) "La investigación no es un ejercicio académico inocente o remoto, sino una actividad en la que hay algún juego y que se da en medio de un conjunto de condiciones políticas y sociales". Siendo conscientes de que este tipo de relaciones de poder están presentes en la investigación en todo momento, como investigadores podemos evaluar nuestra posición al nombrar las experiencias o el uso de ciertos términos que ocupan mayor fuerza en nuestras investigaciones. De manera que, también es posible —y deseable— observar los cambios en los usos de los términos y formas de nombrarse y desde qué lugares se realiza, "nombres que inicialmente fueron quizás insultos usados por el colonizador, pero que luego se politizaron como significantes poderosos para la formación de una identidad contestataria" (Tuhiwai, 2016: 27). A partir de esta interpretación de sí, siguiendo a Paul Ricoeur (1995), hay un reconocimiento que da forma a una nueva identidad narrativa cuya estructura está elaborada temáticamente en el ámbito de la ética.

Estuvimos como tres años sin saber qué era lo que yo tenía, entonces vi un programa, donde hablaban de la esquizofrenia y decían todos mis síntomas, todas mis problemáticas. Me hice análisis y —el psiquiatra— vio los análisis que yo ya tenía y me dice: "es esquizofrenia paranoide con trastorno esquizoaffectivo".

La cita anterior es una parte del relato de Irma, una participante, que encontró sentido a su experiencia a través del nombramiento clínico. En palabras de Correa Urquiza (2021: 52): “La identidad social es absorbida por la identidad clínica”. Lo cual presenta la ambivalencia comentada, donde, por un lado, se recibe una etiqueta social y, por otro, esta etiqueta puede también dar un sentido a la experiencia, el peso de uno u otro puede ir moviéndose y muchas veces la carga de la etiqueta gana mayor influencia en la vida de la persona. Se llegan a conformar varias historias posibles del sentido de la experiencia; sin embargo, algunas de estas historias se adecuan más a los modelos dominantes o hegemónicos de atención a la salud (Menendez, 2005), donde principalmente interesa historizar el curso de una enfermedad o un síntoma y no a la persona y su entorno actuando sobre una experiencia.

Desde una propuesta de descolonización de la investigación, la investigadora Maorí Linda Tuhiwai menciona la importancia de ser conscientes de las lógicas de poder en las que nos vemos involucrados dentro de las investigaciones que llevamos a cabo, ya que podemos llegar a reproducir estas lógicas. Tener en cuenta el poder de cómo son contadas las historias, además de que existen las que llegan a ser discursos totalizantes de la experiencia. Las que se han nombrado como historias oficiales han buscado establecer una forma única de cómo sucedieron los acontecimientos: “Es la historia de los poderosos y cómo se volvieron poderosos y luego cómo usaron el poder para mantenerse en su posición en la que podían continuar dominando a otros” (Tuhiwai, 2016: 63).

En el campo de la salud mental, también la experiencia puede ser multihistoriada y existen muchos términos para referirse a similares experiencias. Durante la investigación llevada a cabo, fue un requisito académico nombrar bajo los términos médicos de *esquizofrenia* una experiencia variada, que, al presentarla con los participantes, algunos llegaban a sentirse confrontados o incluso violentados, aunque un criterio de inclusión para las entrevistas era haber recibido un diagnóstico de *esquizofrenia*. Esto no significó que las personas entrevistadas se reconocieran bajo esta categoría diagnóstica. Aquí se contempla un principal argumento de la aproximación narrativa, ninguna historia nos puede resumir ni nos representa totalmente (White y Epston, 1993). Aunque para el trabajo de investigación se usó el término *persona con diagnóstico de esquizofrenia*, en la revisión actual considero que no fue acción suficiente para separarme de prácticas que reproducen una injusticia epistémica (Fricker, 2007); por ende, ahora hago uso de algunos de los términos manejados en las entrevistas por los participantes, como *discapacidad psicosocial*, *diversidad psicosocial*, *neurodivergencia* o, en menor medida, el término de *locura*.

El uso de determinada terminología plantea distintas rutas y, a su vez, refleja nuevas identidades, las cuales pueden ser menos intrusivas y de mayor dignificación. La mayoría de los y las participantes se asumen como personas con discapacidad psicosocial o usuarias. Una muestra de cierto conflicto, por la contradicción en la conformación y resignificación de la identidad se puede leer en el relato de otro participante, Alexis: "No me da pena decir que soy esquizofrénico, sino que explico que es una sensibilidad". Este comentario amplía y complejiza lo que desde una identidad biomédica o de estigma social determina, ya que, dentro de estas clasificaciones, la sensibilidad no es una característica. La posibilidad también de deconstruir identidades (Derrida, 1997) a través de moverse en la propia trayectoria y permitir el surgimiento de otras identidades o resignificar las ya existentes, incluso en la reapropiación de la injuria (Preciado, 2012) como lo han sido términos como *queer*, *marica*, *crip*, *loco*.

¿Quién habla?, ¿quién actúa?, ¿quién se narra?, ¿quién es el sujeto moral de la imputación? Son preguntas que para Ricoeur (1995) van introduciendo la reflexión sobre la validación de un sujeto portador de un discurso y de su lugar de enunciación, plantearse en cuanto a sus relaciones e interacciones condensa la importancia que genera el compartir esta interpretación con los demás, "ser autónomo... significa que se nos conceda el derecho a expresar nuestro propio yo, de explicarle a los demás nuestros pensamientos, sentimientos e intenciones, y el derecho a ser reconocido como el autor de los mismos" (Shortter, 1981: 279 en Geekie y Reed, 2012: 77).

Para las personas con discapacidad psicosocial existe una negación social de la posibilidad de configurarse como autores, de la elaboración, valoración y definición de su propia experiencia, es decir, de la capacidad de autorreconocimiento. La exploración y valoración de adquirir un significado personal que da sentido a la experiencia puede estar conformado con diferentes discursos, por lo que se pueden tener múltiples explicaciones de la misma, aun cuando estas sean conformadas por discursos o modelos explicativos distintos o hasta contrapuestos y parecer contradictorios. La narración de la experiencia en primera persona es necesaria para la comprensión de la vivencia con una diversidad psicosocial y su valoración. En estas narrativas se pueden identificar los discursos que les significan más, ya sea porque adquieren más sentido, porque lo encuentren más reivindicativo, más digno o porque sea el que se les ha impuesto con más fuerza.

Desde la posición de paciente, en la que se les deposita a las personas con un diagnóstico psiquiátrico, la disposición de escucha principalmente es a la enunciación de su sintomatología y desde la reproducción de lo que los saberes expertos definen sobre la persona:

El saber del loco, en estos casos, no hace sino justificar el conocimiento psiquiátrico. No hay casi interés por escuchar, legitimar o dar cabida a las prácticas que profanasen su naturaleza de origen. La persona será contemplada mientras responda desde su lugar de enferma y según lo que se espera de ella desde su rol de enferma, es decir, en la mayoría de las ocasiones, reivindicando y consolidando el lugar de los saberes expertos en sus propias biografías (Correa-Urquiza, 2021: 68).

El término *discapacidad psicosocial* está teniendo mayor aceptación en espacios académicos por venir de documentos internacionales de derechos humanos, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) (ONU, 2006), los cuales han tenido asesoramiento y colaboración de las personas sobre las que se habla, es decir, de aquellas desde las que hablan por su propia experiencia, en primera persona, también ahora conocidas como *expertas por experiencia*, mostrando un contraste con los saberes expertos desde lo profesional. Esta aceptación ha sido un avance en términos de inclusión de derechos, pero también se suma a la ambivalencia que presenta el diagnóstico en salud mental como imposición, como alivio o recurso de sobrevivencia.

Siguiendo a Bruner (1986) las estructuras narrativas en que leemos y somos leídos por el mundo son constitutivas, es decir, nos colocan bajo un terreno sociocultural determinado y también son interpretativas, por lo que nos otorgan significados sobre este lugar. Además, "Las narrativas no son solo estructuras de significado, sino también de poder" (Bruner, 1986: 144), diferentes historias sobre un mismo suceso llegan a tener diferentes efectos sobre la persona y su entorno, una historia puede ser máscara de opresión cuando otra puede ser de resistencia. La negación de la subjetividad de las personas neurodiversas impide ver las múltiples prácticas y herramientas que la persona y el entorno construyen para continuar con su vida a pesar del estigma, la exclusión y la discriminación.

En el propio desarrollo de la investigación que aquí se comparte, se alertó de la necesidad de una revisión de conceptos clave, nociones como *salud* y *sexualidad* requirieron una mayor explicación del cómo son usados, aunque

ambos son conceptos muy amplios y se han ocupado para delimitar un orden y moralidad que deben tenerse en cuenta como factores culturales que determinan la experiencia; además, en este caso tienen sitios propios donde cada concepto se amplía, se comparte o se determina, como lo es la clínica y el escenario hospitalario a diferencia del hogar y escenarios sociales (Washburn, 2009).

Para las personas con discapacidad psicosocial, su autonomía llega a ponerse en duda continuamente, lo que se transfiere también a la esfera de su sexualidad en las diferentes etapas de su vida. Una persona puede ser encargada a la tutela de alguien más, al ser declarada como incapaz en un juicio de interdicción, el cual decide que la persona legalmente no puede tomar decisiones sobre sí misma; por tanto, necesita de alguien que cuente con esa capacidad legal para la toma de decisiones. Actualmente, este tipo de procedimientos son sentidos como formas intrusivas y agresivas. Para el caso de los derechos sexuales y reproductivos, se corre el riesgo de dar paso o justificar prácticas históricamente destinadas a la regulación y control de la reproducción de las personas con etiquetas psiquiátricas, como la esterilización forzada (Alatorre, 2015; González, 1991; Pedrajas, 2000; Suárez y López Guazo, 2005). Para el contexto mexicano, la reciente modificación en los apartados de Salud Mental en la Ley General de Salud, este tipo de procedimientos son sancionados y buscan eliminarse (LGS, 2022).

Para el control de la sexualidad, se han desarrollado tecnologías, técnicas y mecanismos para el gobierno de los cuerpos individuales como sociales, lo cual, de acuerdo con Foucault (2013), conforman la biopolítica, que aspira a convertir la vida en un objeto administrable. Un ejemplo de este ejercicio se encuentra en el testimonio de Irma:

Para una persona con discapacidad, muchas veces se nos tienen como negados para la vida, para tener una pareja, para casarnos o para tener hijos. Entonces sí es muy difícil en ese sentido, ante la ley. Existen esos derechos, pero todavía hay que seguir luchando al respecto.

En las personas con discapacidad psicosocial la administración de su sexualidad ha sido un aspecto de la vida de la cual en mayor medida han tenido control los entornos familiares e instituciones de atención a la salud. En la mayor parte de los relatos se menciona tensión en el espacio familiar, donde se encuentra un apoyo, pero también una intención de control. En la vivencia de Eloísa tanto por el lado familiar como por el médico existió el reclamo por la decisión sobre su sexualidad:

Mi mamá me apoya, pero, por otro lado, piensa que las personas con un diagnóstico psiquiátrico no debemos ser padres, como que no tenemos la capacidad [...] nos decía que fue muy irresponsable de nuestra parte por tener a H. La psiquiatra, cuando mi mamá le consultó, le dijo, que era lo mejor que yo no tuviera a H. y le dije que no, que yo si la quería tener. [...] la psiquiatra fue así como muy fría, luego luego que supo que yo estaba embarazada dijo: "No, que no lo tenga", como si yo fuera cualquier cosa, ni siquiera me dijo, "¿cómo te sientes?" o "¿qué has pensado?" No me tomo en cuenta como persona, porque luego luego, "deberías de abortar".

Desde una ética del cuidado, la sexualidad es un aspecto de la vida que en su exploración apostó por hacer visible la importancia de lo relacional, atender el contexto y la vinculación como impulsos para la toma de decisiones y desarrollo del ser en la cooperación. El acercamiento a la ética del cuidado propuesta por Carol Gilligan (1985) se debe a que es un marco teórico que hace posible atender no solo al individuo, sino principalmente al contexto que permite el desarrollo de este individuo, contrastando la concepción clásica de autonomía propuesta por Immanuel Kant y retomada en gran parte de la filosofía, donde se enaltece al sujeto como un ser individual desprendido de su contexto.

Lo interpersonal y la influencia del medio en la toma de decisiones se vuelven claves para comprender el ejercicio de autonomía, más allá de consideraciones centradas solo a rasgos de estado mental y capacidad, lo que han dejado, a la autonomía, en una concepción sumamente reducida y ponen a la toma de decisiones como un acto racional y aislado, sin tomar en cuenta que generalmente las personas nos encontramos en redes de relaciones dependientes de la cultura y condiciones socioeconómicas determinadas, de las cuáles nuestra toma de decisiones están supeditadas.

La discusión sobre la autonomía en las personas con discapacidad psicosocial se vuelve pertinente porque determina la forma de acercamiento a las personas, sus historias y experiencias, de manera que, desde esta revisión inicial de los conceptos a manejar y cómo los aplicamos en nuestras lecturas de las experiencias, entramos en el terreno de la validación de estas. Al considerar la autonomía como una propiedad de la razón, y la razón como una acción independiente de toda contaminación externa a ella misma (Kant, [1785] 2007), en el diagnóstico de esquizofrenia, la razón, y con ella la autonomía, es juzgada como disminuida o nula. Considerar que "la autonomía moral kantiana despoja a los individuos de todo aquello que les permite elegir, con sentido de

qué modo desean vivir su enfermedad” (Puyol, 2014: 24), permite analizar la puesta en duda que se tiene de la capacidad de las personas con diagnóstico psiquiátrico por decidir sobre su vida y la elaboración de un relato de su experiencia.

Ligado a la teoría feminista, y retomado en disciplinas como la bioética contemporánea, el término *autonomía relacional* presenta una revisión de las consideraciones hacia la vulnerabilidad y el contexto (Casado da Rocha, 2014; Álvarez, 2015; Rodríguez, 2013; Delgado, 2012; Delgado, 2012b); este concepto se le puede ubicar en un punto intermedio entre la autonomía y la heteronomía kantiana. En la investigación realizada, se contempló que, si bien la autonomía tiene que ver con voluntariedad, capacidad y el poder-hacer, esto no implica un lugar desde la independencia y total individualidad, por lo que también contempla acceso a servicios, programas, respeto a derechos y libertad personal. El siguiente relato de Eloísa aporta un ejemplo de las conexiones que posibilitan una autonomía relacional en el curso de su bienestar y evitar recaídas:

Tengo una red de apoyo muy sólida, yo siento que sería muy difícil que yo volviera a presentar una recaída, porque he logrado cultivar amistades muy sinceras y pues tengo a personas a mi alrededor que me cuidan demasiado, pero sin sofocarme, sino de una manera sana. Se preocupan por mí, me preguntan cómo estoy. Pero también para lograr esto ha sido importante que yo también dé lo mismo.

Es importante no considerar la toma de decisiones, visto como un ejercicio de la autonomía, como un elemento individual y completamente racional, ya que pocas veces lo es. Así, no perder de vista elementos e interacciones que son parte del apoyo de la persona. En la vida de Irma se ha logrado el establecimiento de prácticas para su ejercicio de autonomía: “Mi cuñada y mi hermano me explican todo y pues yo tomo las decisiones, me explican y ya yo decido sobre lo que yo crea mejor”.

Narrar desde la neurodiversidad

La relevancia de compartir una reflexión sobre cómo retomar nombramientos de identidades, personales o colectivas, se debe a la consideración de la manera en que nos adentramos en los territorios donde realizamos investigación. Para el campo de la salud mental, es un elemento importante a tomar en cuenta, debido al dominio de identidades y narrativas desde el diagnóstico y

la patología. Enlazada a esta reflexión, la revisión del concepto de *autonomía* permite observar y entender las prácticas y ejercicios posibles de agencia de las personas con discapacidad psicosocial, las cuales muchas veces son negadas u opacadas por la reproducción de las narrativas dominantes.

Hoy en día aún existen fuertes estigmas en el mundo científico sobre la discapacidad psicosocial. En el desarrollo de la investigación, continuamente hubo el cuestionamiento por si el relato presentado por los participantes sería válido. Con regularidad, en las presentaciones sobre el tema aparecía la pregunta si ¿lo que las personas entrevistadas cuentan es o no un delirio? Esta pregunta me parecía que venía impulsada por la concepción que se tiene sobre las personas con una diversidad psicosocial y particularmente las etiquetadas con esquizofrenia, dando una impresión de que se asume que el hecho de tener este diagnóstico descarta la posibilidad de construir una historia sobre la experiencia personal y además que esta pueda ser compartida. En ese sentido, la duda sobre la posibilidad de obtención de datos válidos en la investigación narrativa llegaba a ser una negación de las personas, bajo la justificación de términos como *capacidad* y *competencia*.

La validación de los datos en la investigación cualitativa ha sido una interrogante continuamente lanzada desde los métodos cuantitativos, muchas veces este cuestionamiento se acompaña de un desconocimiento de los objetivos y paradigmas de la investigación cualitativa: ¿cómo se valida o legitima la experiencia subjetiva?, ¿quién la puede validar? o, de manera más amplia: ¿cómo se conforma una verdad? Son preguntas que desde los métodos cualitativos se plantean como respuesta a los cuestionamientos sobre la validez, a su vez que plantean criterios que puedan guiar esta discusión.

Las narrativas están inmersas en un juego de la descripción de un lugar entre lo interno de lo subjetivo y lo externo objetivo. Pueden indicar y describir procesos de construcción de identidad, afiliación y de relaciones de poder (Reguillo, s/f). El análisis de narrativas invita a la descripción de procesos de agenciamiento (Hamui, 2011) y performatividad (Pandolfi, 1990), es decir, que son herramientas para dar cuenta de los múltiples devenires en los que los sujetos pueden transitar.

De esta forma, más que pensar en términos de validez de las narrativas, se parte de la noción de que lo que puede sustentar una narrativa es su representatividad. Su legitimidad se presenta en la posibilidad de ser colectivizables, lo que es distinto a generalizadas, debido a que no pierden su particularidad, pero tienen

la cualidad de hacer eco o resonancias con otras experiencias. Además de tener en cuenta que más que explorar "la verdad" en el contenido de una historia, lo que se resalta son las consecuencias, es decir, los efectos en sus relaciones que produce la adscripción a una historia determinada o bien su multiplicidad.

Un elemento importante para retomar es la relación de investigación en que se está produciendo el relato y qué efecto se está produciendo en esa relación. Los prejuicios y la visión que como investigadores podemos mantener en el acercamiento a las personas, en la recepción de sus historias y los aspectos que tienen más atención, esto puede ser transferido en la forma de elaborar las preguntas y compartir las historias al elaborar un escrito. Pensar en cómo se produce la interacción para la coautoría en la creación de las narrativas. El punto de partida desde la escucha que permita la observación y develamiento de una multiplicidad de historias. Buscar acercamientos que tengan presente las lógicas de poder en el diseño de las herramientas a usar y el riesgo de la imposición de valores más que el interés de conocer los valores de las personas con quienes interactuamos, por lo cual profundizar en la forma en cómo las asimetrías de poder puedan ser reducidas o tomar medidas ante la posible imposición de valores. La construcción de una relación que sea la afirmación de la existencia y no su negación.

A continuación, se enlista y describe una propuesta de criterios para esta legitimidad de las narrativas en las investigaciones en salud mental. Estos criterios serán ejemplificados con el uso de la entrevista a un participante, Alexis, llevada dentro del trabajo de investigación, la cual es compartida al final:

- Coherencia
- Cronología
- Desobjetivización
- Vinculación
- Acción social
- Adscripción a campos semánticos amplios

Coherencia en su ordenamiento. De la manera en cómo es organizada la secuencia de sucesos y las expresiones lingüísticas usadas para compartir un relato, es un elemento que facilita el espacio de significación que permite la comunicación (Hamui, 2019). Poder transmitir una historia que sea entendible, ensamblar "códigos comunicativos culturalmente significativos que se transmiten tomando en cuenta a la audiencia" (Reissman 2008: 27). Esta manera en cómo van siendo nombrados los hechos es una interpretación primaria, que se va

formando y que adquiriere sentido tanto para el emisor como para el receptor. La estrategia narrativa implica, en este sentido, una ordenación de los acontecimientos, que se van presentando de manera significativa y coherente en una descripción profunda y densa (Geertz, 1991).

En el relato de Alexis, hay una coherencia general que da comprensión a su relato. Esto es parte del hilado entre la sucesión de acontecimientos, que forma parte de la cronología. Otra parte de la coherencia general del relato se la da la coherencia de los enunciados, la cual podemos seguir en las explicaciones de cómo entiende los diagnósticos, el entendimiento en cómo le ha afectado para sí mismo el diagnóstico y otro en la descripción a lo que nombra como crisis.

A mí el diagnóstico psiquiátrico no significó gran cosa, pero me llevó a entender que las voces que escucho pertenecen a un fenómeno, a varia gente le puede pasar que escucha, que entre los murmullos lo están condenando, esa experiencia la podemos compartir muchos, yo le llamo *fantasmas*, otros le llaman *espíritus*, otros *alienígenas*, *sombras*... Ser esquizofrénico es una intrusión, cuando las voces te odian te van a generar en ti procesos autodestructivos ¿y qué procesos son esos? Es que tu pensamiento se ponga en contra de ti mismo. Yo llamo crisis a momentos donde me siento muy triste y estoy desesperado.

Cronología como otra forma de organización de la experiencia desde un sentido temporal. La organización de los recuerdos y construcción de la memoria elaboran una trama narrativa que da a los relatos una mayor posibilidad comunicativa y de entendimiento. Además, existe en esta adquisición de sentido una trama temporal (Good, 2003), donde sucesos del pasado obtienen significado en el presente, pero también proyectan deseos del futuro, estos deseos pueden formular estrategias hacia fines, por lo que pueden determinar acciones encaminadas a alcanzar determinado objetivo.

Desde la postura antropológica de Bruner, la trama dan el tiempo en la narrativa cuenta de la transformación de la historia, la generación de conceptos teóricos nuevos que engrosan el relato, así no solo implica una sucesión de acontecimientos marcados por un tiempo lineal, sino el cambio que sucede. "Al igual que una historia tiene un principio, un medio y un final, el cambio cultural también adopta, casi por definición, la forma de una secuencia con un pasado, un presente y un futuro" (Bruner, 1986: 141).

El significado que se obtiene de un relato reside en la forma sistemática que se eligió para su ordenamiento. Se van construyendo y conectando pasado, presente y futuro en una secuencia. Este ordenamiento argumentativo hace posible que los relatos se relacionen con "contextos sociales más amplios que intentan describir, explicar o narrar acontecimientos y experiencias con textos" (Hamui, 2019: 6).

En la historia de Alexis, el ordenamiento en la sucesión de eventos desarrolla el qué pasó antes del diagnóstico, cómo fue informado, cómo fue viviendo con este diagnóstico y las experiencias que ha tenido, cómo se ha modificado la relación consigo y con las personas, los cambios en su vida, sus decisiones, qué interpretación tiene de esta experiencia y los significados que ha adquirido. Las siguientes frases ejemplifican claramente la introducción del elemento cronológico de ordenamiento a lo largo del relato:

Yo les decía a mis papás que escuchaba voces y esas voces eran reales. Yo nunca me he sentido paranoide pero así me diagnosticaron en las posteriores visitas en el 2010. Todo empezó con una novia que tuve. El diagnóstico lo cambió todo poco a poco, totalmente. La primera vez que fui a parar a un hospital psiquiátrico fue porque entré en crisis.

Desobjetivización. Dar cuenta que en la investigación se reproducen relaciones de poder al centrarse en historias que restan agencia a las personas, ubicándoles únicamente como aquellas sobre las que se les realiza una acción, quienes reciben la atención o sobre quienes la enfermedad o padecimiento actúa. Por lo tanto, los relatos deben legitimar a las personas que los producen, de manera que estos relatos "no son narraciones secundarias sobre los datos, sino narraciones primarias que establecen lo que ha de contar como datos" (Bruner, 1986: 142).

En cuanto se permite salir de una objetivización de las personas, interesándose por su lugar y prácticas continuas sobre su experiencia, surgen otras narrativas diferentes a la dominante, produciendo un reexamen del pasado, donde se autentifican sentimientos anteriores que estaban siendo negados u opacados por la narrativa dominante, así como se perciben acciones llevadas a cabo y formas de resistencias que estuvieron presentes. Dando paso a que broten nuevas lecturas con nuevos significados de la experiencia; además, la persona se posiciona en un lugar diferente frente a los acontecimientos, se reautoriza.

Para la investigación, una recomendación de parte del cuerpo académico fue no entrevistar a personas con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, por la dificultad que presentaría el acceso a la profundización en sus respuestas y por una cuestión de seguridad hacia mi persona. Esto se puso en contraste con la experiencia previa de convivencia y acercamiento con las personas, además de información en la literatura. Lo que derivó que para la primer entrevista, con Alexis, no llegué asumiendo esta preocupación sobre el riesgo y procurando dar pasos para manejar la desconfianza común en las relaciones de investigación. El interés en saber sobre los deseos de Alexis como la posibilidad de formar una familia de crianza y las interpretaciones a su experiencia, como su manera de pensar la esquizofrenia como una sensibilidad para leer el mundo.

La *vinculación* con otras experiencias implica su posibilidad de ser no solo comprendidas sino compartidas y de invitar a otras personas y experiencias a generar resonancias donde se vaya “más allá del acontecimiento” (Hamui 2019: 6). Que una experiencia pueda generar conexiones en una diferencia de contextos es una característica vinculante fundamental para la legitimación de las narrativas. Hace posible las otras características de acción y expansión con compromisos de largo plazo.

La vinculación es la muestra donde una narrativa es legitimada por lo colectivo, es su posibilidad de ser colectivizable. Donde más personas se sientan identificadas con las experiencias y de esta manera puedan atestiguar las vivencias. La vinculación es un elemento que requiere de la colaboración. Si bien Alexis comparte su relato continuamente, hay una posibilidad del uso de los mecanismos de investigación que dé una mayor sonoridad a su relato y pueda expandirse una transmisión de su experiencia.

En un extracto de su relato, Alexis comparte una limitación anterior del eco de su experiencia, la que atribuye a una falta de crítica:

Las voces son crueles con nosotros y como el esquizofrénico se termina tragando toda la mierda que dicen las voces y toda la mierda que dicen los psiquiatras, hay cero críticas en los esquizofrénicos, nunca llegan a decir esto es un fenómeno real, sino, más bien, se dejan afectar por las voces.

Acción social, el acto del habla, contar, toma forma en la interacción del momento de la entrevista de la investigación, se condensa un relato que elabora significado. Por otra parte, como actividad colectiva y corporal que se suma a momentos y espacios donde otras narrativas puedan ser contadas y otras identidades tengan posibilidad de existencia, una esencia de la conformación de movimiento, que genera “intercambios comunicativos en las situaciones donde se involucran los agentes con actitudes, motivaciones, conocimientos y cálculos, diversas historias de los sentimientos de las prácticas de las identidades” (Hamui, 2019: 6).

Este criterio fue pensado como un elemento importante a profundizar en la relación de investigación; sin embargo, es algo que aún está en desarrollo. La acción social que se propone está conectada con la vinculación y su continuidad. Es un elemento político desde la movilización social y es parte de un elemento ético por esta misma razón y al formar parte de la devolución de la investigación.

Adscripción a campos semánticos más amplios, donde se comparta una producción de metáforas más detalladas y complejas que reflejen los valores de una comunidad. “Requiere incorporar conceptos presentes en las representaciones colectivas y transformarlas en imágenes del pensamiento” (Hamui, 2019: 9). La creación de imágenes colectivas donde múltiples discursos sean posibles, que impacten de maneras dignificantes en otras colectividades. Lo que para Clifford Geertz (1991) implica una transformación desde la creación de un “modelo de” a un “modelo para”, una transformación de algo particular, personal hacia algo histórico y colectivo. Es posible asumir el “desafío en desmitificar o descolonizar teorías” al que se refiere Linda Tuhiwai (2016: 41).

Es dentro del cambio estructural en que las nuevas narrativas toman mayor peso y surgen nuevos hechos. Esto genera que narrativas dominantes sean revisadas y que su poder explicativo y su credibilidad se vaya reduciendo, en otras palabras, dejan de:

estirarse para abarcar los nuevos acontecimientos. La clave del cambio estructural es un cambio radical en el contexto social. Los nuevos relatos surgen cuando hay una nueva realidad que explicar, cuando las disposiciones sociales son tan diferentes que el antiguo relato ya no parece adecuado (Bruner, 1986:151).

El relato de Alexis, aún se encuentra en un contexto donde la hegemonía de la lógica biomédica llega a invalidarlo; sin embargo, un par de campos semánticos con los que se conecta, que han tenido mayor aceptación en su producción de resonancias es, en su elaboración de la explicación como fenómeno, voces, fantasmas, espíritus, subjetividad y los campos donde tienen cabida:

Las voces que escucho pertenecen a un fenómeno, a varia gente le puede pasar que escucha, que entre los murmullos lo están conde-nando, esa experiencia la podemos compartir muchos, yo le llamo *fantasmas*, otros le llaman *espíritus*, otros *alienígenas*, *sombras*...No está demostrado por la física que existen conciencias inmateriales, conciencias energéticas, pues este es un discurso de chamanes, de brujos, de religiones. Es terrible reconocer que, a un fenómeno, la ciencia lo ha dado por subjetividad, porque no se puede comprobar a través de instrumentos.

Conclusión

Lo encontrado en el proceso de la investigación que se presenta es que importa el cómo se cuentan las historias y los relatos, quien y cuándo son construidas y contadas, además de dar cuenta de los discursos sobre los que se sostienen esas historias. Tomar en cuenta sobre quiénes actúan esos discursos y el lugar en que se colocan las personas y los investigadores frente a esos discursos, historias e identidades.

Dentro de la investigación en salud mental, la experiencia subjetiva de las personas con discapacidad psicosocial aporta una descripción que permite ampliar la comprensión de esta vivencia para las ciencias de la salud. En una revisión de literatura científica Geekie y Reed (2012) encontraron que los estudios que exploran la experiencia subjetiva en la salud mental, son escasos y de tipo marginalizado; en su mayoría, investigaciones en salud mental no se centran en el punto de vista de las personas neurodiversas. Siguiendo una observación de Correa-Urquiza, “desde la concepción biologicista de la terapéutica en salud mental, no hay lugar para la escucha hacia el sujeto de la locura porque no existe socialmente la percepción de que el loco tenga algo que contar” (Correa-Urquiza, 2021: 64). El punto de partida y posicionamiento central de la investigación que se presenta en este capítulo fue a favor del reconocimiento de la diferencia y la interpretación de la persona a su

propia experiencia, tomando como eje la no exclusión y el énfasis en la importancia de la posibilidad de adquirir conocimiento de las personas sobre el malestar, el padecimiento y la sexualidad en su experiencia de vida. Es decir, no negar la posibilidad de la obtención de un relato válido y coherente de las personas con discapacidad psicosocial sobre su misma experiencia.

En la investigación llevada a cabo, la historia y experiencia de las personas con discapacidad psicosocial no se pusieron en duda de antemano por el hecho de tener un diagnóstico, lo que importa en este estudio es la narración de una experiencia de vida, no la confrontación de esta historia con un diagnóstico clínico. De acuerdo con Hamui (2019: 19) "en las narrativas se expresa la agencia en la manifestación de sentido y de las prácticas significantes iterativas e innovadoras, en las acciones sociales de los sujetos relacionales". Desde la ética de la investigación, el acercamiento narrativo, involucra un posicionamiento ético ante el sujeto "narrante" y hacia el hacer investigación. Es una afirmación de la agencia de los participantes, reconociendo los lugares de enunciación y las asimetrías de poder, sin perder de vista que el conocimiento se produce en co-construcción, es decir, una generación del saber en relación o a través de lo relacional, cuidando de no caer en una "expropiación de la subjetividad" (Figuroa, 2017, Hamui, 2019) y prácticas extractivistas de las comunidades y territorios con los que se entra en relación.

Al momento de ser etiquetados con un diagnóstico psiquiátrico, las personas llegan a sufrir una negación de sí mismas, su relato pasa a ser ignorado y su capacidad está siempre puesta en duda. Esto se ha denunciado actualmente, desde las movilizaciones, como cuerdismo, una violencia en el mismo sentido que el racismo o el sexismo. Dentro del modelo clínico de atención en salud mental, cuando una persona asume una identidad diagnóstica, desde el ser enfermo o el ser paciente, se habla de un mejor pronóstico, una conciencia de enfermedad que apunta a una mejor adaptación terapéutica. Mientras que, de manera contraria, entre menos reconozca estas identidades se considera una valoración negativa en su pronóstico clínico. En los grupos y asociaciones de usuarios o personas con diagnóstico psiquiátrico, de las que los y las participantes de la investigación son parte, mucha de su actividad es en la recuperación de su autoría, de su voz y experiencia, tanto para derechos y creación de políticas públicas, tratamientos, investigaciones y participación social. Salir de la centralidad del diagnóstico en las investigaciones en salud mental sin dejar de contemplar la influencia de este, en sus usos y abusos, que muchas de las veces "propone la ilusión de la comprensión del otro, la falacia de la completud interpretativa" (Correa Urquiza, 2021: 49).

Existen cuestionamientos del uso de aproximaciones narrativas en el campo de las investigaciones en salud mental, los cuales giran en torno a la aportación a la legitimidad y veracidad científica, la posibilidad de obtención de datos medibles sobre los que está acostumbrado el campo de la salud, los cuales puedan ser generalizables y establecer normatividades. En la exigencia de estos datos, muchas veces hay un trasfondo de la negación de las personas con discapacidad psicosocial como poseedoras de una capacidad enunciativa y portadoras de un discurso alrededor de su experiencia. Dentro de las investigaciones en salud mental, aún falta mucha reflexión y acercamiento a las personas, en la escucha sobre su experiencia con discapacidad psicosocial, por lo que está presente el reto de “descolonizar” la investigación.

En este capítulo se lanzó una propuesta de identificación de características que justifican una legitimidad de las narrativas en salud mental. Considerando la función ordenadora de la narración, siendo que la experiencia se almacena de manera desordenada, adquiere cierto orden cuando la contamos y adquiere un sentido, prestar atención a cómo se ensamblan y secuencian los eventos es parte del análisis interpretativo, además del lugar que representamos para que surjan determinadas narrativas y no otras.

Los criterios propuestos son lanzados, acompañados de la lectura de las narrativas, pero también atendiendo a lo que ha sucedido alrededor de ellas, lo que han ido generando. Este es un proceso en continuidad y de largo plazo.

La coherencia, cronología, desobjetivización, vinculación, acción social y la adscripción a campos semánticos más amplios se adentran en lo que para Bruner son los elementos clave de la narrativa: relato, discurso y narración.

El relato es la secuencia abstracta de acontecimientos, sistemáticamente relacionados, la estructura sintagmática. El discurso es el texto en el que se manifiesta el relato [...]. La narración es la acción, el acto de narrar, el proceso comunicativo que produce la historia en el discurso. La misma historia puede ser contada o representada, o ambas cosas (Bruner, 1986: 145).

Por último, no dejar de mencionar la corresponsabilidad que tenemos, dentro de las investigaciones, en la reproducción de narrativas dominantes la dignidad de las personas o comunidades tiendan a ser negadas. Las narrativas construyen memoria y sentido de la experiencia, además generan imágenes de futuros posibles.

Entrevista: Alexis

Yo les decía a mis papás que escuchaba voces y esas voces eran reales. Me llevaron con un neurólogo, me hicieron una tomografía y un encefalograma y concluyeron que no tenía problemas neuronales. El neurólogo me explicó que hay dos esquizofrenias; un problema neuronal, que se puede medir por esos instrumentos, y otra que no se sabe. Yo soy del grupo de los que no se sabe, y los terapeutas, los psiquiatras, etcétera. Pareciera que todo lo toman por igual, se trata con los mismos tratamientos. Yo nunca me he sentido paranoide, pero así me diagnosticaron en las posteriores visitas en el 2010. [Par] a mí el diagnóstico psiquiátrico no significó gran cosa, pero me llevó a entender que las voces que escucho pertenecen a un fenómeno, a varía gente le puede pasar que escucha, que entre los murmullos lo están condenando, esa experiencia la podemos compartir muchos, yo le llamo *fantasmas*, otros le llaman *espíritus*, otros *alienígenas*, *sombras*... No está demostrado por la física que existen conciencias inmateriales, conciencias energéticas, pues este es un discurso de chamanes, de brujos, de religiones. Es terrible reconocer que, a un fenómeno, la ciencia lo ha dado por subjetividad, porque no se puede comprobar a través de instrumentos. Todo empezó con una novia que tuve. El diagnóstico lo cambió todo poco a poco, totalmente. Con ella fue tranquilo, no tuve problemas, no tuve una crisis mientras escuchaba voces. Me decían las voces que no me quería, siempre me molestaban, pero no entraba en crisis, no tenía problemas. Al último, las voces me decían que estaba muerta, y, cuando terminé con ella, entonces ella sí ella se terminó enojando conmigo, porque me decía. "Ya no me hables" y las voces me decían: "Está muerta". Y yo: ¡Necesito saber que está bien! Ese fue un grave problema de haber creído en las voces. En el mundo estamos sujetos a una tragedia que es el mundo espiritual y las relaciones con el mundo espiritual son invisibles, pero no inaudibles, no es que no tengan texto, no es que hablen, si hablan, y están siempre en todo momento afectándonos. Entonces, me hizo un montón de daño, no aprender a tranquilizarme cuando tengo crisis. Las crisis se llevan a cabo por la relación con los espíritus, con

mi mundo espiritual; entonces, en estos momentos de crisis ha hecho que rompa mi relación con mi familia, tanto que me tuve que salir de mi casa. Yo decidí no medicarme y es un problema con mis relaciones familiares muy grande. Ser esquizofrénico en una familia sujeta a las disciplinas médicas es bien difícil. Para mi familia, lo único que me queda es medicarme y me medicaron a la fuerza una vez que tuve una crisis. Yo llamo crisis a momentos donde me siento muy triste y estoy desesperado. La primera vez que fui a parar a un hospital psiquiátrico fue porque entré en crisis. Las voces me convencieron de que yo le había hecho daño a mi abuelita, porque no había ido a su entierro. Fue la persona que más amé en mi vida y no fui a su entierro, no quise verla muerta y me convencieron de eso. Entonces mi mamá me dijo: Te llevo al hospital y que me encierran 10 días. Entré en depresión, me puse a llorar, me puse triste, grité, lloré, grité solo, le menté la madre al mundo espiritual. Entonces lo que me ha pasado con la relación con los demás es que me están chingando las voces. Mi mamá me excluyó totalmente de mi casa, me dijo: "Si tú, si no te medicas no vives aquí" y así pasó. Tuve que irme de mi casa huyendo de los medicamentos, porque los medicamentos te hacen un chingo de daño. Entonces, el primer lugar que te excluye, como loco, es el hogar. Los estados anímicos puedes tranquilizarlos. Con los psiquiatras es solamente, ¿a ver cómo te sientes? Te medico. Te pongo así ¿sientes dolor? Te medico otra cosa para el dolor. Lo único que tienes para contrarrestar las voces es tu pensamiento, porque ellos te pueden decir: "Eres Dios Quetzalcóatl" mmhh si mañana... Pueden decir que... el mundo se va a acabar. Para generar dinero, hago malabares, y siempre me están molestando en los malabares, siempre me están sabotando mis proyectos. Desde hace años que mi vida está determinada también a partir del mundo espiritual y de los deseos de los sujetos del mundo espiritual. Entonces, lo único que tengo es mi pensamiento para contrarrestar los lugares que ellos quieren que me representen, lo único que tengo es mi pensamiento y muchas veces me ganan, muchas veces voy directito a lo que ellos quieren que represente, como ellos me quieren afectar. Ser esquizofrénico es una intrusión, cuando las voces te odian te van a generar en ti procesos autodestructivos ¿y qué procesos

son esos? Es que tu pensamiento se ponga en contra de ti mismo. Entonces, como en el mundo espiritual, las barreras del pensamiento no existen, todos los espíritus escuchan lo que estoy pensando, tu pensamiento ya es juzgado. Entonces, si tú piensas algo malo es condenado, y el problema es que nos enfrentamos a una cultura espiritual que solamente se dedica a excluir por medio de la condena, por medio de enjuiciarte. Lo que me hacía cuando estaba con mi novia, me hacía pensar cosas que no quería pensar cuando estaba con mi pareja, entonces eso me desmotivaba, me cortaba mambo. Una vez me corto mambo, porque manejan tu estado anímico a través del pensamiento y cuando tu estado anímico es manejado a través del pensamiento, es terrible porque si el pensamiento es malo y tiene miedo te vas a pasar pensando cosas que no quieres pensar por no querer pensarlas. Por eso digo que es una intromisión a la intimidad total y que lo que hace esa intromisión total a la intimidad es que tengas procesos autodestructivos, porque tu pensamiento empieza a generar relaciones emotivas, que te extrañan de los momentos, de los contextos y que son personales. La subjetividad es alteradísima. Pensar algo que no quieres pensar mientras estás haciendo el amor, esto te choca, es chocante. Es el ejemplo más claro de hasta dónde llegan las voces. Yo espero encontrarme una familia, yo quiero tener familia en algún momento. Mi sentimiento ante el proyecto familiar es común y corriente; encontrarme un amor, tener hijos. Las voces siempre dicen no hagas esto, no hagas esto otro, pero también dicen haz esto haz lo otro. Mis voces son, no hagas esto, no hagas lo otro, son restrictivas. Las voces no me atacan como para hacer daño. No me da pena decir que soy esquizofrénico, sino que explico que es una sensibilidad. Las voces son crueles con nosotros y como el esquizofrénico se termina tragando toda la mierda que dicen las voces y toda la mierda que dicen los psiquiatras. Hay cero críticas en los esquizofrénicos, nunca llegan a decir esto es un fenómeno real, sino más bien se dejan afectar por las voces. Por haber estudiado semiótica y análisis del discurso, tuve posibilidad de auto-criticarme y también criticar su poder. Decir, independientemente de lo que diga mi cultura, aquí está pasando algo y esto es que los espíritus existen, los fantasmas, los espectros y las sombras están en constante

interacción con nuestros inconscientes. La crítica fue decir, aunque las voces me digan que soy el tal por cual, yo voy a seguir siendo yo y no voy a dejar que me hagan decir o hagan hacer lo que quieran que haga, aunque siempre somos influenciables, no podemos no ser influenciados. Entonces, hay veces que intento tener una postura crítica, pero hay veces que no, supongamos, en los estímulos que generan ansiedad y tú terminas resolviendo tu ansiedad, como sueles resolverla, vas y te fumas un cigarro. Así se la pasan generándonos ansiedad y uno responde: voy por un cigarro, voy por un cigarro, voy por un cigarro.

Referencias

Alatorre, A. (2015, febrero 26.) ONG señala esterilización a enfermas mentales y violaciones. *Noticias terra*. Recuperado de: <https://noticias.terra.com.mx/mexico/ong-senalan-esterilizacion-a-enfermas-mentales-yviolaciones,b333ddd76f5cb410VgnVCM4000009bcceb0aRCRD.html>.

Álvarez, S. (2015). La autonomía personal y la autonomía relacional. *Análisis Filosófico*, XXXV (1), 13-26.

Bruner, E. (1986) Ethnography as narrative. En Turner, V. y Bruner, E. *The anthropology of experience* (139-158). United States of America: University of Illinois Press.

Burman, E. y Mclure, M. (2005). Deconstruction as a method of research. En Somekh, B. y Lewin, C. (Eds.) *Research methods in the social sciences*. Londres, Thousand Oaks and New Delhi: Sage Publications.

Casado da Rocha, A. (ed.) (2014). *Autonomía con otros*. Ensayos sobre bioética. Plaza y Valdez Editores. Dilemata.

Correa Urquiza, M. (2009). *Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura)*. (Tesis doctoral). Universidad Rovira I Virgili: España. Recuperada de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1>.

Correa-Urquiza, M. (2021). Capítulo I. Implicación, complicidad y compromiso en salud mental. En Pié, A. (Coord.) *Soltar amarras. Una introducción a la salud mental colectiva* (15-87). Barcelona, España: Editorial Universitat Oberta de Catalunya.

Delgado, J. (2012). *Autonomía relacional: Un nuevo enfoque para la bioética* (Tesis Maestría) UNED. España.

Delgado, J. (2012b). Nuevas perspectivas bioéticas: Autonomía relacional. *ENE. Revista de Enfermería*. 6(1):36-43.

Derrida, J. (1997). Carta a un amigo japonés. En *El tiempo de una tesis: Deconstrucción e implicaciones conceptuales* (23-27). Barcelona, España: Proyecto A Ediciones.

Figuroa, J. G. (2017). El riesgo de expropiar la subjetividad como dilema ético al investigar la diversidad sexual. *El Cotidiano, UAM-A* (202): 7-16.

Foucault, M., (2013). *La inquietud por la verdad. Escritos sobre la sexualidad y el sujeto*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.

Flick, U. (2007). *Introducción a los métodos cualitativos*. Ed. Morata, España.

Geek, J. y Reed, J. (2012). *El sentido de la locura. La exploración del significado de la esquizofrenia*. Herder Editorial.

Geertz, C. (1991). *La interpretación de las culturas*. México, McGraw Hill.

Gilligan, C. (1985). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gracia, D. (2004). *Como Arqueros al Blanco*. Madrid: Triacastela.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra.

Goffman, E. (1963) (10ª. reimp.) *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Goffman, E. (1970) (2da. reimp.). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

González, M. (1991). La justicia al desnudo: la esterilización. *Cuadernos de Bioética*. 7: 20-22.

Grosfoguel, R. (2016). Del "extractivismo económico" al "extractivismo epistémico" y "extractivismo ontológico". *Tabula Rasa*. Bogotá-Colombia, No. 24: 123-143.

Hamui, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18 (52) México.

Hamui, L. (2019). Entramado teórico-metodológico: cuerpo, performatividad y campo discursivo. En Hamui *et al.* *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. (pp. 1-37) México: Manual Moderno editorial, UNAM. Facultad de Medicina.

Hamui Sutton, L., Escamilla Vargas, B., Fuentes Barrera, L., González Rojas, J., Loza Taylor, T. y Paulo Maya, A. (2019). *Narrativas del padecer. Aproximaciones teórico-metodológicas*. México: Manual Moderno editorial, UNAM. Facultad de Medicina.

Jackson, A. y Mazzei, L. (2012). *Thinking with theory in qualitative research: viewing data across multiple perspectives*. London & New York.

Kant, E. (2007). [1780]. *Fundamento de la metafísica de las costumbres*. Madrid.

Lizcano, E. (2006). *Metáforas que nos piensan. Sobre ciencia, democracia y otras poderosas ficciones*. Ediciones Bajo Cero y Traficantes de sueños.

Ley General de Salud (LGS) (2022). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. *DOF*: 16/05/2022.

Martínez, A. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo?* Universitat de Barcelona. Departament d' Antropologia Cultural i Història d' Amèrica.

Martínez, A., Masana, L. y DiGiacomo, S. (2013). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Publicacions de la Universitat Rovira I Virgili, Associação Brasileira da Rede Unida. Tarragona /Porto Alegre. Disponible en <http://digital.publicacionsurv.cat/index.php/purv/catalog/view/59/47/119-1>.

Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva* 1 (1): 9-32 Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73110102.pdf>.

Naciones Unidas (ONU) (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. [Consultada el 20 de septiembre de 2022] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

Pandolfi, M. (1990). *Boundaries inside the body. Women's suffering in southern peasant Italy*. CMP, 14.2:255-274.

Pedrajas Ortiz, A. (2000). La esterilización del disminuido psíquico. *Bioética y Ciencias de la Salud*. 4(1). Disponible en: http://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/sexualidad/Esteriliz_dismin_psiquicos.pdf.

Pié Balaguer, A. (coord.) (2021). *Soltar amarras. Una introducción a la salud mental colectiva*. Barcelona, España: Editorial Universitat Oberta de Catalunya.

Preciado, B. (2012). "Queer": Historia de una palabra: *queer*. Recuperado de <https://paroledequeer.blogspot.com/p/beatriz-preciado.html>.

Puyol, A. (2014). Un fundamento inesperado para la autonomía en la bioética actual. En Casado da Rocha, A. (Ed.) *Autonomía con otros. Ensayos sobre bioética*. (19-34) España: Plaza y Valdez editores. Dilemata.

Reed, J. y Dillon, J. (Eds.) (2016). *Modelos de locura II*. Barcelona: Herder editorial.

Reguillo, R. (s/f). *Anclajes y mediaciones del sentido. Lo subjetivo y el orden del discurso*. Un debate cualitativo. Universidad de Guadalajara y del ITESO.

Riessman, C. (2008). *Narrative methods in the human sciences*. New York: Sage.

Ricoeur, P. (1995). *Identidad narrativa. Tiempo y narración. Configuración del tiempo en el relato histórico*. México, Siglo XXI Editores.

Rodríguez, (2013). ¿Identidad o autonomía? La autonomía relacional como pilar de la ciudadanía democrática, *AFDUAM17*.

Sousa, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: TRILCE.

Suárez y López Guazo, L. (2005). *Eugenésia y racismo en México*. UNAM, Colección Posgrado. México: 280.

TED (7 oct 2009). *Chimamanda Adichie: El peligro de la historia única* [Archivo de video]. Youtube. <https://youtu.be/D9lhs241zeg>.

Tuhiwai, L. (2016). *A descolonizar metodologías. Investigación y pueblos indígenas*. Chile: LOM Ediciones.

Washburn, J. (2009). Salud y Bioética: Exploraciones de una relación, en López de la Vieja, Ma T. (Ed.): (2009). *Ensayos sobre Bioética*, (37-57) Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Editorial Paidós.

ANÁLISIS DE LAS NARRATIVAS DE MUJERES CON FIBROMIALGIA EN UN ENTORNO VIRTUAL

Fernanda de Blas López

Estudiante de Doctorado del campo disciplinario de Bioética del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, UNAM

Liz Hamui Sutton

Académica de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM

Introducción

La medicina científico-occidental se ha convertido en el marco de referencia de explicación de la experiencia humana gracias a la capacidad que ha tenido para mostrar a los individuos cómo deben entender, regular y experimentar su cuerpo, es decir, para convertir la mirada clínica en la mirada social e intersubjetiva del cuerpo, lo cual ha permitido su incesante expansión profesional y simbólica (Foucault, 1978: 274-277).

Por su parte, Tosal (2008 :1) asegura el cuerpo es el lugar de la experiencia, ya que en las personas enfermas no existe una fragmentación artificial del “yo” en cuerpo y mente, por lo que dichas vivencias están totalmente biomedicalizadas, pues la enfermedad se concibe y se experimenta en el cuerpo en forma de signos y síntomas. Así, prosigue Tosal (2008 :1),

las enfermedades se consideran producto de una anomalía anatómica y/o funcional del cuerpo, por lo que este se convierte en el lugar de la búsqueda, de la causa y de la resolución del problema.

Hamui (2019: 40) considera que las experiencias dolorosas están íntimamente ligadas a las emociones, expectativas y juicios morales, así como a la experiencia interpersonal de los individuos, cuya existencia se sitúa en coordenadas espaciotemporales específicas y en contextos socioculturales particulares. Así, el dolor y el sufrimiento son cuestiones subjetivas, por lo que el conocimiento científico tiene dificultad para medirlas objetivamente.

Rivas (2008: 2) plantea la existencia de trastornos de salud femeninos o con sesgo de género, como es el caso de la fibromialgia (con más de un 90% de incidencia sobre el sexo femenino). No puede ignorarse que, si bien estadísticamente estamos ante enfermedades de signo o incidencia femenina, el desvalor social o trato peyorativo recibido por tal circunstancia puede constituir un supuesto de discriminación indirecta por razón de sexo.

Por lo anterior, Pujal *et al.*, (2017: 71) afirman que las personas que padecen fibromialgia sufren, además de los síntomas propios de la enfermedad, un alto grado de indefensión y estigma, esto se debe a que las características subjetivas del padecer que produce desbordan el paradigma biomédico, es decir, que, al no conocer la etiología biológica de la enfermedad, existe una controversia en cuanto a su existencia, lo cual también afecta en la forma en la que se plantea este padecimiento en las esferas socioculturales, de atención a la salud y jurídica.

Como afirma Rivera (2006: 55), se considera que el padecimiento de fibromialgia es un problema de salud pública debido a la alta prevalencia de la enfermedad en la población general adulta además, el insuficiente conocimiento de las causas y los mecanismos que la producen, la ausencia de tratamiento curativo, así como la insatisfacción de las personas que la padecen, suponen la necesidad de visibilizar e investigar dicha patología con el objetivo de buscar un tratamiento más integral, así como mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

Para Guzmán-Silahua *et al.*, (2018: 62) el término *fibromialgia* se utiliza para denominar:

A un conjunto de signos y síntomas encabezados por un dolor generalizado sin motivo aparente, es decir, no existe causa aparente como daño anatómico o inflamación visible del área, a este dolor generalizado pueden agregarse algunos signos y síntomas como depresión, ansiedad, trastornos del sueño, fatiga crónica, síntomas gástricos, entre otros.

Guzmán-Silahua *et al.* (2018: 64) manifiestan que para las personas que padecen fibromialgia, el dolor es el "síntoma cardinal de la enfermedad", el cual es por lo general de tipo muscular profundo, intenso, palpitante, quemante y persistente, este puede afectar cualquier parte del cuerpo y llega a ser discapacitante. Este síntoma puede ser progresivo, es decir, se desarrolla lentamente a lo largo de los años o puede aparecer de forma aguda como crisis dolorosas.

En una nota periodística de Coronel (2020), se retoman datos de México, afirmando que la fibromialgia afecta al menos a 2% de la población general, con predominio en las mujeres (hasta del 90%), con una relación de 9 mujeres por cada hombre que padece la enfermedad. Prosigue diciendo que:

Se presenta en personas de todas las edades, incluida la infancia. Llega a ser incapacitante para el ámbito laboral, realizar las actividades más básicas del hogar e incluso las relacionadas con el autocuidado, afectando el desarrollo personal, proyectos de vida, la autonomía económica, la vida social y la esfera familiar.

Hamui (2019: 43) propone el término "trastorno" como un concepto flexible, abierto y articulado a la preconfiguración, configuración y reconfiguración de la historia inacabada del sujeto, en estrecha relación con su identidad narrativa, su condición y su contexto.

Así, podemos definir a la fibromialgia como un trastorno que afecta todas las esferas de la vida de las mujeres que la padecen, pero que en el plano biomédico no se reconocen aún las causas ni razones por las cuales este aparece.

El carácter controversial de la fibromialgia se ve amplificado por el hecho de que no existen explicaciones claras de las causas del trastorno. El Colegio Estadounidense de Reumatología (2019) afirma que la fibromialgia es una enfermedad neurológica crónica, y que están más expuestas a padecer fibromialgia las personas que sufren alguna enfermedad reumática (un problema de salud que afecta las articulaciones, los músculos y los huesos).

Esas enfermedades pueden ser artrosis, lupus, artritis reumatoide o espondilitis anquilosante. Además, se han encontrado posibles desencadenantes de la afección que incluyen una herida, una infección viral, dar a luz, tener una operación, la ruptura de una relación, estar en una relación abusiva, la muerte de un ser querido, entre otros (NHS UK, 2019). Sin embargo, como afirma Barker (2006: 6), en muchos casos los síntomas se materializan de manera inexplicable. Existen hipótesis contrapuestas sobre la patogénesis subyacente del trastorno, pero siguen siendo especulativas y provisionales.

Además de no haber una etiología clara de la enfermedad, tampoco existen pruebas clínicas o marcadores biológicos para diagnosticar la fibromialgia. Sin embargo, existen criterios de diagnóstico que en la actualidad son utilizados por los profesionales de la salud para identificar y diagnosticar clínicamente a los pacientes (Coronel, 2020). Dichos criterios diagnósticos fueron descritos por el Colegio Americano de Reumatología y se centran en la exploración de 18 puntos específicos del cuerpo con una presión moderada en sitios determinados, en dicha exploración se debe presentar dolor en al menos 11 de los 18 puntos, además de presentar el síntoma de dolor generalizado (Klippel, 2000: 223).

Si bien el conocimiento biomédico no tiene claras las razones ni las herramientas suficientes para diagnosticar objetivamente la fibromialgia, esta enfermedad tampoco tiene cura, por lo que los tratamientos son en su mayoría paliativos, es decir, buscan disminuir el dolor, mejorar el sueño y restaurar el estado físico, emocional y la función mental, mejorando así la calidad de vida en general (Guzmán-Silahueta *et al.*, 2018: 66).

Dada la falta de entendimiento del trastorno explicado en los párrafos anteriores, Tasa-Vinyals *et al.* (2015: 22) afirman que dicho vacío epistémico constituye un sesgo de género en medicina, específicamente en la investigación médica. Así, la fibromialgia carece de explicaciones etiológicas, diagnósticas y de tratamiento, en parte por la falta de investigación que todas las enfermedades feminizantes enfrentan gracias a dicho sesgo por género. Por lo anterior no resulta difícil plantear que probablemente existan razones orgánicas por las cuales estas mujeres inician con los síntomas, pero dada la falta de investigación, estas aún se desconocen.

Por todo lo explicado anteriormente, dentro de la comunidad biomédica no existe una respuesta clara ante la pregunta: "¿La fibromialgia es real o no?", dicha controversia se ve amplificada por la insuficiencia del conocimiento

médico para conocer las causas de la fibromialgia, junto con su patogénesis y tratamiento mal especificados. Dicha cuestión, como afirma Barker (2006:6) está llena de supuestos culturales que influyen profundamente a la institución biomédica. Así, los profesionales de la salud y los investigadores médicos se dividen entre dos grandes grupos, quienes creen que existe un componente orgánico subyacente a la fibromialgia y los que no. Es justo en esta línea divisoria entre estas dos posturas donde los debates más controvertidos acerca de la enfermedad tienen cabida. Lo que se expone a continuación es el análisis de posturas feministas que plantean la importancia de incluir al debate de la fibromialgia el componente de género, independientemente de las razones etiológicas que desencadenan la enfermedad, con el objetivo de comprender que la forma en la que se crea conocimiento y se atiende a la población desde la biomedicina está condicionado por los modelos culturales androcéntricos propios de nuestra sociedad.

Feminización de la fibromialgia

Del Monaco (2015: 83) explica que tomando en cuenta las posturas teóricas feministas acerca de las enfermedades dolorosas, se distinguen estudios desde los cuales se aborda la relación entre los cuerpos y la fibromialgia como proceso que involucra un modo de padecer. Estos se centran en analizar la forma en la que distintas instituciones sociales, en especial la institución biomédica ejerce dominación, influencia y legitimidad sobre los cuerpos a partir de prácticas asistenciales, ya que, dentro de los entornos clínicos, el conocimiento biomédico certifica, categoriza, nombra y diagnostica enfermedades, teniendo en cuenta cuerpos biológicos descontextualizados y desvinculados de procesos sociales que modelan dichas prácticas y experiencias. Es decir, como afirma del Monaco (2015: 83-84):

Los cuerpos que no coinciden con lo normal pasan a formar parte de lo patológico y desconocido, aquello que, si bien tiene un estatuto, se encuentra en lo diferente.

Méndez (2021: 2) propone analizar la fibromialgia más allá de la corporalidad individual, ya que el padecer que suponen los síntomas de la enfermedad y la falta de conocimiento biomédico para su correcta atención hacen que quienes la padecen tengan ciertas experiencias que están conectadas intersubjetivamente a la desatención, violencia y sometimiento al que se ven expuestas en los entornos de atención clínica. Lo anterior busca reconocer la forma en la que las instituciones médicas ejercen poder sobre el cuerpo, pero también la vivencia de las mujeres que padecen fibromialgia.

Ante este poder ejercido sobre la corporalidad, se retoma una postura foucaultiana con el objetivo de reconocer la forma en la que la medicina busca gestionar a la sociedad a través de “dispositivos de vigilancia y control” que regulan desde una postura biologicista la vida de los individuos, excluyendo a aquellos que no se ajustan al marco referencial biomédico, como podría ser el caso de las mujeres con fibromialgia. Así, como afirma Foucault (1998: 82-83), las estructuras biomédicas producen una forma de poder sutil y controlada que se ejerce positivamente sobre la vida, que procura administrarla, aumentarla, multiplicarla, ejercer sobre ella controles precisos y regulaciones generales.

Tomando en cuenta lo anterior y mediante la creación del conocimiento médico que pretende racionalidad, objetividad y neutralidad científica, los cuerpos de las mujeres con fibromialgia se categorizan, nombran y diagnostican por instituciones biomédicas mediante una idea biologicista de la corporalidad que descontextualiza a la persona.

Lo anterior puede entenderse en nuestro país como la invisibilidad de las mujeres con fibromialgia ante el sistema de salud, a grado tal que en México se desconoce la cantidad de personas que se ven afectadas por este padecimiento. Además, en la mayoría de los casos las mujeres que padecen fibromialgia sufren discriminación social y, médica, y en lugar de recibir atención especializada, enfrentan se regación, discriminación, estigmatización y violación a sus derechos (Coronel, 2020).

Es frecuente que a las personas con fibromialgia se les recomienden tratamientos simplistas de relajación, se les acuse de fingirse enfermas, de querer llamar la atención, se les etiquete como holgazanas o perezosas e incluso se les diagnostique como pacientes con esquizofrenia, discapacidad psicosocial u otras de corte mental y se les confine en hospitales y clínicas psiquiátricas. Quienes viven con esta condición experimentan pérdida sustancial del funcionamiento físico y/o cognitivo, debido a la fatiga crónica, son incapaces de caminar y realizar sus actividades cotidianas y, en los casos más graves, las personas están confinadas a estar en cama por años (Coronel, 2020).

Así, para el análisis de la situación de incredulidad en la que la biomedicina trata a las mujeres con fibromialgia resulta imprescindible retomar las relaciones que se establecen entre las mujeres que acuden a los servicios de salud para aliviar o controlar los síntomas de la fibromialgia y los profesionales de salud que tratan a estas mujeres. Identificar y analizar los mecanismos que hacen

posible la relación entre el profesional de salud y los individuos permite ayudar en la comprensión de las formas de interacción entre estos dos, así como de los elementos de poder presentes, tomando en cuenta los factores sociales y culturales de ambos en la interacción. Menciona García (2006: 50) que las relaciones humanas están siempre mediadas por relaciones de poder, por lo que se requiere del reconocimiento de dichos lazos para que cada uno de los involucrados tome una determinada posición y aporte desde ella elementos necesarios para la solución del problema que los convoca. En el caso específico de la relación entre las mujeres con fibromialgia y los profesionales de salud, lo que se propone es la búsqueda no solo del control o alivio del sufrimiento que surge de dicho padecimiento, sino también indagar razones por las cuales se padece dicha enfermedad, la explicación de su padecimiento y hasta la legitimidad de sus síntomas ante su contexto.

Por lo anterior, Posada (2015: 118) asegura que la identificación del cuerpo con lo femenino compone una de las caras más evidentes de un discurso que lo que persigue es subyugar a las mujeres, esto es, compone una dimensión esencial de un discurso de la dominación. Pero cabe o bien reclamar ese cuerpo femenino como lugar de la resistencia o del ser otro.

Ante esto, las mujeres con fibromialgia no coinciden con la normalidad establecida desde los discursos biomédicos, por lo que la corporalidad pasa a ser lo diferente o lo patológico. Así, se plantea al cuerpo de las mujeres con fibromialgia como lo "otro" a lo que no puede dar respuesta las instituciones médicas.

Aproximaciones metodológicas a la narrativa de las mujeres con fibromialgia

Lo presentado en este capítulo es el desarrollo de un estudio que plantea una metodología cualitativa con un enfoque en la interpretación de la narrativa del padecer de las mujeres que viven con dolor y sufrimiento por fibromialgia con el objetivo de identificar la forma en la que su experiencia con la enfermedad se relaciona con la manera en la que se construye una identidad narrativa mediada por el dolor.

Las preguntas de investigación que guiaron dicho estudio fueron las siguientes: ¿Cuál es el significado del dolor y el sufrimiento en la experiencia de las mujeres con fibromialgia? Y ¿De qué manera este significado se relaciona con la forma en la que las mujeres viven con su enfermedad?

Mientras que los objetivos generales del proyecto fueron conocer el significado del sufrimiento en la experiencia de las mujeres con fibromialgia, así como analizar la manera en que el significado del sufrimiento se relaciona con la forma en la que las mujeres viven con fibromialgia. En cuanto a los objetivos específicos, estos buscaban analizar los significados de la experiencia del sufrimiento en las narrativas de mujeres con fibromialgia en su corporalidad, de la manera en la que las mujeres con fibromialgia construyen su identidad narrativa, así como el pluralismo terapéutico en los significados de la experiencia del sufrimiento en las narrativas de mujeres con fibromialgia.

Así, se retoma la aproximación cualitativa ya que es el método adecuado para estudiar aspectos como la narración de la propia experiencia de enfermar, la búsqueda de su significado y cómo influye el entorno en las conductas de salud-enfermedad (Palacios y Corral, 2010: 69).

El concepto clave para comprender estas narrativas es el de *experiencia*, ya que es ahí donde se juega la corporalidad, la identidad, el género, la memoria, la propia trayectoria de vida, el pasado, presente y futuro, la pertenencia social y las relaciones intersubjetivas (Hamui, 2016: 61).

La investigación cualitativa en salud en relación con la experiencia de la enfermedad lleva a cuestionar qué dice la narrativa sobre el padecer, qué externa la narrativa sobre la persona y cómo siente o resignifica de acuerdo con su trayecto biográfico y al contexto social en el cual se encuentra, dicha narrativa se entrelaza también con la perspectiva de género con la que se retomará la forma en la que dicha significación adquiere características propias y complejas (González, 2016: 83).

La narrativa sirve para describir y analizar constructos sociales y culturales de las personas enfermas. Da la posibilidad de aproximarse a ellos, es una alternativa que pareciera ser equivalente a otras herramientas de la investigación cualitativa, pero no lo es, requiere de un tipo de investigación peculiar y con un objetivo específico (González, 2016: 82).

Las narrativas son entendidas como los esquemas que le dan sentido a la experiencia, tanto desde el punto de vista del observador como del relator. Las narrativas son modos de pensar que ofrecen una manera de ordenar la experiencia, de construir la realidad, incluyendo las circunstancias singulares que se confunden con las expectativas compartidas y el entendimiento adquirido en la participación de una cultura peculiar (Hamui, 2011: 62).

Los discursos narrativos permiten enfocar a la persona y su particular experiencia de la enfermedad, colocar al ser humano en el centro con sus aficciones, sufrimientos y luchas en las dimensiones psicológica, física y sociocultural (Hamui, 2011: 55). La co-construcción de la narrativa en el trabajo de campo de la investigación cualitativa surge en la interacción entre el investigador y las narrativas recopiladas en un diálogo inédito, en el cuál las experiencias se ordenan y comunican, a través del lenguaje, en enunciados susceptibles de ser comprendidos (Hamui, 2016: 61).

Con frecuencia en los estudios centrados en las narrativas del padecer se retoman las trayectorias psicosociales de la enfermedad enfocadas en las biografías y su vínculo con las enfermedades (Hamui *et al.*, 2019: 2). Por lo que en el presente estudio se plantea la necesidad de retomar dichas trayectorias de la vida de las mujeres con fibromialgia y su relación con la historia de su padecer, tomando en cuenta la forma en la que se vive con este padecimiento, pero también cómo acceden a las diferentes modalidades de tratamiento.

El estudio presentado también buscaba llevar a cabo un acercamiento fenomenológico con el objetivo de realizar un análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable, así, es un paradigma que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos, por lo que busca la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno (Fuster, 2019: 202). En el caso de las mujeres con fibromialgia y su experiencia con el dolor y el sufrimiento, este paradigma sirve para comprender los significados de dicha experiencia situada en el contexto específico de estas mujeres y su relación con la forma en la que buscan controlar o paliar su dolor y sufrimiento.

Este enfoque está orientado a la descripción e interpretación de las estructuras fundamentales de la experiencia vivida, al reconocimiento del significado del valor de esta experiencia. Este método compone un acercamiento coherente y estricto al análisis de las dimensiones éticas, relacionales y prácticas propias de la experiencia cotidiana de las mujeres con dolor crónico, dificultosamente accesible, a través de los habituales enfoques de investigación (Fuster, 2019: 207).

Acerca de la forma en la que se recopiló información en el proyecto, se utilizaron entrevistas semiestructuradas. Dichas entrevistas se llevaron a cabo tomando en cuenta una guía, que es un esquema con categorías o temas que

sirven para explorar las experiencias de las participantes y los significados que les atribuyen de manera sistemática y exhaustiva, así como para mantener la recopilación de la información enfocada en los objetivos de la investigación (Rodríguez, *et al.* 2019: 2).

En las entrevistas semiestructuradas los investigadores alientan a los participantes a hablar sobre temas pertinentes a la pregunta de investigación haciendo preguntas abiertas en encuentros individuales. El entrevistador puede volver a redactar, reordenar o aclarar las preguntas para investigar más a fondo los temas presentados por la entrevistada. En la investigación de salud cualitativa, las entrevistas semiestructuradas se utilizan a menudo para estudiar las experiencias y los significados de la enfermedad y para explorar temas personales y sensibles como es el caso de la experiencia de dolor y sufrimiento de las mujeres con fibromialgia y la manera en la que estas mujeres acceden a los diferentes tipos de atención (Tong *et al.*, 2007: 351).

En esta investigación, la recopilación de la información fue orientada a recopilar las historias del padecer, las cuales, según Hamui *et al.* (2019: 2) giran en torno al siguiente esquema: Una situación inicial donde interrumpe la enfermedad, un nudo conflictivo que provoca acciones para resolver la problemática, y la búsqueda de la restitución del estado preliminar de salud, o en el caso de las mujeres con fibromialgia, el control y afrontamiento del padecer. Sin embargo, estos elementos de crisis, adaptación, control y desenlace no son tan lineales, pues depende del comportamiento biológico de la enfermedad y del contexto intersubjetivo en el que se sitúa, de las emociones involucradas, de los valores y creencias asociados a los sucesos, los significados otorgados a dichas experiencias, entre otros factores. En el caso de las mujeres con fibromialgia, comprender dichos elementos es imprescindible en el estudio, ya que las características propias del padecer (brotes o crisis dolorosas), así como los factores intersubjetivos (sociales, culturales, económicos, espirituales, etc.) y la atención desde el paradigma biomédico, pero también desde los llamados tratamientos alternativos o complementarios, se entrelazan en la vida del paciente y dan como resultado el control o descuido de la enfermedad.

Así, las narrativas obtenidas buscan describir los patrones narrativos de las mujeres con fibromialgia a través del tiempo en diferentes momentos. Por lo que lo obtenido serán las historias de vida, las cuales son un tipo de relato que se enfoca en la vida cotidiana, y consta de un conjunto de historias que se cuentan de varias maneras en un largo período de tiempo y que están sujetas

a revisión y al cambio. La coherencia se crea a partir de la sensación interna y subjetiva de tener una historia propia que organiza nuestro entendimiento de la vida pasada, de la situación actual y del futuro imaginado, de ahí que las historias de vida sean tan importantes en la formación y expresión de la identidad personal (Hamui, 2011: 59), pero que también nos permitan conocer la forma en la que el dolor y sufrimiento por fibromialgia se vuelve parte de esta misma identidad. Aunado a lo anterior, y retomando los objetivos de esta investigación, la historia de vida nos dará la posibilidad de reconocer la forma en la que las mujeres con fibromialgia se relacionan con la pluralidad terapéutica a la que tienen alcance y reconocer los aspectos éticos de dichas interacciones, con la finalidad de dar una pauta bioética al cuidado de la fibromialgia en nuestro país.

En el proceso analítico de las narrativas de las mujeres con fibromialgia se plantean dos problemáticas metodológicas que se describen a continuación. El primero de ellos es el uso de la virtualidad, desde la forma en la que se obtienen las narrativas en el trabajo de campo hasta el papel que juegan los entornos virtuales en la experiencia de estas mujeres con su enfermedad y las implicaciones de dichos ambientes en la legitimidad, búsqueda de apoyo y bienestar de las enfermas con fibromialgia. Por otro lado, la co-construcción de la identidad narrativa de las mujeres con fibromialgia supuso un reto ya que uno de los objetivos en la investigación era conocer la forma en la que ellas reconfiguran su identidad posterior al diagnóstico, por lo que dentro de las preguntas analíticas se tuvo que indagar más allá de lo expresado en las entrevistas realizadas y recurrir al intertexto con el objetivo de indagar la trayectoria de la enfermedad más allá de los datos clínicos o sintomáticos de su experiencia y reconocer las implicaciones psicológicas, emocionales y sociales a las que estas mujeres se enfrentaron en su proceso de padecimiento.

Uso de la virtualidad

Uno de los puntos más importantes en la investigación cualitativa es la forma en la que se obtiene y recopila la información de las participantes del estudio, que en este caso son las mujeres que padecen dolor y sufrimiento por fibromialgia.

Tomando en cuenta los elementos de la población a estudiar, es importante recalcar que afortunadamente en nuestro país cada vez se crean más organizaciones de mujeres con fibromialgia que son heterogéneas y ajenas a la organización de la atención médica, por lo anterior esta enfermedad es más visible en la sociedad y cada vez hay más presencia en las esferas sociales, políticas y sanitarias.

La forma en la que se contactó a las mujeres con fibromialgia fue mediante dos grupos de Facebook:

1. Grupo de apoyo a pacientes con fibromialgia: Grupo público con 4326 miembros, idioma español. Este grupo fue formado hace 12 años por mujeres mexicanas que sufren fibromialgia y en la actualidad hay miembros de México y Latinoamérica. En promedio hay 16 publicaciones nuevas al mes.
2. Fibromialgia en México: Grupo privado con 4842 miembros, idioma español. Este grupo fue creado hace 9 años por mujeres mexicanas que sufren fibromialgia y en la actualidad hay miembros de México en su mayoría, así como profesionales de la salud y terapeutas complementarios que ofrecen información de la enfermedad. En promedio hay 216 publicaciones nuevas al mes

Se envió un mensaje privado a los administradores de dichos grupos con el objetivo de explicar el proyecto de investigación y la posibilidad de que dentro de estos grupos se hiciera divulgación de información del proyecto entre las integrantes de estos grupos para que aquellas mujeres interesadas en participar en las entrevistas se acercaran a la investigadora.

Al tener este primer contacto con las posibles participantes del estudio se llevó a cabo una elección de las entrevistadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el proyecto de investigación que fueron los siguientes:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Mujeres adultas con diagnóstico de fibromialgia	No querer participar en el proyecto de investigación
Tener 5 o más años con el diagnóstico de fibromialgia	No haber llevado a cabo ningún tipo de tratamiento o atención para aliviar o controlar su dolor
Tener sintomatología de dolor	Imposibilidad de expresarse verbalmente
Ser mexicana	
Hablar idioma español	
Tener acceso a un dispositivo electrónico e internet para llevar a cabo la entrevista de manera remota	
Posibilidad de reunirse con la investigadora de manera remota al menos una vez por un lapso de 1 a 2 horas	

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

Así, se realizaron 10 entrevistas con mujeres con fibromialgia, de las cuales solo se retomaron 8 para su transcripción y codificación. Estas entrevistas fueron realizadas por medio de Zoom, lo cual le dio la oportunidad tanto a las investigadoras como a las entrevistadas de llevar a cabo una plática en un ambiente cómodo, adecuado y respetando las medidas de sanidad que existían en ese momento en nuestro país. Además, esta herramienta nos dio la oportunidad de grabar audio y video de todas las entrevistas, lo cual facilita el proceso de transcripción y codificación.

Como plantean Hernán-García *et al.* (2021: 298-299) las medidas de distanciamiento social y el confinamiento en los hogares propias de la pandemia que vivimos desde el año 2020 a causa de la Covid-19 han modificado sustancialmente el campo social normalizado al que siempre habíamos estado habituados, lo cual nos está llevando a aprender a trabajar de manera remota y autónoma.

Existen numerosas herramientas y fuentes de datos para poder investigar en contextos de confinamiento que permiten disponer y explorar narrativas alusivas a fenómenos relacionados con la salud y las opiniones, percepciones o descripciones de formas de vida de las personas o de las comunidades, que pueden estudiarse utilizando la investigación en línea y las herramientas de Internet y las redes sociales para la investigación cualitativa (Hernán-García *et al.*, 2021: 299).

Para desarrollar un proceso de este tipo, alternativo al convencional, es necesario reflexionar sobre el rigor, los procedimientos más adecuados y los elementos éticos necesarios para desarrollar una investigación en un contexto como el actual (Hernán-García *et al.*, 2021: 299).

Así, en el estudio se plantea a la virtualidad como un elemento imprescindible para realizar el primer contacto con las entrevistadas, así como para la recopilación de la información por medio de las entrevistas semiestructuradas que se llevaron a cabo. Pero este uso de la virtualidad no solo está presente en la forma en la que el proyecto se llevó a cabo, sino también en la vida cotidiana de las mujeres que padecen fibromialgia, prueba de ello es lo que comenta Diana acerca de su experiencia con las redes sociales:

Diana: después de una de mis crisis busqué en Facebook, dije pues —¿habrá más personas que sientan lo que yo? — entonces yo quería escuchar de alguien más que sintiera lo que yo, porque pues no es muy común encontrar personas, al menos donde yo vivo, que sepan que tengan el diagnóstico porque habrá personas a las que les duela, pero no saben qué tienen. Aquí yo era la única y decía — pues sí, a lo mejor sí es mi cabeza— entonces busqué grupos en Facebook... entro al grupo y me doy cuenta de que hay miles de personas, con los mismos síntomas, peores que los míos también. Hay peores síntomas que los míos, menores también, y me sentía bien porque al momento de darles un consejo o de recibir un consejo de ellos, ya no me asustaba tanto... Entonces creo que eso fue una parte muy buena porque me sentí identificada, me sentí como en una comunidad en donde hay más personas así y te sientes como en confianza de que no te van a decir —¡Ay! No, es tu cabeza— sabes que sí puedes hablar con ellos y ellos contigo.

Así, podemos reconocer que la interacción en redes sociales y el uso de herramientas de la virtualidad ofrecen a las mujeres con fibromialgia efectos positivos en su experiencia con la enfermedad por la interacción que se puede dar en estos contextos ya que logra que estas mujeres se sientan identificadas con otras personas sin importar edad, género o lugar de residencia y generan una sensación de confianza que difícilmente se logra en otros contextos tanto privados como en la atención a la salud.

Acerca de lo anterior, es importante reconocer el papel que juegan los entornos virtuales en la experiencia de las mujeres con fibromialgia, ya que es aquí donde, por medio de redes sociales, reuniones en plataformas virtuales, llamadas telefónicas y hasta entrevistas como las llevadas a cabo en esta investigación, estas mujeres buscan apoyo, opciones de tratamiento y atención, pero también legitimidad de su padecimiento.

Como afirma Florencia (2021: 50-51) en un estudio realizado a mujeres con fibromialgia en una provincia de Argentina, se encontró que, en relación con el tipo de apoyo recibido por parte de las redes sociales, el “apoyo afectivo” aparece en un 76.6% de las respuestas totales, lo cual podría constituirse como un dato significativo, ya que la mayoría de las personas reciben de una u otra manera expresiones de afecto que mejoran su experiencia cotidiana con la vivencia de la enfermedad.

Estos datos son consecuentes con lo encontrado en las narrativas de las mujeres entrevistadas en esta investigación, pero también se reconoció que, sobre todo en el uso de redes sociales como los grupos de Facebook, el objetivo de las mujeres que se acercan a estos entornos es legitimar sus síntomas y su padecimiento gracias a la experiencia de las demás personas con la misma enfermedad, esto genera en ellas una sensación de alivio y bienestar ya que reconocen que sus síntomas son consecuentes con su diagnóstico.

Pero no todas las experiencias con la virtualidad son positivas, algunas mujeres entrevistadas afirmaron que en ocasiones las experiencias narradas en las redes sociales son muy negativas y pueden generar una sensación de desconfianza y aprensión acerca de la forma en la que su enfermedad se irá desarrollando, ante esto, una de las entrevistadas comenta:

Saraí: Y también sigo al grupo de este... ¡Ay! es que no recuerdo cómo se llama... "La cadena de fibromialgia" se llama, creo... No tengo mucha interacción con él, sobre todo leo, a veces, cuando publican los artículos. La verdad es que... este, no sé. No me gusta como que leer mucho las experiencias, porque es como que vuelvo a recordar yo y es como si me predispusiera y "ahora a lo mejor me voy [sic] a pasar eso porque ella lo tiene"...

Otro punto negativo al que se enfrentan las mujeres con fibromialgia en los entornos virtuales es la gran cantidad de tratamientos que se les ofrecen, algunos de ellos con promesas de "curar" la enfermedad o controlar los síntomas en su totalidad. Ante esto, no hay una normativa o regulación acerca de la publicidad y comercialización de dichos "tratamientos milagro" en las redes sociales, por lo que las mujeres que interactúan con este tipo de contenido pueden caer en el uso de sustancias que más que ayudar a disminuir sus síntomas puedan empeorar su situación de salud, pero también anímica y económica.

Por lo expuesto anteriormente, es importante reconocer a los entornos virtuales como un lugar común en la que las mujeres con fibromialgia interactúan, buscan apoyo y contención, expresan sus experiencias y ayudan a personas que comparten su diagnóstico, por lo que dentro de los estudios del padecer de este tipo de enfermedades se deben tomar en cuenta las implicaciones que la virtualidad tiene en la vida de estas personas y la forma en la que esto afecta su realidad, ya que sus esferas emocionales, psicológicas, sociales y económicas se pueden ver afectadas de manera positiva o negativa gracias a dicha interacción.

Construcción de la identidad narrativa de las mujeres con fibromialgia

Otro aspecto que llamó la atención en el análisis de las narrativas de las mujeres con fibromialgia fue la forma en la que ellas forman su identidad como enfermas, ya que buscan adaptarse a la normalidad establecida por el discurso biomédico, por lo que estas mujeres se someten a procesos de patologización y medicalización que se aplican en las instituciones biomédicas de manera descontextualizada.

Los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales convergen en la vida de las mujeres que sufren fibromialgia. Por esta intersubjetividad de dimensiones es que cada fenómeno doloroso es subjetivo y su significado e interpretación son diferentes.

El cuerpo que duele es un individuo constituido por el mundo que lo rodea, lo influye y es influenciado por él en todo momento. Tiene características únicas que, sin atención, pueden limitar la intervención terapéutica. Visto desde esta perspectiva, el padecer, cuando ocurre, llama la atención del individuo hacia la parte afectada de su cuerpo y puede controlarlo como ninguna otra experiencia corporal (Lima *et al.*, 2014: 7).

Lima (*et al.*, 2014: 8) han explicado esto como que, en el proceso de enfermarse, la fibromialgia se entiende como una forma de *estar en el mundo*, que no necesariamente se limita a una zona corporal determinada. Afecta al individuo como un todo ya que capta su atención, causa sufrimiento, limita su funcionalidad, cambia su rol en la familia y su situación laboral. Por ende, disminuye su calidad de vida.

Para Bruner y Turner (1986: 141) en el proceso médico la temporalidad se vuelve una herramienta, pues el pasado hace posible la reconstrucción del padecer y, por tanto, el posible diagnóstico. El presente se entiende como la necesidad de un tratamiento que alivie el padecer, mientras que el futuro se visualiza por medio del pronóstico y su posible curación. En las mujeres con fibromialgia ese futuro imaginado se concibe como el control de la enfermedad y disminución de su sintomatología, pero sin llegar a una curación.

La cronicidad puede hacer que estas mujeres fusionen sus identidades con los diagnósticos. De tal manera que la atención a la salud se convierte en un

aspecto que utilizan para reformular su nueva identidad, ya que el sufrimiento que experimentan conduce a un desmoronamiento de las características propias de la personalidad. Por otra parte, se puede entender que los enfermos crónicos intentan formar sus nuevas identidades de acuerdo con el tipo y grado de su dolor, los significados que se le atribuyen socialmente a su enfermedad y sus propias expectativas de sí mismos (Honkasalo, 2001: 320-322).

Así, la identidad adquiere gran importancia ya que esta noción de sí mismo tiene una dimensión temporal. Si nos basamos en las características mencionadas arriba, entonces caeremos en la cuenta de que también tiene una dimensión lingüística gracias al relato, por lo que esta fusión tiempo-relato se convierte en una historia contada (Ricoeur, 2004: 341-344). Desde que las mujeres son diagnosticadas, estas llevan a cabo un proceso para crear su nueva identidad. Primero buscan significados sociales y culturales dados a su padecimiento y la vinculación de esta información con experiencias pasadas. Después relacionan dichas experiencias con el presente con el objetivo de reconfigurar su identidad y promoverla hacia el futuro.

En las entrevistas realizadas a las mujeres con fibromialgia pudimos constatar cómo las mujeres llevan a cabo este proceso de preconfiguración, configuración y reconfiguración planteado por Ricoeur (2004: 344) desde el inicio de sus síntomas, pasando por el proceso diagnóstico y el entendimiento de esta enfermedad hasta la búsqueda (o no) de controlar su sintomatología.

En etapas iniciales de diagnóstico y procesamiento de su condición, las habilidades relacionales de las mujeres con fibromialgia pueden verse afectadas, incluso con las personas conocidas, ya que estas tienden a hacer comparaciones entre la situación actual y la que tenía antes del padecimiento (Goffman, 2006: 44-45).

Pero dichas interpretaciones culturales no solo afectan la manera en la que el individuo vive con ese padecimiento y el significado que este le da a su dolor, también están presentes en los profesionales de la salud, por lo que la relación clínica se verá influenciada por estos significados (Geertz, 1991: 32-35). Es también en esta relación entre el paciente y el clínico donde el conocimiento obtenido de las experiencias previas de ambos se pone en práctica: se da a través del lenguaje y la interacción (Berger y Luckman, 2001: 34-36).

Así, las mujeres tienden a estructurar las narrativas acerca de su padecer en torno a las experiencias que estas han tenido en los espacios biomédicos, en los cuales la falta de explicación de sus síntomas, la incredulidad de los profesionales de la salud y la larga espera para obtener un diagnóstico configuran una identidad centrada en la fibromialgia, la cual, además de afectar la corporalidad de estas mujeres, también afecta la manera en la que buscan terapéuticas para controlar sus síntomas.

Ahora bien, el discurso biomédico tiene un carácter performativo de la salud, que no solo afecta a lo narrativo, sino a la propia salud, incluyendo y excluyendo tanto posibilidades explicativas como posibilidades de recuperación del bienestar. En este sentido, el discurso biomédico tiene efectos somáticos, al entender que la salud es, sobre todo, efecto de características orgánicas sobre las que actúa exclusivamente (Pujal y Mora, 2017: 160-161).

Una postura más amplia acerca de la atención a las mujeres con fibromialgia busca reconocer que la forma en la que ellas interpretan y viven con su dolor sugiere que muchas veces hay un alto nivel de conciencia involucrado en la decisión que toman para tratar su dolor o no hacerlo, por medio de la pluralidad terapéutica con la que se enfrentan, dicha pluralidad terapéutica es entendida como la diversidad de modelos, culturas, tradiciones médicas, es decir, las diferentes formas de entender la salud y la enfermedad, así como de diagnosticarla y tratarla (Perdiguero, 2006: 33).

Lo que aquí se propone no es jerarquizar la atención biomédica como el tratamiento con mayor valor dentro de las opciones terapéuticas de las mujeres con fibromialgia, pero se plantean distintas formas de acercamiento que los profesionales de la salud dentro de la biomedicina podrían incluir al tratar a estas mujeres con la finalidad de ampliar el entendimiento de este trastorno y dar una visión más global del padecer que supone en la vida de las mujeres que lo experimentan.

Conclusión

Retomando los dos aspectos desarrollados en este trabajo se puede concluir, en primer lugar, que la virtualidad es en la actualidad una de las maneras más sencillas, económicas y prácticas de llevar a cabo la recopilación de la información

en la investigación cualitativa, ya que nos proporciona la oportunidad de realizar encuentros con medidas adecuadas de sanidad dadas las disposiciones actuales de la pandemia o simplemente para incluir en los proyectos a personas que se encuentran lejos de los investigadores.

Si bien estas herramientas digitales como Zoom nos proporcionan una gran cantidad de beneficios al momento de realizar la recopilación de las narrativas, como afirma Retamal [s/f: 1] dicha obtención requiere ciertos ajustes metodológicos.

Así, Retamal (s/f: 4-5) propone algunas recomendaciones para planificar y utilizar plataformas virtuales con el objetivo de que las entrevistas a distancia se aproximen a las condiciones de la presencialidad:

En primer lugar, los investigadores deben estar debidamente capacitados sobre cómo funcionan las principales plataformas y aplicaciones de videoconferencias, así como diseñar "rutinas de contingencia" con el objetivo de que, si se presenta algún desfase entre la imagen o el audio o interrupciones de la conectividad, estas se puedan recuperar con el mínimo de trastornos posibles. Además, es importante llevar a cabo un contacto previo a la entrevista con el participante, ya sea a través de correo electrónico, teléfono o videoconferencia, con el objetivo de explicar de manera breve el funcionamiento de la plataforma o aplicación en la que se realizará la entrevista, así como llevar a cabo el proceso del consentimiento informado y acordar el lugar y tiempo en el que se llevará a cabo la entrevista. Por último, se sugiere acordar con el participante alternativas de reprogramación de la entrevista si ocurrieran problemas mayores de conectividad o surgieran circunstancias que hacen imposible continuar con la entrevista.

En cuanto al papel que juega la virtualidad en la vida de las mujeres con fibromialgia se puede concluir que la inclusión de esta dimensión en el estudio del padecer de estas mujeres sugiere indagar en un entorno que en la actualidad adquiere más relevancia en la experiencia de estas personas, sobre todo en la forma en la que se relacionan con su diagnóstico, la legitimidad que encuentran acerca de su padecer y su sufrimiento, pero también de la forma en la que se acercan a la pluralidad terapéutica, a la decisión que toman para tratar o no sus síntomas, y a la posibilidad de ayudar a otras personas con la experiencia que han tenido con la enfermedad.

Acerca de la forma en la que las mujeres reconfiguran su identidad y la estructuran para dar coherencia a una narrativa de su padecer se puede concluir que uno de los grandes hallazgos de la investigación realizada fue descubrir la gran claridad con la que la mayoría de las mujeres narra su trayectoria con esta enfermedad.

Dentro de la guía de entrevistas realizada para llevar a cabo las reuniones se planteó que se fuera co-construyendo la trayectoria de la enfermedad de las mujeres con fibromialgia tomando en cuenta la temporalidad, iniciando desde la niñez y juventud, pasando por los primeros síntomas, el proceso diagnóstico y su vivencia como mujeres con fibromialgia y su relación con las diferentes opciones terapéuticas que ellas llevan a cabo. Si bien esa era la ruta planteada desde un inicio, al llevar a cabo las entrevistas, todas las mujeres buscaban seguir este orden al narrar sus experiencias, sobre todo al iniciar con la trayectoria centrada en la enfermedad.

Es posible que estas mujeres tengan un discurso estructurado acerca de sus síntomas, sus intervenciones médicas y los tratamientos que llevan a cabo gracias a que estas tienden a pasar por gran cantidad de consultas con diferentes profesionales de la salud con el objetivo de encontrar un diagnóstico y tratamiento.

Lo anterior ya ha sido descrito por Choy (*et al.*, 2010: 1) quienes afirman que los individuos esperaron en promedio casi un año después de experimentar los síntomas antes de acudir a un médico, y les llevó un promedio de 2 a 3 años recibir un diagnóstico de fibromialgia, además, visitaron de 3 a 7 médicos diferentes para obtener un diagnóstico. También calificaron recibir un diagnóstico como algo difícil y tuvieron problemas para comunicar sus síntomas a los distintos médicos.

Si bien dentro de la investigación esto supuso un beneficio al realizar las entrevistas, ya que todas ellas tenían una estructura temporal y había claridad en la forma en la que estas mujeres viven con sus síntomas, es importante recalcar que la mayoría de ellas se centraban en los aspectos biológicos y clínicos de su experiencia, llegando a parecer que más que una entrevista, estas mujeres estaban en una consulta médica llenando su historial clínico.

Por lo anterior, uno de los retos más importantes al interactuar con estas mujeres fue buscar más allá de los hechos narrados e indagar sobre la manera en la que estas experimentan los síntomas en su cuerpo, las repercusiones

psicológicas y emocionales y la forma en la que interactúan con su entorno. Para esto fue imprescindible que la guía de entrevistas planteada se enfocara en la experiencia subjetiva de su trayectoria con la enfermedad. Para la creación de dicha guía se retomaron las dimensiones del estudio planteadas desde los objetivos de investigación, las cuales eran corporalidad, identidad narrativa y pluralidad terapéutica.

Para obtener estas narraciones que se alejaran de la objetividad del discurso biomédico se plantearon preguntas que exploraban los intereses personales, anhelos, preocupaciones, alegrías y gustos de las mujeres, así como su relación con su corporalidad y las personas con las que se relacionaban antes de tener los síntomas de fibromialgia y, a lo largo de la entrevista se retomaban estos factores para reconocer cómo iban cambiando al aparecer los síntomas, el diagnóstico y los diferentes tratamientos que llevan a cabo para controlar la enfermedad.

En conclusión, un adecuado planteamiento de los objetivos y preguntas de investigación puede favorecer que en los estudios cualitativos exista un hilo conductor que le dé coherencia al proyecto en su totalidad, ya que las dimensiones planteadas generan las preguntas que se realizarán a los participantes del proyecto, pero también a las preguntas analíticas desde las cuales se retomaran las narrativas obtenidas.

Referencias

- Barker, K. (2005). *The Fibromyalgia Story*. Estados Unidos: Temple University Press.
- Berger, P. y Luckman, T. (2001). *Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana*. En *La construcción social de la realidad* (34-62). Argentina: Amorrortu.
- Bruner, E. y Turner, V. (1986). *The Antopology of Experience*. En: *Ethnography as narrative*. (139-155). USA: University of Illinois: Library of Congress Cataloging.
- Colegio Estadounidense de Reumatología (2019). Fibromialgia, octubre 4, 2021, de Colegio Estadounidense de Reumatología Sitio web: <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Fibromialgia>.

Choy, E. et al. (2010). A patient survey of the impact of fibromyalgia and the journey to diagnosis. En: *BMC Health Services Research*, 10: 1-9.

Coronel, J. (2020). Fibromialgia: un padecimiento "invisible". mayo 15, 2021, de MEXICO_SOCIAL Sitio web: <https://www.mexicosocial.org/fibromialgia-un-padecimiento-invisible/>.

Del Monaco, R. (2015). Cuerpos y emociones en procesos de salud, dolor y enfermedad. En *Los estudios sociales sobre cuerpos y emociones en Argentina: un estado del arte* (83-104). Argentina: Estudios Sociológicos Editora.

Florencia, M. (2021). *Presencia de redes sociales y de apoyo en pacientes con Fibromialgia*. Argentina: Universidad Católica Argentina.

Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad I*. La Voluntad de Saber. España: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (1978). *El Nacimiento de la Clínica: Una Arqueología a la Mirada Médica*. España: Siglo XXI Editores.

Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: *Método fenomenológico hermenéutico*. *Propósitos y Representaciones*, 7: 201-229.

Geertz, C. (1991). La interpretación de la cultura. En *Descripción densa*. (19-40). México: Mc Graw Hill.

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Argentina: Amorrortu. 1-172

Guzmán-Silahua, S. et al. (2018). *Fibromialgia*. *El Residente*, 13: 62-67.

González, J. (2016). La narrativa en el proceso de investigación y su alcance en el ámbito clínico. *Revista CONAMED*, 21: 81-84.

Hamui, L., Vargas, B., Fuentes, L., González, J., Loza, T. y Paulo, A. (2019). *Narrativas del Padecer: Aproximaciones teórico-metodológicas*. México: Manual Moderno.

Hamui, L. (2019). La noción de "trastorno": entre la enfermedad y el padecimiento, una mirada desde las ciencias sociales, *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, vol. 62, núm. 5, 2019: 39-47.

Hamui, L. (2016). ¿Cómo analizar las narrativas del padecer?: construcción de una propuesta teórico-metodológica. *CONAMED*, 21: 60-65.

Hamui, L. (2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Cuicuilco*, 18: 51-70.

Hernán-García, M., Lineros-González, C. y Ruiz-Azarola, A. (2021). Cómo adaptar una investigación cualitativa a contextos de confinamiento. *Gaceta Sanitaria*, 35(3): 298-301.

Honkasalo, M-L. (2001). Vicissitudes of pain and suffering: Chronic pain and liminality. *Medical Anthropology*, 19: 319-353.

Klippel, J. (Ed). (2000). *Principios de las enfermedades reumáticas*. Tomo II. Atlanta: Arthritis Foundation.

Le Breton, D. (1995). Lo inaprehensible del cuerpo. En: *Antropología del cuerpo y modernidad* (13-27). Argentina: Nueva Visión.

Lima, D., Pereira, V. y Ribeiro, E. (2014). The phenomenological-existential comprehension of chronic pain: going beyond the standing healthcare models. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 9: 1-10.

Méndez, D. (2021). "Estados mórbidos" Un análisis necropolítico de la fibromialgia en las sociedades contemporáneas. *Oxímora Revista internacional de ética y política*, 19: 1-18.

NHS UK. (2019). Causes -Fibromyalgia. octubre 5, 2021, de *National Health Service of United Kingdom*. Sitio web: <https://www.nhs.uk/conditions/fibromyalgia/causes/>.

Palacios, D. y Liria C. (2010). Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enferm Intensiva*, 21: 68-73.

Perdiguero, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. En Fernández Juárez, Gerardo (Coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (33-50). Quito: Abya Yala.

Posada, L. (2015). Las mujeres son cuerpo: reflexiones feministas. *Investigaciones Feministas*, 6: 108-121

Pujal, M., Mora-Malo, E. y Schöngut-Grollmus, N. (2017). Fibromialgia, desigualdad social y género. Estudio cualitativo sobre transformación del malestar corporal en malestar psicosocial. *Duazary*, 14: 70-78.

Pujal, M. y Mora, E. (2017). Contextualizar la vulnerabilidad: el diagnóstico psicosocial de género. El caso de la fibromialgia. En: *Compartir experiencias*,

combatir el dolor. Una visión de la fibromialgia desde el ámbito bio-psico-social (159-188). España: URV.

Retamal, R. (s/f). Entrevista Cualitativa mediante videoconferencia: características y recomendaciones. *Apuntes MIDEUC*, 1: 1-5

Ricoeur (2000). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. *Revista Análisis*, 25: 189-207.

Ricoeur, P. (2004). Configuración del tiempo en el relato histórico. En *Tiempo y Narración*. (341-344). México: Editores Siglo XXI.

Rivas, P. (2008). *El factor del género en la salud y en su protección: el caso de la fibromialgia*. *Fundación FF*, 1: 1-5.

Rivera, J. et al. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatol Clin*, 2: 55-66.

Rodríguez, I., Abarca, E., Herskovic, V. y Campos M. (2019). Living with chronic pain: A qualitative study of the daily life of older people with chronic pain in Chile. *Pain Research and Management*, 2019: 1-9.

Sanabria, J. y Gers, M. (2018). Implicaciones del dolor crónico en la calidad de vida de mujeres con fibromialgia. *Psicol. estud.*, 23: 81-91.

Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M. y Raich-Escursell, R. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 1, (113): 14-25.

Tong, A., Sainsbury, P. y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19: 349-357.

Tosal, B. (2008). El cuerpo como excusa. El diagnóstico de la fibromialgia en una consulta de reumatología. *Index Enferm*, 17: 1-7.

Tosal, B. (2007). Síndromes en femenino. El discurso médico sobre la fibromialgia. *Feminismo/s*, 10: 79-91.

*Desafíos metodológicos en el análisis
interpretativo de las narrativas,*

Editado por la Facultad de Medicina,
se terminó el 7 de julio de 2023.

Para su composición se utilizaron los tipos Century Gothic.
El cuidado de la edición estuvo a cargo de Érika Maya Vargas.

El abordaje teórico-metodológico de las narrativas en el campo de la salud constituye una tarea investigativa relevante para dar cuenta de la complejidad social. Como parte de dicho abordaje, la experiencia del análisis interpretativo de las narrativas es valiosa, ya que va desde la ordenación y sistematización de los testimonios hasta la discusión teórica. El objetivo de este trabajo es abordar los retos del análisis interpretativo de las narrativas derivado de los trabajos de campo en las investigaciones particulares de los autores de esta obra. Cada uno de los temas plantea desafíos específicos que implican respuestas creativas para la comprensión del fenómeno de estudio. En este libro presentamos las estrategias teórico-metodológicas utilizadas en cada caso para dar cuenta de los desafíos hermenéuticos afrontados con el propósito de responder a las preguntas de investigación planteadas.



9 786073 078122