

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

LIZ HAMUI SUTTON\*

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

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

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

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

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

### La residencia médica en psiquiatría

Las residencias médicas en el campo de la psiquiatría consideran un periodo de cuatro años, en los que el estudiante transita de ser R1, a R2, R3 y R4. Cada nivel académico está normado por saberes, tareas, responsabilidad y actitudes que se espera adquieran y realicen. En el caso de la residencia de psiquiatría del Centro de Investigación, Formación y Atención Neurológica y Psiquiátrica (Cifanep), las actividades por nivel de residente se indican en el programa académico del Plan Único de Especializaciones Médicas en Psiquiatría de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM<sup>2</sup> —en el que se especifican los contenidos temáticos teóricos y prácticos—, así como en los programas operativos que establece la Jefatura de Enseñanza conjuntamente con los profesores del curso. Los procesos de enseñanza y aprendizaje para cubrir los contenidos curriculares se componen de escenarios variados, algunos eminentemente pedagógicos —como las clases y seminarios o las sesiones académicas—, y otros asistenciales —como la entrega de guardia, el pase de visita, el área de urgencias o la consulta externa—. En todos los casos, la dinámica académico-asistencial se realiza por medio de la discusión de casos reales, es decir, de las historias clínicas, los diagnósticos y los tratamientos de padecimientos que atienden en la sede.

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

<sup>2</sup> PUEM *Psiquiatría*, 2012.

tareas, y se instituyen<sup>3</sup> prácticas en las que tienen lugar la formación del psiquiatra. La entrega de guardia y el pase de visita, entendidos como una franja de actividad donde tienen lugar actos sociales, además de constituirse en un contexto intersubjetivo en el que se discuten casos, representa el sitio en el que se manifiesta la reproducción del campo profesional en la práctica, con lenguajes característicos, razonamientos basados en la disciplina biomédica, reglas formales e informales, valores, creencias y juicios que se plasman en decisiones que orientan acciones colectivas e influyen en las trayectorias de los involucrados.<sup>4</sup>

### Consideraciones metodológicas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>5</sup> Erving Goffman, *op. cit.*, 2006, p. 38.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Médico adscrito 1: ¿Cómo salieron sus laboratorios?*

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

*Médico adscrito 1:* ¿Electrolitos normal?

*Dra. Mirna:* Sí

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

*Médico adscrito 2:* ¿Cuál es la dosis adecuada?

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

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

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

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

### **Análisis interpretativo**

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

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

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

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

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

<sup>9</sup> Veena Das, *Violencia, cuerpo y lenguaje*, 2016, p. 59.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Bibliografía

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