

Etnografía del ritual clínico como espacio fronterizo

JOSEFINA RAMÍREZ VELÁZQUEZ*

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

* Posgrado de Antropología Física, ENAH.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Algunos apuntes teórico-metodológicos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trayecto metodológico

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

Etnografía de la consulta médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁴ Obsesión incontrolable por trasladarse de un lugar a otro.

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

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

El ritual clínico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

—A ver dígame qué le pasa.

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

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

—Me punza y ha cambiado —contesta ella.

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

—¡Convulsioné! —responde pausada la paciente.

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

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

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

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

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

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

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

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

Análisis interpretativo

La consulta médica como ritual clínico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Apuntes finales

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

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

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

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

Bibliografía

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

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