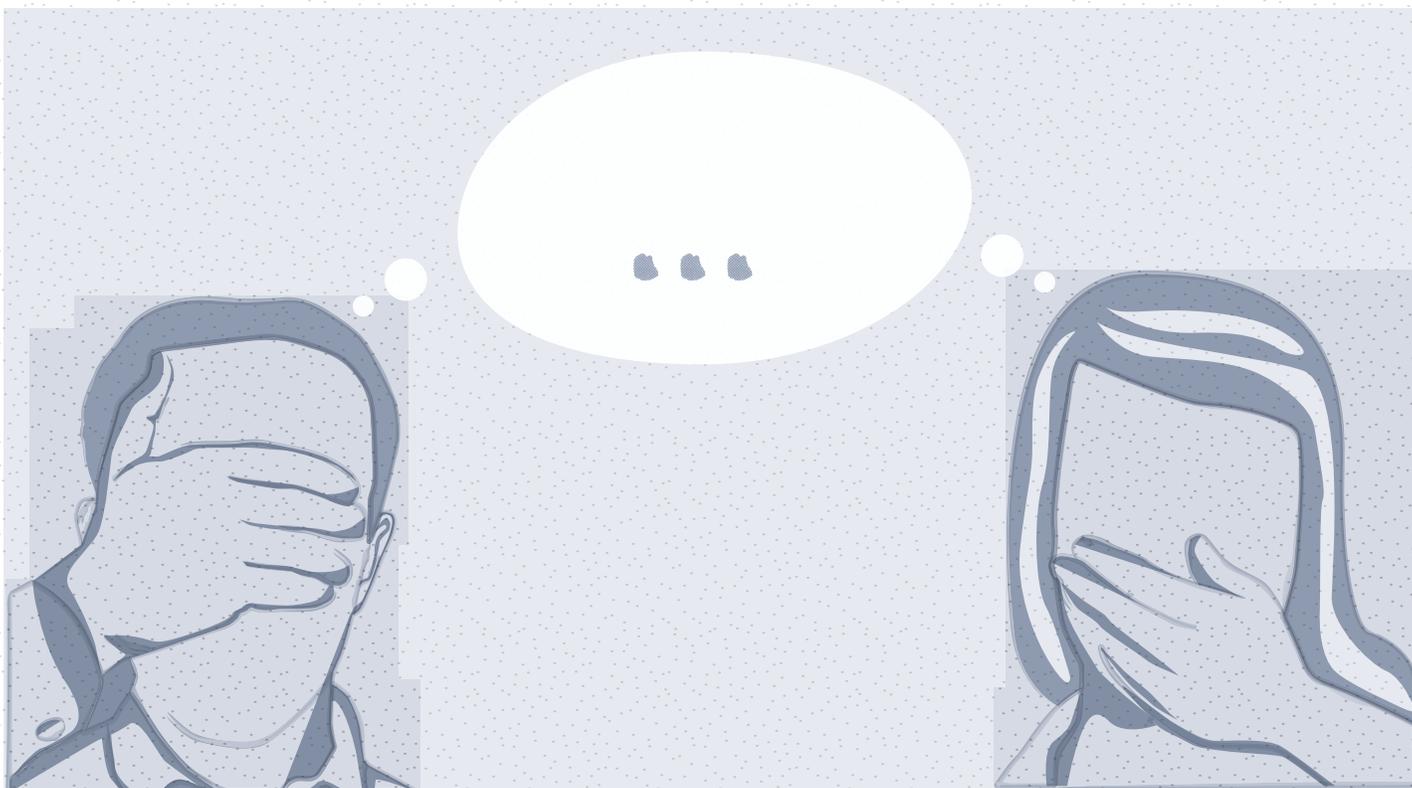


El silencio y las interrupciones: narrativas en la consulta médica familiar

The silence and disruptions: narratives in family medical consultation

Monserrat Salas,¹ Pilar Torre²

RESUMEN. La investigación antropológica en atención primaria a la salud ofrece vías para interpretar el dato empírico tomando en cuenta la vivencia de quienes se encuentran en espacios clínicos. Se presentan algunos datos de primera mano para relatar la cronología de la consulta de salud sexual y reproductiva y sus interrupciones; así como para dar cuenta de las interacciones verbales entre madres y personal médico en consultas de alimentación infantil. Se observa una economía mutua del relato, ya que el mundo social en que los relatos se construyeron y se significaron, limita el diálogo verdadero y exacerba el monólogo. El silencio, la palabra mínima parece alejarse de un relato. La mudez impuesta por la ritualidad del poder en la caja negra de la consulta, brevemente dejó de ser silencio porque, para ustedes, se narra parte de la historia.

Palabras clave: antropología médica, atención primaria de salud, narrativas personales, poder.

ABSTRACT. Anthropological research on primary health care allows us to observe empirical data taking into account the experience of those who are in clinical settings. Through first-hand data we narrate the chronology and interruptions during sexual and reproductive health appointments, and also the verbal interactions between mothers and medical personnel during child and breastfeeding consultations. We observe a mutual frugality of speech, brought by inherent conditions of the social world environment that forged the narratives, conditions which limit true dialog and exacerbate monologues. The silence, the tiniest of words ... seems to move away from a narrative. The muteness imposed by the rituality of power immersed in the back box that is the medical appointment, this silence was briefly broken because, for you, part of the story is told.

Keywords: anthropology medical, primary health care, personal narratives, power

¹ Departamento de Estudios Experimentales y Rurales. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México.

² Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.

Correspondencia: Monserrat Salas. Departamento de Estudios Experimentales y Rurales. Vasco de Quiroga 15, Belisario Domínguez Secc 16, 14080 Ciudad de México. Correo electrónico: monsesalass@gmail.com.

Folio 393/2016 Artículo recibido: 25/08/2016 aceptado: 25/08/2016

INTRODUCCIÓN

La investigación antropológica en atención primaria a la salud ofrece vías para interpretar el dato empírico tomando en cuenta la vivencia de quienes se encuentran en espacios clínicos, sea personal de salud, quienes acuden y utilizan los servicios, acompañantes, investigadores; individual y colectivamente elaboramos la narrativa de nuestras experiencias¹.

En esta ocasión, se presenta las narrativas en torno a dos escenarios clínicos, ya que ¿qué es el trabajo antropológico si no una constante serie de relatos, incluyendo los propios? Para ello, se muestran datos de primera mano para relatar la cronología de la consulta misma y para dar cuenta de las interacciones verbales entre madres y personal médico.

Primer escenario: consultas rutinarias sobre salud sexual y reproductiva

En una clínica de seguridad social situada al oriente de la ciudad de México, laboran médicos familiares con décadas de trabajo institucional, durante jornadas de 8 horas, quienes en cada consulta ponen en práctica la estructura aprendida a lo largo de su formación profesional: saludo, interrogatorio, exploración física, diagnóstico, tratamiento, despedida. Mediante un estudio sombra de 80 encuentros médico-pacientes², se observó que, sin importar el motivo de la consulta, la estructura es siempre la misma. Se presenta el relato sobre dos aspectos que –en el marco de la misma estructura—quebrantan de alguna forma la linealidad de la misma, rompiendo la lógica narrativa de la atención clínica.

Un primer quebranto de la estructura se refiere a la norma no escrita, pero sabida, de atender “un padecimiento a la vez”, que manifiesta la tensión entre presiones institucionales (médicos como empleados de la institución de salud) y su desempeño profesional. La medicina familiar, que en un sentido amplio es la especialidad menos “especializada” y más integradora, comparte con otras –por la manera en que se pone en práctica a nivel institucional– el supuesto de que un padecimiento, síntoma o enfermedad, no necesariamente está conectado e integrado a otro, sino que puede ser separable y por ello los/as pacientes debieran esperar hasta una siguiente cita para ser atendidos.

Un paciente que no siga el paso-a-paso de la consulta, puede hacerse acreedor a una sanción verbal al utilizarse frases con tono imperioso: “recuerde que cuando yo le pregunte ¿eso es todo? ahí me tiene que decir todo lo que tenga”, o bien “aquí sólo vemos un padecimiento cada vez, venga otro día”. Además de la utilización del silencio simbólico, cuando un paciente

intenta regresar al interrogatorio después del diagnóstico y el médico/a familiar no responde y sigue escribiendo en el expediente sin prestarle atención.

Los pacientes aprenden de sus médicos que mientras mejor y más específicamente puedan expresar qué les pasa, más certero será el médico/a para recetar medicamentos, mientras que los médicos reconocen que la claridad del paciente sobre sus síntomas les facilita el trabajo de llegar a un diagnóstico.

Con este aprendizaje mutuo se interrelaciona la noción expresada por los pacientes de que el atreverse a mencionar otros padecimientos además del principal por el que vienen, radica en el grado de confianza que hayan logrado con sus médicos/as, quienes, a su vez, reconocen que, si sus pacientes les tienen confianza, se propicia que se animen a plantear sus “otras” enfermedades, que “a veces son las que más les preocupan” pero que no se han atrevido a mencionar. De esta forma, antes de ser explorados, el médico puede “decidir qué vamos a atacar”.

Efectivamente durante el interrogatorio clínico se pregunta un par de veces “¿algo más?” para dar oportunidad al paciente de mencionar molestias, dolores, síntomas o enfermedades, pero culminado este paso de la consulta, son los médicos quienes deciden qué atender, sobre un criterio de prioridad clínica/técnica. Así, el saber de los pacientes se subordina al saber médico, pese a la confianza lograda en la relación médico-paciente. Si bien se permite que en el interrogatorio los pacientes mencionen varios padecimientos (y en ciertos casos diríamos que esta práctica se fomenta), la secuencia de la consulta no puede ser modificada por el paciente al mencionar fuera del interrogatorio otra molestia, ya que “perdió su oportunidad” si no lo manifestó en el momento preciso.

Por ello, una paciente muy experimentada, expresó que desde la sala de espera está pensando qué le va a decir a su médica, seleccionando anticipadamente lo que más le molesta, los síntomas que más les interesa eliminar y acomodarse así a la doble exigencia de respetar la secuencia de la consulta médica y de plantear sólo un padecimiento

...me duelen tres cosas, cuatro, ¿le podré decir las cuatro? no, ¿qué es lo más importante? no, lo más importante es esto y esto, nada más le digo dos y luego regreso por las otras dos, (...) mejor no le digo que me duelen las manos, que me va a decir que estoy gorda, entonces ya no vengo ni por el naproxén ni por nada. Entonces haga de cuenta que digo, ¿qué puedo decirle? ora sí que no le moleste, entonces si le digo que me duele me va a decir es que está usted muy gorda, uy no, cuánto bajó?, no he bajado nada, (...) no voy a poder, yo definitivo

definitivo no voy, entonces por eso ya me detengo de decirle a la doctora me duelen las manos, porque sé que inmediatamente ella me va a decir está usted muy pasada de peso o me mandan a la dietista, entonces ya mejor no le digo, desde que estoy afuera mejor digo, eso no, sólo me duele acá. **(Angélica)**

La norma tácita de "un padecimiento por vez" pierde fuerza, sin embargo, cuando se presenta la oportunidad de realizar acciones del programa de planificación familiar. Los médicos/as, en otro momento de la consulta o durante el interrogatorio mismo, formulan preguntas y cuestionamientos sobre la regulación de la fecundidad femenina y llevan a cabo acciones prácticas encaminadas a lograr que sus pacientes se vuelvan usuarias de métodos, con miras a incrementar el número de aceptantes de métodos de planificación familiar.

De acuerdo a los médicos/as observados, el interrogatorio clínico se puede llevar a cabo en dos modalidades: tribuna libre o dirigido. Se entiende que la **tribuna libre** permite, sobre ciertas preguntas clave que el médico/a lanza, que el paciente exprese verbalmente todo o lo más posible respecto al motivo de su consulta, utilizando todo el tiempo que estime necesario. El interrogatorio dirigido encuadra y limita, la información proporcionada sobre el motivo que le lleva a asistir a consulta, lo cual contribuye a reducir el tiempo de la expresión verbal del paciente y gana en especificidad.

Pero los médicos expresan ambivalencia entre lo que quisieran y lo que pueden hacer.

...saber escuchar al paciente es importante, tratar de detectar inmediatamente cuál es su dolencia principal o cuál es el motivo exacto de su venida aquí a la clínica,(...) porque aquí no se le puede dar tribuna libre a nadie, no se puede, sería algo sobrehumano, no se puede porque no hay tiempo (...) darle mucha confianza, mucha confianza al paciente, hasta cierto límite, sí, porque luego como que quieren abusar de la relación médico-paciente, (...) tiene que haber límites tanto para el médico como para el paciente, pero sí siempre y cuando haya una buena comunicación, directa. (...) límites me refiero exactamente a esto, que no tenemos tanto tiempo para escuchar al paciente, porque si no perderíamos -no nosotros como médicos porque para eso estamos-, pero los que perderían su oportunidad son los que están afuera esperando. **(Alfredo)**

Para que no se me desborde en irse por acá, porque hay gente que si las deja uno explayarse (sic) hablan y hablan y hablan, y es por hablar, pero tiene uno que dirigir las, porque si no las dirijo se van por

otro lado, me comen, aquí es más confianza todavía con el médico, interrogatorio dirigido. **(Guadalupe)**

Sin embargo, el interrogatorio siempre es dirigido, no tanto a profundizar en la información sobre un padecimiento, sino a limitar la información a la estrictamente necesaria, restringiendo las posibilidades del paciente de verbalizar las posibles interrelaciones de cierto padecimiento con otros, o con otros aspectos de su vida. En las situaciones en que pacientes mujeres hablaron "de más" se observó que sus médicos/as las interrumpieron para dar paso a otro momento de la consulta, o se dedicaron a escribir en el expediente sin dar muestras de que les prestaran atención.

La modalidad del interrogatorio, entonces, es un indicador de la tensión existente entre lo técnico y lo administrativo, entre lo que los médicos aprendieron que debía ser y lo que realmente hacen. El discurso biomédico, especialmente de la medicina familiar y de primer nivel, se orienta a la necesidad de permitir y fomentar la palabra del paciente como recurso de conocimiento del sujeto y su entorno, pero tal palabra se limita en la práctica, presionados tanto por la rutina institucional como por el propio saber médico.

Los médicos/as no contemplan en su rutina cotidiana el informar al paciente el resultado de la exploración física. En ocasiones, ni siquiera se realiza la exploración y el tratamiento se prescribe a partir del interrogatorio sobre los síntomas (flujo, comezón, ardor, dolor), tanto para pacientes varones como mujeres. Más que una crítica técnica, se cuestiona sí esta práctica contribuye a la gran estrategia de economizar tiempo, de limitar el consumo de recursos institucionales y de reducir sus interacciones subjetivas.

Un segundo quebranto de la estructura de la consulta se refiere a que, si bien la estructura general se respeta en todas ellas, también en todas se presentan interrupciones, de diversa índole y por diversas causas, como se enlista a continuación:

- la asistente médica trae o lleva expedientes de la mesa del médico/a
- la asistente médica de su respectivo consultorio o de otros, pasa a preparar café o a recoger efectos personales que guarda en un cajón de la mesa de exploración
- la asistente médica entra a preguntarle al médico/a sobre citas, horarios, aclaraciones sobre recetas, etc.
- entra la asistente médica y una paciente con su bebé recién nacido para pesarlo y medirlo, ya que la báscula infantil se encuentra en el área de exploración física
- otros médico/as de consultorios contiguos acuden a hacer preguntas técnicas, sobre normas institucionales, días y horarios de pagos, pedir en préstamo

el estuche de diagnóstico, etc.

- interrumpe el propio médico/a al salir a la farmacia para investigar sobre la existencia de un medicamento o a recoger talonarios de recetas o de incapacidades
- el personal de intendencia entra a hacer la limpieza del consultorio, aun estando presentes los pacientes, incluso durante su exploración física
- suena el teléfono, en ocasiones el médico/a lo contesta
- personal del área administrativa o de los laboratorios ingresan al consultorio a hacer preguntas específicas sobre ciertos pacientes
- cuando el médico cumple funciones de Jefe Clínico y es interrumpido por alguno/a de sus colegas para solicitarle su firma en pases de interconsulta a especialidad.

Todas las asistentes médicas que interrumpen, informan verbalmente al médico que ingresarán al consultorio, sin molestia alguna por parte del personal médico. Sin embargo, los pacientes no interrumpen. Y en sus relatos jamás mencionaron molestia, incomodidad ni algo fuera de lugar al recordar las interrupciones de sus consultas. Recuerdan quién entro, salió y casi hasta de lo que se habló durante la interrupción. Pero la narrativa elaborada frente a estos cortes en la lógica cronológica de la consulta, no es significada como inadecuada, criticable o molesta... simplemente forma parte de la atención clínica. *“Ya estando uno adentro, pues lo que quiere es que lo atiendan, ¿no? Y si el doctor se desconcentra un momento, ¿qué?, luego me sigue preguntando”.*

Tras indagar tanto en la vivencia de médicos como de pacientes, debemos reconocer que a quien molestaban las interrupciones, fue a nosotras como observadoras. De allí, que podemos denominarlas irrupciones, en el sentido más cercano a la *invasión*.

Segundo escenario: consultas rutinarias de Control del Niño Sano (CNS)

En un centro de salud de la zona suroriente de la Ciudad de México, se llevan a cabo consultas médicas rutinarias a madres y sus bebés menores de 6 meses, por médicos generales y familiares con décadas de trabajo institucional, en jornadas matutinas de 8 horas. En cada consulta ponen en práctica la estructura aprendida a lo largo de su formación profesional: saludo, interrogatorio, exploración física, diagnóstico, tratamiento y despedida. Se observaron 20 consultas que fueron audiograbadas previo consentimiento del personal médico y de las madres, para conocer la forma en la cual se ofrecen las indicaciones médicas referidas a la alimentación de los infantes en el marco del CNS3.

Todas las consultas médicas incluyeron algún tipo de interacción verbal sobre la alimentación infantil; el más corto fue de 37 palabras del médico y 3 de la madre; el más largo, 1994 y 623 palabras, respectivamente (Cuadro 1). Los tonos identificados en el discurso médico fueron autoritario/atemorizante, moral/culpabilizador, explicativo-confusor, explicativo-pertinente, voluntarista, transferencia de responsabilidad, generalizador. Los tonos observados pueden ser influenciados por el patrón de alimentación infantil, la edad materna y su estatus social, y se guían por las habilidades y puntos de vista del médico. Los tonos maternos fueron de conceder, de asentir sin conceder, monosilábico, de resistencia y de expresión de dudas. Están más influenciados por la condición observada por la madre respecto al estado general de su bebé, el propósito con que ella llega a la consulta y el conocimiento previo del médico. Las interacciones verbales de los médicos y las madres sobre la alimentación infantil durante la consulta médica, se presentan en un marco de autoridad/subordinación que se manifiesta no solamente en las interacciones verbales sino en la conducción misma de la consulta.

De un total de 20 consultas observadas, la razón de palabras médico/madre referidas a la alimentación infantil, fue de 3.1 (8163/2643)

Caso 1 1218/169=7.2	Caso 2 37/3=12.3
Caso 4 389/62=6.3	Caso 7 283/37=7.7
Caso 12 1994/623=3.2	Caso 17 342/413=0.8

Cuadro 1. Razón de palabras médico/ madre: casos seleccionados.



Reflexión final

En ambos escenarios, se encontró una **economía mutua del relato**, es decir, atrapados en la red de atención cotidiana, en una forma de realizar medicina de primer nivel, los relatos suceden fuera de la consulta, al menos de estos escenarios a los que hicimos mención. Al narrar su historia, los médicos y pacientes del primer escenario comunican lo que les es importante y significativo de su particular (y colectiva) experiencia. Al relatarles la historia de lo que sucede en las consultas de bebés, se hace significativa la experiencia de las mujeres y del personal médico.

El mundo social en que los relatos se construyeron y se significaron, limita el diálogo verdadero y exacerba el monólogo. En la narrativa de las interrupciones, se puede preguntar cómo sostener un relato momentáneamente detenido, interrumpido, en el que se pierde la

inspiración, el acercamiento y la escucha plena. El silencio, la palabra mínima... parece alejarse de un relato. La mudez impuesta por la ritualidad del poder en la caja negra de la consulta, brevemente dejó de ser silencio porque, para ustedes, narramos parte de la historia.

REFERENCIAS

1. Hamui Sutton L. Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. Cuicuilco. 18(52). 2011: 51-70.
2. Salas M. Flojita, flojita: Etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva. Tesis de Maestría. México, D. F. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS. 1998.
3. Torre P. Epistemología de la Alimentación Infantil en los Servicios de Primer Nivel de Atención a la Salud. Estudio de casos en México. Tesis Doctoral. Donostia: Universidad del País Vasco. 2015.