



<https://doi.org/10.24245/mim.v38i3.7809>

## Las interacciones en la clínica

### Interactions in the clinic.

Liz Hamui-Sutton,<sup>1</sup> José Halabe-Cherem<sup>2</sup>

El hospital, entendido como orden social, es un espacio de socialización con modalidades particulares en el que se llevan a cabo interacciones orientadas a la atención, la investigación y la formación de recursos humanos. Descifrar el orden de la clínica es una tarea compleja, en la que confluyen planos temporales, espaciales, científicos, académicos, sociales, culturales, económicos, políticos y también personales y emocionales, que se condensan en situaciones concretas.

Como explica Atkinson (1997), las unidades médicas son territorios diferenciados pero interconectados, donde suceden acciones y reacciones múltiples, a eso se le denomina “la clínica”. Esta última se encuentra contextualizada en condiciones sociohistóricas en las que tiene lugar la diversidad de interacciones objetivas guiadas por las expectativas subjetivas de quienes participan en las tramas de la atención.

Para comprender la dinámica social se consideran algunos conceptos y categorías intermedias con el fin de hacer inteligibles las tramas, los discursos y las narrativas verbales y performativas (Mattingly & Garro, 2000) que dan forma y sentido a los procesos de atención. La idea de proceso se entiende como una secuencia continua de hechos o de operaciones que pueden conducir a otras secuencias de hechos y de operaciones (Guattari & Rolnik, 2006).

Para explicar la noción de interacción, se parte de la propuesta de Goffman (2006) sobre los marcos de referencia, franjas de actividad, situación y acción, para después ubicarlas en el contexto clínico donde los agentes, de manera unificada, perciben, evalúan e interpretan los procesos para moverse en consecuencia según sus intereses y los de la organización.

<sup>1</sup> División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

<sup>2</sup> Medicina Interna, Centro Médico ABC, Ciudad de México.

**Recibido:** mayo 2022

**Aceptado:** mayo 2022

**Correspondencia**

José Halabe Cherem  
jhalabe@hotmail.com

**Este artículo debe citarse como:**  
Hamui-Sutton L, Halabe-Cherem J. Las interacciones en la clínica. Med Int Méx 2022; 38 (3): 485-487.

Los marcos aplican en “frangas de actividad” (*strips of activity*) determinadas, es decir, en conjuntos de sucesos en los que el sujeto se posiciona y actúa (Goffman, 2006). Como recursos cognitivos socialmente compartidos, los marcos tienen componentes prácticos y organizan la experiencia individual y colectiva en esa franja de actividad donde la acción adquiere significado. El marco de referencia coadyuva iterativamente en la interpretación de las situaciones y en la participación interactiva del sujeto.

Por su parte, las situaciones son emergentes e improvisadas y encuentran significado en los marcos. La interpretación vincula a la persona con las normas sociales para enmarcar la experiencia y otorgarle sentido. No obstante, en las operaciones de encuadre (*framing*) pueden surgir problemas que dan cuenta de la vulnerabilidad de las construcciones de la realidad. Por ejemplo, fenómenos como la ambigüedad, la ignorancia, los errores, los corrimientos de significados, las rupturas, así como las disputas entre los marcos de comprensión, pueden presentarse en el transcurso de una interacción y alterar los procesos e intercambios comunicativos generando tensiones y conflictos.

El interés de este escrito se centra en el campo de la salud y específicamente en el orden social hospitalario. La intención es distinguir las lógicas y procesos que articulan y tensan las interacciones en franjas de actividad y sus efectos en la experiencia subjetiva de quienes participan en las situaciones que se generan.

En cada franja de actividad en la clínica convergen por lo menos cuatro lógicas o esquemas generativos cuyas perspectivas y orientaciones tienen sus propias características. La lógica que se destaca y en buena parte dirige a las demás es la atención médica. La restauración de la salud, el control de las enfermedades o la prevención

de estas últimas dan sentido a la existencia del aparato clínico. La estructuración en organigramas con áreas, cargos y prácticas diferenciadas define la partición de los territorios, los tiempos, las actividades.

El razonamiento clínico, que parte de la anamnesis, el diagnóstico y el tratamiento guían las actividades del personal de salud colocado según esquemas profesionales específicos. Las asimetrías en el reparto de posiciones de los agentes según el uso del saber generan relaciones de poder que se expresan en las situaciones interaccionales en variadas franjas de actividad. En el ámbito de los procesos de atención, las jerarquías dispuestas están formalmente normadas y se ejercen en la práctica, no sin altas dosis de incertidumbre y de tensión.

Comúnmente, el médico es quien pone en marcha el dispositivo clínico. A partir de la terapéutica prescrita, los médicos residentes y estudiantes dan seguimiento a los pacientes, las enfermeras se encargan de su cuidado, otros profesionales de la salud realizan las pruebas indicadas o las terapias necesarias. Los agentes están coordinados entre sí para implementar el proceso de atención que da sentido al mecanismo asistencial. Entre las relaciones de poder que destacan en la clínica están las que se dan entre pares según el estrato: médicos con médicos, enfermeras con enfermeras, residentes con residentes... cuyas interacciones no están exentas de tensión. Por otro lado, pueden distinguirse las interacciones entre estratos, médicos-enfermeras, enfermeras-residentes, etc. Además, están las diversas interacciones entre el personal de salud y los consultantes: en las que los enfermos y sus familiares interactúan en múltiples franjas de actividad hospitalarias, por ejemplo, en urgencias, en la consulta externa, en las áreas de hospitalización, en fisioterapia, en grupos de apoyo, en la farmacia, etc.



De manera paralela, pero en la misma lógica del aparato de atención, existen otros esquemas que operan con finalidades distintas. La lógica educativa, además de responder a las tareas propias de lo asistencial, también se enfoca en la formación profesional de los futuros médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc. La vinculación con instituciones de educación superior, que tienen sus propios dispositivos pedagógicos y exigen el cumplimiento de programas académicos, incide en la dinámica de las interacciones clínicas. Por ejemplo, el año de residencia indica jerarquías paralelas a las de las instituciones de salud, cuyas asimetrías marcan las modalidades del ejercicio del poder para la enseñanza y el aprendizaje, pero en caso de abuso, imprimen experiencias negativas.

Otro tipo de interacciones, presentes en la trayectoria asistencial del enfermo, son las articuladas con las lógicas de investigación. Los casos clínicos detectados en la línea de alguna indagación científica motivan su inclusión en protocolos específicos cuya orientación es el avance del conocimiento disciplinar. Esta lógica en ocasiones interfiere con la asistencial, pues la de investigación busca la obtención de resultados y la segunda el bienestar del paciente específico.

También pueden identificarse las lógicas administrativas en las diversas franjas de actividad del orden hospitalario. Los procesos burocráticos y de gestión de la atención médica tienen su propio discurso ligado a la calidad y la seguridad del paciente, así como sus aparatos administrativos en el manejo de recursos humanos y materiales,

orientados por esquemas jurídicos, económicos y de eficiencia organizacional, entre otros.

La modulación de las lógicas mencionadas es dinámica y variable según la franja de actividad, y los equilibrios pueden ser estables o frágiles, lo que depende de múltiples factores, como el diseño organizacional, la fortaleza y diversidad de las redes interpersonales, las capacidades y actitudes de los agentes, la disponibilidad de recursos, la saturación del trabajo y la fluidez en la dinámica de las interacciones, entre otros.

El estudio socio-antropológico de las articulaciones y las tensiones generadas por las interacciones en la dinámica de la clínica puede ser de utilidad para identificar problemas en las relaciones interpersonales y organizacionales. Las ciencias sociales aportan herramientas analíticas para describir e interpretar las múltiples interacciones con el fin de modificar el orden hospitalario y propiciar ambientes laborales y educativos colaborativos que coadyuven al desarrollo individual y colectivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Atkinson PA. *The Clinical Experience*. 2<sup>nd</sup> ed. Aldershot, UK: Ashgate, 1997.
2. Goffman E. *Frame analysis. Los marcos de la experiencia*. Madrid: CIS, 2006.
3. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de Sueño, 2006.
4. Mattingly C, Garro LC. *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Berkeley: University of California Press, 2000.