

Las reuniones clínicas de un hospital psiquiátrico: enseñanza y caja de resonancia hospitalaria

Alejandro Ramos Escobedo

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara, México

RESUMEN: *El presente artículo describe las sesiones clínicas de un hospital psiquiátrico. Las sesiones clínicas estaban destinadas a la enseñanza: diagnóstico, terapia, investigación y teoría; sin embargo, las sesiones traslucían diferentes circunstancias del trabajo hospitalario: necesidades y exigencias laborales, reproducción de jerarquías, situaciones anímicas del personal, rituales de iniciación, pugnas y alianzas. El presente documento es resultado del estudio etnográfico de un hospital psiquiátrico en Guadalajara, Jalisco, México.*

El planteamiento conceptual concibe al hospital psiquiátrico como un “microsistema” social con una estructura dinámica y temporalidad propias, pero vinculado e inmerso en un sistema social y político mayor. La medicina, además de ser un producto y sistema cultural, es una práctica política, tomando en cuenta que el complejo de creencias, actitudes y prácticas asociadas con la salud, la enfermedad y la curación de la enfermedad mental tiene lugar bajo el influjo de una burocracia sanitaria con sus propias premisas.

PALABRAS CLAVE: *hospital psiquiátrico, sesiones clínicas, etnografía.*

ABSTRACT: *This article describes the clinical sessions in a psychiatric hospital. The clinical sessions were intended to Teaching: diagnosis, therapy, research, and theory; however, seen through them different circumstances meetings of hospital work: needs and demands of work, reproduction of hierarchies, staff morale situations, initiation rituals, struggles and alliances. This document is the result of an ethnographic study of a psychiatric hospital in Guadalajara, Jalisco, Mexico.*

The conceptual approach to the psychiatric hospital conceived as a “micro” social structure, dynamics and timing of their own, but linked and immersed in a larger social and political system. Medicine, as well as being a product and cultural system, is a political practice, taking into account the complex of beliefs, attitudes and practices associated with health, cure disease and mental illness takes place under the influence of a health bureaucracy with its own premises.

KEYWORDS: *psychiatric hospital, clinic sessions, ethnography.*

Quicuilco número 51, mayo-agosto, 2011

El presente artículo describe las sesiones clínicas del hospital psiquiátrico de Jalisco, México. Dichas reuniones desbordaban su finalidad clínica y de enseñanza, constituyéndose en un espacio que revelaba importantes condiciones del personal y del hospital. Las sesiones clínicas estaban destinadas a planteamientos diagnósticos, terapéuticos y de investigación; sin embargo, las sesiones traslucían circunstancias del trabajo hospitalario: necesidades y exigencias laborales, reproducción de jerarquías, situaciones anímicas del personal, rituales de iniciación, pugnas y alianzas. De igual forma, significaban para el personal un espacio de relajación, un paréntesis a las realidades hospitalarias y de mediación en la búsqueda de comprensión de los quehaceres hospitalarios.

La observación de las sesiones clínicas tenía el propósito de explorar la importancia de este tipo de reuniones dentro del sistema del hospital,¹ pero debe aclararse que no se intentaba cuestionar la objetividad del conocimiento clínico o efectuar un estudio exhaustivo acerca de la psicología del grupo. Una pregunta realizada por un profesionalista —[...]honestamente ¿para qué son estas sesiones?— (15 de febrero de 1994) en un momento de crisis de estas reuniones, sirvió de guía para tratar de comprender qué era lo que las reuniones reflejaban del hospital.

El estudio de la cotidianidad hospitalaria tiene la importancia de señalar lo que hace la gente cuando su vida se ve restringida a muros y a una serie de obligaciones. Parte del desempeño de las técnicas de control institucional no sólo se ejerce sobre los internos, también sobre el personal. Este último aspecto por lo común ha pasado por alto. Usualmente el personal profesional de este tipo de hospitales ha sido marcado desde hace varias décadas [Basaglia, 1977]; [Castel, 1980]; [Foucault, 1976]; [Mannoni, 1981]; [Menéndez, 1979]; [Szasz, 1982] como agentes de coerción o de una ideología médica de control, pero en México poco se ha explorado acerca de las circunstancias bajo las cuales se han visto sujetos a procesos y fines institucionales.

El planteamiento conceptual de la investigación efectuada concibe al hospital psiquiátrico como un “microsistema” social con una estructura, dinámica y temporalidad propias, pero vinculado e inmerso en un sistema social y político mayor. Consideramos que la medicina, además de ser un producto y sistema cultural [Kleinman, 1980:24], es una práctica política, tomando en cuenta que el complejo de creencias, actitudes y prácticas asociadas con la salud, la enfermedad y la curación de la enfermedad mental tiene lugar bajo el influjo de una burocracia sanitaria con sus propias premisas.

¹ El presente documento es resultado del trabajo *Etnografía de un hospital psiquiátrico*, tesis de maestría en antropología social por El Colegio de Michoacán, 1997.

Para obtener el acceso al estudio del hospital psiquiátrico de Jalisco, el argumento consistió en expresar el interés por realizar la historia de la institución.² Por cuestiones de normatividad y coordinación, el estudio fue asignado al Departamento de Enseñanza del hospital. El procedimiento para el estudio de las sesiones clínicas consistió en una intervención no intrusiva, esto es, observar y escuchar sin intervenir aun cuando fuese solicitada alguna opinión. Lo anterior conformó lo que Devereaux denomina “esencia de la situación observacional” [Devereaux, 1989:22]. En este mismo aspecto y siguiendo a Lisón, consideramos que “el esfuerzo empleado para comprender una realidad desde dentro no sólo consiste en ‘estar allí’, sino también en tener un lugar” [Lisón, 2000:94]. La exploración de las sesiones clínicas implicó el situarse en el nivel íntimo de la vida hospitalaria, en las cuestiones extremadamente pequeñas. En otras palabras, en la característica “microscópica” [Geertz, 1988:32] de la descripción de comportamientos.

La investigación fue realizada entre febrero de 1993 y octubre de 1995. El hecho de que salga a la luz tiempo después, obedece a un principio ético de resguardo al personal hospitalario.³ En este mismo sentido, el presente estudio corresponde a una historia marginal —no oficial— que se escribe en la intimidad del grupo de profesionistas de dicha institución. Los estudios etnográficos —publicados— sobre hospitales son escasos en México.

El hospital. El hospital psiquiátrico de Jalisco, localizado en el kilómetro 17 de la antigua carretera a Chapala-Jalisco, México,⁴ fue creado en 1956, nació como hospital campestre, denominándosele Granja de Recuperación para Enfermos Mentales. En 1987 cambió su nombre a Hospital Psiquiátrico de Jalisco. La capacidad del hospital era para 350 pacientes, con un número de 340 camas autorizadas. Los pacientes admitidos podían ser niños, adolescentes, adultos y ancianos. Contaba con una planta de personal de 300 elementos, la cual podía oscilar entre 300 y 330 empleados, debido a la demanda de auxiliares de enfermería. En la atención de enfermos mentales de escasos recursos económicos, el hospital psiquiátrico de Jalisco estaba considerado como el más importante en el occidente de México [Ramos, 1998:169-199]. El psiquiátrico de Jalisco constituía una institución total, esto es, “una institución total puede definirse como un

² La información histórica recabada en el periodo de trabajo de campo, complementó e hizo posible la publicación de la obra *El hospital-Granja de Guadalajara: Trayectoria y vicisitudes de una esperanza*. México, Universidad de Guadalajara, 2006.

³ En la presentación de testimonios, en todos los casos se utilizan seudónimos. El señalamiento de puestos laborales, obedece a mostrar estructuralmente desde dónde se participaba en la relación de fuerzas entre los profesionistas.

⁴ Actualmente Centro de Atención de Internamiento de Salud Mental, estancia prolongada (CAISAME) del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) de la Secretaría de Salud del gobierno del estado.

lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” [Goffman, 1970:13].

Las sesiones clínicas. De acuerdo con los objetivos del hospital, las sesiones clínicas constituían el instrumento principal por medio del cual se realizaba la enseñanza clínica. Las reuniones se desempeñaban bajo el supuesto de aprovechar y sistematizar la experiencia y el conocimiento, además de enriquecer las prácticas y el aprendizaje dentro del hospital. De la misma forma, se consideraba que formaban parte trascendental en la sugerencia de tratamientos, así como en la propuesta de organización de las prácticas en la búsqueda de mejorarlas. La clínica justificaba la existencia y procedimientos de estas reuniones. La importancia de la clínica, radica en que “la experiencia de los hospitales y su práctica cotidiana reúne la forma general de una pedagogía” [Foucault, 1986:104].

Las sesiones tenían lugar de forma semanal en un salón del pabellón infantil. Este sitio no era amplio, pero sí suficiente para el número promedio de asistentes, que era de 30 a 40 personas. Las sesiones dependían del Departamento de Enseñanza y eran exclusivas para profesionistas y técnicos. Su presentación se alternaba interdisciplinariamente y se trataba de un acuerdo interno ya que no existía documento que marcara las características y funcionamiento de las sesiones.

El tipo de grupo de las reuniones clínicas correspondía a uno especializado por los temas que trataba y a uno estructurado, ya que no consistía en un grupo ocasional [Gorski, 1999].

Las 42 sesiones de las cuales se obtuvo la información, fueron observadas dentro de un período de 14 meses. Por lo tanto, debe aclararse que con excepción de las sesiones que en su momento se consideró importante dar seguimiento, éstas no fueron observadas de manera estrictamente secuencial.

Características generales de las sesiones: “como en botica”

La descripción de algunas características del conjunto de sesiones puede permitir un mejor entendimiento de las mismas y su importancia como espacio condensador de la vida hospitalaria. De entrada, las sesiones resultaban reveladoras de recursos o limitaciones con los que contaba la tecnología hospitalaria, pero también formas concretas de organización, estratificación e interacción del personal.

Con respecto a la presentación de casos y el tipo de pacientes que atendía el hospital, llamó la atención el hecho que de un total de ocho casos clínicos

presentados, ninguno correspondió a pacientes crónicos. “La enfermedad crónica ha sido caracterizada porque requiere de un plazo largo de tratamiento. Por tanto, el enfermo debe organizar su vida incorporando a ésta su enfermedad” [Lain Entralgo, 1983:419]. Los pacientes crónicos eran internos que en su mayoría habían pasado largas temporadas de hospitalización y que por sus padecimientos se consideraba que no podían desarrollar una vida común en el exterior. Debido a lo anterior, su permanencia hospitalaria era indefinida. La presentación de casos crónicos implicaba hablar de aspectos ya consabidos, de una perspectiva pobre en los planos de recuperación y de externación, lo cual hacía poco atractiva su revisión clínica. La presentación de casos de internos crónicos, estaba asociada con la posibilidad de convertirse en disparador de aspectos desfavorables del tratamiento.

La presentación de casos de pacientes agudos resultaba más atractiva, debido a que por lo común se trataba de casos nuevos en los que existía la motivación de indagar y exponer los elementos clínicos para la propuesta de diagnóstico y tratamiento. Además, los pacientes agudos tenían una perspectiva clínica de ser dados de alta en breve tiempo. Se considera enfermedad aguda “cuando el enfermo la siente como un paréntesis en su vida habitual y no la ha incorporado con carácter más o menos definitivo a sus hábitos biográficos (alimentación, trabajo, residencia, relaciones sociales, etcétera) y que es crónica en caso contrario” [Lain Entralgo, 1983:419].

En lo referente al aspecto multidisciplinario, la presentación de casos clínicos en la que intervino un equipo interdisciplinario —psicólogo, trabajadora social, psiquiatra, médico general— sólo se realizó en una ocasión. El nivel de participación en las discusiones y comentarios se reducía a cuatro o seis personas, por lo común, psiquiatras y psicólogos. Lo anterior resultaba más notorio en la presentación de casos clínicos. El predominio de participación de psiquiatras resultaba lógico ante los temas abordados, pero también significaba quiénes tenían mayor influencia y hegemonía en las sesiones.

La cancelación de sesiones no era extraña. En ocasiones, la trasmisión de películas y videos culturales constituía un recurso con el propósito de que la sesión no se suspendiera. El objetivo de la proyección de películas consistía en identificar personajes o elementos vinculados a trastornos y fenómenos psiquiátricos.

La frecuencia de presentación de las diferentes áreas profesionales dejaba en evidencia la ausencia del aspecto interdisciplinario. Mientras que psiquiatría presentó 25 sesiones, psicología sólo presentó 6, trabajo social 2, medicina 1 (ver cuadro de sesiones clínicas). De manera similar, la presentación por áreas permitió ver la composición de la jerarquía. De las 25 sesiones a cargo de psiquiatría, 11 fueron presentadas por los residentes, ya que según

SESIONES CLÍNICAS OBSERVADAS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE JALISCO

<i>Tema</i>	<i>Responsable</i>	<i>Personal</i>
1. Caso clínico: paciente	Residente Psiq.- Psic.- Trab. Social	Interno
2. <i>La última tentación de Jesucristo</i> (película)	Psic.	Interno
3. "Programa de Capacitación para el Trabajo"	Psic.	Interno
4. "Violación"	Psic.	Interno
5. "Derechos Humanos" (suspendida)	Trab. Social	Externo
6. "Tratamiento psiquiátrico"	Residente Psiq.	Interno
7. "Programa de salud mental"	Psic.	Interno
8. "Tratamientos Alternativos" (teatro leído)	Psic.-Psic.- Trab. Social	Interno
9. Caso clínico: paciente	Residente Psiq.	Interno
10. "Depresión"	Residente Psiq.	Interno
11. <i>La víbora y el arco iris</i> (película)	Psic.	Interno
12. "Rehabilitación en pacientes crónicos"	Psic.	Interno
13. "Caso clínico" (suspendido)	Psic.	Interno
14. "La Ambivalencia"	Psic.	Interno
15. "Depresión"	Psic.	Interno
16. Caso clínico: paciente	Psic.	Interno
17. "Depresión"	Residente Psiq.	Interno
18. "Terapia familiar Sistémica"	Psic.	Externo
19. Caso clínico: paciente	Residente Psiq.	Interno
20. <i>Los sueños</i> (video)	Psic.	Interno
21. <i>Átame</i> (película)	Psic.	Interno
22. "El doble vínculo"	Residente Psiq.	Interno
23. "Gestalt y Psicosis"	Psic.	Externo
24. "Los profesionistas y la salud mental"	Residente Psiq.	Interno
25. "Psicoterapia familiar"	Psic.	Externo
26. "Terapia de grupo"	Psicoanalista	Externo
27. Caso clínico: paciente	Residente Psiq.	Interno
28. Parapsicología: "Vida más allá de la muerte"	Parapsicólogo	Externo
29. "Toque científico de espiritismo, clarividencia, reencarnación, telepatía, etcétera"	Psic.	Interno
30. "Redes de salud mental"	Psic.	Externo
31. "Fármacodependencia"	Residente Psiq.	Interno
32. Caso clínico: paciente	Residente Psiq.	Interno
33. "Tanatología"	Doctor	Externo
34. <i>Epilepsia</i> (video)	Agente de laboratorio	Externo
35. <i>Me quieren volver loca</i> (película)	Psic.	Interno
36. <i>Depresión</i> (video)	Residente Psiq.	Interno
37. "Desastres" (suspendida)	Invitado	Externo
38. "Etnopsiquiatría"	Psicoanalista	Externo
39. "La entrevista en trabajo social"	Trab. Social.	Interno
40. "Radiología"	Radiólogo	Externo

Circuilo número 51, mayo-agosto, 2011

se señalaba, era parte de su formación. Por su parte, de las 6 sesiones a cargo de psicología, 3 fueron presentadas por personal externo al hospital y 2 fueron películas y videos culturales. De esta forma, el número de veces en que un psicólogo expuso la temática y condujo la reunión se redujo a una sesión. Aun cuando las diversas temáticas tenían relación con los padecimientos y terapias de pacientes, algunas sesiones clínicas tuvieron otros objetivos. Las sesiones 25, 28 y 29, giraron más en torno al personal asistente. La sesión 33 “tanatología”, más que un tema científico o cultural resultó una difusión comercial a cargo de una clínica privada de cuidados paliativos. La falta de continuidad temática era una de las quejas entre los profesionistas, pero esto sólo se expresaba en pequeñas camarillas. En los siguientes apartados se describen los aspectos que las sesiones clínicas revelaron durante el periodo de observación.

Internamientos discrecionales

En ocasiones, la sesión clínica podía traslucir determinados usos del hospital, que sólo eran del conocimiento de directivos y profesionistas de su confianza. Algunos de estos manejos discretos correspondían a personas que eran hospitalizadas en secreto y que no eran objeto de procedimientos comunes de internamiento.

En las sesiones, era habitual que se discutieran puntos de vista en torno a diagnósticos, sin embargo, en la reunión celebrada el 25 de mayo de 1993, caracterizada por una intensa discusión por establecer el diagnóstico más atinado; mientras que el expositor del caso advertía la presencia de psicosis, otro psiquiatra señalaba que no había elementos para aplicar dicho diagnóstico. En su momento más álgido, la discusión fue interrumpida por el psiquiatra receptor del caso quien hizo saber a los asistentes: “yo lo recibí, no lo hubiera hospitalizado. Se hospitalizó por sugerencia de la Dirección”. Es decir, se trataba de una persona sin trastorno psiquiátrico, pero que había sido internada por un acuerdo entre familiares y autoridades del hospital. Algunos de los internamientos discrecionales, llegaban hasta las sesiones clínicas, debido a que algún psiquiatra desinformado proponía el caso por ser de nuevo ingreso y carecer de diagnóstico.

En situación similar, el 10 de octubre de 1993, trascendió el caso de un paciente cuyo internamiento fue equivocado, ya que siendo un paciente con trastorno de orden neurológico, fue diagnosticado como psicótico. Como consecuencia, la administración de medicamentos fue contraproducente. Debido a que se consideró que el caso ofrecía un particular aprendizaje, la coordinación de En-

señanza propuso su presentación (sesión 13). Sin embargo, a punto de iniciar, la sesión fue súbitamente interrumpida por la subdirectora médica, quien ordenó que sólo permanecieran los psiquiatras y que el resto de asistentes abandonaran el salón de sesiones. El caso fue revisado exclusivamente por psiquiatras. El manejo del caso permitió conocer las diferencias personales entre dirigentes, pero también exhibió que existían decisiones de internamientos que eran privativas de directivos, lo que rebasaba los aspectos clínicos. Los internamientos discrecionales dejaban al descubierto aspectos tales como la manifestación de actitudes excluyentes, el reforzamiento de jerarquías entre profesionistas y el manejo discrecional de información clínica. En la comprensión de las instituciones como el hospital psiquiátrico, es necesario conocer los usos y fines que no se encuentran en el programa propuesto ya que por lo común, “parte de los usos institucionales no suelen encontrarse en el programa, o bien su justificación no está del todo clara” [Foucault, 1990:218].

Disidencia y temas incómodos

Algunos profesionistas trataban de manifestar su inconformidad utilizando la tribuna de las sesiones clínicas. Estos profesionistas no tenían muchas oportunidades en la presentación de temáticas alternativas, pero para evitar represalias optaban por proponer ponentes externos, sin embargo, sus propuestas por lo común eran desaprobadas. La argumentación de las autoridades señalaba que los temas propuestos no correspondían a aspectos clínicos.

La sesión clínica de la semana correría a cargo del departamento de trabajo social. El tema anunciado con anticipación fue nombrado “derechos humanos” (sesión 5). Sin embargo, la sesión fue cancelada, ya que el expositor a pesar de tener prestigio como académico en el ámbito local, era miembro de un partido político con el cual no se identificaba la dirigencia del hospital. Conforme a comentarios de los organizadores de dicha sesión, la desaprobación se había basado en que el tema representaba un riesgo con relación a cuestionar las prácticas hospitalarias. Además, la presencia del ponente podía acarrear a directivos reprimendas por parte de funcionarios superiores.

Testimonios de actitudes hacia el trabajo

Trabajo, rutinas y desánimo. Las sesiones clínicas se constituyeron en un espacio de revelación del ánimo prevaleciente de los profesionistas hacia el trabajo. Algunas de estas actitudes resultaban verdaderas confesiones acerca de la

situación anímica que guardaba la actividad profesional en el hospital. Este tipo de expresiones mostraba circunstancias estructurales hospitalarias que influían de manera directa en las actividades cotidianas.

En el siguiente testimonio, es posible advertir que el profesionalista no sólo admitiría tener plena conciencia acerca de la reiteración de actividades erróneas —en la elaboración del expediente clínico—, sino de la importancia que representaba el perpetuarlas ya que esto resultaba la fuente de intranquilidad experimentada: “[...]eso es lo que genera más ansiedad. Uno sabe que está cometiendo esas fallas, y uno sabe que está perpetuando una cosa que no sirve, mas sin embargo, uno lo sigue haciendo y eso es lo que genera esos conflictos” (15 de febrero de 1994). La anterior afirmación habla de la presencia de una situación emocional de insatisfacción, pero también de indicios contextuales relacionados con la existencia de tareas intrascendentes que conducían a un atolladero personal. De manera similar, en relación a realizar una tarea clínica que desmotivaba, otro profesionalista señalaría: “yo mismo me he desgastado. Mientras que antes llenaba varias hojas de notas clínicas en los expedientes, ahora ya no hago notas; no las hago porque siento que no tiene sentido, me siento desmotivado” (29 de junio de 1993).

Ventilar en público consideraciones de orden personal no resultaba nada fácil, sin embargo, las sesiones clínicas eran el momento oportuno para externar conflictos y para tratar de buscar soluciones. En segundo lugar, los testimonios citados señalaban el reconocimiento de una frustración personal laboral, de un esfuerzo profesional que quedaba en el vacío: notas clínicas que no eran supervisadas, discutidas o cuestionadas por otros. En tercer lugar, señalaban el cómo determinados hábitos laborales medraban el ánimo del profesionalista, generando prácticas que terminaban por deteriorar la actividad clínica. Como bien se sabe, en el hospital psiquiátrico la actividad diagnóstica y terapéutica van de la mano, sin embargo, la reiteración de rutinas desmotivantes llegan a cuestionar la autenticidad del trabajo. A este respecto, Goffman ha señalado que los psiquiatras que acaban por darse cuenta de las posibilidades de la terapia y que quieren hacer terapia, terminan por marcharse del hospital [Goffman, 1970:99].

Investigar en el hospital. Dentro de las sesiones clínicas, el tema de investigación era recurrente. Investigar resultaba una recomendación usual para el grupo de profesionalistas. Era frecuente que se hiciera referencia a investigaciones nacionales o extranjeras relacionadas con la utilización experimental de medicamentos farmacológicos en determinado tipo de pacientes. A pesar de ello, lo cierto era que en ese entonces, ningún profesionalista realizaba investigación en forma sistemática.

En la sesión clínica del 29 de junio de 1993, varios de los profesionalistas revelarían sus razones por las cuales estaban interesados en realizar inves-

tigación en el hospital. Para algunos, la falta de estímulos era el argumento principal por el que no se estaba dispuesto a hacer labores de investigación. Incluso, la falta de estímulos resultaba la justificación para admitir abiertamente la invención de datos en la investigación: “[...] 50 por ciento de los datos de mi tesis fueron inventados, pero así tenía que ser, no hay reconocimiento o estímulos para hacer [investigación]”.

En ocasiones, algunas intervenciones dejaban entrever manejos del tiempo en forma displicente por parte del personal. De esta forma, tratando de encontrar alternativas para la realización de investigación, una psicóloga propondría: “en vez de tomar café dos horas, pues bueno, se le dedica una hora a eso [investigación].” A dicha revelación le seguiría el comentario de otra psiquiatra quien agregaría de forma contundente: “para poder hacer investigación a mí me hace falta tiempo y dinero”. Se podía pensar que sólo se trataba de explicaciones rápidas para salir del paso, sin embargo, lo importante era que evidenciaban desinterés por la investigación.

La indisposición por actividades de investigación quedaría nuevamente de manifiesto en una sesión (3 de mayo de 1994) que corrió a cargo de una marca de medicamentos. En dicha sesión, luego de proyectar un video que abordaba la investigación de los resultados de uno de sus medicamentos en Inglaterra, se invitó a los psiquiatras a realizar investigación que incluía apoyo económico y la dotación de medicamentos. No obstante, no hubo respuesta alguna en ese momento. Además de existir poca experiencia en actividades de investigación, los profesionistas —por lo común psiquiatras— que tenían conocimiento, actuaban por su cuenta o con investigadores ajenos al hospital. Por otra parte, existían indicios de que las circunstancias hospitalarias terminaban por moldear esquemas mentales caracterizados por actividades rutinarias en el grupo de profesionistas. En términos generales, el profesionista consideraba que realizar investigación no aseguraba resultados efectivos y sólo acarrearía distraerlo de sus labores obligatorias.

Las sesiones clínicas como válvula de escape

El personal conocía que las sesiones clínicas eran para la presentación de casos, planes de tratamiento, discusiones teóricas, reorganización de estrategias y tareas clínicas diversas. Con menos frecuencia se trataba lo referente a organización de eventos. En ningún documento u ocasión anterior se había hecho explícito que en las sesiones podían tratarse problemáticas laborales o realizar cuestionamientos a manejos de organización y funcionamiento. La informalidad, desorganización e improvisación de las sesiones y desinterés por parte

de los asistentes, se habían manifestado sesión tras sesión a lo largo de meses. La sesión de la primera semana del mes de febrero de 1994 se esperaba como otra sesión más. Para esta ocasión, fue invitado como ponente un psicólogo del exterior con la finalidad de que abordara el tema “psicoterapia familiar”.

Luego de algunos minutos de haber iniciado, el expositor, evidentemente vacilante en su presentación, optó como salida invitar a los asistentes a participar en la temática. Sin embargo, la concesión de la palabra a los profesionistas fue suficiente para que la sesión tomara un rumbo distinto. El tópico “psicoterapia familiar” fue bruscamente dejado de lado y empezaron a manifestarse opiniones sobre las circunstancias de trabajo en el hospital y de las sesiones clínicas. Aunque los participantes se dirigían al expositor, éste se vio sorprendido de lo que estaba sucediendo y sólo se dedicó a escuchar. Una de las primeras intervenciones se refirió al carácter general de las sesiones clínicas en los últimos meses, donde destacaba la ausencia de orden e interés: Médico: *“ya hace mucho tiempo que está pasando esto, no hay organización, no queda claro cuáles son los objetivos [...] la apatía se refleja en cada sesión, se pierde mucho tiempo”* (2 de febrero de 1994).

El reconocimiento generalizado acerca de la crisis de las sesiones, condujo al coordinador de las reuniones a aceptar la propuesta de que la siguiente sesión fuese con el fin de realizar un análisis de la situación. La reunión fue nombrada como “psicoterapia de grupo” (15 febrero de 1994) y fue dirigida por un psicólogo del exterior, contactado por el coordinador de Enseñanza.

Conforme los participantes fueron externando lo que ellos consideraban la problemática laboral y hospitalaria, el psicólogo invitado iba haciendo mención de rasgos de los grupos terapéuticos y de características básicas que se daban en los procesos de terapia grupal. Una vez que el psicólogo invitado se retiró, la reunión prosiguió. Se entabló una discusión entre dos grupos. Primero, el intento de elementos del personal de reanudar el análisis de las circunstancias de trabajo, incluido el cuestionamiento de las sesiones clínicas. Segundo, la postura por parte del coordinador de las sesiones y algunos de sus simpatizantes, de centrarse y reducir la orientación de la discusión a la refuncionalización de las sesiones. Como parte de esta segunda postura, se puso en práctica la estrategia de invitar a los interesados a expresar sus opiniones pero por separado, aspecto con lo cual se reducían los riesgos de que se hablara de quejas e inconformidades ante todos. De esta forma, se vio inhibida la intención de cuestionar las deficiencias de las sesiones clínicas e irregularidades hospitalarias. Las medidas institucionales para sofocar inquietudes es algo regular, sin embargo, se ha llegado a señalar que “todo puede hablar dentro de las instituciones en la medida que sepamos escucharlo. Porque no se trata

sólo de lo que una institución es, sino también aquello que ella cree ser. La creencia conforma una más de sus dimensiones, que amplía el panorama de su estructura física, sus objetivos y sus producciones” [Kaminski, 1990: 9-15].

Aunque se había señalado de antemano que el tema a tratar eran las sesiones clínicas, uno de los primeros profesionistas en participar, no sólo valoró el funcionamiento hospitalario de insuficiente y enfatizó la carencia de herramientas para el desempeño profesional, sino que también confió estar perdiendo el ánimo:

—Médico: [...] *que se haga una renovación de estos sistemas porque en realidad son mediocres[...] cómo va a ser posible que en todo el hospital no haya un bautmanómetro⁵ [...] nos están dejando sin ánimo[...] Cómo va a ser posible tantas situaciones que están pasando, y las vemos y las seguimos dejando pasar sabiendo que sí hay modo de hacer las cosas[...]*

Según lo manifestado, no se trataba de mejoras salariales, puestos de trabajo o concesiones laborales, se trataba de expresiones individuales pero representativas de un grupo, que indicaban frustración y solicitud de soluciones. Los profesionistas concebían las sesiones clínicas como la oportunidad de expresar cuestiones refrenadas. En este sentido, estaba claro que las sesiones representaban un espacio importante para su desarrollo personal en las labores del hospital. En su participación, otros profesionistas coincidieron en señalar que desempeñaban una labor repetitiva y frustrante.

—Residente de psiquiatría: [...] *uno sabe que está cometiendo esas fallas, y uno sabe que está perpetuando una cosa que no sirve; sin embargo uno lo sigue haciendo[...]*

—Trabajadora Social: *El comportamiento que tenemos, de estar repitiendo más de lo mismo, más de lo mismo[...]*

El coordinador intervino señalando apertura para el análisis, solicitando proposiciones con el objetivo de hacer agradables las sesiones. Se conoce que una táctica para inhibir o detener cuestionamientos e inquietudes grupales consiste en orientar a los participantes a sugerir propuestas dirigidas a la funcionalidad.

—Coordinador de las sesiones: *Creo que hay que aprovechar el espacio, el tiempo que tenemos y empezar a decir aquí entre compañeros, o sea, qué sugieren, qué proponen para que estas sesiones sean amenas.*

⁵ Instrumento médico utilizado para medir la tensión arterial.

No obstante, la intervención que siguió, haría notar enfáticamente la situación de estancamiento de las sesiones y de forma concluyente colocó en duda su finalidad:

—Psiquiatra M: [...] *siento que la sesión clínica ha sufrido un proceso de anquilosamiento, donde uno viene ante una obligación, pero sin un sentido propiamente del por qué se viene[...] honestamente ¿para qué son estas sesiones?*

Enseguida, el coordinador reiteró su disposición por escuchar a los asistentes pero luego admitiría que las sesiones estaban en crisis, e inclusive, reconocería que las sesiones estaban “enfermas” por lo que hizo mención de la formación terapéutica de los profesionistas con el fin de lograr “curarlas”:

—Coordinador de las sesiones: *Creo que, si no es el mejor momento de enseñanza, esto habla de madurez, y considero que no es un show, considero que es el espacio y la oportunidad y finalmente lo que yo siempre les he dicho: enseñanza es lo que es el hospital[...] quiero decirles que estoy ahí para lo que se les ofrezca, que voy a hablar más expresamente con cada uno de los coordinadores[...] siempre el que llega ahí yo lo atiendo, con todo gusto platicamos un rato, aclaramos y conformamos el equipo.*

[...] *Después de las crisis vienen los cambios. Aquí la mayoría de personas son terapeutas, vamos así como a echarle terapia a nuestra situación actual de lo que son las sesiones, vamos a curarlas[...] creo que las sesiones están enfermas[...]*

En la parte final de la sesión, otros asistentes trataron de intervenir, sin embargo, el coordinador argumentó que ya no había más tiempo para ello. Esta actitud se vio reforzada por la subdirectora médica quien propuso que cualquier interesado podía hablar de forma posterior con el coordinador. Al mismo tiempo, justificó el fin de la sesión indicando que las labores hospitalarias se encontraban rezagadas:

—Psicóloga: *Yo quiero hacer una última observación[...]*

—Coordinador de las sesiones: *Yo como que prefiero que ya no, por el tiempo y porque[...]*

—Trabajadora social: *Volvemos a lo mismo, no podemos ahondar en algo, por el tiempo. Ahora que tenemos esta oportunidad y, sin embargo, fulanita quiere hablar y qué pasa[...]*

—Coordinador de las sesiones: *Esto no se aclara aquí[...]*

—Subdirectora médica: *Vamos a hacer una cosa, vamos a invitar a todos los que deseen platicar contigo, lo hagan durante el transcurso de esta semana, para que viertan sus opiniones en este documento. Lo vamos a dejar ahorita aquí porque ya vamos muy atrasados en todo el trabajo del hospital[...] los psiquiatras no se vayan por favor.*

Kaminski sostiene que en las instituciones pueden observarse grupos objeto y grupos sujeto. El grupo de las sesiones clínicas correspondía a los primeros, es decir, grupos que están sometidos a las consignas instituidas (jerarquización institucional/verticalidad) [Kaminski, 1990].

En la sesión descrita, fue posible observar que en cuanto se abrió la posibilidad, una parte de los profesionistas aprovecharon la oportunidad de señalar aspectos contenidos por mucho tiempo. Sus reclamos indicaban la emergencia de ser escuchado y comunicar necesidades laborales apremiantes. El hecho de expresar carencias instrumentales, fallas técnicas o condiciones anímicas personales, fueron interpretadas por directivos como pretextos detrás de los cuales se encontraban otro tipo de intereses. Desde Pichón Riviere, se conoce que el compromiso de la tarea grupal incluye la gestación de la conciencia crítica, y la transformación de la estereotipia por medio del rompimiento de la adaptación pasiva y los obstáculos a la creatividad [Pichón Riviere, 1989]. Las diversas opiniones señalaban la importancia de examinar el desempeño profesional y la oportunidad de explorar condiciones estructurales hospitalarias que condicionaban las actividades cotidianas. Pero para los directivos resultaba vital que los reclamos terminaran y se retomara la finalidad original de las sesiones clínicas. La dinámica de las sesiones clínicas señala testimonios de la presencia de una burocracia sanitaria que imponía sus propias premisas a inquietudes de cambio del personal. La clínica es un área de conocimiento científico, pero la cotidianidad de ese "microsistema" social que era el hospital mostraba que la medicina era también una práctica política.

La intervención institucional [Guattari, *et al.*, 1981] señala que en ocasiones conviene distinguir cuando la intervención tiene fines de análisis o de socio análisis, con respecto a cuando la intervención tiene objetivos terapéuticos. De manera evidente, el personal solicitaba el análisis social de las sesiones y no la intervención terapéutica. Acerca de la afirmación del coordinador de las sesiones, "Enseñanza es lo que es el hospital", el concepto de enseñanza contenía varios significados, es decir, en su sentido clínico estaba claro que se refería al aspecto de aprendizaje, sin embargo, en el sentido de obtener una lectura de estas reuniones, las sesiones clínicas enseñaban características acerca del estado y condiciones del personal y del hospital.

Rituales, recreación de jerarquías y crisis

En instituciones como los hospitales, suelen tener lugar rituales de paso vinculados con la presentación de los nuevos elementos. En el estreno de los nuevos elementos, estos son dirigidos y cobijados por lo común, por las per-

sonas de mayor experiencia y sabiduría del lugar. En términos generales, un rito de iniciación se realiza para que una persona logre ser admitida en una determinada comunidad, y consiste en que la persona que desee ingresar al grupo cumpla con una serie de comportamientos que ponen a prueba su idoneidad, particularmente como en el caso de médicos jóvenes en el manejo de conocimientos. En ocasiones, los rituales suelen ser aprovechados para manifestar las jerarquías y señalar quién manda en ese lugar y cómo se deben hacer las cosas. Las sesiones clínicas constituían el espacio para la realización de ritos de iniciación de los residentes en psiquiatría. Estos ritos se efectuaban a través de la presentación de casos clínicos. Dichas presentaciones solían caracterizarse por el hecho de que los profesionistas hacían observaciones, objeciones y críticas al novato. Sin embargo, regularmente detrás de los comentarios clínicos se alojaban factores relacionados con la recreación de jerarquías establecidas. No era extraño que algunos profesionistas se ensañaran con el residente principiante, señalando errores e inexperiencia. Los rituales de iniciación también dieron lugar a la manifestación de crisis de las sesiones.

El 19 de abril de 1994, el residente de psiquiatría dio inicio a la presentación de un caso clínico (sesión 30). El residente comenzó por leer las notas clínicas preexistentes en el expediente. Sin embargo, esta forma de exposición resultó contra la costumbre, por lo que el coordinador de Enseñanza lo interrumpió para cuestionar la manera como estaba presentando el caso. Enseguida, el psiquiatra V, señaló que si esa era la forma en que lo presentaría, entonces “le parara”. El residente recogió sus papeles y se levantó del lugar. Luego, el psiquiatra E indicó al residente: “*Espérate, no te puedes ir así nomás, es una falta de respeto y estás haciendo un berrinche*”. A continuación se describe el episodio en el cual la sesión se tornó no sólo una arena de discusión sino de representación de una crisis al interior del grupo:

- Psiquiatra V: *La crítica no es contra X sino contra la insuficiencia del residente.*
- Coordinador de Enseñanza: *Te tienes que apegar al método de presentación de estudio clínico que se practica en el hospital.*
- Psicólogo: *Yo pienso que lo que el residente está presentando es su caso personal.*
- Psiquiatra V (dirigiéndose al residente): *Lo que me encabrona es que hables de cosas que no sabes, tú no lo manejas, no lo manejas[...] no sabes hacer una historia clínica.*
- Psiquiatra M: *Ya estuvo bueno, yo me siento muy mal. Esto es catastrófico, esto es un caos.*
- Psiquiatra B: *No estoy de acuerdo con el psicólogo, creo también que esto es un caos[...] creo que hay otras formas de decir las cosas. Pienso que es muy sincera y auténtica la actuación del residente[...] estamos en un hospital caótico.*

Cuicuilco número 51, mayo-agosto, 2011

- Trabajadora social: *Se dice que hay capacidad, que todos estamos preparados pero, ¿dónde está?, ¿va a haber algún cambio?*
- Psiquiatra E: *Sabemos todos que el hospital está en crisis, crisis del aprendizaje[...] el hospital tendrá carencias hasta que se derrumbe.*
- Psiquiatra L: *Los residentes son el reflejo de la falta de organización. Esto es muy desgastante. Los muchachos tienen capacidad y si se preparan, pero las sesiones es lo mismo, todos contra todos.*
- Psiquiatra M: *Te pido a ti (coordinador de Enseñanza) que ya pongas orden. A ti se te paga y se te confía la enseñanza. Ya es hora de que pongas orden.*
- Psiquiatra E: *Yo siento que ya se acabó. Mucha bronca, mucho pleito pero ya se acabó.*
- Psiquiatra H: (se dirige al residente) *¿Qué tan dispuesto está a aprender psiquiatría[...] o sea el modelo, el modelo médico?*

Desde el punto de vista de la tradición clínica, el desacato condujo a algunos de los profesionistas a expresar comportamientos tales como proferir sanciones o degradar en público al transgresor ya que ello estaba justificado. Cuando existen contradicciones negadas por el conjunto de participantes, el recurso del chivo expiatorio suele ser una respuesta común en la dinámica de las instituciones. A pesar de las características de informalidad y ambigüedad de las sesiones, había profesionistas que se preocupaban de que determinado estilo no sufriera alteraciones. Las alianzas, las jerarquías establecidas y la informalidad en la enseñanza, eran factores importantes que generaban determinados comportamientos en las sesiones clínicas. Las sesiones no eran una isla y de alguna forma estaban atravesadas por rasgos del contexto hospitalario.

La sesión en cuestión revelaba diferentes posiciones dentro del grupo. Por ejemplo, quiénes evidenciaban una posición de jerarquía, quiénes expresaban angustia y confusión, quiénes estaban preocupados porque aquello no se saliera de control, y quiénes estaban interesados en que se rescatara la oportunidad de análisis de la crisis.

Por una parte, la noción de caos, confirmaba una percepción de crisis y desorganización, de escisión de un grupo orientado a una tarea específica. Sin embargo, la noción también señalaba una atmósfera de tensión y de manifestación de posibles sanciones, de intervenciones que desbordaban los fines de la enseñanza, que señalaban la exacerbación de los ánimos e indicaba que se había sobrepasado la serenidad de la crítica y las sugerencias al elemento inexperto. Ahora bien ¿por qué tanta intensidad por la forma de presentación de un caso clínico? Por una parte, las sesiones podían representar para el personal un espacio de relajamiento, distensión, aprendizaje, incluso de amena distracción. Pero por otro lado, señalaba el momento preciso en que estallaba

una crisis del grupo y en donde el residente representaba el chivo expiatorio idóneo y la oportunidad de exteriorizar protagonismos y rivalidades.

El análisis de las intervenciones permite distinguir diferentes tipos de percepciones sobre un mismo asunto. Por una parte, se enfatizó la “insuficiencia” del residente por no haberse apegado al método, sin embargo, existió otro punto de vista que calificó la actuación del residente como “auténtica y sincera”. De manera similar, un punto de vista señalaría que los residentes eran el producto de la falta de organización del hospital. La irrupción de acontecimientos inusuales como los anteriores, permite señalar que el observador “se convierte en un testigo de excepción de sucesos ordinarios y extraordinarios; está en posición de ver cómo y cuándo los gestos transparentan emociones, los hechos se revisten de formas significativas y encarnan intenciones.” [Lisón, 2000:221]. Las sesiones clínicas formaban parte de un todo y resultaban una caja de resonancia de cómo se percibía al hospital y lo que acontecía dentro de este. Sin embargo, por su ubicación en el contorno hospitalario, las sesiones clínicas pertenecían a lo que se ha denominado como “región posterior” [Goffman, 1984: 117-151], un sitio no a la vista del público, es decir, lo que comúnmente sucede “tras bambalinas” y suele quedar en silencio y en desconocimiento de los demás.

Las sesiones: arena de expresión de pugnas y alianzas

De forma general, los enfrentamientos entre profesionales suelen ceñirse a la materia que se aborda, sin embargo, en ocasiones, detrás de esos debates se descubren antagonismos personales y de grupo. En la mayoría de ambientes laborales existen relaciones de amistad y enemistad, cordialidad y discordia. Las sesiones clínicas también eran utilizadas como escenario para manifestar pugnas y alianzas. Las discrepancias entre los asistentes, lejos de ser contienda pasajera, iban más allá de desacuerdos de orden clínico.

Entre la serie de rivalidades exteriorizadas en las sesiones se encontraban desde directivos, coordinadores de departamento y profesionistas en general. Algunas rivalidades obedecían a la competitividad con base en conocimientos, sin embargo, esto se mezclaba con intereses por los puestos, actitudes de favoritismo que involucraban privilegios o tratos laborales desiguales. A lo anterior solían sumarse condiciones —lealtades o pugnas— especiales derivadas de cuestiones de relaciones de pareja entre los profesionistas.

Dentro de la principal red de alianzas, se identificaba que algunos profesionistas habían obtenido el trabajo en el hospital por medio de la recomendación de coordinadores. De esta forma, se entendían las lealtades dentro de este grupo. Otro factor importante estribaba en que este grupo estaba

identificado como parte del grupo perteneciente a directivos del hospital. Lo anterior no significaba que no existieran conflictos entre elementos del mismo grupo como de hecho sucedía. La principal red de alianzas tenía el control de las sesiones clínicas por medio de monitorear la presentación y temáticas de otros profesionistas, inhibir comportamientos de elementos discrepantes, o de plano, suspender sesiones donde se corría el riesgo de cuestionar y revelar situaciones negativas del hospital.

Las sesiones clínicas podían ser el marco para diferentes fines e intereses de los profesionistas. Así, por ejemplo, la pugna entre la coordinadora de psicología y la jefa de personal se hizo manifiesta por medio de la presentación de la sesión titulada “programa de capacitación para el trabajo”, promovida por la primera (23 de marzo de 1993). El tema fue expuesto por un psicólogo simpatizante de la coordinadora de psicología. Se pretendía que el programa se aplicara en el establecimiento. El tema resultaba una abierta provocación para la jefa de personal, puesto que se entendía que los aspectos de capacitación del personal hospitalario correspondían a esta última.

La presentación del tema tuvo éxito, al final hubo aplausos y abrazos ante el disgusto de la jefa de personal. Sin embargo, a un año de distancia de dicha presentación, el programa de capacitación no había iniciado y el psicólogo responsable ya había dejado de trabajar en el hospital. A pesar de lo anterior, la alianza contra la jefa de personal, cumplió en su momento su finalidad. Se conocía que el conflicto se remontaba a la disputa por la jefatura de personal. De manera similar, en el ejemplo citado correspondiente a la sesión 13, quedó de manifiesto el enfrentamiento de jerarquías entre la subdirectora médica y el coordinador de Enseñanza, pero también el señalamiento de quién ostentaba mayor autoridad entre los profesionistas.

Comentarios

El periodo de observación de las sesiones clínicas, permitió conocer que su programación descansaba sobre un importante grado de improvisación y que el descontento y necesidades del personal se manifestaban con mayor probabilidad cuando existía informalidad y ambigüedad en su curso y planeación. Mientras que en ocasiones, las sesiones podían resultar un espacio de rigor clínico, otras veces, la enseñanza clínica quedaba inhibida o condicionada por intereses de grupos al interior de las reuniones y por decisiones discrecionales o autoritarias por parte de directivos.

Las reuniones clínicas tenían diversas utilidades; era el espacio donde el profesionista solicitaba soluciones a la carencia de recursos y circunstancias

frustrantes de trabajo, podían tornarse en una válvula de escape, un momento de respiro o hasta un refugio momentáneo para el personal profesionalista.

Las sesiones eran importantes porque en ellas intervenía la parte del personal encargado de aplicar, evaluar y mejorar el tratamiento. Estas reuniones eran territorio donde se retrataban diferentes aspectos hospitalarios, pero de manera singular el estado anímico de los profesionistas. Lugar donde a pesar de que se reconocía la presencia de conocimiento sobre salud mental, paradójicamente esto no se aplicaba en ellos. Para los profesionistas, los resultados del tratamiento eran importantes ya que dichos aspectos estaban ligados a su identidad y al grado de satisfacción que se desprendía de la autenticidad encontrada en el trabajo.

Por otra parte, las sesiones también servían para conciliar al profesionista con su lugar de trabajo y con la reorientación de las prácticas, esto es, a través de darse cuenta que existía un grupo de profesionistas bajo circunstancias similares. El hecho de participar en discusiones de orden teórico-clínico, reanimaban una identidad con las expectativas de un trabajo auténtico, desarrollado tal vez en la práctica privada en donde encontraba una conexión y sentido. Mientras que algunas veces, el profesionista salía de la sesión clínica, con la firme idea de que su labor era positiva, humanitaria, científica; en ocasiones el sentimiento predominante giraba en torno a repetir viejas rutinas y hacer “más de lo mismo”.

En las reuniones clínicas, solicitar abordar la salud mental del trabajador, representaba el riesgo de cuestionar de forma directa el conjunto de prácticas que se realizaban en el establecimiento. Si bien, el reclamo de los profesionistas evidenciaba que en el hospital la salud mental no podía tratarse separada de la práctica laboral, sin embargo, dicha demanda implicaba remover premisas institucionales que chocaban con objetivos del personal. La salud mental del profesionista se encontraba entre fuegos cruzados, esto es, entre esquemas de funcionamiento hospitalario y la resistencia al cambio de otros profesionistas ligados a la autoridad hospitalaria. En el término de más de año y medio, ninguna sesión fue dedicada expresamente para la salud mental de los profesionistas. La salud mental resultaba un término frecuentemente utilizado, pero no necesariamente aplicado: ¿“casa de herrero, azadón de palo”? En México, durante los últimos 10 años, la publicación de trabajos relacionados con la actitud hacia el trabajo—síndrome de Burnout—⁶ ha versado sobre diferentes tipos de empleados pero hasta el momento no existe ningún estudio publicado sobre trabajadores de hospital psiquiátrico.

⁶ Señalamiento basado en la revisión del año 2000 al 2010 de la Revista Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría en México.

Sin lugar a dudas, las sesiones clínicas mostraban lo que era el hospital y lo que pasaba dentro de este. La pregunta surgida en la cotidianidad del hospital —¿para qué son estas sesiones?— resultaba paradigmática, puesto que por una parte, mostraba la inquietud del profesionista por entender lo que sucedía en las sesiones y la necesidad de encontrar significado a su práctica. Las sesiones constituían una especie de caleidoscopio y temperamento hospitalario. En el hospital psiquiátrico, determinadas características de las políticas de salud, no sólo alcanzaban en la cotidianidad a las personas internadas sino también a las que los atendían. Pese a todo, la realización de las reuniones clínicas otorgaba un sentido de orden y funcionamiento hospitalario, en ocasiones constituían un tanque de oxígeno ante el aspecto tóxico de la rutina y el desaliento.

Reuniones del personal como las sesiones clínicas, pueden convertirse en espejo y servir de analizadores institucionales [Guattari, *et al.*, 1981]. Así como el agua busca su cauce natural, la desilusión laboral tiende a buscar una salida, sin embargo, no siempre encuentra su vertiente de expresión o catarsis. En este caso, la descripción etnográfica demuestra que puede ser una herramienta valiosa en el conocimiento del comportamiento de los trabajadores hospitalarios y de determinado tipo de reuniones. Sin duda, un seguimiento más riguroso sobre las reuniones hospitalarias, puede aportar mayor conocimiento sobre éstas pero sin dejar de considerar el particular tipo de contexto que las rodea. Es de suponer que existen semejanzas y diferencias con respecto al hospital psiquiátrico de carácter privado, sin embargo, es otra cuestión que merece ser explorada. Es un hecho que algunas de las reuniones institucionales resultan potenciales cajas de resonancia de las situaciones del personal y del lugar de trabajo.

Agradecimientos. A todos los hombres y mujeres del hospital psiquiátrico de Jalisco que facilitaron mi trabajo en dicho establecimiento y proporcionaron su confianza, testimonios y experiencia. A los doctores José Lameiras (e. p. d.) y Fernando M. González por su orientación y asesoría en el trabajo de campo.

BIBLIOGRAFÍA

Basaglia, Franco

1977 *Los crímenes de la paz*, México, Siglo XXI.

Castel, Robert

1980 *El orden psiquiátrico*, Madrid, La Piqueta.

Devereux, George

1989 *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo XXI.

Foucault, Michelle

- 1976 *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI.
 1986 *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI.
 1990 *La vida de los hombres infames*, Madrid, La Piqueta.

Geertz, Cliford

- 1988 *La interpretación de las culturas*, Barcelona, Gedisa.

Goffman, Erving

- 1970 *Internados*, Buenos Aires, Amorrortu.
 1984 *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.

Gorski, Terence

- 1999 *A Group Member's Guide to Brief Strategic Group Therapy*, <http://revistaonline.bligoo.com.mx/content/view/920451/Instituciones-y-grupos.html>

Guattari, Félix y Lourau, René

- 1981 *La intervención institucional*, México, Folios.

Kaminski, Gregorio

- 1990 *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. <http://revistaonline.bligoo.com.mx/content/view/920451/Instituciones-y-grupos.html>

Kleinman, Arthur

- 1980 *Patients and healers in the context of culture*, Berkeley, University of California.

Lain Entralgo, Pedro

- 1983 *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza.

Lisón Tolosana, Carmelo

- 2000 *Antropología: horizontes interpretativos*, Universidad de Granada.

Mannoni, Maud

- 1981 *El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis*, México, Siglo XXI.

Menéndez, Eduardo L.

- 1979 *Cura y control*, México, Nueva Imagen.

Pichón Rivièrè, Enrique

- 1989 *Obras completas*, <http://revistaonline.bligoo.com.mx/content/view/920451/Instituciones-y-grupos.html>

Ramos, Alejandro

- 1998 "El manejo de pacientes crónicos en el hospital psiquiátrico de Jalisco", *Relaciones*, vol. 19, núm. 74, El Colegio de Michoacán, pp. 170-199.

Salud mental

- 2000–2010 Instituto Nacional de Psiquiatría, México.

Szasz, Thomas

- 1982 *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu.