



ETNOGRAFÍA EDUCATIVA: LA “ENTREGA DE GUARDIA” COMO ESPACIO FORMATIVO DE LOS RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

Liz Hamui Sutton
Facultad de Medicina, UNAM

María Alejandra Sánchez Guzmán
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Área temática: A5) Currículum

Línea temática: 6. Currículum como los procesos de apropiación, resignificación e interacción que realizan docentes, estudiantes e instituciones

Tipo de ponencia: Reportes parciales de investigación

Resumen: Los espacios clínicos constituyen escenarios donde tienen lugar procesos educativos simultáneos a los asistenciales, en los que se actualiza el currículum. Las residencias médicas en el campo de la psiquiatría consideran un período de cuatro años. Cada año de la residencia está normado por saberes, tareas, responsabilidad y actitudes que se espera se realicen. Las coordenadas temporales y espaciales de este trabajo se centran en la descripción y análisis de la franja de actividad denominada “entrega de guardia y pase de visita” que tiene lugar todas las mañanas para repasar los ingresos, egresos y seguimiento a los casos de pacientes internados. El problema de investigación se centra en dilucidar las articulaciones y tensiones entre lo académico y lo asistencial en las prácticas institucionales de los residentes de psiquiatría, donde tiene lugar su proceso formativo y la configuración de su identidad profesional. El objetivo es describir y analizar algunas de las interacciones que suceden en la “entrega de guardia y pase de visita”, para comprender las estructuras narrativas que subyacen a este ritual, el efecto que tiene en la formación de los residentes, así como en la configuración de su identidad como psiquiatras. Metodológicamente el trabajo se realizó en los meses de marzo y abril de 2019 en el servicio de psiquiatría de un hospital de tercer nivel de atención en la zona metropolitana del Valle de México. Se trata de un estudio cualitativo de corte etnográfico, basado en la observación presencial.

Palabras claves: residencias médicas, psiquiatría, contextos clínicos, educación de posgrado, etnografía.

Introducción

Los espacios clínicos constituyen escenarios donde tienen lugar procesos educativos simultáneos a los asistenciales y de investigación, en los cuales se actualiza el currículum. La formación de los psiquiatras sucede en contextos intersubjetivos en el hospital. Está pautada por tiempos, ritmos y acciones enmarcadas en entramados institucionales multidisciplinarios organizados jerárquicamente en redes profesionales orientadas a la atención de la salud mental. En las franjas de actividad (Goffman, 2006: 59) en que participan los residentes, se prefigura, configura y reconfigura su identidad relacional al concordar sus atributos personales con aquellos propios de la profesión en situaciones específicas.

Las residencias médicas en el campo de la psiquiatría consideran un período de cuatro años, en los que el estudiante transita de ser R1, a R2, R3 y R4. Cada nivel está normado por saberes, tareas, responsabilidad y actitudes que se espera realicen. En el caso de la residencia de psiquiatría del Hospital A., las actividades por nivel de R, se indican, en el programa académico del Plan Único de Especializaciones Médicas en Psiquiatría (PUEM, 2012), de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM donde se especifican los contenidos temáticos teóricos y prácticos, así como en los programas operativos que establece la Jefatura de Enseñanza conjuntamente con los profesores del curso. Los procesos de enseñanza y aprendizaje para cubrir los contenidos curriculares tienen escenarios variados, algunos eminentemente pedagógicos -como las clases y seminarios o las sesiones académicas-, y otros asistenciales -como la entrega de guardia, el pase de visita, el área de urgencias o la consulta externa-. En todos los casos, la dinámica académico-asistencial, se realiza por medio de la discusión de casos reales, es decir, de las historias clínicas, diagnósticos y tratamientos de padecimientos que atienden en la sede.

Las coordenadas temporales y espaciales de este trabajo se centran en la descripción y análisis de la franja de actividad denominada “entrega de guardia y pase de visita” que tiene lugar todas las mañanas para repasar los ingresos, egresos y seguimiento a los casos de pacientes internados. En este escenario participan una variedad de actores jerárquicamente posicionados en la estructura institucional, cuya tarea es la atención de la salud mental de los enfermos confinados al espacio nosocomial. En este juego de interacciones se asignan roles, se establecen categorías, se diferencian tareas, se instituyen prácticas en las que la formación del psiquiatra tiene lugar. Espacios como la entrega de guardia y el pase de visita, además de constituirse en un contexto intersubjetivo donde se discuten casos, representa el sitio en el que se manifiesta la reproducción del campo profesional en la práctica, con lenguajes característicos, razonamientos basados en la disciplina biomédica, reglas formales e informales, valores, creencias y juicios que se plasman en decisiones que orientan acciones colectivas e influyen en las trayectorias de los involucrados (Consejo C. Viesca C, 2008: 16-20).

El problema de investigación de este trabajo se centra en dilucidar las articulaciones y tensiones entre lo académico y lo asistencial en las prácticas institucionales de los residentes de psiquiatría, donde tiene lugar su proceso formativo y la configuración de su identidad profesional. En concordancia, las preguntas

de investigación que guían el estudio, se refieren a lo que sucede durante la entrega de guardia y el pase de visita como espacios donde se forman los residentes y se imbrica lo instituido como instituyente en el campo de la psiquiatría, en el sentido que lo analiza Castoriadis (1984: 93). A pesar de ser un contexto intersubjetivo iterativo, en él acontecen intercambios donde se producen nuevas situaciones y se diseñan estrategias que reactualizan el currículum.

Algunas de las preguntas que surgen y guían la investigación ante esta problemática son: ¿cómo se juega la relación saber/poder, entendida desde el análisis foucaultiano (Foucault, 1978: 24), en las interacciones de quienes participan en las entregas de guardia y pases de vista, con especial énfasis en los residentes?, ¿cómo se reproduce el campo de la psiquiatría en estos contextos intersubjetivos?, ¿qué valores se expresan en la franja de actividad del campo psiquiátrico, durante la entrega de guardia y el pase de visita, que afecta la formación de la identidad profesional de los residentes en la sede hospitalaria donde se realizó el estudio?, y finalmente ¿de qué manera se interseccionan las capas de significación de lo asistencial y lo educativo en estos rituales clínicos?

La “hipótesis” que orienta este estudio parte de que la identidad profesional de los residentes de psiquiatría se configura en la práctica clínica donde se transmiten, circulan, apropian y ejecutan los saberes biomédicos disciplinares. La interrelación de las prácticas asistenciales y académicas durante la atención a los pacientes, constituye el núcleo curricular del proceso formativo de los especialistas en psiquiatría. El objetivo es describir y analizar algunas de las interacciones que suceden en la franja de actividad denominada “entrega de guardia”, para comprender las estructuras narrativas que subyacen a este ritual, el efecto que tiene en las prácticas cotidianas de los residentes, así como en la formación de su identidad como psiquiatras.

Metodológicamente la etnografía se realizó en marzo y abril de 2019 en el servicio de psiquiatría de un hospital de tercer nivel de atención en la zona metropolitana del Valle de México, al que nos referiremos como A. Se trata de un estudio cualitativo de corte antropológico, basado en la observación presencial durante la entrega de guardia matutina. La ponencia se inscribe en el marco del proyecto DGAPA-PAPIIT IN304918 titulado “La investigación narrativa en contextos clínicos” registrado en la Facultad de Medicina de la UNAM y en la sede en cuestión. Las consideraciones éticas incluyen el anonimato y la solicitud del consentimiento informado a los entrevistados. Se utilizó una guía de observación para registrar las interacciones de los sujetos posicionados. Los datos se anotaron en diarios de campo y audio-grabaciones transcritas parcialmente. Se analizó la información de ciertos casos abordados en las reuniones para dar respuesta a las preguntas de investigación antes mencionadas. El análisis se realizó tomando como eje un episodio de la entrega de guardia, el caso de la “sobredosis de litio”.

Desarrollo

A las ocho de la mañana de un lunes de abril, poco a poco llegaron a la sala de reuniones del área de internamiento de pacientes psiquiátricos, los médicos adscritos entre ellos el subdirector del hospital que funge como jefe del servicio y titular del curso ante la UNAM. También arribaron los residentes de distintos

niveles, la jefa de enfermeras del piso, la trabajadora social y algunos estudiantes de pregrado, sobre todo pasantes de servicio social e internos. Alrededor de una mesa grande al centro de la sala se acomodaron los participantes, cerca de la puerta de la entrada se ubicó el subdirector, máxima autoridad en el salón, por rango y por edad, y a su lado se sentaron los médicos adscritos. En la otra mitad de la mesa se situaron los residentes, por lo general los R4 y R3 de manera contigua, y los R2 y R1 al fondo. Los estudiantes de pregrado se colocaron en las sillas pegadas a la pared o de pie. Los espacios que quedaron fueron ocupados por la enfermera, la trabajadora social y los visitantes, como nosotros.

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

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

La tercera parte consiste en la revisión de los ingresos a profundidad. El R1 que elaboró la historia clínica presenta al paciente y explica los antecedentes del padecimiento, la historia familiar, el examen mental del individuo, los estudios realizados, los medicamentos indicados y la situación actual del padecimiento. Los ingresos son parte de la evaluación continua, valora si los Rs conocen la semiología psiquiátrica y los procesos burocráticos del hospital; los residentes refieren que son procesos que les generan estrés y ansiedad. El R es interrumpido por los adscritos cuando surge alguna duda o la información está incompleta. Al finalizar la lectura de la historia clínica, el R1 o R2 va a la cama o el lugar donde se encuentra el paciente, y lo lleva a la sala de juntas para entrevistarlo frente al grupo, en caso de no poder acudir, el grupo va a su cama. Por lo general, el intercambio dialógico es guiado por algún adscrito o un R mayor. Después del encuentro con el paciente, los asistentes discuten el caso, el posible diagnóstico y los medicamentos

adecuados. Tanto el pase de visita como la revisión de ingresos son espacios de interacción donde lo asistencial y lo educativo se combinan, pues los adscritos aprovechan la oportunidad para interrogar a los Rs y probar su capacidad para aplicar sus conocimientos médicos. Una vez abarcado el contenido del censo, los adscritos se retiran.

La última parte de la reunión la realizan los Rs y demás personas que quieran quedarse. La intención es distribuir las actividades pendientes de cada paciente para dar curso a los estudios y tratamientos indicados por los médicos adscritos responsables. En esta etapa, el (la) R mayor organiza y asigna tareas a los Rs de menor jerarquía para cumplir las labores del día. El ambiente es mucho más relajado y los residentes comentan sobre lo sucedido en la reunión previa, hablan sobre sus encuentros y desencuentros con los adscritos y se dan consejos sobre cómo comportarse o cumplir con los quehaceres para evitar regaños o castigos. Es aquí donde el curriculum oculto aparece con mayor intensidad y las situaciones emocionales, valorativas, morales se manifiestan reiteradamente.

A continuación se presenta un caso discutido en las reuniones observadas que corresponde a la “entrega de guardia”. La intención es analizar en él las normas del contexto inter-institucional, los dispositivos biomédicos que operan en el hospital, la mezcla de lo asistencial y lo académico donde se instituye el curriculum, el abordaje del paciente y su familia, así como los aspectos formales e informales de dichos encuentros.

Caso. “Sobredosis de litio”. La R4 explica:

“Este paciente vino a consulta de primera vez referido de Hospital I. Es un paciente con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar desde los 16 años. Él tiene antecedente de un abuso sexual, por lo que debutó con un episodio depresivo y lo llevaron al Hospital N. Ahí le dieron tratamiento con fluoxetina y a las dos semanas tuvo un episodio maniaco. Estuvo hospitalizado durante 10 días y le empezaron tratamiento con litio y risperidona. Salió con litio de 300 miligramos uno-uno-uno. Aparentemente, como no había recuperado funcionalidad y seguía con algunos síntomas maniformes fueron subiendo la dosis de litio hasta que antes de darlo de alta en el Hospital N., por cumplir 18 años, lo tenían con tabletas de 300 miligramos tres-tres-tres. O sea, 900 miligramos de litio cada ocho horas. Vi las recetas.

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

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

Médico adscrito 1: ¿Cómo salieron sus laboratorios?

R4: Se le pidió un examen general de orina. La densidad era de 1.015. De laboratorios generales salió con leucocitos de 13.52, hematocritos 41.8. 15% de linfocitos, neutrófilos 72.2%, lo único que salió alterado fue la fosfatasa alcalina de 94.

Médico adscrito 1: ¿Electrolitos normal?

R4: Sí

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

Médico adscrito 2: ¿Cuál es la dosis adecuada?

R4: 600 a 900 mg en todo el día

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

R4: Se puede ver a través de movimientos circulares, se puede ver temblor, se puede ver incluso como ataxia, disminución en el estado de alerta...”

En el siguiente apartado se presenta el análisis interpretativo y las reflexiones del caso para responder a las preguntas de investigación.

Conclusiones

El episodio clínico que sucedió en la entrega de guardia puede analizarse en distintas capas o niveles de significación, en él se reflejan las relaciones interinstitucionales de los hospitales psiquiátricos con respecto a las referencias y contra-referencias, la construcción biomédica del caso con la utilización de lenguaje médico-técnico especializado, la participación de los familiares en el cuidado del paciente, así como la dimensión educativa en que se manifiestan las jerarquías y el dominio de los saberes disciplinares.

La entrega de guardia es un ritual iterativo en el piso de psiquiatría, es un escenario donde se producen, circulan y se reactualizan los conocimientos del campo clínico en esta especialidad y otras. En esta franja de actividad, las interacciones están pautadas por el orden estamental, tanto de los cargos que ocupan en la estructura laboral como académica. En la práctica clínica juegan las desigualdades, asumidas por los actores, tanto en sus alcances y limitaciones de expresión verbal y emocional, como en las responsabilidades de sus acciones. Los residentes se forman en esas vivencias, en ese mundo que interpretan y reinterpretan en la atención a pacientes. En ese movimiento, se comunican con modalidades prefiguradas, por medio de un lenguaje científico estructurado por taxonomías, algoritmos y clasificaciones, que objetiva la condición del enfermo y oculta la intersubjetividad. En este ejercicio comunicativo los R forman su identidad profesional y su sentido del yo, de tal manera que, independientemente de su nivel, no son receptores pasivos, más bien aprenden a organizar su experiencia y a crear su propia narrativa que cobra significado en ese contexto intersubjetivo.

El R llega al campo de la psiquiatría con conocimientos adquiridos en pregrado, no obstante, al entrar en contacto con la psiquiatría aprende nuevos códigos que se vuelven parte de su acervo de conocimientos para ser aplicados en la práctica clínica. Es decir, el R transita por un proceso de transformación al apropiarse de ese lenguaje, de esos protocolos diagnósticos y terapéuticos, de esas narrativas, donde sus saberes y sus prácticas, lo posicionan en el juego relacional del ejercicio clínico. Por medio de la discusión y atención de los casos, los actores construyen y reconstruyen el campo y su propio ser profesional. En los procesos comunicativos y dialógicos se repiten las palabras, se crean hábitos de habla, se instituyen estructuras narrativas que permiten ordenar historias clínicas, así como tramas de sentido en el abordaje de los padecimientos. El yo del R no se forja sólo por la relación activa con el entorno, sino como explica Veena Das (2016: 59), mediante las fuerzas representadas en las voces del otro. Así, la cultura institucional no se comunica sólo en forma de órdenes, sino en la internalización de la polivocidad de quienes interactúan en ella.

En episodios, como el antes transcrito, el significado está tanto en el lenguaje que se expresa, como en lo que se insinúa u oculta. Las relaciones interinstitucionales son ejemplo de ello, en el caso del paciente con sobredosis de litio, se mencionan cuatro tipos de sedes hospitalarias, N un centro de atención psiquiátrica infantil, I al que fue referido después de cumplir mayoría de edad, el hospital de este estudio (A) y, en alusión hipotética, un hospital general. Las referencias y contra-referencias incorporan juicios de valor acerca de la atención clínica en distintos momentos de la trayectoria de la enfermedad del paciente, y reflejan las condiciones del contexto que orientan las decisiones. Por ejemplo, en el caso relatado, lo que motivó la referencia fue el paro de residentes en I. que impidió el internamiento del paciente. Al llegar a A., la R4 que lo recibió, refiere la falta de información médica precisa, lo que la obliga a recurrir al testimonio de la madre del paciente, considerado como menos confiable que el reporte clínico. En su descripción, la R4, asume la voz de la madre que a su vez adopta la de su hijo y el personal que la atendió en I. Todas estas voces se socializan simbólicamente en relaciones interpersonales hasta que surge un otro generalizado, en la entrega de guardia, que contiene la propia perspectiva.

Las relaciones temporales también marcan diferencias importantes en el devenir del caso. El reporte de la R4 reconstruye el pasado, en clave farmacológica, para dar cuenta de la situación presente a la que se enfrenta. No obstante, la resolución del caso no queda en sus manos, al consultarlo con el médico adscrito, la respuesta es el rechazo. El futuro del paciente queda incierto, al contra-referirlo a I, donde está su expediente, a sabiendas de las limitaciones de atención causadas por la coyuntura política laboral, o a un hospital general para tratar los efectos secundarios derivados de la sobredosis de litio. En este episodio, la atención de la enfermedad mental se subordina a las dinámicas interinstitucionales, en las que las insinuaciones, como la falta de información médica o la prescripción inadecuada de medicamentos, indican la descalificación de la labor asistencial en I. El paciente y su madre, en su cuerpo y su historia, se vuelven depositarios de la experiencia y la genealogía de los acontecimientos, expresados en relatos del padecer cuya representación toca de una u otra manera a los involucrados en la situación, incluyendo a los R.

El acto médico, se amplifica y se significa de diferente manera, para el paciente y su madre, representa una prolongación del sufrimiento al no tener una solución efectiva, el médico adscrito lo resolvió en términos institucionales argumentando la no idoneidad de las referencias y contra-referencias, para la R4 la falta de información en la hoja de referencia le impidió realizar el razonamiento clínico necesario para integrar el caso y tuvo que recurrir a la información considerada imprecisa del familiar del paciente. En este entramado, la verticalidad de las relaciones saber/poder se impuso, el criterio de los procedimientos burocráticos predominó y el caso fue descartado, lo que denota desapego y poca empatía con la situación del paciente y su familiar. La restricción emocional en la resolución de los casos de salud mental es un tema que requiere de un análisis más profundo, pero por cuestiones de espacio se excluye en este escrito.

Para concluir y responder a la pregunta enunciada ¿de qué manera se interseccionan las capas de significación de lo asistencial y lo educativo en rituales clínicos como la entrega de guardia?, se puede afirmar que para la R4, la presentación del caso en sí mismo es un ejercicio pedagógico en tanto obliga a generar, estructurar y analizar información de acuerdo a las normas del campo médico y específicamente psiquiátrico. El curriculum entendido como el proceso de apropiación y resignificación intersubjetiva en franjas de actividad específicas en el marco institucional, entre docentes/estudiantes o residentes/adscritos, es un proceso instituido e instituyente que se actualiza en el campo de la psiquiatría. Durante la sesión, en las interacciones marcadas por las jerarquías de los asistentes, se expresa la dinámica establecida en el interrogatorio formulado por los médicos y respondido por los residentes. En la parte final del caso presentado, el adscrito 1 pregunta por los datos de los estudios paraclínicos realizados para probar los conocimientos de la R4, también el adscrito 2 interviene para examinarla sobre las dosis indicadas del fármaco, en este caso el litio. Estos intercambios dialógicos, aunque de forma insípida, visibilizan el rol docente de los adscritos cuya labor de enseñanza está avalada por su nombramiento universitario, y recalca la cualidad de ser estudiante del residente que lo posiciona como médico especialista en formación, poniéndolo a prueba en sus competencias ante los demás. De esta manera lo asistencial y lo académico se fusionan en actividades como esta donde el centro es la discusión de casos clínicos reales.

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

Bibliografía

Goffman, E. (2006). *Frame analysis: los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

PUEM Psiquiatría (2012). Facultad de Medicina. División de Estudios de Posgrado. Subdivisión de Especializaciones Médicas. Coordinación de Desarrollo Curricular. Plan Único de Especializaciones Médicas en Psiquiatría. México, D.F. Recuperado de <http://www.sidep.fmposgrado.unam.mx:8080/fmposgrado/programas/psiquiatria.pdf>

Castoriadis C. (1984). Institución de la sociedad y religión. *Revista Vuelta*, 93, 18-29.

Foucault, M. (1978). *La microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

Das, V. (2016). *Violencia. cuerpo y lenguaje*. México: Fondo de Cultura Económica.

Consejo C, Viesca C. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, 11 (1), 16-20.