



Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Sociales

## DOCUMENTO DE CATEDRA 61.

### **“Observación interactiva negociada: Haciendo trabajo de campo en hospitales”**

**Wind, Gitte (2008) “Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings”,  
*Anthropology and Medicine*, 15, 2: 79-89**

Traducción resumida del texto realizada por Betina Freidin

**Cátedra de Metodología y Técnicas de la Investigación Social  
Profesora Titular: Ruth Sautu**

Este Documento de Cátedra forma parte de una serie que tiene como propósito contribuir a la formación de alumnos de la Carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires en cuestiones vinculadas al diseño y realización de investigaciones científicas en el campo de las ciencias sociales. Su contenido complementa los textos de metodología de lectura obligatoria y optativa incluidos en cada uno de los tres cursos que se dictan en la Carrera.

Estos documentos son material de uso interno y no pueden ser incorporados a ediciones impresas ni reproducidos comercialmente.

La Cátedra solicita a los usuarios de estos Documentos que citen a sus autores indicando las referencias completas, es decir: autores, fecha, título, número y tipo de documento (traducción, resumen, elaboración propia, etc.). En los casos en que el usuario utilice sólo parte del documento, haciendo referencia a algunos de los autores/obras originales allí incluidos, consignar que fue tomado de nuestro Documento de Cátedra. Por ejemplo:

E. O. Wrigth (1985), *Classes*, London: Verso, citado en Documento de Cátedra II.1., Plotno, G., Lederman, F. & Krause, M. (2007) “Escalas Ocupacionales”.

**“Observación interactiva negociada:  
Haciendo trabajo de campo en hospitales”**

**(“Negotiated interactive observation:  
Doing fieldwork in hospital settings”)**

**Autor: Wind, Gitte (2008)  
VIA University College, The School of Nursing in Aarhus, Denmark**

***Anthropology and Medicine*, 15, 2: 79-89**

Traducción resumida de Betina Freidin

## **Resumen**

En este artículo discuto las posibilidades y las limitaciones que enfrenta el etnógrafo que participa en diferentes actividades y eventos que transcurren en sistemas de salud altamente especializados. El concepto de observación participante se basa en un número de supuestos, en especial, que el etnógrafo se transformará en uno de “ellas” [de las personas que estudia] para ser capaz de seguir los pasos de lo que se considera la práctica etnográfica aceptada cuando se realiza trabajo de campo. El carácter del trabajo de campo en sistemas de salud altamente especializados no encaja bien con este supuesto. Sugiero que necesitamos repensar el concepto de observación participante y propongo el de observación interactiva negociada para describir de manera más apropiada el trabajo de campo en ámbitos institucionales, tales como hospitales y clínicas.

## **Introducción**

En este artículo discuto las posibilidades y las limitaciones que enfrentan los etnógrafos que participan en actividades y eventos en sistemas de salud altamente especializados. Sugiero que necesitamos redefinir el concepto de observación participante y propongo el de *observación interactiva negociada* para describir más apropiadamente el trabajo de campo etnográfico en hospitales. El trabajo de campo y la observación participante son los pilares de la investigación etnográfica; como lo plantea Shweder, constituyen las bases de la “verdadera etnografía” (1996). Como la antropóloga médica que soy—y como se espera por los estándares de mi profesión—me formé a través de varios cursos de métodos etnográficos y leí numerosos libros y artículos sobre métodos cualitativos y etnográficos, muchos de los cuales fueron escritos por autores que no son etnógrafos. He dictado cursos en métodos etnográficos a varios profesionales de la salud y llevado a cabo investigaciones en hospitales en Holanda y en Dinamarca. En todas estas experiencias no he podido encontrar mucha literatura de lo que realmente significa hacer observación *participante* en un establecimiento hospitalario.

Desde que Malinowski (1992) estableció la regla de oro de lo que significa hacer etnografía, hacer observación participante ha consistido en vivir en una comunidad por un periodo importante de tiempo, participando de la vida cotidiana de la gente. La observación participante tiene el doble propósito de ubicar al investigador dentro —esto es participación—y afuera —esto es observación—del mundo social de la comunidad que lo recibe. Se espera que el etnógrafo sea al mismo tiempo miembro (*insider*) y un extraño que observa (*outsider*) (Spradley 1980). El supuesto es que es posible participar en la vida de la gente que estudiamos y que es posible convertirse en uno de “ellos”. Al mismo tiempo, el investigador debe mantener la suficiente distancia analítica e intelectual que le permita hacer observaciones y ser capaz de analizarlas e interpretarlas. El principal propósito de la observación participante es lograr tener acceso al “punto de vista

del *insider*", aprender lo que significa ser parte de la comunidad, lo que significa estar situado diferencialmente y vivir con otros condicionamientos y preferencias. Esta es siempre una perspectiva parcial, o como propone Clifford, una "verdad parcial" (1986: 7), un acto equilibrado de mantener al mismo tiempo cercanía y distancia.

La noción que la observación participante consiste en estar lo más cerca posible al campo mediante la participación en la vida de las personas que estudiamos ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En antropología se reconoce que el grado de participación variará de acuerdo al lugar elegido, a las actividades y situaciones específicas, y a las características personales del etnógrafo, yendo de la no participación a la participación total ("convertirse en nativo"). Spradley distingue entre "no participación", "participación pasiva", "participación moderada", "participación activa" y "participación total" (Spradley 1980: 58-62). La antropología feminista nos ha enseñado que tenemos que ser muy conscientes del background personal del etnógrafo y de las diferencias que el género, la edad, la apariencia y las experiencias previas pueden producir cuando el trabajador de campo trata de encontrar un lugar adecuado y un rol en él (Moore 1988). Esta reflexión, sin embargo, raramente aparece en la sección metodológica de artículos basados en investigaciones etnográficas, incluyendo las etnografías realizadas en hospitales (...).

En las ciencias de la salud existe una tendencia a usar el concepto de observación participante para describir métodos inspirados en la etnografía. La discusión sobre métodos, cuando la hay, se centra alrededor de posibles sesgos producidos por la presencia y la subjetividad del investigador, no tanto debido a sus características sino al hecho de estar ahí (ver por ejemplo, Costello 2001; Wikstrom and Larsson 2003; Landstrom, Rudebeck y Mattsson 2006) a diferencia de la observación no participante, sin una mayor reflexión sobre lo que ésta significa (ver por ejemplo, Gabay and le May 2004; Tagle and de Vries 2005; Austin, Luker and Martin 2006). También hay varios estudios en los que el investigador prefiere usar grabaciones de audio o de video sin estar en el campo con el propósito de reducir la influencia personal del investigador en los resultados del estudio.

Yo tengo curiosidad en conocer cómo otros investigadores han logrado hacer etnografías en hospitales o clínicas. ¿Qué significó "participar" en estos contextos institucionales y cuáles fueron las dificultades que encontraron durante el trabajo de campo? Mi curiosidad se funda en un sentimiento de disconformidad, en la sensación de que no he sido capaz de llevar a cabo un trabajo de campo y una observación participante "correctos", porque en realidad yo no pude lograr desempeñar un rol activo en los eventos y actividades del hospital.

### **La etnografía en hospitales y el etnógrafo**

Voy a describir mis antecedentes personales y el tipo de etnografía hospitalaria que he realizado para mostrar cómo surgieron mis interrogantes sobre el método. Me formé como enfermera en la facultad de enfermería en Dinamarca, hace 20 años, y tengo dos años de experiencia de trabajo profesional en Noruega, Dinamarca, y Sudan. En Sudan, trabajé durante nueve meses en un proyecto de atención primaria de la salud que resultó poco exitoso. El proyecto falló fundamentalmente porque ninguno de los participantes del mismo, incluyéndome a mí, tenía suficiente conocimientos sobre Sudan, la situación local, ni herramientas teóricas para poder entender lo que estaba sucediendo. Debido a esa experiencia decidí que lo correcto para mí era ir a la universidad y hacer un postgrado en antropología, para luego volver a África y llevar a cabo otro programa de atención primaria de la salud, esta vez con éxito. Fui a Holanda, estudié en la universidad durante 6 años, tuve dos hijos, y obtuve el título de Master en antropología médica. Sin embargo, nunca pude volver a África. Me mudé a Dinamarca y empecé a dar clases en la facultad de enfermería, dictando cursos de sociología, antropología y métodos cualitativos de investigación. También di cursos de postgrado en la Open University en Aarhus,

Dinamarca, donde los estudiantes eran enfermeras, médicos, fisioterapeutas, y terapeutas ocupacionales.

En Holanda hice trabajo de campo en la sala (*ward*) de hematología, estudiando la relación entre las enfermeras y los pacientes (Wind 2001). En Dinamarca hice investigaciones en la sala de reumatología en dos ámbitos diferentes: los consultorios externos y el área de internación de un hospital público, y en una clínica privada. Este último proyecto exploró el manejo de la enfermedad crónica por parte de los pacientes que sufrían artritis reumatoidea y del staff de enfermeras. Examiné cómo ellos pensaban, hablaban, percibían y actuaban en relación con el hecho de vivir y trabajar, respectivamente, con una enfermedad crónica. En la sala de reumatología los pacientes son diagnosticados, tratados, monitoreados y cuidados (*nursed*). Los pacientes que reciben el diagnóstico por primera vez son invitados a participar de la denominada "Escuela de reumatismo" en donde reciben lecciones de distintos profesionales de la salud y tienen la oportunidad de intercambiar sus experiencias personales con la enfermedad (*illness stories*) con otros pacientes. En la clínica las personas con diferentes tipos de enfermedades osteo-musculares son rehabilitados, cuidados y tratados. La mayoría de los pacientes permanecen internados cuatro semanas, siguen un programa de rehabilitación individual que consiste en terapia ocupacional y fisioterapia y pueden asistir a las reuniones de la Escuela de reumatismo (...).

Yo quería tener un doble foco de análisis, comprender cómo se maneja la enfermedad tanto desde el punto de vista de los enfermos de artritis reumatoidea como de las enfermeras, porque desde la perspectiva de estas últimas, ellas son *el* personal especializado del lugar que se ocupa de ayudar a los pacientes a aprender a convivir con una enfermedad crónica. En consecuencia, dividí mi tiempo siguiendo las actividades de los pacientes y las de las enfermeras. Cuando seguía a los pacientes llevaba mi propia ropa; cuando me ocupaba de las enfermeras y sus asientes me ponía el uniforme blanco. El uniforme me daba acceso a la mayoría de los lugares del hospital. Sacando las situaciones en las que tanto los pacientes como las enfermeras se sentaban a tomar café y a conversar no puedo decir que estuve próxima a hacer observación *participante*. Mi argumento es que esta imposibilidad es una característica intrínseca de la mayoría, y probablemente de todas, las etnografías en hospitales.

En el mejor de los mundos etnográficos el etnógrafo se ubica en un lugar en el que puede participar de la vida de las personas que estudia. Encuentra un rol creíble que le proporciona la mejor oportunidad para construir confianza y establecer *rapport* de manera tal que puede compartir diferentes situaciones y actividades. El problema consiste en qué tipos de roles están disponibles en el ámbito de un hospital y qué tipo de actividades transcurren en este ámbito. En la sala de reumatología del hospital y en la clínica de rehabilitación, y en la mayoría de los hospitales en Dinamarca y en la mayoría de los hospitales en Occidente, existen tres roles típicos: uno puede ser un paciente, un profesional de la salud, o un pariente o visitante.

Los pacientes ocupan la mayoría de su tiempo en tres actividades. Para los pacientes con reuma la principal actividad es esperar. En la clínica de rehabilitación tienen que esperar menos porque las actividades de entrenamiento llenan prácticamente todo el día. Tanto en el hospital como en la clínica se desarrollan interacciones entre los pacientes y el personal, incluyendo la realización de procedimientos médicos dolorosos y conversaciones emocionalmente perturbadoras acerca de tomar decisiones sobre cómo enfrentar, tratar y qué cuidados recibir respecto de la enfermedad. En la sala de reumatología del hospital, especialmente a última hora de la tarde, se desarrollan interacciones entre los pacientes, y entre los pacientes con los parientes y visitantes, aunque algunos pacientes se van a dormir a sus casas y otros permanecen en la sala solos. En la clínica, los pacientes pasan mucho tiempo juntos, conversando y a menudo intercambian historias y experiencias de vida. No es habitual que los visiten parientes, aunque muchos

vuelven el fin de semana a sus casas. Los trabajadores de la salud pasan la mayoría del tiempo en interacciones clínicas con los pacientes llevando a cabo procedimientos médicos y de enfermería, haciendo trabajo administrativo, participando en reuniones, y descansando para tomar café. Los visitantes tienen las limitaciones de los horarios de visita, y durante este tiempo están con los pacientes, conversando con ellos y con el staff sobre la situación de su pariente o conocido.

Ninguno de estos roles ofrece una posibilidad real de participación para el etnógrafo. Durante mi trabajo de campo “ser” un paciente no fue una opción. Conozco sólo unos pocos casos en los que el etnógrafo asumió el rol de paciente en un hospital (Caudill et al. 1952; Rosenhan 1973; van der Geest and Sarkodie 1998). Como lo plantean van der Geest and Finckler (2004), consideraciones éticas, incomodidad personal y problemas prácticos desalientan a los investigadores de embarcarse en ese intento. Aunque no fue posible participar como un paciente, sí lo fue interactuar como investigadora con los pacientes, especialmente durante el tiempo de espera, conversando con ellos y escuchando sus historias y experiencias de vida. Desempeñar el rol de visitante da un acceso muy limitado a la mayoría de las actividades y lugares en el hospital y, por lo tanto, no parecía una estrategia útil. Participar como un profesional de la salud tampoco es una opción para la mayoría de los etnógrafos. Aunque yo fui una enfermera en el pasado, las responsabilidades del trabajo hacen incompatible combinarlas con las del etnógrafo. Fue posible, por supuesto, interactuar con el personal y compartir descansos de trabajo, y mi formación profesional mejoró las oportunidades para que me incluyeran en conversaciones como una “insider”. Otra posibilidad es asumir el rol de estudiante, pero no fue posible para mí hacerlo debido a mi edad (46 años) y experiencia como profesora en la facultad en donde se graduaron varias de las enfermeras. El rol más factible para mí fue el de investigadora.

Como escribió van Maanen (1982), las rutinas de trabajo del etnógrafo son tan artificiales o inusuales en la mayoría de los escenarios –dar vueltas, hacer preguntas raras y tontas, tomar café, escribir notas, conversar. Estas actividades no dan la impresión de estar trabajando y, definitivamente, no parecen ser trabajo académico. En un hospital estas actividades parecen en el mejor de los casos triviales y en el peor una pérdida de tiempo, o una interferencia con el trabajo real del personal médico y paramédico. Esto sucede especialmente en hospitales altamente especializados en los que muchas de las actividades involucran procedimientos técnicos, conversaciones complicadas y emocionalmente perturbadoras entre el staff y los pacientes, y la toma de decisiones difíciles para ambas partes. El trabajo del etnógrafo a menudo parece trivial, o inapropiado cuando éste está observando, monitoreando o siguiendo (*policing*) al personal. El siguiente extracto de mis notas de campo ilustran estos desafíos:

Estaba sentada en la oficina de las enfermeras en el servicio de consultorios externos del hospital, donde tres enfermeras estaban ocupadas atendiendo a pacientes que tenían turno y hablando por teléfono con otros pacientes que llamaban para hacer consultas sobre su enfermedad y sobre el tratamiento. Yo estaba ocupada tratando de averiguar lo que sucedía y cómo, cuando una de las reumatólogas entró muy apurada. La doctora, aparentemente distraída (*distracted*) por lo que se veía como una inactividad de mi parte que ante los ojos del médico era simplemente estar sentada, me dijo con un tono bastante poco atento: “¿Cuándo vas a hacer algo?”. Sin esperar que le contestara habló con una de las enfermeras y dejó la oficina muy apurada.

No era la primera vez que la doctora me veía “haciendo nada”. (...) El choque evidente entre su apuro, el tener que literalmente correr para cumplir con sus responsabilidades, y el hecho que yo estaba sentada haciendo nada hizo que mi presencia fuera aun más trivial y su trabajo aun más estresante.

Yo había rápidamente y con éxito negociado mi rol en la clínica de rehabilitación y en la sala del hospital. Aunque las jefas de enfermería me habían recibido muy bien, mi posición consistió en una negociación constante, que a veces resultó bien y otras veces no tanto. En la clínica no había logrado que las enfermeras y sus asistentes me dejaran acompañarlas cuando iban a los cuartos de los pacientes para ayudarlos a desvestirse y para hablar con ellos acerca de su experiencia en la clínica. Ellas me decían, "hoy mejor no porque el paciente no se siente bien" o "me gustaría conocer mejor al paciente primero", u "otro día porque hoy estoy muy ocupada". Avanzado el trabajo de campo se hizo evidente el por qué de la reticencia de las enfermeras. La clínica no es un lugar de entrenamiento, lo que significa que no se entrenan a pasantes de enfermería ni a estudiantes-asistentes. Las enfermeras también trabajan solas debido a las normas de la clínica: la clínica no admitía pacientes que necesitaban la asistencia de más de un empleado. Además los cuartos de la clínica tenían un aspecto mucho más privado que los del hospital. Los pacientes permanecían por cuatro semanas, la mayoría en cuartos individuales, y tanto ellos como el staff consideraban a los cuartos como un espacio privado de los pacientes. Lo que significa que era impensable para ambos poder entrar al cuarto sin tener el consentimiento explícito para hacerlo. Las enfermeras hacían acuerdos con cada paciente sobre cuándo eran bien recibidas en su cuarto, mientras que en el hospital los cuartos son considerados semi-públicos y definitivamente no constituyen el espacio privado de los pacientes. De este modo, en la clínica mi presencia no fue perturbadora por su trivialidad sino por su potencial de desestabilizar la delicada relación entre los pacientes y el personal, y de poner en tela de juicio la calidad del cuidado brindado.

La oportunidad que tuve de participar de la vida de los pacientes en la clínica además estuvo limitada durante los periodos de temperaturas severas. Cuando el clima era cálido los pacientes se sentaban en el hermoso jardín de la clínica, entre los periodos de entrenamiento y después de ellos, pero cuando hacía frío tenían que permanecer en el interior ya sea en sus cuartos o en la sala para fumadores. Como yo no fumo sólo pude arreglármelas para estar en dicha sala por períodos cortos de tiempo antes que me empezaran a molestar los ojos, y comenzara a toser y a sentirme mal.

### **Observación interactiva negociada**

El tema de los grados de participación no sólo es relevante cuando uno hace trabajo de campo en hospitales o clínicas; tiene que ver también con la naturaleza cambiante de lo que constituye la antropología y el método etnográfico. Como lo pone de relieve Shweder, "etnográfica refería a algo llamado cultura—pero a qué refiere hoy en día?" (1996: 19). Con la ruptura del concepto de cultura (Abu-Lughod 1991; Barth 1995; Hastrup y Olwig 1997), con el proceso en marcha de los antropólogos haciendo investigación "en casa" (Perirano 1998), con el entendimiento de que la mayoría de la gente no constituye grupos sociales claramente demarcados y cerrados a los que se puede acceder como si fueran islas culturales (*cultural islands*) (Gupta y Ferguson 1992), la necesidad de reconceptualizar el trabajo de campo y la observación participante se torna cada vez más importante (...).

El concepto de observación participante acentúa la autoridad del etnógrafo en el campo y sobre las personas que estudia al enfatizar su agencia sobre el trabajo de campo. El etnógrafo está ahí para participar y para hacer observaciones, *pero* el etnógrafo también se torna un objeto de las interpretaciones de los Otros y de su involucramiento, recepción y amistad, agresión, irritación e indiferencia (Hastrup 2003b). Los Otros nos van a estudiar y, como lo destaca van Maanen (1982), el éxito del estudio depende del éxito del otro. Independientemente del grado de participación, el etnógrafo constituye una audiencia importante para los informantes. Al menos algunos, sino todos, seguirán atentamente sus acciones, actitudes y preguntas. Esto fue lo que me sucedió. Los doctores estaban

sorprendidos con lo que yo hacía, algunas de las enfermeras estaban encantadas de tenerme ahí, pero otras se mostraban ansiosas y preocupadas por cómo iba a evaluar su trabajo. Las enfermeras asistentes no podían entender que yo estuviera interesada en su trabajo. Algunos pacientes disfrutaban charlando conmigo mientras otros se resistían a hacerlo.

Participar en algo significa que uno forma parte de lo que está sucediendo y que uno se involucra con un objetivo común, un argumento (*a plot*), una narrativa emergente, ayudando a llevar a cabo un proyecto hacia una determinada dirección. Las actividades que transcurren en el hospital a menudo no forman una única narrativa. El campo es ambiguo, es un espacio social diferenciado. Comportarse como si el etnógrafo estuviera atado a los mismos lazos, por las mismas relaciones que vinculan a los pacientes con el staff sería una falsa construcción de su rol.

La interacción significa que algo sucede entre la gente pero no necesariamente que hay acuerdo en lo que está sucediendo ni que se involucran en la misma narrativa. Y significa que la observación interactiva ocurre en ambas direcciones. "Ellos" van a tratar de construir sentido sobre lo que el etnógrafo hace (y no hace) y lo que dice (y no dice). Va a ver una constante negociación sobre cuándo y cómo observar, y la interacción tendrá y no tendrá lugar.

Escribiendo este artículo me doy cuenta de que mi sensación de no haber podido participar de una manera supuestamente "apropiada" para satisfacer los criterios de hacer una verdadera observación participante deriva del hecho que yo sí tengo un conocimiento cercano, profundo, y corporizado (*embodied*) del trabajo que hacen las enfermeras. Sé lo que es trabajar en un ambiente en el que las condiciones de trabajo se caracterizan por lo que Dale (1998) describe como de "acción obligada" (*forced action*). Una enfermera o un médico muy a menudo no pueden esperar una hora o hasta el día siguiente, la semana próxima o el mes próximo; uno se ve obligado a actuar y a decidir en el momento qué curso de acción tomar. Generalmente estas acciones van a tener consecuencias inmediatas y de largo alcance para los pacientes, y con las que el doctor y la enfermera van a tener que vivir. El trabajo etnográfico no tiene esa urgencia en la toma de decisiones. Podemos esperar, reflexionar, pensar, discutir y ser críticos. Y podemos hacer las valijas e irnos. De ninguna manera participamos en las acciones obligadas del staff médico y no tenemos que vivir con las consecuencias, como sí lo hacen los pacientes y el staff.

Pero mi sensación de incomodidad de no ser capaz de participar realmente también tiene que ver con el viejo problema filosófico de nuestra habilidad para conocer al Otro. ¿Cómo podemos saber algo que escapa a nuestra propia experiencia? Yo no tengo una enfermedad crónica que progresa sin seguir un patrón determinado, provocando dolor, la pérdida de la movilidad, y articulaciones que degeneran, con la necesidad de tomar medicación todos los días con efectos adversos, y sobrellevando la fatiga y la reacción de los parientes y la sociedad en general. Shweder plantea el problema del solipsismo cuando hacemos etnografía, sosteniendo que si la etnografía es posible entonces el solipsismo está equivocado. Aunque reconoce que uno sólo puede comprender la propia mente, Shweder sugiere que el problema con el solipsismo es la premisa que "la única manera de comprender la vida mental de alguien es acceder a su mente, experimentándola u observándola directamente" (1996: 25). Van der Geest discute el problema de la intersubjetividad en la investigación etnográfica sobre la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento, y argumenta que lo mejor que podemos lanzar es "compartir la experiencia relevante" y permanecer constantemente reflexivos (2007: 11). El intento de conocer al Otro es distinto; uno no solamente quiere comprender la vida mental de alguien sino también cómo vive desde su corporalidad (*embodied ways of living and experiencing*). Como nos advierte Stiker, la discapacidad no sólo es un problema social, "siempre hay un núcleo duro que consiste en un mal funcionamiento de órganos, de estructuras corporales o mentales" (1999: 357). Esto significa que no podemos limitar nuestra interpretación de lo que es vivir como un ser humano situado de manera diferente

—tener distintas preferencias y vivir con diferentes limitaciones sociales—sino que debemos comprender lo que es vivir con y a través de otra corporalidad (...).

Podemos, por supuesto, llamar al trabajo de campo en hospitales observación “no participante” (Spradley 1980). Eso daría por finalizada la discusión y nos dejaría con la observación como técnica de investigación. Sin embargo, la observación no participativa descuida aspectos muy importantes del trabajo de campo. Primero, está la cuestión de la interacción negociada que siempre sucede en el campo, como lo discutimos anteriormente. Segundo, existe una diferencia entre simplemente estar en el lugar observando lo que sucede y estar llevando a cabo el trabajo de campo, que implica mucho más que sólo estar ahí. Como Wolcott (2005) lo plantea, el trabajo de campo tiene que ver más con una intención o propósito (*intent*) y una actitud mental que con la mera presencia en un lugar determinado. Se trata de estar abierto y sensible para comprender la calidad de vida de las personas, sus experiencias, sentimientos, sociabilidad y moral (Hastrup 2003b).

Hacer trabajo de campo en el propio medio socio-cultural (*at home*)— en Dinamarca y en un ámbito clínico—me llevó a convencer a otros antropólogos, incluyéndome a mí misma— que es posible hacer etnografía manteniendo un equilibrio entre cercanía (*intimacy*) y distancia. Una instancia durante el trabajo de campo en la clínica de rehabilitación es la prueba definitiva para mí de que yo no estaba ahí como una profesional de la salud sino como una etnógrafa tratando de entender lo que sucedía. También fue la única instancia en la que uno de los médicos me atribuyó el rol de estudiante de medicina:

Estoy siguiendo a uno de los doctores más experimentados en el consultorio externo para ver lo que pasa cuando un paciente tiene una consulta. El doctor y yo estamos sentados en un consultorio que es pequeño cuando otro doctor, más joven, toca la puerta y pide ayuda para atender a un paciente al que le tiene que aplicar una inyección en la articulación del talón. El doctor más experimentado sale rápidamente con el más joven pero vuelve a los pocos minutos, con una mascarilla y un gorro protector sobre su cabello. Me pide que lo acompañe. En otro consultorio había un hombre de aproximadamente 50 años acostado en una camilla. Su pantalón, en la pierna izquierda, estaba levantado hasta la rodilla y el talón estaba hinchado y colorado. La asistente de la enfermera me da una mascarilla y un gorro protector para que me los ponga. El doctor explica que el paciente tiene artritis úrica, que tiene un ataque muy doloroso y que necesita que le apliquen una inyección en el talón. La enfermera le pasa la jeringa y el doctor busca el lugar apropiado para aplicarla. El paciente espera callado, mientras el doctor trata de confortarlo diciéndole que sabe que es doloroso y que la inyección lo va aliviar. Yo sigo el curso de los eventos con mucha atención cuando de repente siento que me baja la sangre de la cabeza, me siento mal, siento escalofríos y me tengo que recomponer rápido para no desmayarme o vomitar. Me digo a mí misma que me tengo que mantener erguida para evitar que se den cuenta de mi estado. Por suerte, la mascarilla y el gorro cubren gran parte de mi rostro.

Este episodio me dice que yo no estoy presente en la situación como una enfermera. Como tal, una simple inyección no debería hacerme sentir mal. La apertura y sensibilidad que llevo al campo como una etnógrafa significa que no soy una mera observadora; estoy ahí para testimoniar lo que sucede y la única forma de hacerlo es a través de la interacción, siendo receptiva de las experiencias de los otros y de las actividades y eventos que transcurren.

La respuesta a la pregunta de “cómo conocer al otro” ha sido dada largo tiempo atrás con la noción de empatía. Como enfermera, uno necesita ser empática con los pacientes para poder compartir sus pensamientos y preocuparse por ellos. Moser y Mitchan (1997: 65) sugieren, sin embargo, que la empatía es sólo un paso



hacia el "conocimiento del Otro", significa "el esfuerzo conciente de compartir y comprender lo que le pasa al otro". Pero las enfermeras también experimentan lo que los autores llaman "*co-empatía*", a la que definen como "la adquisición del malestar y/ o síntomas fisiológicos (incluyendo el dolor) por parte de un individuo aparentemente sano que está en contacto con el padecimiento de otro" (Moser y Mitchan (1997: 67). Lo que experimenté en el episodio en el consultorio externo puede ser interpretado como una respuesta co-empática. (...) Estas experiencias son beneficiosas para el trabajo del etnógrafo pero son contraproducentes para el de las enfermeras, ya que ellas tienen que suprimir respuestas co-empáticas para ser efectivas en su trabajo. (...)

El conocimiento antropológico es situado, se apoya en el trabajo de campo, en las relaciones sociales del escenario, y en las relaciones de campo que uno entabla (Hastrup 2003a). Necesitamos ser explícitos sobre cómo negociamos la posibilidad de hacer nuestro trabajo. El concepto de interacción negociada nos lleva a reflexionar y a discutir sobre cómo lo hacemos. ¿Cómo y con quiénes (y con quiénes no) interactuamos y formamos relaciones? El resultado de las continuas interacciones y de cómo las interpretamos influyen qué historias son contadas y cuáles voces son escuchadas y cuáles otras silenciadas. Como dice Amit "son las circunstancias las que definen el método en lugar de ser el método el que define las circunstancias" (2000: 11). El llamado giro reflexivo en antropología ha resultado en una mayor conciencia sobre estas cuestiones. Yo planteo que un nuevo concepto podría ayudar a clarificar los aspectos básicos del trabajo de campo y la escritura etnográfica. El concepto de interacción negociada capta lo que sucede cuando uno está haciendo trabajo de campo sin asumir que va a transformarse en el "Otro". El concepto de observación participante se ha transformado en un *cliché* que generalmente utilizamos sin mayor reflexión. El nuevo concepto puede ayudarnos a comprender las relaciones dialógicas críticas que creamos con las personas que estudiamos, cualquiera sea el lugar donde llevemos a cabo nuestra investigación.

## References

- Abu-Lughod, L. 1991. Writing against culture. In *Recapturing anthropology*, ed. R.G. Fox, 137–62. Santa Fe: School of American Research.
- Amit, V. 2000. Introduction. In *Constructing the field: Ethnographic fieldwork in the contemporary world*, ed. V. Amit, 1–18. London: Routledge.
- Austin, L., K. Luker, and R. Martin. 2006. Clinical nurse specialists and the practice of community nurses. *Journal of Advanced Nursing* 54, no. 5: 542–50.
- Barth, F. 1995. Other knowledge and other ways of knowing. *Journal of Anthropological Research* 51, no. 1: 65–8.
- Caudill, W., F. Redlich, H. Gilmore, and E. Brody. 1952. Social structure and interaction processes on a psychiatric ward. *American Journal of Orthopsychiatry* 22: 314–34.
- Clifford, J. 1986. Introduction: Partial truths. In *Writing culture: The poetics and politics of ethnography*, ed. J. Clifford, and G. Marcus, 1–26. Berkeley: University of California Press.
- Costello, J. 2001. Nursing older dying patients: Findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing* 35, no. 1: 59–68.
- Dale, E.L. 1998. *Pædagogik og Professionalitet*. Århus, Denmark: Forlaget Klim.
- Eagle, L.M., and K. de Vries. 2005. Exploration of the decision-making process for inpatient hospice admissions. *Journal of Advanced Nursing* 52, no. 6: 584–91.
- Gabbay, J., and A. le May. 2004. Evidence based guidelines or collectively constructed ‘mindlines’? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *British Medical Journal* 329, no. 7473: 1013–17.
- Gupta, A., and J. Ferguson. 1992. Beyond ‘culture’: Space, identity, and the politics of difference. *Cultural Anthropology* 7, no. 1: 6–23.
- Hastrup, K. 2003a. Introduktion. Den antropologiske videnskab. In *Ind I Verden. En grundbog i antropologisk metode*, ed. K. Hastrup, 9–34. København, Denmark: Hans Reitzels Forlag.
- . 2003b. Metoden. Opmærksomhedens retning. In *Ind I Verden. En grundbog i antropologisk metode*, ed. K. Hastrup, 399–419. København, Denmark: Hans Reitzels Forlag.
- Hastrup, K., and K.F. Olwig. 1997. Introduction. In *Siting culture: The shifting anthropological object*, ed. K.F. Olwig, and K. Hastrup, 163–74. London: Routledge.
- Kapferer, B. 2006. Keynote address: Erewhon revisited: Globalization and the anthropological attitude. Paper presented at Beyond Science and Art: Anthropology and the Unification of Knowledge, the annual conference of the Australian Anthropological Society, 27 September 2006, in Cairns.
- Landström, B., C.E. Rudebeck, and B. Mattsson. 2006. Working behaviour of competent general practitioners: Personal styles and deliberate strategies. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 24, no. 2: 122–8.

- Latvala, E., P. Vuokila-Oikkonen, and S. Janhonen. 2000. Videotaped recording as a method of participant observation in psychiatric nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 31, no. 5: 1252–7.
- Malinowski, B. 1922. *Argonauts of the Western Pacific*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Moore, H.L. 1988. *Feminism and anthropology*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Morse, J.M., and C. Mitcham. 1997. Compathy: The contagion of physical distress. *Journal of Advanced Nursing* 26: 1252–7.
- Nisula, T. 2006. In the presence of biomedicine: Ayurveda, medical integration and health seeking in Mysore, South India. *Anthropology and Medicine* 13, no. 3: 207–24.
- Otto, T. 1997. Informed participation and participating informants. *Canberra Anthropology* 20, no. 1–2: 96–108.
- Peirano, M.G.S. 1998. When anthropology is at home: The different contexts of a single discipline. *Annual Review of Anthropology* 27: 105–28.
- Robson, C. 2002. *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*. 2nd ed. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Rosenhan, D. 1973. On being sane in insane places. *Science* 179: 250–8.
- Sackett, D.L., S.E. Straus, W.S. Richardson, et al. 2000. *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM*. 2nd ed. Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Shweder, R.A. 1996. True ethnography: The lore, the law, and the lure. In *Ethnography and human development: Context and meaning in social inquiry*, ed. R. Jessor, A. Colby, and R.A. Shweder, 15–52. Chicago: University of Chicago Press.
- Spradley, J. 1980. *Participant observation*. Orlando, FL: Harcourt Brace Jovanovich.
- Steihag, S., B. Ahlsen, and K. Malterud. 2001. From exercise and education to movement and interaction: Treatment groups in primary care for women with chronic muscular pain. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 19: 249–54.
- Stiker, H.J. 1999. Using historical anthropology to think disability. In *Disability in different cultures: Reflections on local concepts*, ed. B. Holzer, A. Vreede, and G. Weigt, 352–80. Bielefeld, Germany: Transcript Verlag.
- van der Geest, S. 2007. Is it possible to understand illness and suffering? *Medische Antropologie* 19, no. 1: 9–21.
- van der Geest, S., and K. Finkler. 2004. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine* 59: 1995–2001.
- van der Geest, S., and S. Sarkodie. 1998. The fake patient: A research experiment in Ghana. *Social Science and Medicine* 47, no. 9: 1373–81.
- van Dongen, E. 2003. Walking stories: Narratives of mental patients as magic. *Anthropology and Medicine* 10, no. 2: 207–22.
- van Maanen, J. 1982. Introduction. In *Varieties of qualitative research*, ed. J. van Maanen, J.M.J. Dabbs, and R.R. Faulkner, 31–63. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wikström, A., and U.S. Larsson. 2003. Patient on display: A study of everyday practice in intensive care. *Journal of Advanced Nursing* 43, no. 4: 376–83.
- Wind, G. 2001. 'På jagt efter relationen'. Et studie af den sociale interaktion mellem patient og Sygeplejerske. In *Fokus på Sygepleje*, ed. S. Laustsen, L. Uhrenfeldt, and V.R. Noer, 9–25. København, Denmark: Munksgaard.
- Wolcott, H.F. 2005. *The art of fieldwork*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.