

Análisis reticular de registros cualitativos en instituciones totales: el caso del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Néstor M. Sequeiros. Provincia de Jujuy (Argentina).

Reticular Analysis Of Qualitative Records In Total Institutions: The Case of Neuropsychiatric Hospital Dr. Nestor M. Siqueiros. Province Of Jujuy (Argentina).

Federico Fernández

Investigador Adjunto del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
Integrante de la Unidad Ejecutora CISOR (UNJu-CONICET).
San Salvador de Jujuy. Provincia de Jujuy. Argentina.

(Rec: abril de 2018 – Acept: noviembre de 2018)

Resumen

En este trabajo se analizan una serie de registros cualitativos realizados por profesionales residentes de psicología en torno a un taller de fútbol en el que participaron 15 pacientes internados en un Hospital Neuropsiquiátrico. La perspectiva metodológica utilizada para la investigación se basó en un enfoque mixto, usando tanto herramientas métricas propias del análisis formal de redes sociales, así como también técnicas cualitativas como la observación en campo y charlas informales con los pacientes internados.

Entre los resultados obtenidos tras la aplicación de este enfoque metodológico, se encuentra el reconocimiento de los vínculos familiares del paciente como un nudo problemático que debe ser contextualizado en la lógica inherente a los internados psiquiátricos, y la predominancia del uso de categorías médicas consignadas en las historias clínicas para describir roles e interacciones de carácter inter-subjetivo entre los pacientes internados.

Palabras Claves: Registros cualitativos, Redes, Historias clínicas

Abstract

This paper analyses a series of qualitative records carried out by psychology resident professionals in relation to a football workshop involving 15 patients in a Neuropsychiatric hospital. The methodological perspective applied in this research was based on a mixed approach, using both metric tools of the formal analysis of social networks, as well as qualitative techniques such as field observation and informal conversations with the inpatients. The results obtained after the application of this methodological approach, include the recognition of the patients' family ties as a troublesome knot that must be contextualized in the inherent logic of psychiatric inpatients, and the predominance of the use of medical categories contained in the medical records to describe roles and interactions of inter-subjective character among inpatients.

Key Words: Qualitative Records, Networks, Medical Records

Introducción

La presente investigación se basa en el análisis relacional de una serie de registros cualitativos desarrollados por psicólogas y psicólogos profesionales (tres mujeres y dos varones), en el marco de un proyecto titulado: "La práctica del fútbol como herramienta de investigación psico-social: estudio cuali-cuantitativo de interacciones y roles entre los usuarios del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Néstor M. Sequeiros. Provincia de Jujuy (Periodo 2014-2015).

Los registros escritos por cada uno de los profesionales suman un total de 55 hojas que fueron divididas en dos cuadros de datos, un cuadro generales de los pacientes observados en los talleres de fútbol, en donde se encuentra información referida a la identificación personal del paciente, las historias clínicas de los mismos desde el ingreso al HN, y la composición general del grupo familiar de los pacientes ingresados. El segundo cuadro confeccionado incluyó información referida a: notas de observaciones en la cancha, registros filmicos de partidos de fútbol, cambios y continuidades en las pautas de sociabilidad del paciente.

Tal como se detallará en el apartado metodológico del presente texto, todo este cúmulo de información constituyó la base de datos sobre la cual se construyeron las categorías de análisis para la elaboración de redes formales.

En lo referente a la perspectiva teórico-conceptual desarrollada a lo largo de la investigación, los escritos de Goffman (2007) acerca de la situación social de los enfermos mentales internados, constituyo el punto de partida para problematizar acerca de las características particulares que presentan las instituciones psiquiátricas en relación a otro tipo de instituciones. De acuerdo con el mencionado autor, los institutos dedicados al trabajo con enfermos mentales, se caracterizan por ser instituciones totales debido fundamentalmente a la existencia de una "(...) escisión básica entre un grupo manejado, que adecuadamente se llama de *internos*, y un pequeño grupo personal supervisor" (Goffman, 2007, p. 20).

Los denominados pacientes (internos permanentes, periódicos o bajo internación de día) conforman el mayor número de personas dentro de la institución, mientras que sólo un pequeño grupo de profesionales diseña y planifica las normas de convivencia y dirige (como única vos de mando autorizada), cada una de las prácticas médicas y no médicas dentro del HN. En este sentido, y de acuerdo con Goffman, la idea de totalidad implica, además de la división de un grupo autorizado y legitimado, frente a otro grupo de internados, la cobertura totalizadora de la vida misma. Esto es, en otras palabras, la dirección de cada uno de los actos del individuo internado (cuándo, qué y cómo comer, en que horarios posibles entrar al baño, los horarios donde dormir o estar despierto, etc).

Dado que los vínculos establecidos entre profesionales e internados se dan dentro de un marco institucional y, fundamentalmente, bajo el ejercicio cotidiano de relaciones de poder asimétricas, resultó necesario trabajar grupalmente con el equipo de profesionales con el objeto de des-naturalizar los juicios de valor con los que se han manejado habitualmente. Esto posibilitó el surgimiento de una serie de preguntas reflexivas acerca de, por ejemplo, las caracterizaciones, los contenidos y las formas que presentan las historias clínicas

sobre los pacientes y la información institucional sobre el grupo familiar primario de los mismos.

Este tipo de re-preguntas y búsquedas reflexivas a lo que aparece como "lo ya dado", es decir, a los parámetros rígidos de institucionalización de una práctica de diagnóstico, tuvo la intención manifiesta de problematizar acerca de aquello que Laplantine (1999) analizó bajo la denominación de modelos etiológicos y terapéuticos. Esto es, no sólo el conjunto conceptual que subyace a las categorizaciones propias de la psiquiatría "docta", sino también a las diferentes concepciones de enfermedad expresadas oralmente o no por los pacientes. De acuerdo con Le Breton (2002), las nociones sobre el cuerpo individualizado (previo a que sea considerado como cuerpo enfermo o sano), surgieron durante el advenimiento de la modernidad en occidente y se transformó progresivamente en modelo dominante para el resto del planeta. Esto implicó, entre otras consecuencias, el triunfo de una mirada hegemónica acerca de qué es, y que características debería presentar un cuerpo considerado enfermo, frente a un cuerpo considerado sano. En este sentido, la idea misma de "salud mental" tuvo que tener como dispositivo previo la idea de un cuerpo individualizado -separado carnalmente e independiente de los otros cuerpos-, y luego todo un conjunto de juicios morales y científicos acerca de lo que es o no esperable en la conducta de un individuo y/o un grupo social, para ser caracterizado como sano o no sano en términos de diagnóstico médico.

Dado que el eje de los talleres ha sido la práctica del fútbol entre los internos, se ha trabajado, junto con los profesionales de la psicología, en torno a la idea desarrollada originalmente por Elías y Duning (1992) sobre la práctica de los deportes en la modernidad, en especial en los deportes colectivos cómo el fútbol. En este sentido, las observaciones sobre la práctica del fútbol puertas adentro de la institución, implicaron un doble proceso teórico y metodológico. Por un lado al ser la corporalidad un vehículo central para la práctica deportiva, resultado necesario que en los informes escritos los profesionales vinculen sus observaciones sobre el comportamiento en cancha de los pacientes en términos de movimientos corporales precisos (movimientos de las manos y los pies, efusividad y agresividad en los cruces de piernas, habilidades con las manos y los pies, etc).

En segundo lugar, y de forma paralela a esta primera descripción, las psicólogas y psicólogos que integraron el equipo de investigación, vincularon de manera individual estas descripciones corporales surgidas del espacio de cancha con los diferentes diagnósticos escritos en las historias clínicas de los pacientes (esquizofrenia, consumos de sustancias, bipolaridad, entre otras caracterizaciones). Asimismo en una columna contigua al diagnóstico institucional del paciente, y las descripciones sobre los movimientos corporales en la cancha, se le sumaron las apreciaciones sintéticas que los profesionales hicieron acerca de las visitas familiares, las charlas informales desarrolladas por los jugadores al costado del campo de juego, y los cambios observados para con los pacientes participantes de los talleres por parte de enfermeras y enfermeros de la institución.

Toda esta información volcada en cuadros de textos, devino en el debate interno del equipo sobre las categorías operativas para la descripción y análisis de lo registrado. Dentro de este marco surgieron dos incógnitas: ¿Se trataba de talleres

de fútbol que debían ser analizados bajo los conceptos de interacción y rol social desarrollados por Goffman (2006, 2007), o debíamos buscar categorías más específicas para describir la realidad observada?, ¿Resultaba factible establecer puentes relacionales entre conjuntos de informaciones tan disímiles entre sí (historias clínicas, diagnósticos, visitas familiares, movimientos corporales de los pacientes-jugadores)?

Como se verá, las respuestas posibles a las dos preguntas planteadas no invalida el uso conceptual de términos como interacción y rol social, sino que, por el contrario, complejiza y contextualiza las posibilidades teórico-metodológicas de vincular diferentes dimensiones de los datos sin perder de vista la perspectiva propuesta por Goffman. Sin embargo, existe un proceso previo a la aplicación analítica de estas categorías conceptuales, se trata de aquello que subyace a toda observación sobre los aspectos conductuales individuales y grupales, y que puede sintetizarse en la siguiente pregunta: ¿porqué los observadores (en este caso profesionales de la psicología), observan y caracterizan determinados aspectos de las interacciones y las historias clínicas de los pacientes en detrimento de otros? La propuesta metodológica que se desarrolla a continuación tiene como propósito establecer algunos de los mecanismos discursivos subyacentes a los registros cualitativos de los profesionales involucrados, para ello se ha recurrido a un enfoque metodológico mixto basado en el análisis formal de redes sociales a través del cual es posible reconocer medidas cuantitativas entre registros escritos, sin perder de vista el contexto y la mirada profesional de quienes han llevado a cabo estos registros.

Aspectos Metodológicos y Técnicos de la Investigación

Según Bellotti (2015) en los últimos tiempos "(...) muchos investigadores han utilizado técnicas cualitativas para localizar y comprender redes formales en sus contextos sociales y culturales" (p. 20). Este es precisamente el camino que se ha desarrollado en el presente estudio de caso. Desde esta perspectiva, la utilización de una metodología mixta tomando como base una serie de registros escritos, permite no sólo el reconocimiento de coincidencias entre palabras y frases tal como lo ha demostrado acertadamente el análisis de Escobar & Tejero (2018), sino que además posibilita la búsqueda de dispositivos descriptivos a través de los cuales se pueden re-configurar, de manera modélica, los contextos desde donde surgen determinados discursos escritos.

Bajo esta mirada, se confeccionaron dos tipos de matrices de datos para su posterior análisis de redes. La primera de estas matrices fue una matriz denominada técnicamente como matriz de modo dos, es decir, un cuadro de datos de doble entrada con información diferente en las filas y en las columnas. Así pues, mientras que en las filas principales del cuadro se registraron los 15 pacientes observados, cada uno de ellos en celdas diferentes uno debajo del otro, en las columnas superiores del cuadro se establecieron una serie de 15 categorías surgidas de los registros cualitativos elaborados por los mencionados profesionales. A continuación se detallan cada una de las categorías seleccionadas: 1) Psicosis Paranoide – Esquizofrenia (en adelante P.P. Esquizofrenia), 2) Vínculo familiar conflictivo, 3) Secundario completo, 4) Escolarización Incompleta, 5) Jugador Problemático, 6) Paciente Estable, 7) Sin registros significativos, 8) Jugador Pasivo, 9) Agresividad en el juego, 10) Posición funcional estable en el campo de juego, 11)

Causas Judiciales, 12) Jugador afectado por la medicación, 13) Retraso mental / Problemas cognitivos (en adelante Retraso Mental/PC), 14) Consumo de sustancias, 15) Bipolaridad.

Nótese que las categorías 1, 2, 3, 4, 11, 13, 14 y 15 refieren a caracterizaciones vinculadas a diagnósticos psiquiátricos y datos del paciente que figuran en las historias clínicas, mientras que las etiquetas restantes se encuentran relacionadas con las observaciones realizadas sobre las prácticas en los talleres de fútbol, más algunos pocos apuntes tomados respecto a las apreciaciones por parte de enfermeras y enfermeros del HN.

El paso siguiente consistió en establecer, a partir de una lógica binaria (0 ausencia de vínculo, 1 presencia de vínculo), y en base a la información registrada por las psicólogas y los psicólogos del equipo, las relaciones existentes en términos de coincidencias entre determinados pacientes para con determinadas categorías. Así, por ejemplo, el paciente A fue asociado a las categorías 1, 2, 3, 5, 7, 9, 10, y así sucesivamente para cada uno de los 15 pacientes mapeados.

Una vez analizada las características métricas resultantes de la matriz de modo dos, se procedió a la conversión de esta misma matriz en una matriz de modo uno. De acuerdo con Molina y Avila (2010), este procedimiento permite un mayor detalle métrico relacional de los datos consignados en filas y en columnas de forma separada. Se pasó entonces, tal como lo indican los autores citados precedentemente, a importar los datos de la matriz de modo dos a través de una función específica dentro del programa Ucinet6 y transformar la primera matriz en dos matrices de modo uno.

Los resultados obtenidos para la matriz de modo dos han sido los siguientes: la red presenta una densidad de 0.316, lo cual implica que existe una baja conexión real en relación a los vínculos posibles entre las categorías y los 15 pacientes que conforman esta red.

La centralidad de grado es una medida que ha sido descrita por Hanneman (2001) como la cantidad de vínculos directos que presentan los nodos dentro de la red. En el presente estudio de caso, se han ordenado los resultados obtenidos mediante el programa Ucinet6 de acuerdo al rango (de mayor a menor), expresados en la siguiente tabla:

Tabla 1
Centralidad de grado en base a matriz de modo 2

Categorías por filas	Centralidad de Grado	Categorías por columnas	Centralidad de Grado
Paciente G	0.533	P.P-Esquizofrenia	0.600
Paciente A	0.467	Escolarización Incompleta	0.600
Paciente M	0.467	Vínculo Familiar Conflictivo	0.467
Paciente B	0.333	Posición funcional estable	0.467
Paciente C	0.333	Paciente Estable	0.400
Paciente D	0.333	Sin registros significativos	0.400
Paciente I	0.333	Jugador Pasivo	0.267
Paciente N	0.333	Consumo de Sustancias	0.267
Paciente E	0.267	Jugador Problemático	0.267
Paciente F	0.267	Agresividad en el Juego	0.200
Paciente K	0.267	Causas Judiciales	0.200
Paciente Ñ	0.267	Bipolaridad	0.200
Paciente H	0.200	Secundario Completo	0.200
Paciente L	0.200	Retraso Mental / PC	0.133
Paciente J	0.133	Jugador afectado por medicación	0.067

Una primera observación de la tabla de centralidad precedente nos muestra la baja concentración de vínculos tanto en pacientes, como así también en lo que respecta a las categorías surgidas de los registros cualitativos. Tal condición es coherente con la baja densidad que presenta la red en general.

Los tres primeros rangos de centralidad presentes en los pacientes G, A y M, se encuentran asociados con las categorías también con un grado importante de centralidad como lo son: Vínculo Familiar Conflictivo y Posición funcional estable en el campo de juego. Asimismo, salvo en el caso del paciente G quien fue fichado a través de causa judicial y como paciente con Retraso Mental/PC, el diagnóstico institucional, es decir, la caracterización que figura en las historias clínicas para los pacientes A y M es el de: P.P. Esquizofrenia.

En términos generales los valores de centralidad han resultado con una baja diferencia entre los primeros y el resto de la tabla, salvo en los tres últimos pacientes y categorías respectivamente. El paciente C, por ejemplo, ha sido la única persona vinculada a la categoría denominada "Jugador afectado por mediación", lo cual explica en cierto modo la muy baja centralidad de grado de esta etiqueta (volveré sobre este punto en el apartado destinado a la discusión).

También mediante el programa Ucinet6 se realizó el cálculo de facciones para las matrices y redes de dos modalidades. Al aplicar este algoritmo se obtiene la densidad de agrupamiento de los datos de acuerdo a la partición de la matriz que en este caso fue dividida en cuatro. La mayor densidad de facciones fue de 0.458 e incluye a los pacientes A, B, F, D, E, I, C, H, M, N, K, L, los cuales fueron descriptos bajo las categorías: 1, 3, 7, 4, 2, 10, 14, 8. Nótese que de estas ocho categorías con mayor densidad dentro de la matriz, sólo la codificación número 10 (Posición funcional estable en el campo de juego), y 8 (Jugador Pasivo), refieren a descripciones no institucionales, el resto de las etiquetas se encuentran vinculadas con diagnósticos y otros datos escritos en las historias clínicas de ingreso a la

institución. Por el contrario, de la facción de la matriz con menor densidad (0.155), y de las siete categorías agrupadas dentro de esta facción (15, 9, 6, 5, 12, 13) cuatro de estas refieren a descripciones cualitativas vinculadas al juego y evolución de los pacientes tales como: Agresividad en el juego (9), Paciente Estable (6), Jugador Problemático (5), y Jugador afectado por la medicación (12).

Resultados

Bajo este apartado se expondrán los gráficos de redes elaborados con el sub-programa Netdraw incluido en el ya mencionado paquete informático Ucinet6. A diferencia del análisis de matriz, los gráficos de redes posibilitan la visualización de la información trabajada de acuerdo a una lógica espacial donde se distribuyen en diferentes planos la información ya transformada en vértices y aristas.

Los primeros dos gráficos expresan los cálculos descritos para la matriz de modo dos, mientras que los dos últimos gráficos (gráficos 3 y 4) han sido elaborados en base a la información de la red de dos modos, transformada en redes de modo uno. El gráfico 3 refiere a las filas, es decir, a los datos sobre los pacientes, mientras que el último gráfico expresa las relaciones entre las categorías que se encuentran en las columnas de la matriz.

Gráfico 1. Red de pacientes y categorías

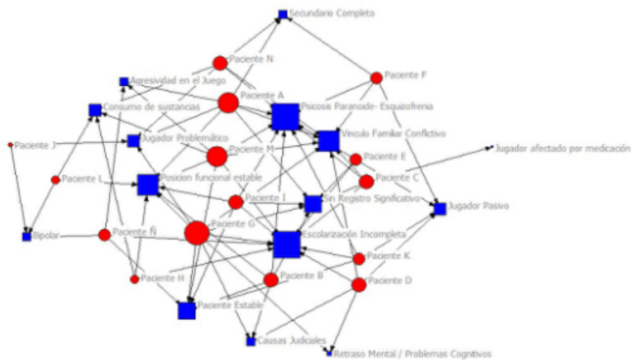


Gráfico 2. Red de pacientes y categorías diferenciada en cuatro facciones

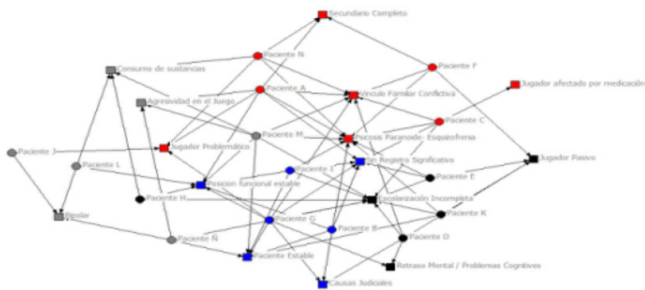


Gráfico 3. Red de pacientes

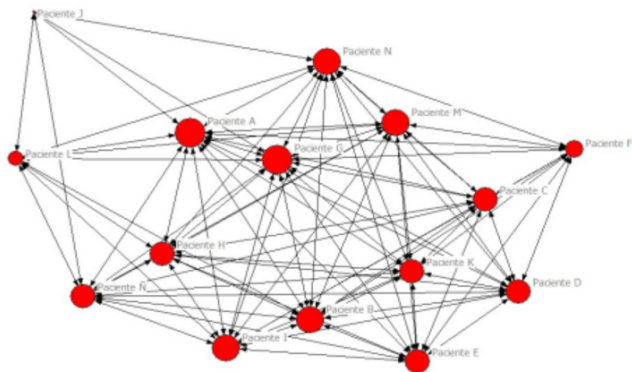
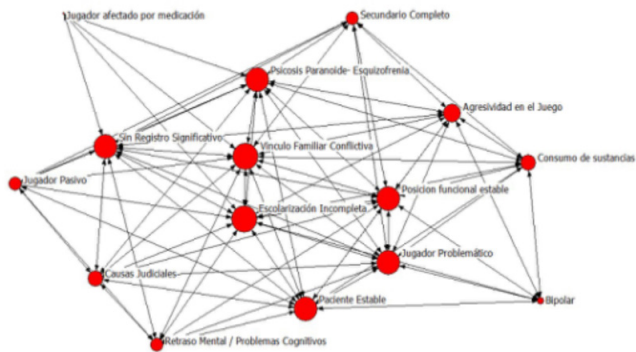


Gráfico 4. Red de categorías



Salvo en el gráfico 2 donde se expresan las facciones, el resto de los grafos contienen diferenciaciones en lo que respecta al grado de centralidad de los nodos, lo cual implica que a mayor centralidad de grado, mayor es el tamaño del diámetro de los nodos circulares y rectangulares respectivamente.

De acuerdo con lo descrito por la socióloga italiana Bellotti (2015), los cuatro gráficos expuestos responden a una estructura de tipo núcleo-periferia. Esto significa que existe un conjunto de nodos (circulares y rectangulares) que se encuentran altamente conectados y que conforman el núcleo del grafo, mientras que hacia la periferia del mismo se encuentran los nodos conectados al núcleo pero con una baja o nula conexión entre sí, es decir, entre los nodos que conforman la periferia de la red en relación al centro.

En términos gráficos se puede observar que los nodos del núcleo se encuentran asociados a categorías vinculadas a datos sobre las historias clínicas de los pacientes (Vínculo Familiar Conflictivo, Escolarización Incompleta), este mismo núcleo se encuentra "rodeado" de categorías asociadas a características del juego más algunas otras referencias presentes en los expedientes, mientras que hacia la periferia se observan los diagnósticos menos frecuentes dentro de los 15 pacientes (bipolaridad, consumo de sustancia, Retraso Mental/PP), y aún más al margen del núcleo las observaciones marcadas por los profesionales en relación al taller de fútbol (Jugador Pasivo, Agresividad en el juego, Jugador afectado por medicación).

En generales se puede observar entonces una predisposición por parte de los profesionales en privilegiar en el centro de sus registros cuestiones vinculadas a las historias clínicas de los internos, seguido de notaciones sobre la evolución de los pacientes en la institución, y en último lugar, hacia los márgenes del grafo, las etiquetas surgidas de las observaciones en los talleres de fútbol expresadas también bajo el vocabulario técnico inherente a las historias clínicas como por ejemplo: Sin registro significativos, Paciente Estable, Jugador Problemático, Posición funcional estable en el campo de juego.

Discusión

Los datos analizados a lo largo del presente texto dan cuenta de la centralidad que representan los vínculos familiares de los internos -sean estos manifestados como disparadores de conflicto o sólo como acompañantes del paciente al momento de internarse-. En este sentido, el análisis de redes aquí desarrollado ha posibilitado poner nuevamente en el centro de la escena la importancia de los lazos familiares locales, sea cuales fueran las formas organizativas que presenten actualmente los diferentes tipos de familias en el espacio local y regional.

Retomaré aquí, sin perder de vista lo escrito en el párrafo precedente, las dos preguntas planteadas en el apartado introductorio: ¿Se trataba de talleres de fútbol que debían ser analizados bajo los conceptos de interacción y rol social desarrollados por Goffman, o debíamos buscar categorías más específicas para describir la realidad observada?, ¿Resultaba factible establecer puentes relacionales entre conjuntos de informaciones tan disímiles entre sí (historias clínicas, diagnósticos, visitas familiares, movimientos corporales de los pacientes-jugadores)?

Según lo analizado por Goffman (2007) el rol de los familiares y amigos íntimos de aquellos individuos que él caracteriza como pre-pacientes de inminentes internaciones psiquiátricas, constituyen un rol de fuerte ambivalencia y de carácter conflictivo para los futuros pacientes. Esto se debe fundamentalmente a que, por lo general, son los familiares y/o amigos íntimos quienes deciden "llevar" a las personas con padecimiento mental a la internación. Una vez ya internados, tal situación es generalmente vivida por el paciente como una "traición", una "entrega" de parte de un individuo de suma confianza que pone al desnudo una problemática íntima que, al ser institucionalizada, se transforma automáticamente en un padecimiento público de carácter interinstitucional.

Una vez internado, sea por unos días, meses o años, el antes pre-paciente y ahora paciente se encuentra "atrapado" en la lógica interna de toda institución psiquiátrica. A partir de ese momento se produce una ruptura en la vida cotidiana del individuo, el cual sufre una disminución del yo autónomo que se verá ahora sujeto a las normas totalizadoras del hospital.

Es precisamente a partir de la caracterización como paciente pleno, es decir, como individuo inmerso en el contexto socio-vincular de los internados, desde donde resulta posible pensar los puentes que unen la información sobre historias clínicas, diagnósticos, visitas familiares, y los movimientos corporales de los pacientes-jugadores. Bajo esta perspectiva cobra mayor importancia aquello que en el mapeo de redes aparece como fragmentado y disperso. Esto significa, en otras palabras, volver el análisis al contexto, a lo registrado y vivido *in situ* durante los talleres de fútbol en el HN para entender aquello que subyace a las redes formales.

Tal como lo ha señalado nuevamente Goffman (2007), las instituciones totales presentan mecanismos opresivos que provocan diversos efectos en los pacientes internos. Una de las consecuencias generada por estos mecanismos es la exposición pública (entre los internos) de situaciones vergonzosas para cualquier individuo con un mínimo de autonomía. Esta exposición de determinados comportamientos y/o actitudes que resultaría humillante para cualquier persona en su vida fuera del hospital, por ejemplo, suplicar por cigarrillos, tener desarreglos públicos provocados por la medicación, ser observada u observado constantemente por todo el personal profesional del internado, etc. Aquí, intra-muro, se transforma en una moneda corriente con la cual los internos deben con-vivir, y al mismo tiempo eludir de la mejor manera posible dado que en este tipo de actos se ponen en juego la mayor o menor permanencia temporal dentro de la institución. ¿Cómo dar de alta a un interno que suplica por un cigarrillo, o camina lentamente de un lado al otro del campo de juego?

En efecto, los internos saben que están siendo observados y juzgados por los profesionales que dirigen la institución. Por esta razón, el hecho de que en la métrica de las redes la categoría "Jugador afectado por medicación" presente la centralidad de grado más baja, no debe resultar de ningún modo extraño. Esto se debe a que tal situación se encuentra asociada, según se deduce de los registros escritos por los profesionales, a un único paciente, el paciente codificado con la letra C. Este interno, un hombre mayor y amante de la práctica del fútbol, solía moverse con suma dificultad en un margen de la cancha, sus movimientos corporales eran en cierta forma torpe y descoordinados producto de la medicación que debía

tomar obligatoriamente.

Con el tiempo, luego de presenciar varios cotejos futbolísticos, descubrí que C no era el único paciente de entre los jugadores que estaba afectado por la medicación. Ocurría que los demás internos, bastante más jóvenes en edad que C, hacían un gran esfuerzo por mantener cierta compostura en el campo de juego. En suma, el ejemplo de C, era aquello que los demás debían evitar para no ser observados en detalle por los profesionales residentes.

A la luz del tratamiento en red de los registros cualitativos elaborados por los profesionales, es posible reconocer también algunos de los hilos subyacentes de un modelo médico y terapéutico ligado a una comprensión particular sobre las nociones de salud y enfermedad. Tal como lo ha desarrollado Laplantine (1999), se trata de un modelo ontológico vinculado a la medicina "docta" en Occidente, cuyas bases históricas se sustentan en la idea de la enfermedad como objeto o cosa externa al cuerpo, y no como una construcción inter-subjetiva que involucra, en este caso, a los internos, familiares, psicólogos, psicólogas, personal de enfermería y psiquiatras.

El hecho de que exista una muy baja densidad entre las categorías y los pacientes, da cuenta justamente de una visión atomizada del cuerpo individual. Se trata de un cuerpo que ya fue diagnosticado y tratado químicamente para "alivianar" la enfermedad considerada como cosa ajena u objeto separado de toda corporalidad. Bajo este esquema, los movimientos corporales ligados a la práctica del fútbol y la interacción subjetiva de los pacientes, se encuentran en la periferia de la mirada de los profesionales, mientras que en el centro de las observaciones, como lo muestran los diferentes gráficos de redes, figuran las historias clínicas y todo un conjunto de descripciones sobre la práctica del fútbol expresadas en el frío lenguaje de los expedientes institucionales. De este modo, la separación entre ambos puntos (núcleo y periferia), pareciera ser el equivalente a la diferenciación irreductible cuerpo / mente; la dicotomía fundante del modelo médico hegemónico contemporáneo.

Por último es necesario remarcar que los resultados métricos, más la visualización espacial de las redes han permitido una re-construcción modélica de las observaciones registradas. Esto significa que no se trata de las interacciones y los roles tal y como se presentan en la realidad observable, sino más bien de un modelo abstracto sobre aquello que se presenta como "lo visible" para un conjunto de profesionales. Así pues, si lo que se pretende es aproximarse a la compleja realidad vincular de un conjunto de comportamientos entre individuos, este mapeo formal de redes categoriales no puede (ni debe) ser "extirpado" del contexto social que le dio origen, esto es, de los sentidos y re-presentaciones que tanto profesionales como pacientes ponen en disputa entre las altas paredes que separan al hospital de la vida cotidiana.

Referencias Bibliográficas

- Belloti, E. (2015). *Qualitative Networks, Mixed methods in sociological research*. New York, EE.UU: Editorial Routledge.
- Borgatti & Freeman (2002-2007). *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. MA: Harvard Analytic Technologies
- Elías, N & Dunning, E. (1992). *Deporte y ocio en el proceso de la civilización*. D. F. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Escobar, M & Tejero, C. (2018). El análisis reticular de coincidencias. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. N°39, pp. 103-128. DOI/ empiria.39.2018.20879
- Goffman, E. (2006). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Amarrortu.
- Goffman, E. (2007). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amarrortu.
- Hanneman, R. A. (2001) Capitulo V. Propiedades básicas de las redes y de los actores *Introducción a los métodos de análisis de redes sociales*. Departamento de Sociología de la Universidad de California. Recuperado de <http://www.redes-sociales.net/materiales>.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Sol.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- Molina J. L & Avila, J (2010). Como convertir matrices de modo 2 en matrices de modo 1. *Antropología y redes sociales. Una introducción a Ucinet6-NetDraw, Ego-Net y Análisis comparado con SPSS*. Lima: Editorial Universidad Federico Villarreal.
- Wasserman S. & Faust K (2013). *Análisis de redes sociales. Métodos y aplicaciones*. Madrid. España: Centro de Investigaciones Sociológicas.