

# Las presencias sin cuerpo. Narraciones paranormales del personal de salud en un hospital de tercer nivel

Omar Ángel Daniel Cabrera Valdez <sup>1</sup>

## *RESUMEN*

Este artículo es parte de una investigación conducida en un hospital de tercer nivel con Médicos Internos de Pregrado por medio de la observación participante y la recolección de sus narrativas, con el fin de conocer la experiencia que tenían al ser parte del personal nosocomial, sin embargo, por la naturaleza de su labor, la interacción no solo fue con ellos, también se convivió con personal de enfermería, médicos residentes, adscritos y personal de apoyo como camilleros y asistentes médicos.

Emergente de dicho trabajo fue conocer historias paranormales que el personal contaba en el tiempo libre del que disponía, estas se caracterizaban por hablar de espíritus, fueran conocidos como el caso de pacientes que hubieran estado internados ahí o antiguos miembros del hospital, ambos ya fallecidos, o presencias desconocidas aterradoras. Al narrar estos sucesos coincidían en que eran breves, incómodos y sucedían por las noches en espacios poco transitados.

Palabras clave: Experiencia, fenómenos paranormales, medicina.

## **Bodiless presences. Paranormal narratives of the health staff in a tertiary hospital**

### *ABSTRACT*

This article is part of an investigation conducted in a third level hospital with Undergraduate Interns through participant observation and the collection of their narratives in order to know the experience they had being part of the nosocomial staff, however, due to the nature of their work, the interaction was not only with them, but also with nursing staff, resident doctors, seconded and support staff such as stretchers and medical assistants.

Emerging from this work was to learn paranormal stories that the staff had in their free time, there was characterized by talking about spirits, were known as the case of patients who had been interned there or former members of the hospital, both, already deceased, or terrifying unknown presences. When narrating these events, they agreed that they were brief, uncomfortable, and happened by night in spaces little traveled.

**Keywords:** Experience, paranormal phenomena, medicine

<sup>1</sup> Escuela Nacional de Antropología e Historia email: omar.angel.c@gmail.com

## **Trabajar de noche en hospitales**

Una parte clave de la formación médica es el año de Internado Médico de Pregrado, en el mismo, los jóvenes estudiantes de medicina se vuelven parte del personal de un hospital de segundo o tercer nivel, en este pasan la mayor parte del tiempo, realizando guardias de entre 24 y 40 horas, en las mismas conviven con muchos miembros del personal hospitalario como médicos adscritos, residentes, personal administrativo, de enfermería, de apoyo, etc. Guiado por saber cómo es la experiencia de los Médicos Internos de Pregrado (MIP's) durante ese año clave de sus estudios, hice un ejercicio de Observación Participante en un hospital de zona en Ciudad Juárez, Chihuahua. La realización de dicha técnica de investigación fue acompañando a una guardia de doce internos (la guardia B), en su mayoría foráneos.

Emergente de ello fue notar que, en los tiempos libres de sus guardias hospitalarias, contaban historias de terror con experiencias paranormales, interactuando con personas muertas, fuese en ese servicio, en otro, o en algún momento del pasado, y temer o sorprenderse por fenómenos que no se explican como ruidos de noche, sonidos como llantos, gritos o voces y la sensación de ser observados, pese a estar solos.

De ahí emergió mi curiosidad ¿Qué tan comunes son estas narrativas y cuál es su función en la cultura biomédica (Muñoz, 2010)? Recopilé alrededor de 20 historias de este tipo, pero, he decidido hablar solo de cinco en el presente texto, cómo son comunicadas, qué papel juegan en la cotidianidad del personal, el impacto emocional que causa en ellos y la necesidad de hacerlas visibles, pues son una parte negada del contexto nosocomial, tradicionalmente más orientado a la ciencia que a experiencias de este tipo que escapan a sus marcos de interpretación y conocimiento del mundo.

Antes de pasar a mi experiencia de investigación, considero necesario explicar el marco teórico-conceptual desarrollado antes de este texto para trabajar estos temas, ya que no soy el primer antropólogo ni psicólogo que se enfrenta a ellos, de ahí la importancia de la siguiente sección, en la que expongo de manera breve, pero, considero suficiente, desde donde ambas disciplinas hablan de fenómenos paranormales.

## ¿Hablar de paranormal o más bien hablar de antropológico y cultural?

El estudio de los sucesos paranormales ha sido abordado desde diferentes perspectivas, siendo de mi especial interés, las posturas de la psicología y la antropología; la primera por ser la disciplina en la cual me formé originalmente y la segunda por ser a la cual he llegado, guiado por la necesidad de ampliar mi comprensión en mi ejercicio profesional. Esto guiado por dos razones, la primera es la búsqueda de una explicación más amplia y contextual de fenómenos clásicos en la psicología como son las emociones, la psicopatología, la salud mental, etc. La segunda, es por la necesidad de abordar temas que parecen no ser propios de la psicología, pero, en los que la antropología tiene ya un recorrido amplio, como son la cultura, la muerte, la política, etc.

Con base a lo anterior y recopilando los trabajos previos desde una postura principal, aunque no exclusivamente psicológica, hallé que los enfoques de este tipo de experiencias suelen ser vistos desde una óptica estigmatizadora, o incluso, patológica. En la primera postura se incluyen a autores como Majima (2015) quien considera que incluso la creencia en Dios puede ser considerada como una “pseudociencia paranormal”, al mismo nivel que las mancias (artes adivinatorias como la oniromancia, que es la adivinación del futuro por medio de los sueños). Esto se vincula con la postura de Tobacyk (2004) quien incluso ha desarrollado una escala para medir este tipo de ideas y ha hecho la separación entre la “pseudociencia paranormal” y la “pseudociencia no-paranormal”.

La segunda postura que corresponde a la patologización los fenómenos paranormales tiene representantes como Parra (2010) quien postula que hay una propensión a la esquizotipia<sup>2</sup> en los sujetos que tienen experiencias de este tipo, esto debido a que tales rasgos de personalidad los harían propensos al pensamiento mágico, las alucinaciones y experiencias sensorceptivas poco usuales. En su escrito, él incluso recurre al manual DSM-IV para sustentar su argumento.

Otro estudio que sigue esta línea es de Pérez (2020), quien refuerzan el postulado de que estas creencias responden a una estructura de personalidad

<sup>2</sup> No hay un consenso hasta la fecha sobre la definición de la esquizotipia, el poco consenso al respecto es que tiene síntomas similares a los de la esquizofrenia, pero, de ahí en más, hay muchas voces al respecto como decir que es una esquizofrenia atenuada y que de todos modos no deben de ser ignorada pues representan riesgo de un cuadro psicótico (Tran, Stieger & Voracek, 2015), aunque, también hay quienes contradicen esto y dicen que es son rasgos de la personalidad cuya ocurrencia es común (Cohen, Morr, Ettinger et. al., 2015) o quienes incluso dicen que es un potencialmente saludable (Mohr & Claridge, 2015).

esquizotípica, reconoce que, pese a lo estudiado que ha sido este campo, los investigadores avocados a él no han logrado comprender por qué una proporción tan alta de la población sostiene estas ideas pese a su falta de evidencias sólidas, pues, según Irwin (2009), por lo menos el 50 % de toda la población que ha sido parte de estos trabajos, mantiene cuando menos una creencia paranormal. Asimismo, Pérez (2020) menciona que no tienen un modelo explicativo lo suficientemente sólido de estos fenómenos.

A su vez, Fasce (2017) equipara al pensamiento sobre fenómenos paranormales con las teorías conspirativas y las pseudociencias, dice que las tres son creencias carentes de garantías epistémicas, incluso las menciona como los tres grupos clásicos de ese rubro, con correlaciones en el perfil psicológico de quienes creen en ellas, aspecto que sigue la línea del estigma a quienes creen en ellas, pues de fondo, los autores se guían por la pregunta de ¿Por qué la gente cree en este tipo de ideas? E intentan responderla mediante perfilaciones psicológicas que buscan rasgos de personalidad específicos donde los sujetos tienen grados esquizotipia, neuroticismo, necesidad de control, entre otros.

Es necesario ir más allá de esta visión y para ello, considero que partir desde una óptica antropológica es la mejor opción. No es porque pretenda postular algún tipo de superioridad de una disciplina sobre la otra para abordar estos temas porque no hay tal, a la antropología también le ha costado hablar de estos asuntos, aunque han sido parte de sus intereses desde el principio y prueba de ello es que uno de sus padres fundadores, Tylor (1930), habló de este tipo de experiencias e intentó explicarlas por medio del animismo que para él era la expresión más básica de toda religión. Aunque, la de este autor no dejaba de ser una postura evolucionista pues, era algo propio de sociedades primitivas en las cuales sus integrantes no sabían distinguir que las personas que veían en sus sueños no eran reales, los creían espíritus, fragmentos de seres humanos que podían salir de sus cuerpos en momentos como el sueño o el trance.

Quedarse con el postulado Tyloreano nos haría caer en otro estigma, el de ver a los fenómenos paranormales como una señal de atraso cultural, de ahí que sea necesario adelantarnos en la historia de la antropología para encontrar una postura idónea, misma que considero, deviene de Evans-Pritchard (1991) quien postula que para el antropólogo no debería ser importante la existencia o no de los espíritus, más bien, lo que debemos de considerar de relevancia es la función que tienen para los sujetos esos sistemas de creencias.

Este es un buen primer paso, sin embargo, considero que es relevante ir aún más allá de él, siguiendo a Bowie (2012) quien postula la necesidad de proceder desde lo que ella denomina “el compromiso cognitivo empático”, que en sus palabras implica que el antropólogo/etnógrafo “adopte las categorías de sus informantes y use este conocimiento para interpretar el mundo por medio de esas categorías como un esfuerzo de voluntad e imaginación. El método requiere un compromiso activo con otra forma de pensar, ver y vivir”. Ella menciona esto para comprender las creencias, prácticas religiosas y experiencias paranormales, pero, yo creo que es un buen enfoque para toda la observación y no solo para los sistemas de creencias.

Para mí es de especial interés, la brevedad de este tipo de experiencias, como explicaré después, todas las que documenté se caracterizan por su corta duración, aspecto que ya ha documentado antes Hansen (2001), que explica que los eventos paranormales desestructuran, son transitorios y efímeros, que desordenan a quien los experimenta, pues al final, son eventos ambiguos que difuminan las fronteras de este mundo y otro. El autor incluso menciona que, al final, son eventos liminales, tal como los definió Turner (1998).

A lo anterior es necesario sumar que, por sí mismo, el término paranormal también tiene validez antropológica, a pesar de todo el estigma que pueda conllevar, eso es resaltado por Hunter (2015) quien dice que hay autores que proponen hacer un “corchete fenomenológico” para poner en pausa los juicios contra las experiencias anómalas que encuentran los antropólogos en su labor, sin embargo, él dice que no es suficiente, pues dicha postura detiene el juicio, pero, al final no lo anula, de ahí que sea mejor realizar una “inundación ontológica”, lo cual implica abrirse a contemplar, entender y tratar de ser parte de todos los eventos a los que nos enfrentemos en nuestro trabajo.

Considerar la psicopatología como la fuente de estas experiencias no es una postura correcta, en su lugar habría que buscar el origen en dos fuentes que actúan de forma conjunta, por una parte, el contexto cultural que da forma a esos eventos, pues cada experiencia responde a la cultura en la que se insertan los sujetos que las viven y, por otro, el pensamiento mágico al que se da forma en la cultura.

En esta investigación, el contexto cultural viene dado por la Cultura Biomédica que Muñoz (2010) define como un marco de producción de significados surgidos de paradigmas científicos establecidos por élites, mismas

que están insertas en dinámicas económicas y políticas que juegan un papel en el tipo de conocimiento que se genera. Los grupos que generan dichos conocimientos también crean relaciones de saber/poder que crean y recrean estructuras, espacios, relaciones e interacciones relacionadas con los procesos de salud/enfermedad/atención/muerte.

Los fenómenos paranormales de los cuales hablo aquí son también una producción significativa de esa cultura biomédica, con la salvedad de que no los produce el pensamiento científico de élite que los médicos deben de aprender, en su lugar, son producto de un pensamiento mágico que dimana del contexto cultural de la sociedad mexicana que envuelve a la cultura biomédica; en este no solo hay conocimiento científico, también hay mitos y leyendas, saberes no científicos, arte, entre otras cosas fuentes que nutren las facetas espirituales e intelectuales de los seres humanos y dan forma a experiencias y narrativas como las que se presentaran más adelante.

Debido a lo anterior, es importante explicar que el pensamiento mágico, de acuerdo con VandeBos (2006), es la creencia de que la conducta, tanto propia como ajena, puede ser influenciada por medio de deseos, pensamientos y/o rituales. Esto también aplicaría para influir en eventos que sucedan en otros lugares, ya que es una forma de desafiar los principios de la realidad establecidos por la ciencia mediante agentes sobrenaturales. El pensamiento mágico es parte del sistema de creencias de los médicos y de la cultura biomédica (Muñoz, 2010), de ahí su gran relevancia que pude constatar en la inmersión al ambiente hospitalario con el personal de salud. El foco de mi investigación fueron los Médicos Internos de Pregrado; la naturaleza de su labor, tanto su interacción como la mía con otros miembros del nosocomio fue clave y necesaria, como procedo a explicar en la siguiente sección.

### **Las gafas del psicólogo con lentes antropológicas**

En mi caso, entrar a campo no fue fácil, hice este trabajo en medio de la pandemia por COVID-19, cuando muchos hospitales en México estaban saturados y el personal de salud se arriesgaba a un contagio ejerciendo su trabajo. En diciembre del año 2020, la situación era crítica en la Ciudad de México, al ser el área más poblada del país, también era en ese momento el epicentro de la pandemia; el 30 de diciembre de ese año, la Secretaría de Salud reportaba una saturación hospitalaria en la capital del 88 % (SSA, 2020).

No era mi primera experiencia hospitalaria, mi formación como psicólogo especializado en tanatología, me había permitido ingresar como voluntario en algunos hospitales, incluso esas credenciales me permitieron hacer mi trabajo de campo en mi primera experiencia como antropólogo, ahí pude conjuntar tanto el saber de la psicología como el de la antropología, hecho que me permitió ampliar mi perspectiva profesional y leer a los sujetos de una forma que, considero, es más integral.

Trabajé guiado por lo que Krotz (2002) define como la cuestión antropológica, la pregunta por la otredad que hace que el profesional de esta disciplina se cuestione lo que es igual en el que él cree diferente y por lo que es diferente en quien cree que es igual a él; a ello agregué la distinción que hace Augé (2000) cuando explica que la palabra campo no es idónea para la labor antropológica, pues refiere a lugares remotos y alejados, hecho que ya no refleja a la antropología actual que ha volteado a ver los contextos de origen de los antropólogos mismos y a otros nuevos. Las dos nociones me fueron de utilidad porque trabajé con Médicos Internos de Pregrado (MIP's) de mi ciudad de origen y foráneos en un hospital de tercer nivel en Ciudad Juárez, Chihuahua, en específico, con los integrantes de la guardia B que eran 12 MIP's.

Complementario a esa postura, también tomé como guía lo que mencionan Bowie (2012) y Hunter (2015), intenté comprender las creencias y experiencias de los médicos en general, pero, de los MIP's en particular, todo ello con una actitud abierta a las experiencias anómalas, que, si bien es cierto que entre ellas destacaron las de tipo paranormal y dan cauce a este escrito, no fueron las únicas extrañas para mí, en sí mismas, las praxis del gremio médico me son ajenas, tuve que abrirme a su forma de comunicarse, a la manera en la que se vinculaban entre ellos y con sus pacientes, a su forma de ver su profesión, sus hábitos personales y profesionales, entre otros.

Las bases teóricas me guiaron para intervenir por medio de una metodología mixta, complementé el abordaje tanatológico, propio de mi especialidad, pero, que a final de cuentas es una técnica psicológica y consiste en tener en cuenta las necesidades específicas de los pacientes para saber si es posible ayudarlos más allá de su diagnóstico, pues tal vez no sea posible hacer nada más en el aspecto médico, pero, sí lo sea en otros aspectos como lo emocional, clave para la psicología (Gómez, 2007). Aunque en esta ocasión no trabajé con pacientes como tales, también acompañé a los médicos y en más de una ocasión tuve que ayudarles justo esa dimensión emocional, ellos sabían que yo era tanto psicólogo

como antropólogo y llegaron a tener demandas de consulta, acompañamiento, e incluso intervención emocional de corte psicológico, pues sabían que yo estaba capacitado para hacerlas.

Eso lo complementé llevando a cabo una observación participante durante todo el año que duró su internado, yo me fui con mis informantes desde la Ciudad de México a Ciudad Juárez, despegué con ellos en el mismo avión rumbo a la frontera y regresé con ellos en la madrugada del 2 de enero del siguiente año, ya que habían concluido esa etapa de su carrera. Hablar de esta técnica implica realizar una inmersión profunda, pero, no solo consiste en mirar, pues de acuerdo con Guasch (1991), esto se ha naturalizado tanto que no implica hacer una contemplación profunda, hacerlo requiere de ir más allá de la mirada e implicar tanto el resto de los sentidos, como reconocer lo que el investigador está sintiendo al respecto de eso que investiga; ello empata con lo que Epele (2015) denomina como “el gobierno de lo sensible”, no considerar a la vista como el único testimonio de que se experimenta y más en contextos hospitalarios donde los olores y los sonidos son tan peculiares, juegan un papel determinante respecto de lo que se puede conocer.

Este último concepto me parece importante, si hablamos de un gobierno sensible, considero necesario hablar de una antropología de las emociones, contactar con la sensibilidad es hacerlo con lo emocional, propia como ajena y que no viene desde dentro de los seres humanos, sino que, según Le Breton (2012), se construye socialmente, pues representa parte del repertorio cultural al que cada sujeto pertenece y, mediante actores sociales con los que interactúa, su historia, cultura y contexto, que esta dimensión se fabrica y aprende a expresarse, tomando en cuenta que su intensidad y manifestaciones varían de acuerdo a cada quien.

Esa consigna es compartida por Guber (1991) quien dice que aquel que decide realizar una observación participante tiene que ir con apertura respecto de lo que se va a encontrar, reconociendo que es diferente de lo que quizá imaginaba y, como yo me di cuenta ya en campo/terreno, a veces sabemos menos de lo que creíamos y no por estar ahí terminamos de saberlo todo, siempre habrá cosas que ignoremos sobre el tema, los actores y los lugares en los que decidamos trabajar. El etnógrafo no vuelve a ser el mismo porque quien ejecuta la técnica cambia, porque no hay manera de construir distancia en una aproximación que requiere cercanía, intimidad con quienes se observan, el aspecto emocional de quien investiga también se pone en juego y cambia con los hallazgos encontrados.

Al concluir el trabajo de campo me encontré con que los textos tenían razón, la vista fue importante para mí, sí, pero, mucho del trabajo nosocomial requiere de escuchar al otro, de escuchar el tono en el que dice las cosas, de poner atención a detalles clave de su narrativa, hasta de hartarse de escuchar exigencias, quejas, ruidos monótonos como el llanto de un bebé, los monitores de un paciente intubado, el silencio de los pasillos por la noche, entre otros. Escuché al personal de salud con atención, me transmitieron sus miedos, sus expectativas, sus sentimientos y pude sentir con ellos, no solo en lo que a fenómenos paranormales respecta, escuché muchas cosas junto con ellos, pero, este escrito trata de esas narrativas que se contaban cuando tenían tiempos libres y algunas que yo pude vivir con ellos, no era lo que siempre hablaban, pero, al hacerlo, transmitían emociones en particular, mismas que expongo en la siguiente sección a través de cinco narraciones.

### **Narraciones extraordinarias hospitalarias**

Las siguientes narraciones comparten tres elementos que las unifican: fueron sucesos breves cuya duración no iba más allá de minutos, según quienes las contaron, luego tuvieron un impacto emocional importante, lo común era que causaran, de forma simultánea, sorpresa y miedo, dejando tras de sí una sensación de incomodidad al momento de recordar ese suceso que, finalmente, sucedía siempre por las noches, fuera en espacios por dónde la gente no transitaba normalmente, o que en ese momento, no hubiera nadie ahí más que quien contemplaba el suceso.

No era el único factor unificador, también noté que en estos relatos lo paranormal gira en torno a tres tipos de personajes, en orden de aparición, se habla de otros miembros del personal de salud que aparecían, podían ser médicos o enfermeras que nadie había visto antes, aunque, también podían ser antiguos compañeros de trabajo, gente que fue parte del personal del nosocomio o que incluso se retiró, pero, murió y al saberlo sus compañeros de trabajo, comenzaban a hablar de que se le veía por el hospital; llamativo aquí es que era visto por gente joven quien contaba que hablaba con ellos y al contarles a los de más experiencia, entonces se enteraban de que era una persona muerta.

En segundo lugar, también se habla de pacientes que murieron tras estar internados ahí y el personal seguía viéndolos, fuera que hubieran pasado días o semanas desde el fallecimiento, pero, a veces, empezaban a verlos esa misma noche o a los pocos días de su muerte. Finalmente, aunque mucho menos

comunes, se hablaba de presencias extrañas que nadie conocía, siendo estas últimas las más perturbadoras de las tres por el desconocimiento que implicaban.

De las más de veinte narrativas recolectadas de este tipo, lo cierto es que solo presentaré cinco de las más destacadas, pues hablar de todas excedería los límites propuestos para este artículo y quizá terminarían por ser redundantes en el tipo de sucesos que se cuentan. Otra cosa importante, salvo un par de dichas narraciones que incluyo en este escrito, las demás me las contaron, yo no las viví, pero, tampoco las escuché solo, son testimonios que se comparten de manera grupal, nunca fui el único oyente, la regla es que, cuando menos, entre cinco y diez personas atentas a la historia.

La primera narración que escuché de este tipo fue mientras mis informantes rotaban en el servicio de ginecología, una tarde donde había poco trabajo, Fanny que era parte del personal de enfermería. Ya estaba por anochecer y el hospital comenzaba a quedarse solo, eran alrededor de las seis de la tarde, por lo que la mayoría del personal se había retirado y nada más se quedaban las guardias en los servicios, ahí ella contó un suceso que le pasó cuando estaba realizando sus prácticas profesionales, dijo que rotaba en el área de medicina interna en otro hospital, su equipo era supervisado por una enfermera de base y esa noche se habían repartido para pasar a tomar los signos vitales de los pacientes internados, ahí, al llegar a una cama, se dio el siguiente hecho:

*Había pocos pacientes, eran entre seis y ocho, tal vez, ya era de noche, de entre los pacientes recuerdo a una señora mayor porque era la única con esa edad. Le dijimos que íbamos a tomarle signos vitales y ella nos dijo que ya habían pasado y que, incluso, los habían dejado anotados en el expediente. No le creí, pensé que quizá estaba harta porque ese mismo día la lastimaron mucho, le sacaron sangre y no le encontraban la vena, pero, resulta que sí estaba la medición de signos; como no sabíamos si estaban bien y actualizados, tuvimos que volvérselos a tomar y coincidían, sí estaban bien. La enfermera de base empezó a ponerse muy nerviosa, yo pensé que estaba enojada y nos iba a regañar, pero más bien, le preguntó cómo era la persona que le tomó signos, ella se la describió y cuando nos alejamos de la paciente, nos preguntó si habíamos escuchado de esa enfermera, pero no, era la primera vez, ella empezó a llorar, dijo que era L., una enfermera que llevaba más de medio año de haber muerto y no era la primera vez que pasaba y que aparecían signos tomados en M. I., pacientes y familiares siempre la describían a ella, güerita, pelo castaño, muy seria y que casi no hablaba. Me dio miedo, no sé por qué y esa noche no quise dormir para nada.*

Cuando Fanny nos contó eso, ella no iba a quedarse de guardia, su turno estaba por acabar, igual había tres residentes escuchándola y solo una iba a quedarse, tanto a esa residente como a los MIP's de la guardia fue a quienes más les impactó el relato, se notaban sorprendidos, pero, también incómodos, incluso uno de los residentes que también podía retirarse bromeó con eso, *“lo bueno que yo ya casi me voy, pero, ustedes ahí se quedan”*. Eso fue gracioso para mí, como estaba en confianza, tanto de mis informantes como de los médicos residentes y de la persona que narró el relato, aventuré un comentario, *“pues, es parte de la vida hospitalaria estar por ahí en las noches, cerca de alguien que ya ha fallecido, aunque, no sabemos hace cuánto tiempo”*, quienes no se quedaban a la guardia se rieron conmigo, sin embargo, a quienes sí, el comentario no les agradó del todo.

Lo que comenzó como una broma, tensó el ambiente, al darse cuenta de ello, Fanny volvió a comentar al respecto y, aunque de inicio yo pensé que lo hacía para relajar la situación, noté que no fue así, al final, dijo *“bueno, pero no fue aquí, todavía no conozco a los fantasmas que hay aquí, porque de que los hay, no lo dudo”*. Al final, aunque era un comentario que apuntala a relajar las cosas, por su cierre no lo hizo, más bien mantuvo el estrés.

La narrativa tuvo un impacto emocional en los integrantes de la guardia de ese día, hecho entendible si consideramos que como dice Le Breton (2012), toda emoción está vinculada al entorno en el que se da y en sí mismo, desde la perspectiva de los Médicos Internos de Pregrado, es más un lugar desagradable en el cual trabajan hasta quedar extenuados, llegan a ser maltratados, tanto por sus superiores como por los pacientes que atienden y tienen poco reconocimiento, entonces, si se le suma la potencial experiencia de toparse con un espíritu, el panorama de tener que estar en los espacios solitarios y lúgubres del nosocomio, se vuelve aún peor. En palabras de Estela, una de las internas de la guardia, *“como si no fuera suficiente estar aquí al pendiente de las señoras dando a luz, ahora debemos cuidarnos de si hay o no espíritus atormentando a los vivos con los pendientes que no terminaron”*.

Pasó el tiempo y mis informantes cambiaron de rotación a la de Medicina Familiar, por la naturaleza de esta fueron trasladados del hospital sede a una clínica de primer nivel de atención hospitalaria, ahí solo se hacían guardias de 12 horas, pues cerraban por la noche y no abrían en fines de semana, estar en ese servicio se consideraba como tener un bimestre de descanso entre todo el estrés de ese año. Aunque, parte del contexto de ese servicio era que la relación

entre la sede (el hospital) y la sub sede (la clínica) no era buena, ni la directora ni los médicos de base estaban de acuerdo con que los internos rotaran ahí, pero, aunque no podían impedirlo, sí obstaculizaban mucho su trabajo, no los autorizaban a estar en la mayoría de los consultorios y una notable excepción a ello era el médico titular de la sección de urgencias, el Dr. Sefardí, él permitía que los internos estuvieran ahí y a veces eran tantos que muchos podían estar sin hacer nada.

En uno de esos ratos de poco trabajo, Leslie, una enfermera comodín que ese día fue asignada al servicio de urgencias del Dr. Sefardí, comenzó a contar el día en que la asustaron en esa misma área de la clínica. Ahí había una pequeña bodega donde guardaban medicina controlada, uniformes e insumos que, por su importancia, debían de estar bajo llave, aparte, era de buen tamaño y también por eso la usaban como cambiador.

*De repente entró una enfermera que yo nunca había visto, tenía el pelo rizado, como castaño y no era muy alta. Como no siempre vengo a esta clínica, pues tampoco me sorprendió, ya iban a dar las nueve y el Dr. ya se había ido. La enfermera solo me dijo “¿Cómo va compañera, ya mero?” Yo le respondí que sí, que ya mero. Ella se fue hacia las computadoras y ahí estuvo, la verdad que no le hice caso por estar en mi celular. De repente empezó a hacer mucho frío, como ya era octubre, los climas ya estaban apagados y lo creí normal, de repente la enfermera se paró de las computadoras y fue a la bodega, solo me dijo “no se quede sola, me la pueden espantar” y se metió a la bodega. Minutos después yo ya quería irme, pero, ella no salía de la bodega, entonces fui para decirle si le ayudaba, pero, la bodega estaba cerrada y es que sí, yo nunca escuché que la abriera y le quitara el candado, casi salí corriendo y llorando.*

Aunque la contó en plena mañana, pues aún no era ni medio día, de nuevo, todos los que escuchamos la historia nos incomodamos. A diferencia de la historia que contó Fanny meses atrás, Leslie no bromeó con su narración, quedó en silencio y nadie lo rompió de inmediato, duró unos segundos que se sintieron como minutos hasta que Camelia, una de las internas presentes, lo rompió diciendo: “*Tal vez este sea el único servicio donde te puedes escapar del fantasma porque nunca nos obligan a quedarnos las doce horas de guardia*”, ella lo dijo con semblante de alivio, mientras que el Dr. Sefardí, que era el titular del área de urgencias y quien le daba permiso a los internos de irse, solo se rió.

Por un lado, y siguiendo a Evans-Pritchard (1991), noté que estas narrativas tienen una función, son un recurso de los médicos para pasar el

tiempo muerto, que no es mucho, aunque, cuando lo hay, por esta vía pueden socializar y crear o afianzar vínculos, pues exponen una parte de su pasado y el contenido emocional del mismo lo cual en algunos casos crea cercanía, no obstante, tampoco son la mejor manera de fomentar dichos lazos, pues lo que se comparte deja a los escuchas incómodos o sobresaltados y, aparte, como en las dos historias que expuse, vuelven al hospital aún más pesado de lo que ya es debido a que no solo es un lugar adverso por la cantidad de trabajo y las dificultades para relacionarse entre compañeros y pacientes, ahora también es un lugar en donde espantan.

Por otro lado, ser partícipe de escuchar estas anécdotas para mí implicó proceder como menciona Bowie (2012), desde un compromiso cognitivo empático, ya que tuve que aprender a ver el mundo como mis informantes, entender sus aspiraciones, emociones y preocupaciones; aparte de dar por descontado la creencia, pues en mi trabajo de campo/terreno, nunca vi que alguien interrumpiera la anécdota manifestando que no creía en eso o que dijera que lo creía poco posible por respeto, sobre todo si era algo que contaba alguien de mayor jerarquía, o tampoco lo escuché en lugares donde había la confianza de hablar sin temor a represalias

Usé esta postura para intentar abarcar todas las dimensiones del ser Médico Interno de Pregrado, para comprender las experiencias, desde las cotidianas hasta estas a las que podríamos denominar como paranormales, y es que, lo que para los miembros del personal de salud de mayor jerarquía podía llegar a ser una actividad lúdica como era contar los momentos en que los asustaron, para los MIP's podría significar un suplicio en el sentido de que, entrada la madrugada, quienes debían de bajar a los sótanos vacíos para pedir laboratorios y radiografías eran ellos, los que atravesaban los lobbies donde hacía horas ya no había nadie, también eran ellos y los que iban de un ala a otra de la institución desierta, también eran ellos; al mismo tiempo que eran quienes se adentraban en los pabellones semivacíos para tomar signos vitales y administrar medicamentos, a veces, con el personal de enfermería y residentes, pero, lo cierto es que nunca vi a un médico de base hacer alguna de estas labores, ellos solo las ordenaban.

Aparte, así como me tocó que me las contaran, también me tocó vivirlas con ellos. Puedo considerar como mi informante principal a Camelia, MIP a la que yo conocí desde la Ciudad de México, a quien le propuse acompañarla a su internado en Ciudad Juárez y aceptó, yo me fui como su compañero de

renta y también acepté auxiliarla económicamente, a cambio de que me ayudara a estar con ella en el hospital, ella solía negociar mi entrada y estancia con sus residentes, el equipo de enfermería y si pensaba que los adscritos eran comprensivos, también lo hacía; llegó hasta a explicarle mi presencia a algunos jefes de servicio, los de mayor apertura y amabilidad.

Soy coprotagonista de las siguientes dos historias, sucedieron ya muy cerca del final de mi trabajo de campo, pues Camelia estaba rotando en su último servicio que era el de urgencias, misma en la que el ritmo era frenético y los tiempos de descanso pocos, no inexistentes, pero, sí menos comunes y quizá por eso las historias ahí nos las contaron, más bien las vivimos.

Había un paciente al cual Camelia y yo ubicábamos desde hace meses, fue ingresado al hospital, cuando ella rotó en el servicio de medicina interna y lo recordábamos por un tatuaje en su cuello, sabíamos que tenía VIH desde hacía mucho tiempo y últimamente comenzaba a tener problemas renales e iba a hemodiálisis, pero, a pesar del tratamiento, comenzaba a tener necesidad de ser internado de forma recurrente, antes de subir a los pabellones donde lo atendían en medicina interna, urgencias debía de estabilizarlo, pero, esa noche llegó con sangrado de tubo digestivo alto y no lo lograron, Camelia lo recibió, pero, no fue parte del equipo que lo atendió, a pesar de que sí supo que murió y yo noté que eso la conmovió, no dijo nada, sin embargo, se puso seria; yo también me sentí algo triste.

Eso sucedió alrededor de las 11 de la noche, por el ajetreo del servicio el tiempo se fue rápido y alrededor de las tres de la mañana acompañé a Camelia a dejar los certificados de defunción de los pacientes de esa noche a trabajo social, entre esos documentos, los dos sabíamos que iba el de ese paciente muerto por el sangrado de tubo digestivo alto. Íbamos platicando y pasamos por la zona de cubículos aislados, eran dos y estaban vacíos, pero, en el segundo, vi al paciente ahí sentado, mirando hacia el frente, su tatuaje se apreciaba claramente; ella también lo vio y volteamos a vernos con sorpresa en cuestión de segundos, me preguntó “¿Lo viste?”, le dije que sí, pero, al regresar la mirada a ese lugar, ya no había nadie, el aislado estaba vacío de nuevo.

Entre el susto y la sorpresa, solo me limité a validar a mi informante, pues creía que el cansancio le estaba jugando una mala pasada, o peor aún, dijo “¿Me estaré volviendo loca ya?”, sin embargo, le reafirmé que yo también lo vi, así que no tenía por qué dudar de sí misma, lo hice como parte de ese compromiso

cognitivo empático (Bowie, 2012) de ver el mundo como ella y reconocer que yo también lo había experimentado.

No fue el único evento de ese tipo que vivimos mientras ella rotaba en urgencias, semanas después, una tarde llegó un señor que no estaba inconsciente, pero, ya desvariaba, era de pelo rizado y barba abundante, muy blanca. Al parecer tenía la presión muy alta y ese era el origen del desvarío, recuerdo que le mandaron a sacar estudios de rigor y el señor alcanzaba a decir que no quería estar ahí, que quería irse a su casa. Lo cierto es que el señor falleció, Camelia y yo estábamos presentes cuando eso sucedió y yo vi cuando el equipo de enfermería llevó la bolsa negra en la cual suelen meter los cadáveres para trasladarlos a la morgue.

Alrededor de media hora después llegó la jefa del personal de enfermería y empezó a regañar a residentes y a internos, les dijo que un señor se salió de pelo blanco rizado y barba muy abundante *“iba como loco, alterado y solo me gritó ‘¿Dónde puedo ir por mis resultados, ya quiero irme de aquí?’”*, cuando dijo eso, yo me sentí extraño, sorprendido, también con un poco de miedo, volteé a ver a Camelia y noté que se puso muy seria y otra de las enfermeras le dijo, *“jefa, esa persona que usted describe es un paciente que yo arreglé para que se llevaran a la morgue, nadie más ha sido internado aquí con ese tipo de pelo y barba blanca”*. Le explicaron mientras todos estaban serios y en sus rostros se notaba la incomodidad, al final la jefa de enfermería solo les dijo que estaba bien, aunque, aún se notaba inconforme, esa noche el ambiente se quedó serio, sumado a la carga del servicio que no fue poca.

No fueron las únicas historias que viví, pero, mi objetivo, como ya dije, no es ponerlas todas, solo seleccioné dos porque fui testigo de ellas y considero que son un buen ejemplo del segundo tipo de estas experiencias, muchas veces son los mismos pacientes que se atienden al fragor de las guardias quienes fallecen y muy pronto son vistos por quienes los atendieron, aunque, ya hayan muerto, como me pasó cuando acompañé a mi informante o, son vistos por otros que no saben que fallecieron, como este último.

El último tipo de narraciones es el más escaso, solo lo escuché en un par de ocasiones y es cuando nadie puede precisar qué es lo que da miedo o asusta a quienes lo han experimentado. A continuación, explico la que considero como la más relevante de esas dos historias, pues se inserta en el contexto de la pandemia por COVID-19, misma que signó toda mi investigación. En el hospital

se habían instalado COVIDarios, zonas específicas para atender a los pacientes cuya condición de salud se había agravado mucho por la infección y requerían de apoyo respiratorio que solo podían proporcionarles en internamiento hospitalario.

Aunque a lo largo de todo el año, los COVIDarios nunca desaparecieron del todo, pues la pandemia tuvo sus vaivenes en la cantidad de contagios y, por ende, en la saturación hospitalaria que subía y bajaba a lo largo de todo el país, sin ser Ciudad Juárez la excepción. El personal contaba que el primer COVIDario había sido instalado en los pabellones que conectaban las zonas de oncología y nefrología en medicina interna, pero, sin terminar de abarcar ninguna de las dos zonas, estaba más bien en la parte que conectaba ambas secciones. Cuentan que, durante el inicio de la pandemia, la mortalidad en ese primer COVIDario fue muy alta, pero, al finalizar el 2020, lo cambiaron de lugar por logística.

Tras ese suceso, todos decían que transitar esa zona daba miedo, los pacientes estaban muy intranquilos cuando los había y si no los había, era aún peor, pero, también era inevitable por los pacientes que ahí se atendían. Al inicio, mis informantes no hicieron mucho caso de esas historias, sin embargo, una noche, Esther nos pidió que la acompañáramos porque a ella sí le daba miedo pasar por ahí, aunque, no sabía por qué, las narrativas decían desde que se veían sombras o se escuchaban lamentos, sin embargo, hasta ese momento era algo que contaba personal de base o residentes, no los Médicos Internos de Pregrado con los que yo convivía.

Acompañé a Esther porque era más fácil para mí que el resto de sus compañeros que estaban ocupados con las tareas que les asignaban, aparte, yo ya había pasado muchas veces por ahí y me parecía más tenebroso por lo que contaban que por lo que en realidad pasaba en esa sección. Íbamos para revisar a los pacientes, así que el lugar no estaba solo, ahí había espacio para seis pacientes y esa noche había dos camas ocupadas, podría haber sido una rutina normal, como tantas que había visto de no ser porque cuando ya nos íbamos escuchamos un estruendo, Esther estaba terminando de revisar al paciente que estaba semidormido cuando se escuchó como si azotaran una puerta, pero, el detalle era que ahí no había puerta alguna. Esther se puso pálida y la familiar del paciente dijo “¿Qué fue eso? Sonó muy fuerte”. Intentando que se sintiera tranquila, le dije que iría a ver, pero, caminé al pasillo en medio de las camas y no supe a dónde ir, no había modo de que se hubiera azotado una puerta ahí, porque no había tal, al darme cuenta de ello, yo también tuve miedo y a los pocos segundos, cuando ella terminó con el paciente y me alcanzó, se lo dije.

Esta forma de miedo era una de las posibles formas de sentir miedos dentro de la cultura biomédica y es que, siguiendo a Boscoboinik (2016), el miedo nunca es único, es una dimensión que siempre debe de ser referida en plural porque son varios los horrores a los que se enfrentan una cultura y sus integrantes, que en este caso, son los MIP's en formación que no solo experimentan este miedo, también conocen el temor a ser regañados, a no poder ayudar a sus pacientes, a pasar una mala guardia, entre otros, pero, por lo mismo considero que este tipo de miedo tiene que ser enunciado, ser personal de salud en general e interno en particular no es fácil y se vuelve más difícil cuando, como en las experiencias que narré, los informantes y el investigador se enfrentan a lo inexplicable, mismo que considero he desarrollado bien y me da pie a conclusiones que enuncio a continuación.

### **Las grietas que cierran este texto**

Después de estas experiencias me vi en la necesidad de hacer un recorrido por lo que la antropología y la psicología decían al respecto, ahí me encontré que la antropología tiene más apertura, mas no porque haya nacido con ella, es un camino que antropólogos previos han construido y, al hacerlo, se han visto en la necesidad de reconocerse a sí mismos como un factor que modifica el campo e incluso, tener que resaltar lo que parece obvio, pero, ha querido censurarse, que el investigador también siente, teme, cree y negocia significados con sus informantes.

La psicología no ha recorrido el mismo camino, quizá porque, como Kantor (1990) menciona, le ha costado mucho trabajo establecerse como una ciencia en toda regla y ha sido mucho el tiempo en que se le ha visto como una disciplina pre o protocientífica, entonces, tenían que consolidar la anhelada científicidad explicando el proceso psicológico de los fenómenos paranormales, así fuera desde lo patológico.

Mi trabajo de campo/terreno me mostró que la medicina está en un punto similar, los internos están en un año de formación intensiva como médicos, lo cual implica una formación académica y una praxis rigurosa, ambas basadas en lo científico, dimensión que se coloca al centro de la cultura biomédica en las que se les forma, sin embargo, tal como menciona Menéndez (2002), hay partes negadas en la cultura como esta, la experiencia paranormal del personal de salud que son relegadas de la pretensión científica de la medicina como ciencia.

Aunque, este escrito es una apuesta por develar esa sección oculta en el personal de salud que labora en instituciones hospitalarias, es un intento de reconocer que la muerte les impacta y tienen inquietudes sobre lo que pasa después de que esta acaece, pues sus experiencias viendo a personas que ya han muerto les despiertan la inquietud de que quizá sí hay algo más, una instancia de la cual no hay constancia científica, pues la ciencia no llega a ese ámbito, al no haber evidencia tangible de ello, no pueden estudiarla y más bien han decidido etiquetarla como un dominio propio de la religión, que en última instancia también es vista como una creencia paranormal (Tobacyk, 2004).

Gracias al enfoque antropológico he podido dar cuenta de que la experiencia paranormal es posible en dos formas, sea como una historia para pasar el tiempo y conectar con los demás, a pesar de la conmoción que deja tras de sí, pero, también en forma de espíritus que aparecen en las noches de guardia, quizá se vea como un miembro del personal de salud que nadie conoce o que saben que ya murió, o tal vez sean los pacientes que acaban de morir, o incluso algo que nadie pueda esclarecer, pero, que se sienta en el ambiente y se escuche sin que haya una explicación posible, al final, experimentarlo será un proceso que causará un proceso emocional, que significará el hospital y quizá no lo haga bien porque se volverá un lugar donde no solo hay que temer a los vivos, su maltrato y mal carácter, también a los muertos y el misterio que les rodea.

Reconocer esta dimensión humaniza al personal de salud, nos permite conocer cómo se sienten, saber que también tienen expectativas, que son vulnerables, que hay algo más allá del profesional altamente calificado que se forma en la intensidad de los turnos de 36 horas o a veces más. Todo ser humano es reflejo de una historia de vida, de un contexto cultural y de un momento sociohistórico, por eso tan importante conocer sus creencias, cómo reaccionan ante sucesos como estos, pues permite ir más allá de la dualidad de pensar en el médico como una figura de autoridad y como un profesional científico, ajeno a dimensiones espirituales y religiosas.

No es la única ganancia, por medio de este escrito también me he encontrado con que la expresión de lo emocional es complicada en sí mismo al interior de la institución nosocomial, no es factible pensar en seres humanos sin emociones, estas no dejan de ser parte de la cultura biomédica, pero, están fuertemente acatadas por lo que Hochschild (1979) llama “reglas para sentir”, entre personal de salud no es bien recibida la manifestación de emociones

adversas como el miedo, la tristeza o la ira, aunque, tampoco significa que tengan en buen concepto a la expresión de la alegría, del personal de enfermería y medicina se espera un amplio dominio emocional que, de no darse, es causa de una fuerza reprimenda. A pesar de ello, la censura nunca es absoluta, el staff del hospital tiene diversos miedos, motivos para enojarse, hechos que les sorprenden, etc.

Considero que esta es una valiosa aportación porque permite conocer otra parte de lo que se vive al interior de estas instituciones que tiene características de institución total (Goffman, 2001) para con su personal debido a la forma en la que los regulan, nos solo en el aspecto anímico del que ya hablé, también en sus horarios de comida, forma de vestir, relacionarse, expresarse, descansar, por solo mencionar algunas. Al no ser esta regulación absoluta ni perfecta, es posible de conocerse por vías como esta y detectar la forma en la que el personal se las ingenia para ir más allá de ella, sea expresando sus miedos en confianza y cuando nadie los ve, o pidiendo a personas de confianza que conocen que por favor les acompañen a lugares considerados por todos como tenebrosos.

## **Bibliografía**

AUGE, M. (2000). *Los no lugares, espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.

BOWIE, F. (2012). Devising methods for the ethnographic study of the afterlife: Cognition, empathy and engagement. En: J. Hunter (Ed.), *Paranthropology: Anthropological approaches to the paranormal..* Bristol: Paranthropology. pp. 99-113

COHEN, A., MOHR, C., ETTINGER, U., CHAN, R. & PARK, S. (2015). Schizotypy as an organizing framework for social and affective sciences. *Schizophrenia bulletin*, 41, S427-S435.

EPELE, M. (2015). Entre la escucha y el escuchar: Psicoanálisis, psicoterapia y pobreza urbana en Buenos Aires. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*, 25(3), 797-818.

EVANS-PRITCHARD, E. (1991). *Las teorías de la religión primitiva*. Madrid: Siglo XXI Editores.

FASCEA. (2017). Los parásitos de la ciencia. Una caracterización psicocognitiva del engaño pseudocientífico. *THEORIA. Revista de teoría, historia y fundamentos de la ciencia*, 32(3), 347-365.

GOFFMAN, I. (2001). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

GÓMEZ J. (2007) La muerte y el acompañamiento del morir. *International journal of developmental and educational psychology*, 1(2), 115-131.

GUASH, O. (2002). *Observación participante*. Tarragona: Centro de Investigaciones Sociológicas.

GUBER, R. (1991). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.

HANSEN, G. (2001). *The trickster and the paranormal*. Nueva York: Xlibris Corporation.

HOCHSCHILD, A. (1979). Emotion work. Feeling rules and social structure. *Chicago Journals*, 85(3), 551-575.

HUNTER, J. (2015). Between realness and unrealness: Anthropology, parapsychology and the ontology of non-ordinary realities. *Diskus: Journal of the British Association for the Study of Religions*, 17, 4-20.

IRWIN, H. (2009). *The psychology of paranormal belief. A researcher's handbook*. Hertfordshire: University of Hertfordshire Press.

Kantor, J. (1990). *La evolución científica de la psicología*. México: Trillas.

KROTZ, E. (2002). *La otredad cultural entre utopía y ciencia. Un estudio sobre*

*el origen, el desarrollo y la reorientación de la antropología*. México: Fondo de Cultura Económica/Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

LE BRETON, D. (2012). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 67-77.

MAJIMA, Y. (2015). Belief in pseudoscience, cognitive style and science literacy. *Applied Cognitive Psychology*, 29, 552-559.

MENÉNDEZ, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.

MOHRC, C. & CLARIDGE, G. (2015). Schizotypy-do not worry, it is not all worrisome. *Schizophrenia bulletin*, 41, S436-S443.

MUÑOZ, R. (2010). *El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural: Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental, estudio de caso en Bélgica y España*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Biblos-e Archivo. Recuperado de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/4602>

PARRA, A. (2010). Experiencias perceptuales inusuales, experiencias anómalo/paranormales y propensión a la esquizotipia. *Universitas Psychologica*, 11(1), 269-278.

PÉRES, J. (2020). Factores cognitivos, mórbidos y premórbidos en la formación y sustento de la creencia en lo paranormal. Interdisciplinaria. *Revista de psicología y ciencias afines*, 37(2), 211-225.

SECRETARÍA DE SALUD Y ASISTENCIA. (2020, diciembre). *Comunicado técnico diario, fase 3*. Miércoles 30 de diciembre, 2020. Recuperado de [https://drive.google.com/drive/folders/1TizxIMJURgtovtxQppnf6\\_p08aPByAI3](https://drive.google.com/drive/folders/1TizxIMJURgtovtxQppnf6_p08aPByAI3)

TOBACYK, J. (2004). A revised paranormal belief scale. *International journal of transpersonal studies*, 23(1), 94-98.

TRAN, U., STIEGER, S., & VORACEK, M. (2015). Mixed-footedness is a

more relevant predictor of schizotypy across time and instruments. *Psychiatry research*, 228, 585-590.

TURNER, V. (1998). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid: Taurus.

TYLOR, E. (1930). *Antropología: Introducción al estudio del hombre y la civilización*. Madrid: Maxtor.

VANDEBOS, R. (2006). *American Psychological Association dictionary of psychology*. Washington D. C.: American Psychological Association.