

# UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

Una mirada Institucional hacia el concepto de "ser enfermo"

TESINA PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA EN  
PSICOLOGIA SOCIAL

División : Ciencias Sociales y Humanidades

Presenta

**Amador Amaya Evangelina**

ASESOR: Dr. Cesar Cisneros Puebla  
Catedrático de la UAM-Iztapalapa

Lector : Antonio Campos Villegas  
Subdirector Médico del Hospital General Balbuena del Gob. Del D.F.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

## Una mirada Institucional hacia el concepto de “ser enfermo

Introducción.....	3
Método.....	8..
1. la situación sociocultural del enfermo.....	11
1.1 la concepción del enfermo a través de los años .....	12
1.2.- El enfermo en México.....	20
1.3 ¿que es un enfermo hospitalizado?.....	22
1.4 Rol del enfermo hospitalizado .....	25
2- El hospital como contexto temporal del enfermo.....	27
2.1 El hospital como institución totalitaria .....	30
2.2 Hospital general y hospital de urgencias: diferencias y similitudes.....	35
2.3 Hospital de Urgencias.....	37
3 Relación del enfermo con el Personal del Hospital.....	42
3.1.- ¿una relación de poder y subordinación?.....	44
3.2.- la comunicación del enfermo .....	59
4 ¿Qué es identidad?.....	63
4.1 Aportaciones a la Construcción del proceso de identidad.....	65
4.2 identidad social.....	74

5	Autoconcepto.....	79
5.1	El desarrollo de la concepción del si mismo.....	81
5.1.1.-	Ser enfermo hospitalizado.....	81
5.1.2	Ser enfermo hospitalizado .....	82
5.2.-	Ser o estar enfermo .....	84
5.2.1.-.	Interacción con su enfermedad.....	84
	Conclusiones.....	90
	Referencias Bibliográficas.....	94
	Anexos.....	102

## INTRODUCCION

Investigar el concepto de ser enfermo por un accidente, cuando el individuo accidentado se encuentra hospitalizado, es de gran interés, por ser este el centro de interacciones de la institución hospitalaria, el tiene que interactuar con cada uno de los empleados del hospital ya sea médico, enfermera, trabajadora social, camillero, dietista, personal de intendencia entre otros, también interactúa con su familia, con su entorno y con los demás enfermos que están en igualdad de condiciones que el. Para ello es necesario comprender el proceso de construcción de autoconcepto, siendo este, una construcción social, la cual se compone de diversas interacciones que nos permiten construir significados.

Estudiar la construcción de significados desde la psicología social es de interés, porque las concepciones que tiene el enfermo de si mismo en el momento de estar hospitalizado por un proceso traumatológico (accidente), se afectan y se reconstruyen por las prácticas cotidianas dentro del quehacer médico y paramédico en una institución de salud, pasando por situaciones de estrés y de ajuste al concepto ambiente-persona.

En la ciudad de México a diario hay accidentes<sup>1</sup>, en el año 2004 ( del 1º. de enero al 31 de diciembre) se reportan 54046<sup>2</sup> personas a quien se les proporciono atención médica de emergencia en el Hospital General Balbuena, por lo cual existe ya una necesidad de conocer los procesos psicosociales del enfermo hospitalizado por un accidente.

---

<sup>1</sup> 346,264 accidentes en el ciudad de México reportado en subsistemas servicios del D.F. (2004)

<sup>2</sup> datos proporcionados por el departamento de Subsistema Servicio/ subsistemas Automatizados de egresos hospitalarios del gobierno del D.F.11/05/2006

Existe una escasa investigación de psicología sobre hospitales en nuestro país, y sobre el enfermo por un accidente mucho menos. En la búsqueda de investigaciones ya existentes sobre personas enfermas dentro de hospitales, solo se encontró una tesis doctoral de psicología ambiental (Ortega: 2003) que habla sobre la interacción de los familiares con el ambiente físico en salas de espera de un hospital General Público que pertenece a la secretaria de salud (se reservaron el nombre del hospital) y una tesis de maestría de medicina social (Martínez::2002) hecha en un hospital de segundo nivel que pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, lugar donde se estudio la interacción de la enfermera con el enfermo en la unidad de cuidados Intensivos, pero en lo que respecta al análisis de la vida de las personas enfermas dentro del hospital no se encontró nada hecho en el país, sin embargo, durante la búsqueda de investigaciones previas sobre el tema del enfermo hospitalizado, localicé un artículo (De la cuesta: 1999) que me llamó la atención porque describe la participación y la interacción que tienen las personas con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión etc.) dentro el ámbito hospitalario, explicando los procesos que llevan acabo las personas enfermas para la convivencia con sus propias enfermedades que padecen, así como las formas de interaccionar con el personal del hospital.

Nuestros antecedentes socioculturales para la atención de la salud, ciertamente nos llevan a una imagen idealizada del profesional de la salud, se ha visto al médico, a la enfermera y a los demás empleados que laboran en un hospital como los expertos que van a decidir las acciones a seguir, son los que van mitigar el dolor, por lo que, la condición del enfermo, su sentir y la respuesta que tienen ante su enfermedad, lo convierten en una persona vulnerable.

La persona enferma interactúa con sus iguales, con el personal y los factores socioculturales que intervienen para su adaptación, al internamiento en un centro hospitalario, además de que el tiempo en el cual asimila su enfermedad

es corto, teniendo muy poca información sobre su padecimiento, pues un accidente llega repentinamente a diferencia de la forma en que asimilan las personas con enfermedades crónicas degenerativas como son: hipertensión , cirrosis hepática, cardiopatías etc. quienes tienen mayor tiempo para buscar información sobre su enfermedad, buscar otras alternativas y decidir la mejor, así como el conocer su cuerpo y sus reacciones ante la enfermedad que padecen.

En esta tesina se presenta un panorama de la vida, de sus conceptos, sentimientos y respuestas del enfermo, cuando la configuración de ser enfermo te lleva a la interrogante “¿Cuáles son los elementos que construyen el concepto de ser enfermo? “.

El estudio se realizó en el Hospital General Balbuena del gobierno de Distrito Federal, que brinda atención a población abierta, es decir para todos aquellos que no cuentan con IMSS o ISSSTE. Este estudio analizó a 15 personas hospitalizadas , previa autorización jurídica y ética del hospital así como de cada participante en el estudio; los 15 participantes de esta investigación fueron enfermos hospitalizados e intervenidos quirúrgicamente por un accidente en la sala de cirugía general así como en la de ortopedia y traumatología. Se tuvo acceso a ellos en la segunda semana de hospitalización, porque así contarían con una mayor experiencia de la estancia hospitalaria y un mejor estado de salud para cooperar con la investigación, aunado a que habrían recorrido las salas de urgencias, quirófano y en algunos casos la unidad de cuidados intensivos.

En la búsqueda de perspectivas teóricas e instrumentos metodológicos me apoyé en el interaccionismo simbólico, con un método etnográfico, haciendo notas de campo, observación participante, entrevistas semi-estructuradas (Maria Mayan: 2001:15) y fotografías tomadas por el mismo enfermo.

La investigación es de corte cualitativo porque es la que me permite hacer una descripción del fenómeno a estudiar (Mayan: 2001), usando el método de la etnografía.

El estudio es exploratorio; en primer lugar se construyó una serie de categorías de la concepción del enfermo (las cuales las describo en el capítulo del método), que tienen inferencias importantes sobre el enfermo dentro del hospital, en segundo lugar se realizó el análisis de contenido y un análisis visual con fotografías tomadas por el enfermo de objetos y partes del hospital, con excepción a personas, cada enfermo tomó 12 fotografías

En el primer capítulo se describe la condición y la concepción sociocultural del enfermo desde los inicios de los hospitales en el occidente, además menciono algunos aspectos de la vida cotidiana del enfermo dentro del contexto hospitalario y el rol social que se le ha atribuido dentro de la jerarquización social de las instituciones de salud.

En el segundo capítulo intento describir de forma breve porque surgen y como surgen los hospitales en el occidente, así como sus características organizacionales y socioculturales. Desde sus primeros hospitales, lugares que fueron creados en primera instancia para evitar que las personas pobres, enfermas, vagabundos e indigentes estuvieran en las calles de las ciudades, es decir se encontraban juntos en hacinamiento los criminales, mendigos y enfermos.. Dentro del mismo capítulo se describen las diferencias y las similitudes de lo que es ahora, un hospital general y un hospital que atiende urgencias de trauma, indagando la naturaleza del hospital como institución. También se describen los lineamientos y las políticas del hospital en que se realizó la investigación.

En el capítulo 3 se estudian las múltiples interacciones que tiene el enfermo cuando se encuentra hospitalizado y la manera en que modifica su autoconcepto, porque la permanencia en el hospital implica más que un simple hecho de poner la enfermedad al alcance de tratamiento médico: el hospital es una institución con una organización sociocultural donde el enfermo llega y se coloca dentro es esa estructura social. Presentando casos de personas jóvenes menores de 40 años que ingresan debido a un accidente, que llegaron demandando atención de emergencia en el hospital General Balbuena.

En el capítulo 4 se da una idea de la forma en que surge la adaptación del enfermo ante las oportunidades y exigencias del internamiento en el hospital, así como de la construcción de elementos identitarios en la interacción del enfermo con sus iguales, con la familia y con su espacio ambiental, conformando todos ellos un estatus ocupacional, el cual es, la de una persona pasiva. Comparándose muchas veces con la de un “interno” en una cárcel donde se le enseña y se le cuida para ser reintegrado a la sociedad

En el capítulo 5 propongo el desarrollo de la concepción del si mismo, como acto social de la interacción, que al identificarse con el otro ( otros enfermos) se aprenden hechos sobre el si mismo, también en la interacción de la persona y su ambiente desempeña un papel especial sobre la estructura y organización llevando a la conformación del autoconcepto de “ser enfermo”.

Por último se describen las conclusiones del trabajo de acuerdo a los resultados de la investigación.



## - Método

El presente estudio es una investigación que surge con la inquietud de aproximarse a la vida, y a los sentimientos de los enfermos hospitalizados por un accidente, realizado en el Hospital General Balbuena, la permanencia en el hospital donde el enfermo se encuentra en el centro de las interacciones con el resto del personal, el interés por esta investigación surgió después de haber leído “internados” (Goffman:1972). En la búsqueda de más estudios que se hayan hecho acerca de los hospitales, finalmente me encuentro con un artículo llamado “El trabajo que realizan los pacientes hospitalizados” (De la Cuesta:1999) que muestra diversos juegos de interacciones que surgen a partir del enfermo con padecimientos crónicos-degenerativos dentro del hospital. Es así como se incrementa mi interés por estudiar a los enfermos en el hospital como contexto, pero especialmente a los enfermos que llegan por un accidente a una sala de urgencias, mi primera preocupación llega a formular una interrogante, ¿Cuáles son los elementos que construyen el significado de ser enfermo por un accidente en el Hospital General Balbuena del gobierno del Distrito Federal?..

Con la finalidad de comprender e interpretar la concepción que se tiene de sí, cuando se está enfermo y hospitalizado por un accidente. Así como conocer las formas de interacción del usuario del hospital general Balbuena con los diferentes actores que intervienen cuando se está hospitalizado.

La investigación es de corte cualitativo porque nos permite hacer una aproximación de la naturaleza del fenómeno (Mayan:2001:8) usando el método de la etnografía.

El escenario es el hospital general Balbuena, de los servicios de salud del gobierno de la ciudad de México, siendo un hospital que brinda atención en su mayoría a accidentes a la población abierta. Los participantes fueron seleccionados intencionalmente por ser representativos al estudio de la investigación. Fueron los enfermos hospitalizados e intervenidos quirúrgicamente por un accidente en los departamentos de cirugía general y ortopedia traumatológica en el Hospital General Balbuena.

- Metodología cualitativa (Mayan : 2001)

#### Fuentes de recolección de datos

- Observación participante
  - Notas de campo
  - Entrevistas semi-estructuradas audiograbadas
  - Entrevistas fotográficas
- 
- Se tomaron entrevistas en tres ocasiones diferentes al mismo sujeto, debido a la gravedad de sus lesiones, porque estaban cansados o llegaba algún médico o enfermera para realizarle procedimientos, así que se tenía que interrumpir la entrevista.
- 
- Fueron 15 entrevistas semi-estructuradas<sup>1</sup> (Mayan,.:2001:18)
  - 2 mujeres, 12 hombres y 1 homosexual
  - En su mayoría(9 ) se encontraban dentro del rango de 20 a 30 años
  - 5 de 15 entrevistados ya habían sido hospitalizados anteriormente por otro accidente
  - Con una escolaridad entre primaria y secundaria

---

<sup>1</sup> el guión de la entrevista en anexos

El estudio es exploratorio; en primer lugar se construyó una serie de categorías de la concepción del enfermo, que tienen inferencias importantes sobre el enfermo dentro del hospital, en segundo lugar se analizaron el contenido de las entrevistas y un análisis visual con fotografías tomadas por el enfermo de objetos y partes del hospital, con excepción de dos personas, cada enfermo tomó 12 fotografías, de las cuales se analizaron solo 12 por ser las más significativas de acuerdo los objetivos de la investigación, ya sea por la interpretación que le dieron los enfermos al tomar la fotografía y/o por ser las fotos más repetidas

Las categorías que se construyeron son:

#### 1.- interacción médico-enfermo

- |                            |                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| a) médico desconocido.-    | (no se conoce al médico ni en nombre ni en persona)                  |
| b) cordial.-               | (reconfortante al alma)                                              |
| c) no cordial              | (no amable)                                                          |
| d) relación de jerarquía   |                                                                      |
| • acreditación de status.- | (tener seguridad que sabe )                                          |
| • médico autoritario       | (médico que busca sumisión del enfermo)                              |
| e) médico indiferente      | (médico que en su quehacer profesional no toma en cuenta al enfermo) |

#### 2.- interacción con sus iguales (enfermos)

- |                               |                                                    |
|-------------------------------|----------------------------------------------------|
| a) compañerismo necesario     | (ayuda mutua entre dos o más personas)             |
| b) indiferente                | (no tomar en cuenta al otro)                       |
| c) solidaridad                | (compromiso simbólico entre los enfermos)          |
| d) complicidad                | (participación en los actos de los otros enfermos) |
| e) distancia Social           | (el que se aparta de los otros)                    |
| f) dialogo solo entre médicos | (comunicación existente solo entre médicos)        |
| g) léxico incompatible        | (uso de tecnicismo en el lenguaje verbal)          |

#### 3.- ser enfermo hospitalizado

- |    |              |                                                                      |
|----|--------------|----------------------------------------------------------------------|
| a) | observador   | (el que examina su alrededor con atención)                           |
| b) | cooperador   | (tener acciones para ayudar a su recuperación)                       |
| c) | desvalido    | (desamparado,)                                                       |
| d) | pasivo       | (el que no actúa y deja actuar a los demás)                          |
| e) | angustiado   | (el que tiene congoja sobre su persona)                              |
| f) | aguantador   | (soportar un alto nivel de dolor)                                    |
| g) | bien portado | (enfermo que se comporta como la institución espera que se comporte) |

7

#### 4.-interacción enfermo con su familia

- |    |                             |                                                       |
|----|-----------------------------|-------------------------------------------------------|
| a) | apoyo                       | (prestar protección al enfermo)                       |
| b) | necesidades socio-afectivas | (proporcionar sostén psicológico afectivo al enfermo) |
|    | • dependencia               | (estar sujeto a la familia)                           |

#### 5.- interacción trabajo social-enfermo

- |    |                   |                                                     |
|----|-------------------|-----------------------------------------------------|
| a) | presencia         | (tener contacto )                                   |
|    | •presencia pasiva | (saber que existe pero sin contacto con la persona) |
|    | •presencia activa | ( interactuar directamente )                        |
| b) | ausencia          | (no saber de su existencia)                         |

#### 6.- interacción enfermo- enfermera

- |    |                        |                                                 |
|----|------------------------|-------------------------------------------------|
| a) | no cordial             | (no ser amable)                                 |
| b) | cordial                | (reconfortante)                                 |
| c) | relación de status     |                                                 |
|    | •enfermera desconocida | (tener poco contacto con ella)                  |
|    | •enfermera comprensiva | (la que entiende la situación del enfermo)      |
|    | •enfermera autoritaria | ( la que demanda completa sumisión del enfermo) |
| d) | distancia              | (marcar la diferencia entre                     |

- |                              |                                                                               |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| e) léxico incompatible       | enfermera y paciente)<br>(uso de tecnicismo en la comunicación con el enfermo |
| f) dialogo entre sus iguales | (dirigirse solo a otro en igual de condiciones)                               |

7.- el enfermo interactuando con su entorno

- |                           |                                                                              |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| a) sin privacidad         | (compartir actividades intimas con los demás como el ir al baño entre otros) |
| b) objetos                |                                                                              |
| •objeto útil              | (objeto útil para la estancia del enfermo)                                   |
| •objeto molesto           | (objeto que dificulta la estancia hospitalaria)                              |
| c) mirada agradable       | (escenario que complace)                                                     |
| d) mirada no agradable    | (escenario grotesco)                                                         |
| e) ambiente social        |                                                                              |
| •problemas de adaptación  | (problemas de ajustarse al ambiente hospitalarios)                           |
| •adaptación a lugar       | (acomodarse al lugar)                                                        |
| f) construyendo ambientes |                                                                              |
| •ambiente agradable       | (ambiente que agrada)                                                        |
| •ambiente hostil          | (ambiente no complaciente)                                                   |
| g) limites simbólicos     | (saber que existe límites)                                                   |
| h) pertenencia            | (espacio que toca a uno)                                                     |

8.-interacción del enfermo con su enfermedad

- |                                  |                                                  |
|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| a) construcción de la enfermedad | (como se concibe a la enfermedad)                |
| b) asimilación                   | (percepción)                                     |
| c) conocimiento                  |                                                  |
| •suficiente                      | (conocer los suficiente para comprender)         |
| •escaso                          | (no existe comprensión por falta de información) |
| •nulo                            | (no existe información)                          |

## 1.- La situación sociocultural del enfermo

Existe una política sistemática y obligatoria de “ screening” de localización de enfermedades de la población que no corresponde a ninguna demanda del enfermo .

Michel Foucault.

En este capítulo presenté una breve semblanza de la situación sociocultural que ha tenido el enfermo, desde una perspectiva occidental. Se considera que desde los inicios de la humanidad, el hecho de que una persona tuviera una enfermedad, era un estigma, porque se relacionaba la enfermedad como un castigo. La estructura social y cultural de las relaciones cotidianas del enfermo con los otros, ha llevado a considerarlo como un individuo en condiciones inferiores, al que hay que rescatar para reintegrarlo a la sociedad.

Con base en las concepciones de la persona enferma a través de los años y con las entrevistas que se realizaron a los enfermos hospitalizados que ingresaron al hospital por un accidente se analiza y se comprende como no ha cambiado la forma en que vive el enfermo, como experimenta, entiende y responde la persona bajo un contexto hospitalario.

Hoy en día, el modelo dominante de la enfermedad es biomédico, donde se da por sentado que la enfermedad es perfectamente explicable por medio de

desviaciones mensurables (somáticas), dejando las dimensiones socioculturales de la persona enferma fuera de análisis.

Se menciona la forma en que se da la implantación de los enfermos en un lugar geográfico (hospital) donde puede tener tanta carga por ser, así mismo, el de su linaje: un enfermo que adquiere ciertos roles sociales como integrante del grupo que demanda atención médica, en correspondencia con los roles que tiene el personal que labora en el hospital como son: médicos, enfermeras, camilleros, técnicos y personal de intendencia, que comparten el entorno con el enfermo. Concentrándose el capítulo desde el punto de vista del propio enfermo.

## 1.1 La concepción del enfermo a través de los años

Desde el conocimiento occidental la enfermedad se relacionaba con un maleficio, una violación o un tabú, incluso un objeto mágico donde la cura era una ceremonia que tenía como meta no solo la curación del enfermo sino además, la purificación de la persona, que le permitiría reintegrarse a la comunidad. En épocas antiguas cuando se hace mención de la persona enferma, también se hace referencia a diferentes ritos que se realizaban para la cura de las enfermedades, de acuerdo a la cultura a la cual se pertenecía, “Donde el sanador es una especie de chaman con un alta jerarquía” (Haward:1956:4).

Muchas fueron las culturas arcaicas, siendo difícil encontrar el punto de partida para describir la forma en que se concebía al enfermo en la época llamada “primitiva” (Singer:1966 ), este período no es uniforme porque comenzó 5000años a.C. en Egipto y Mesopotamia, finalizando aproximadamente en el 2500 a.C. mientras en Europa comenzó 4500 a.C. y concluyó en el 1800 a.C. puede decirse entonces que grupos humanos distintos, en épocas también distintas, tuvieron similitud en la idea del hombre bajo el mandato divino de los dioses, porque de no ser así, pronto enviaban sobre ellos dolor, angustia o enfermedad, pero a pesar de que pensaban que la razón de la enfermedad era mágico religiosa existían remedios físicos que usaban individuos dedicados totalmente a la cura, aunque estos remedios fueran eficaces solo si los dioses lo permitían. Los sanadores oficiales eran sacerdotes es decir tenían una alta jerarquía en esas sociedades.

También en la fe monoteísta de los hebreos se confiere un carácter esencial a la medicina, porque para ellos su Dios enviaba la enfermedad para castigar a



su criatura y solo Dios podía curar, el clima de la medicina evocaba a la enfermedad como consecuencia del pecado, resultado de una impureza o de una mancha.

Ahora bien, recordemos que el quehacer de la medicina Occidental tiene sus inicios con la filosofía griega, que generó conocimientos creando dos escuelas: “Cnidos donde se concibe a la enfermedad como lesión localizada a la que se aplica un tratamiento y Cos es la escuela a la que le debemos la mayoría de los libros hipocráticos” ( Hayward,A:1956:5). En esta última escuela se enaltece la relación enfermo-médico, porque al curar una enfermedad, sus principales exponentes pensaban que también era tratar a una persona en todo su contexto y su lema era que el médico es la mejor garantía del enfermo. “la enfermedad fue considerada una especie de castigo para la persona que había contrariado la voluntad divina, y los curadores ejercían un oficio que era una mezcla de sacerdocio y medicina” (Viveros: 1994: 8). La práctica de la medicina fue un sistema curativo orientado a conservar la salud, más que pretender, ocuparse de enfermos. Es decir se ocupaban principalmente de la prevención de la enfermedad dejando en un plano secundario el cuidado y la atención de las personas enfermas. “Los hipocráticos querían, como recurso curativo válido o justo, modificar o matizar equilibradamente la vida del ser humano y su circunstancia” (Viveros: 1994:18). Siendo la enfermedad como una suerte de estado de desequilibrio, que impide una relación balanceada existente entre el individuo y su entorno.

Desde la perspectiva del médico de Cos (hipocráticos), la terapéutica incluía elementos que iban dirigidos, desde el exterior de un cuerpo enfermo, hacia su interior de índole objetivo concreto, como fármacos, cirugía, sugerencias como el de qué comer o sobre hábitos personales, estos recursos eran considerados por los hipocráticos perfectamente válidos, “Los hipocráticos como es sabido pensaban que el enfermo y la enfermedad eran entidades con idiosincrasia propia” (Viveros: 1994:30 ).

La comunicación y la confianza que se esforzaba en conseguir el hipocrático, de parte de la persona a quien proporcionaba atención médica, eran de elementos previos e importantes para la terapéutica en sí misma, unas veces porque informaban bien al médico de todo lo que concernía a la enfermedad, al enfermo y al modo de comprenderlo y otras porque con esa comunicación a veces implícitamente se daba instrucción higiénica al paciente. “los diálogos entre médico y paciente debían ser, no solo para restablecer el color natural de éste y la fluidez de sus líquidos corporales, sino, más aún, para restablecer sus sentimientos o emociones propias” (Hayward, A.:1956:33) todo aquello que atañía la salud moral del enfermo, era considerado tan valioso como lo que concernía al aspecto físico.

Sin embargo el cuidado minucioso al enfermo que en un principio se daba en la casa del Médico (maestro), años después fue creando espacios para ello, pero no correspondían a la filosofía hipocrática, pues fue la propagación del cristianismo, lo que dio inmenso ímpetu a la fundación de hospitales y otras instituciones de beneficencia, eran restablecimientos religiosos que tenían como fin dar asilo tanto a los pobres como a los enfermos. Los hombres movidos por la bondad o ansiosos de reparar sus vidas. Pecadoras y salvar su alma, construían o hacían legados para el sostenimiento de hospitales.

A continuación menciono, el evolucionar del hospital como institución, a través de la historia, lo que haré de forma breve, dada la poca información que existe sobre el tema y los pocos cambios sufridos al paso de los años, por lo que daré grandes saltos de tiempo, retomando la evolución del hospital solo en los cambios significativos.

El primer establecimiento del que se sabe es en 1123 por Rahere un caballero de la corte de Enrique I, el hospital de san Bartolomé en Smithfield (Londres) que para pagar sus pecados lo construye en uno de sus viajes a Roma (Hayward :1956), posteriormente nace lo que es “el manicomio” (casa de orates), para los insanos el 24 de febrero de 1409 en España, para proteger a las personas

insanas, pero sobre todo a los que tenían alteraciones de la conducta y débiles mentales” (Yves Pélicier: 1971:13).

Después en 1547 el monasterio de “Bedlam” se transforma en hospicio en Londres, de 1550 a 1614 los religiosos fundan la orden de la primera cruz roja donde se le daba asistencia a huérfanos, enfermos mentales y leprosos (Hayward: 1956).

Al final de las cruzadas la lepra empezaba a desaparecer, pero en lugar de los leprosarios, empezaron a ocuparse por las personas con enfermedades venéreas y por los “locos”, donde los reclutaban y los enclaustraban en lo que antes habían sido los leprosarios, es decir los trataban con un sentido de exclusión a la sociedad. “Los pobres, los vagabundos, los enfermos, los muchachos de la correccional y las cabezas alineadas tomaran nuevamente el papel de abandono” (Foucault :1981:71), considerando a estos espacios como lugares para segregados, olvidándose de todo sentido del saber hacer del médico hipocrático.

Mientras que en Inglaterra el 22 de abril de 1656 se establece el reglamento financiero de los hospitales generales ( Babini:1985), donde se convierte en una vasta empresa de internación y encierro, sobre individuos que vivían al margen de la sociedad, es decir, se internaba a mendigos, vagabundos, insanos y libertinos; en otras palabras se administraba la moral a los internos por las autoridades del hospital, donde imponía una obligación moral y ley civil. Ahí, el médico más que instruir al enfermo, le indicaba hasta como debería ser su comportamiento de modo pertinente, pues tenía la convicción de que el enfermo era uno de los entes que más podía contribuir en su propia curación, donde la moral de su actuar contribuiría en su recuperación. “El punto de partida de esa instrucción médica era la comunicaron explicadora que el sanador procuraba establecer con su paciente” (Hayward , A.:1956: 25).

Hasta que en 1657 Vicente de Paúl aprueba en Francia el proyecto de reunir a todos los pobres en lugares apropiados para mantenerlos, instruirlos y ocuparlos (Foucault:981 ), los reunían en hospitales generales donde se daba

una clasificación de lo buenos y los malos , los buenos eran los pacientes, humildes, modestos, contentos y daban gracias a dios, mientras que los malos eran los que se quejaban del hospital , del encierro, mentirosos, borrachos, impúdicos y por lo tanto, se justificaba doblemente su internamiento para ser corregidos y así librarlos del mal.

En la edad media se siguió considerando a la enfermedad como una forma de pagar las culpas que se tenían, así los ricos pagaban grandes cantidades de dinero para ser cuidados , pero con los pobres fue diferente, de hecho el mismo desprecio que la sociedad tenía hacia los enfermos, era para los pobres, vagabundos y los que tenían alguna incapacidad física.

## 1.2 El enfermo en México

Durante la época prehispánica no se tienen evidencias documentales y materiales de construcciones especializadas para alojar enfermos. Basándose en la afirmación - del Dr. Francisco Flores se presume que a los enfermos se les atendía en su casa (Babini: 1985).

Cuando los conquistadores llegaron a tierras americanas, la experiencia en la construcción y funcionamiento de los hospitales en España tenía ya varios siglos y, al igual que en los otros géneros arquitectónicos desarrollados en la Nueva España, éstos empezaron a construir hospitales semejantes a los existentes en Europa. El propio conquistador Hernán Cortés ordena un primer hospital para la atención de españoles y nobleza indígena. Así el primer hospital del virreinato fue el de la Purísima Concepción de Nuestra Señora, (1519). Aunque este hospital. Más tarde lo llamaron "hospital de Jesús", debido a la imagen del Nazareno que existía en el recinto y ése fue el nombre que conservó y mantiene hasta nuestros días. (Actualmente sigue funcionando.)

Pero serían los franciscanos los primeros en establecer en 1529 una enfermería para los indígenas más pobres en la ciudad de México, que después en 1553 se convertiría en el Real Hospital de San José de los Naturales. Por otro lado, Vasco de Quiroga multiplicaría establecimientos hospitalarios por todo el occidente del país creando pueblos-hospitales pero también instalaciones más sencillas. (Babini: 1985).

Había una significativa pérdida de la fuerza de trabajo por las muertes de indígenas en las luchas de la conquista y por enfermedades traídas por los peninsulares (viruela, sarampión entre otros) que afectó los intereses económicos de los recién llegados conquistadores, asociado a lo anterior, se sumó la conquista espiritual, cuya expresión idealista de caridad, beneficencia y concreción de

utopías renacentistas, para la conversión de los indígenas a las nuevas formas religiosas judeo-cristianas.

Es en este contexto donde aparecen los hospitales como novedosos centros de curación pero también como espacios de obligada conversión al cristianismo, es decir, como instrumentos de control social, ideológico e incluso político. ( Venegas :1973) así pues los hospitales se convirtieron en un espacio donde era fácil de controlar a los usuarios, siendo de origen religioso, inclusive existieron hospitales con planta de tipo claustral e iglesia que funcionaba como parroquia, asentada a un costado del edificio. En general se puede decir que los hospitales contaban —además de la vital capilla— con las siguientes dependencias: salas para hombres y mujeres, y enfermerías en los patios o crujías principales. En los otros patios o crujías se encontraban: la ropería, el almacén y el resto de los servicios.

La fundación de instituciones hospitalarias en la Nueva España tuvo el mismo origen que en el resto del mundo: la caridad cristiana. “el nuevo reino no podía desarrollarse sin la salud de los conquistadores, ni la de sus nuevos pobladores.” (Venegas: 1973:17) Las enfermedades, los heridos en las expediciones, las epidemias y la desnutrición, todo debía ser atendido. En cuanto a la atención y los servicios que se ofrecían en los hospitales a los indígenas y mulatos era una fusión de los médicos peninsulares y los curanderos indígenas, porque de otra manera los indígenas se negaban asistir a los hospitales (Venegas :1973) Así pues existió un mestizaje en la medicina en México “La medicina náhuatl no sólo se sustentaba en conocimiento, en experiencia, en actitudes mágicas o religiosas, sino que también hacía valer una terapéutica natural fundada en la observación.” (Hayward: 1956:48) pero como en todo los aspectos, la medicina occidental fue desplazando a la medicina indígena.

Los servicios médicos en México, nacieron debilitados y empobrecidos, como en el occidente, al enfermo siempre se vio desde la perspectiva de poder moldearlo inclusive indicarle una ideología y una moralidad

### 1.3 ¿Qué es un enfermo hospitalizado?

Al enfermo hospitalizado se le ha definido desde una perspectiva médica y legal, pero la condición psicosocial es mucho más amplia. Nuestra primera preocupación es el punto de vista del enfermo sobre su condición, su concepto del hospital y de su papel dentro del mismo, porque a partir de él, surgen juegos de interacción psicosocial con los diferentes empleados en las salas de hospitalización.

El conocer como es la vida del enfermo en un hospital, como lo experimenta, como lo entiende, como responde a ello y las dificultades a las tareas de adaptación, cuando del individuo que es internado en un hospital, se espera una permanencia breve, por consentimiento propio y esperando que el enfermo sea un usuario más de una institución de salud. Sin embargo en el caso de la persona que llega a una sala de emergencias médicas por un accidente, es todavía más complejo su internamiento, porque por el estado de dolor, de impacto emocional dificulta que conozca y solicite información sobre las condiciones en que es internado e intervenido en sus diversas formas de tratamiento, quedando muchos huecos en el cumplimiento de las disposiciones legales y psicológicas.

El enfermo desde el punto de vista médico, debería ser un cliente que recibe voluntariamente servicios profesionales, como quien contrata un servicio de arquitectura o contabilidad, pero es un cliente miembro de una comunidad, que en este caso es un hospital, no solo le ofrece servicios específicos para su restablecimiento de su salud, sino también ejerce demandas sobre él, una especie de contrato donde están sus derechos y obligaciones con respecto a la autoridad hospitalaria en el sentido más fundamental el término de enfermo hospitalizado, porque si bien se obtiene el derecho a recibir atención médica e

información sobre su padecimiento, éste, no es lo suficiente claro y preciso para ser comprendido por personas que no sean médicos, es decir, el momento y la forma de pedir la firma del consentimiento informado la indica el médico cuando él, lo considera oportuno, sin embargo el enfermo desde el ingreso al hospital debe adherirse a las normas y reglas de la institución, así pues al enfermo se le refiere a una categoría de miembro subordinado, dentro de una estructura organizativa de institución. (Goffman: 1972:)

Las personas que llegan a estar en la situación de, *ser enfermos*, son considerados de varias maneras por los demás y por ellos mismos, generalmente ellos entran en una jerarquía menor dentro de la organización. El enfermo que llega por un accidente suele connotar la desviación de reglas morales o de una conducta antisocial, en el caso de los heridos por armas o los que llegan por accidentes automovilísticos en estado de ebriedad, algunos integrantes del personal del centro hospitalario los podrían mirar como una especie de criminales o en el mejor de los casos tienen una concepción como de estudiante, a quien hay que enseñarle reglas morales y de conducta. “el hombre alineado es reconocido como incapaz y como loco; su extravagancia, percibida inmediatamente por la sociedad” (Foucault: 1981:206). Así, la persona que llega con tatuajes, perforaciones en alguna parte de su cuerpo o con peinados “extravagantes” son considerados diferentes, incluso con un estigma de delincuente.

El personal del hospital emite juicios morales hacia los enfermos a quienes proporciona atención médica, aunque ellos mencionan que su trabajo lo proporcionan igual para todo tipo de enfermos; en su trato con ellos se percibe diferente. “Don gandul”, “es gandalla” “ah, se salva tiene el síndrome del gandalla”<sup>1</sup> son las frases recurrentes del personal del hospital, cuando se

---

<sup>1</sup> Relato del diario de campo en la sala de urgencias del Hospital General Balbuena el 01 de octubre del 2004



refieren a personas con tatuajes, perforaciones o que se encuentran bajo efectos de alguna droga, marcando diferencia en su trato hacia ellos.

La persona accidentada que llega a la internación del hospital es por un periodo imprevisible, su situación no suele ser la de un visitante ocasional, sino del que hace uso especial de la sala de emergencia, el paciente entra en un nuevo mundo, donde lo despojan de sus ropas, de sus accesorios y por si fuera poco le asignan un número o un sobrenombre, *abuelito*, *chaparrito* etc. “La pérdida del propio nombre puede ser una mutilación del yo” (Goffman: 1972:31)

La situación del enfermo que entra en un sistema sociocultural organizado imperante como lo es, el hospital y que además de ser un lugar desconocido para él, los procesos de interacción cotidianos a los cuales esta acostumbrado se rompan de forma rápida, en tanto que el personal del hospital y la política de institución entran en contacto inmediato con él, llegando a ser trasgresor para el usuario con un significado psicológico importante para el curso de su recuperación. “todo reglamento, orden o tarea que obliguen al individuo adoptar estos movimientos o actitudes pueden mortificar su yo” (Goffman: 1981:33)

La condición de “paciente”, en sentido restringido apunta hacia las cualidades de “cautividad”, porque el enfermo esta confinado legalmente en el hospital, restringe su status normal de civil, se halla sujeto a la autoridad administrativa del personal, no se puede ir de alta voluntaria, sin traer a un médico que firme de responsable del enfermo hospitalizado. En sentido más amplio, el enfermo sería un interno, es decir residente de un hospital “habitante de un mundo bastante limitado” (Goffman 1981:70).

#### 1.4.- Rol del enfermo hospitalizado

Todo sistema en donde la gente interactúa y ocupa ciertas posiciones que forman categorías, construye un sistema de status de modo gradual. Tal sistema puede ser horizontal o vertical, en un hospital por ejemplo, los médicos están en un nivel más elevado que las enfermeras, si vemos al sistema de forma vertical, de forma horizontal se establecería entre los propios médicos especialistas marcando la diferencia de un ortopedista traumatólogo y un cardiólogo.

Dentro de esta cultura donde cada quien tiene una posición, se asocian un conjunto de expectativas, éstas a la vez, especifican la forma en que se dirige una persona hacia el ocupante de una posición distinta a la suya, el concepto de rol se relaciona precisamente con los atributos que se espera encontrar en cada individuo, dentro del mundo social hacia las otras posiciones. En un sistema social, los miembros perciben las normas sociales impuestas por este sistema, con esto, ellos actuarán de acuerdo a lo que se espera de ellos.

El hospital tiene un sistema social, en el cual se reproduce claramente el concepto de rol, está organizada de tal manera que a cada miembro se le asigna una categoría y complemento de atributos. El medio social hospitalario, al establecer las categorías de personas que en él se pueden encontrar, hace que se anticipen las expectativas normativas, inclusive se transforman en demandas rigurosas. Cuando el ocupante de una posición interactúa con un comportamiento específico respondiendo a las demandas del otro, se puede decir que está desempeñando el rol prescrito. (Lara: 1994)

El desempeño de roles de los integrantes de un hospital, está dado por una jerarquía, manifestada en forma de organización social, la cual se constituye de dos maneras:

1.- La jerarquía que se puede calificar de forma instituida (de institución). Tal sería en las estructuras hospitalarias de atención médica: jefe de servicio, asistente, vigilante, residente becario, siendo el enfermo el de la última categoría.

2.- Tras la jerarquía instituida parece existir una jerarquía imaginaria, que desempeña un papel más considerable entre más oculta está. Por una parte, existe el dirigente de un imaginario profesional, y el de los individuos enfermos (Guyotat:1994:31)

Todo miembro del hospital, ya sea enfermo o integrante del personal, llega a una posición ideológica, es decir, tiene un conjunto de principios racionales y morales con respecto al hospital ideal y al rol de cada uno de ellos.

El paciente introducido en un mundo nuevo y ajeno, inseguro de sí mismo, encuentra imperativo desarrollar una concepción significativa de la hospitalización que lo ayude a interpretar ese mundo; mientras que el hospital pone un gran interés, en inducir, tanto a los enfermos a ver el buen hospital como al personal el buen enfermo, de acuerdo a sus políticas y su estructura social, "la idea del buen miembro del personal se acentúa en las funciones de los enfermeros y auxiliares, donde su tarea principal es cuidar y controlar a los pacientes para mantener la armonía y enseñar las formas de vida correcta de adulto, donde la concepción del buen paciente es quien se aparta de los que dicen malas palabras y actúan de manera vulgar, siendo mejor ponerse en manos del doctor y tener confianza" (Levinson:1964:85)

El personal del hospital, el grupo de enfermos que comparte con él la habitación y los familiares que ejercen sobre los usuarios demandas, establecen un rol del enfermo de acuerdo a como ellos esperan que sea. (Deutsh :2201)<sup>1</sup>

El rol que se mantiene por parte del enfermo, es una defensa del yo, donde su pasividad se convierte en una persona desvalida. “El papel del enfermo es la de una persona gravemente enferma y por lo tanto temporalmente pasiva y aquiescente, quien es tratada por Médico activo con ayuda de un equipo de personas igualmente vigorosas” (.De la cuesta:1999:11.).Al enfermo se le considera activo mientras se encuentre en el proceso educativo-terapéutico, en donde deberá aprender las reglas y normas a las cuales esta sujeto, en ese espacio hospitalario, fuera de eso se le considera tanto objeto de manipulación, como un agente pasivo.

Pero también existen variaciones en el rol del enfermo, dependiendo al departamento al cual pertenece, no es lo mismo una sala de cirugía ambulatoria, donde las personas solo permanecen de dos a tres días máximo, siendo su interacción con el personal y con sus iguales de tal manera que no es necesaria la resignificación de su yo, mientras que en la sala de hospitalización de cirugía general y de traumatología, donde se encuentran enfermos, que ni el mismo médico sabe cuanto tiempo será necesario para que la persona se recupere, esto sucede frecuentemente con el enfermo que llega por un accidente, el cual su gravedad de lesiones hace que permanezca un periodo largo dentro del hospital, propiciando que su interacción sea mas difícil que con el resto de las personas que se encuentran en su mismo espacio, por el corte de tajo que tiene con el mundo de afuera.

---

<sup>1</sup> Rol atribuido de acuerdo a la pautas donde los roles están bien definidos y existe un acuerdo bastante difundido con respecto al comportamiento esperado de sus ocupantes

## 2.- El hospital como contexto temporal del enfermo

Es la institución de la sociedad lo que determina aquello que es “real” y aquello que no lo es, lo que tiene sentido y lo que carece de sentido.

Cornelius Castoriadis

El hospital se puede considerar como una institución destinada a servir ciertos objetivos en “bien de la sociedad” con funciones oficiales legitimadas. Estos fines y las maneras de lograrlo varían, por supuesto, no solo de un hospital a otro, en un momento determinado sino entre períodos históricos.

El hospital proporciona, a través de sus orígenes, ideas médicas y legales, un modelo de hospital como institución, un modelo donde las tradiciones incluyen los conceptos de diagnóstico y tratamiento como aplicación de técnicas específicas. Así pues, siguen siendo organismos dedicados al control de la enfermedad y a la promoción de la salud donde se reorganiza todo el conocimiento médico y se instaura la enfermedad por medio de un saber médico; olvidándose del propio enfermo como persona.

La medicina ha dejado de ser arte para convertirse en una disciplina técnica; recientemente se han desarrollado formas de enfocar la atención a la salud que complementen las actitudes dominantes de la tecnología, la atención en este enfoque ha olvidado los aspectos psicosociales de la enfermedad y el tratamiento. Sin embargo tampoco olvidan sus funciones de reclusión y custodia.

Los residentes de los hospitales no son simples clientes que reciben servicios terapéuticos específicos, sino también son integrantes de la comunidad

que al ingresar al contexto hospitalario cambian de estatus radicalmente en el momento de ser hospitalizados, se les considera como pacientes, o como individuos incapaces de haber conservado su salud, es más se les toma desde la perspectiva del internado. “La obediencia es instantánea. No sería privilegiado un paciente, si no entendiera bien lo que significa este espacio social, así como otros aspectos en la posición del asistente” (Foucault: 1982:227).

Las salas de convalecencia se convierten en un sistema social donde todos los médicos, enfermeras y trabajadores de la salud han pasado a un mundo subjetivo que dominan por el hecho de conocer, el vínculo del saber y mitigar el sufrimiento que les permite demandar obediencia a los usuarios del hospital.

Sin embargo, el espacio hospitalario constituye un juego de diferentes mundos: el de los médicos y el resto del personal, el de los enfermos y de los familiares que al mismo tiempo se encuentran en el mismo contexto o deberían estarlo. Estos dos mundo deberían tener las conexiones pertinentes, que hicieran posible una interacción social más justa y de respeto a la autonomía del usuario, por parte de los trabajadores de la salud.

## 2.1 El hospital como institución total

Desde el siglo XVII en Europa, se han encontrado vestigios donde se construyeron casas que servían para acoger a pobres, peregrinos, enfermos y vagabundos, para limpiar las calles de estas personas, características en las ciudades."En 1657 nace el proyecto de reunir a todos los pobres en lugares apropiados para mantenerlos, instruirlos y ocuparlos" (Foucault: 1981:97). La propagación del cristianismo fue lo que les dio ímpetu a la fundación de hospitales hospicios donde se les pudiera ayudar a los caminantes, los vagabundos y a los pobres, al mismo tiempo a los enfermos.

Donde se les pedía a los que querían limpiar sus culpas tenían que ayudar a mantener estas instituciones. "Aparte de los monasterios había más de 750 instituciones de caridad en Inglaterra medieval "(Hayward,:1956:32).Por ejemplo un gran movimiento fue el de la fundación de hospitales en los siglos XVII Y XVIII, porque su creación fue dirigida para el orden social de toda aquella persona diferente, minusválida o que pusiera en peligro al estado, los cuales eran enclaustrados. "todos son afectados ahora al servicio de los pobres de París, de todos los sexos, lugares y edades, de cualquier estado en que se encuentren válidos o inválidos , enfermos o convalecientes , se trata de acoger, hospedar y alimentar aquellos que lleguen por sí mismo o que sean enviados por las autoridades, porque es preciso también vigilar la subsistencia, el cuidado y el orden general" ( Foucault: 972:19)

Tenían todo el poder de autoridad, de dirección, de administración, de comercio , de policía de jurisdicción, de corrección y de sanción , esto quiere decir que el hospital general no era un establecimiento médico, más bien es un

establecimiento semijurídico que puede decidir, juzgar y ejecutar, como a una especie de orden de monárquico que realizaba represión por la concesión que el rey les otorgaba para hacer justicia. “Desde el principio la institución se proponía tratar de impedir la mendicidad y la ociosidad, como fuentes de todos los desordenes” (Foucault: 1972:21).

Durante algunos años el hospital se mantuvo como correccional donde albergaba a los desocupados, a los vagabundos y claro a los enfermos; pero con el tiempo se va reduciendo para albergar solo a las personas enfermas, el hospital es mantenido por el estado, donde sus ocupantes tendrían el derecho de alimentos y cuidados, con la condición de aceptar las reglas físicas y morales impuestas en el internamiento, perdiendo así su libertad .

Considerando a los hospitales un lugar donde se trabaja con código de normas, el sistema es un lugar separado de la sociedad exterior, con sus propias reglas y autoridad legal, para reintegrar a los individuos a la sociedad. Al Hospital se le empezó a mirar como organismo dedicado al control de la enfermedad y la promoción de la salud, pero sin dejar de incluir funciones de reclusión y custodia. Donde sus residentes no son simples clientes que reciben servicios terapéuticos específicos, sino miembros de un grupo llamado *pacientes* en una perspectiva de internados con un relieve más bien educacional. “Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman: 1972:13).

Entre las funciones de los hospitales también se encuentra el satisfacer ciertas necesidades del personal, manteniendo la integración de la organización, la investigación y capacitación profesional de médicos, enfermeras, psicólogos y técnicos que comparten el espacio, y están regidos por un contrato colectivo



de trabajo y se tiene una rutina diaria en la institución, la cual hay que cumplir. El hospital como forma institucional tiene un compromiso oficial, donde se preocupa en principio por el bienestar del usuario que demanda atención médica, pero hay también una función de reclusión y custodia al enfermo. “toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio” (Goffman: 1972:17)

Las características de la estructura organizacional de los hospitales psiquiátricos, de las cárceles, de la milicia y al monasterio hacen que se consideren como instituciones totales. “La tendencia totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen en la interacción social con el exterior y al éxodo de los miembros y que suelen adquirir formas materiales : puertas cerradas , altos muros , alambre de púas , acantilados” ( Goffman: 1972: 18).

El Hospital General como todos los hospitales de cualquier índole, ya sea Hospital de Urgencias o Hospital Psiquiátrico, el estatus médico es el más alto, son lugares donde las personas se convierten en pacientes, es decir lugar donde se recibe tratamiento por especialistas, cuidados médicos y por el personal paramédico (enfermeras, laboratoristas, y demás técnicos ), teniendo todas las instituciones la misma rigidez de su disciplina, no importando el tipo de hospital ni a la institución a la que pertenecen (IMSS, ISSSTE; Gobierno del D.F) “El hecho clave de las instituciones totales consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, indivisible sea o no un medio necesario o efectivo de organización social, en las circunstancias dadas”. (Goffman: 1972: 20)

Los hospitales generales tienen como funciones esenciales las siguientes:  
(Viveros: 1994)

- La conservación y cuidados del enfermo.- en donde se le considera a la persona enferma como incapaz de cuidarse a si misma

••Protección de las personas enfermas.- donde se cuida la función de mantenimiento de la vida

••diversas forma de intervención al enfermo.- toda clase de tratamiento y formas de exámenes de diagnóstico

Como he mencionado, el hospital podría definirse como el lugar de residencia y trabajo en el que gran número de individuos que se hallan en la misma situación, apartados de la sociedad durante un lapso con características de reclusión. “La característica central de las instituciones totales puede describirse como una ruptura de las barreras que separan de ordinario estos tres ámbitos de la vida. Primero, todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad única. Segundo, cada etapa de la actividad diaria del miembro se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan las mismas cosas. Tercero, todas las etapas de las actividades diarias, están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba.” (Goffman: 1972:19)

Las formas de funcionalidad de los hospitales van de acuerdo a la moral e ideología de las autoridades de dichos lugares, porque son ellos los que crean las reglas, normas, visión y misión del hospital, para ser reeducados los ocupantes, existiendo un status ocupacional dentro del personal que labora en dicha institución, con una organización administrativa rígida que origina partidismos y luchas ocultas.

La institución total, se ve como un instrumento especializado al servicio de la inhumanidad del hombre para con el hombre, es decir son las formas en que se despersonaliza a la persona convirtiéndolo en un objeto más del lugar. Describiendo las formas de transformación de la identidad, a las que son sometidos los internos de las instituciones, ya sea psiquiátricas, cárceles, religiosas o políticas, sin embargo en hospitales no psiquiátricos, los límites

entre el mundo interno del hospital y el mundo externo, son más permeables, pero en la actualidad, en este país las reglas se han endurecido, por ejemplo en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), solo se les permite a dos personas previamente inscritas, pasar a ver a los enfermos hospitalizados y nadie más, es decir los hospitales están siendo cada vez más burocráticos.

El hospital general público, se designa como beneficencia pero también como lugar de represión, como si fuera una sociedad pequeña. “todo interno queda en el campo de esta valoración o de piedad, es tratado como sujeto moral” (Foucault: 1981:80). Una moral que es economizada por el personal de la institución de salud, porque el personal que labora en las instituciones de salud, desde el administrativo que se encuentra en admisión, hasta el personal médico y paramédico, realizan una categorización de los usuarios que llegan a demandar atención médica de urgencia, así de acuerdo a sus preceptos le otorgan una cierta “identidad social” incluyendo atributos personales, como es la honestidad, la de ocupación por ejemplo un médico menciona “*este ha de ser un malandrín*”, “*y que estaba haciendo tan noche ahí*”, “*de seguro no estaba rezando*”<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Palabras recogidas cuando realizaba las notas de campo en la sala de cirugía general no del hospital general Balbuena, el 8 de octubre del 2004

## 2.2.- Hospital general y Hospital de urgencias: diferencias y similitudes en México

En las situaciones que se producen en la ciudad de México de forma urgente e imprevista, accidentes, catástrofes originadas por la naturaleza o enfermedades agudas y críticas (infarto agudo de miocardio, traumatismos, abdomen agudo, choques, incendios, traumatismos craneoencefálicos, paros cardiorrespiratorios, etc.), se tuvo la necesidad de poner los medios técnicos, humanos y organizativos para solucionarlos de forma rápida, eficaz y satisfactoria.

Por eso, en la ciudad de México se vio en la necesidad de contar con hospitales de urgencias, donde ha procurado contratar y capacitar a su persona (médicos, enfermeras, técnicos y administradores) para que proporcione una buena y oportuna atención, a estas emergencias médicas.

En cuestión arquitectónica, el hospital de urgencias además de contar con la misma estructura física del Hospital general, cuenta con una sala de trauma – choque específica, bien equipada para recibir cualquier tipo de emergencia médica, un quirófano con el equipo e instrumental necesario, y una unidad de cuidados intensivos las 24 horas, con accesos rápidos entre las salas ya mencionadas, con los servicios auxiliares de diagnóstico que son los siguientes: rayos X, tomografía, ultrasonido, laboratorio y banco de sangre; mientras que en el hospital general brinda atención médica a problemas de salud fortalecidas por cuatro especialidades troncales como son: Ginecología, Cirugía General electiva, Medicina Interna y Pediatría teniendo incluso cirugías ambulatorias de corta estancia.

De cualquier manera, el Hospital de Urgencias tiene su origen en el hospital general, compartiendo ideas médicas y legales, tienen los mismos conceptos de control a la enfermedad y promoción a la salud, el rol social que tienen los

enfermos y el personal que labora son iguales en ambos tipo de hospitales. La medicina tiene el mismo rasgo dogmático, que impone no solo su lenguaje y su punto de vista sino que el personal médico, paramédico, técnicos e incluso administrativos se dicen saber más.

Sin embargo existen, diferencias significativas, por que el enfermo que llega generalmente a un Hospital General, es una persona que sabe que tiene una enfermedad, incluso, llega en la mayoría de los casos por una complicación de la enfermedad que padece. Muchas veces ha tenido tiempo para reconocer los cambios en su cuerpo por ejemplo, el diabético reconoce los cambios físicos que tiene, la boca seca, el aumento de apetito, el temblor en el cuerpo; empieza a reconocer cuando le sube o le baja la glucosa. Mientras que el atropellado, en unas horas incluso minutos tiene que reconocer su cuerpo dañado, sintiéndose muy mal, tratando de asimilar de forma rápida lo que le paso, sin darle tiempo a buscar otra opinión médica, en un entorno probables, al mismo tiempo que va realizando estudios de diagnóstico, en su mayoría de los casos, permitiendo que la persona empiece a tener conocimiento de la enfermedad, incluso reconociendo su cuerpo enfermo, por ejemplo, el diabético reconoce los cambios físicos que tiene, la boca seca, el aumento de apetito, el temblor en el cuerpo, empieza a reconocer cuando le sube o le baja la glucosa, mientras que el atropellado, en unas horas incluso minutos tiene que reconocer su cuerpo dañado, sintiéndose muy mal, tratando de asimilar de forma rápida lo que le paso , sin darle tiempo a buscar otra opinión médica, en un entorno que no es el de él, solo, y sin la compañía de sus familiares, que únicamente lo acompañan en horas de visita, horario que pertenece al reglamento del hospital donde se encuentra, en la mayoría de los casos ni el hospital pudo escoger, más bien fue el hospital quien lo acepto como persona enferma por accidente.

Eso marca gran diferencia porque el enfermo crónico tiene la posibilidad de escoger el hospital y en algunos casos al médico que desee que lo diagnostique y le de tratamiento.

### 2.3.- Hospital de Urgencias

El aumento de la demanda de asistencia especializada de emergencias médicas, hace necesaria la creación de unidades que gestionen la demanda asistencial, con el fin de optimizar al máximo los recursos disponibles y facilitar el acceso a los mismos, por la población que demande atención de urgencias.

En estas situaciones de urgencias y emergencias, la primera asistencia sanitaria realizada puede determinar de manera importante, la evolución y el pronóstico del enfermo o accidentado. Por eso el gobierno se vio en la necesidad de establecer recursos materiales idóneos, vehículos especiales (ambulancias, helicópteros, aviones sanitarios, etc.), trabajadores de la salud con formación específica, sistemas de organización, procedimientos de coordinación y promulgar la legislación necesaria para atender y solucionar demandas crecientes de asistencia urgente y emergente.

“En el siglo XXI recién comenzado, los ciudadanos solicitan y en algunos países exigen, que estos sucesos urgentes que ponen en riesgo la vida, o algún órgano vital para la misma, sean resueltos de forma inmediata, eficaz, casi infalible (resolutiva), con calidad (profesional) y satisfactoria ” ( Sociedad Mexicana de Emergencias Médicas). La demanda social de asistencia médica urgente y emergente aumenta cada vez más, conforme van creciendo las ciudades, se van presentando más accidentes. Es importante mencionar que en 2004, un total de 929 de cada 1000 habitantes, utilizaron el sistema sanitario para las

urgencias y emergencias en la ciudad de México.<sup>1</sup> La misión de la Secretaría de Salud del Distrito Federal propone en teoría, en respuesta al derecho de la protección a la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integridad en la atención de la salud a partir de los servicios públicos.<sup>2</sup>

El valor básico que sustenta la política de salud del gobierno del Distrito Federal, en su reconocimiento del valor intrínseco e igual de todos los hombres y todas las mujeres, lo compromete a respetar y proteger por igual la vida de cada ciudadano y por tanto, como responsabilidad del gobierno y del interés colectivo o común, tal como lo menciona en su política de salud del Distrito Federal.

“El hospital es, sin duda por lo menos al principio, una victoria parlamentaria, en todo caso, es una solución nueva: por primera vez se sustituyen las medidas de exclusión puramente negativas, por una medida de encierro, el desocupado no será ya expulsado ni castigado, es sostenido con dinero de la nación a costa de la pérdida de su libertad individual..” (Foucault:: 1981: 104) Sin embargo así como desde el inicio de la creación de los hospitales en el occidente, fue para la protección y el control de los pobres, ahora se crearon hospitales que dan asistencia médica para la población de bajos recursos económicos, que carecen de servicios de salud privados.

El sector salud de la ciudad de México, realiza un proyecto de trabajo en cuanto a la seguridad sanitaria, que a continuación mencionaré:<sup>3</sup>

En coordinación con las distintas instancias federales concurrentes, a través de acciones sistemáticas de promoción de la salud, fomento, regulación sanitaria y

---

<sup>1</sup> Datos tomados del el departamento de Subsistema Servicio/ subsistemas Automatizados de egresos hospitalarios del gobierno del D.F.11/05/2006

<sup>2</sup> Proyecto anual del 2005 del Hospital General Balbuena

<sup>3</sup> Departamento de Subsistema Servicio/ subsistemas Automatizados de egresos hospitalarios del gobierno del D.F.11/05/2006

vigilancia epidemiológica; le incumbe además, construir un sistema de atención a la salud de servicios integrales para la población no-asegurada, junto con la atención prestada por las instituciones de seguridad social, garantice la cobertura universal en la capital.

Asegurar a la población usuaria servicios de atención médica de urgencias, consulta externa, hospitalaria eficaz, eficiente, oportuna y de calidad por medio de la coordinación entre los diferentes servicios hospitalarios para lograr restablecer la salud y reintegración social de los usuarios; disminuyendo la estancia hospitalaria, haciendo realidad los beneficios de los programas prioritarios de la secretaría de salud del gobierno del Distrito Federal; siendo su lema *“calidad en atención médica integral”*

Debido a la sobrepoblación y las actividades propias de la Ciudad de México como capital de la República Mexicana, se hace necesaria la creación de los programas antes mencionados, aunque existe una distancia entre la propuesta teórica de que hacen mención, a la práctica diaria de los hospitales. Encontrando cada día que hay un aumento de la población usuaria, por lo tanto una masificación a la atención de salud, que afecta al usuario y al personal que labora en dichas instituciones de salud. Muy parecido a lo que sucedió en Francia en el siglo XVI “Todos son afectados, ahora al servicio de los pobres de París de todos los sexos, lugares y edades, de cualquier calidad y nacimiento , y en cualquier estado en que se encuentren, válidos o inválidos, enfermos o convalecientes, curables o incurables, se trata de hospedar y alimentar a aquellos que sean enviados allí por la autoridad real o judicial.” (Foucault::1981:80).

Se ofrecen los servicios de salud a la población abierta, es decir a los pobres, pero las acciones curativas y paliativas que proporcionan las instituciones de salud de emergencias que están saturadas, con edificios viejos, deslucidos, mal distribuidos.

Antecedentes de la Creación del Hospital General Balbuena



El Hospital General Balbuena surgió durante el año de 1933 inicialmente como el “puesto de socorro Balbuena “ en la calle de Sidar y Robiroza No. 90 contando con 2 ambulancias y 6 camas para Hospitalización.

El 24 de abril de 1962 fue inaugurado como Hospital de Urgencias y Traumatología Balbuena, por el entonces Presidente de la República, Adolfo López Mateos, en donde el personal del puesto de socorro fue transferido. Contaba con el área de Gobierno, con dos plantas, el área de los servicios hospitalarios, una sola planta que se dividía en: áreas de central de Equipos, 4 quirófanos, en Terapia Intensiva y urgencias; área de hospitalización se dividía en la sala A con los servicios de Ortopedia, cirugía general y la sala B que incluía los cirugía plástica y neurología; el resto de los servicios como Ginecología y Medicina Interna no tenían camas específicas y los pacientes se distribuían en el resto de las salas; en otro corredor el área de mantenimiento, lavandería, farmacia, almacén y casa de máquinas; y el ultimo corredor área de patología y residencias.

El hospital sufrió algunas modificaciones, sobretodo ampliando la extensión de su terreno y cedió áreas a central de ambulancias, en 1984 se inicia la remodelación y la construcción del “ área de hospitalización” que se inaugura el 16 de agosto de 1985, contando con una capacidad de 204 camas , iniciaron sus laborales únicamente 2 pisos, en esta misma fecha se entrega el área de quirófanos con 4 salas, Central de Equipos y Esterilización , la unidad de cuidados intensivos con una capacidad de 12 cubículos, siendo en 1987 se entrega la unidad de toco cirugía y cuneros.

Actualmente el área de hospitalización cuenta 185 camas censables, con los servicios de cirugía general, inhaloterapia y neurología, en el tercer nivel cirugía plástica y materno infantil.

El hospital general Balbuena es una organización compleja que de acuerdo con su organigrama tiene dos grandes áreas la administrativa y la médica.

La subdirección médica, gerencialmente tiene cinco jefaturas de área y 26 jefaturas de servicio. Cada una tiene una cantidad variable de personal, en su mayoría tienen preparación profesional: médicos especialistas, médicos generales, Licenciadas en enfermería, enfermeras generales y especialistas, trabajadoras sociales y dietistas, los valores para un trabajo en equipo y logro de la misión y objetivos fundamentales del servicio o en su conjunto de los hospitalarios y finalmente de los de la secretaría de salud del gobierno del DF;, no están bien definidos, debido a la ausencia de reglas claras de comportamiento que es una de las principales causas de la ineficiencia y de corrupción . Factores que enfrentan las organizaciones para conseguir sus fines. los programas de integridad y los códigos de conducta se presentan como un mecanismo efectivo para mejorar el desempeño de un grupo, orientado mejor los esfuerzos individuales de sus miembros a la obtención de objetivos colectivos.

### 3- La relación del enfermo con el Personal del Hospital

Nunca te enorgullecas de los frutos de tu inteligencia solo eres dueño del espectador que pusiste en su cultivo; de lo que se logra nada más eres un Espectador.

Jacinto Canek

El trabajo se realizó en varias etapas, se cumplió con los trámites administrativos y legales pertinentes en el hospital para la realización de la investigación, hubo al principio un período de observación donde se realizaron notas de campo, posteriormente las entrevistas semí-estructuradas (Mayan:2001:16) a los enfermos, logrando que aceptaran tomar fotografías y al mismo tiempo hicieran una interpretación de estas al momento de tomarlas.

Las fotos fueron tomadas con una cámara digital.

En la interacción de las salas en donde se encuentra el enfermo se manifiestan rituales de interacción, donde el enfermo es el eje de esas interacciones, la interacción que tienen los médicos, las enfermeras, el camillero y la trabajadora social así como los estudiantes de medicina y de enfermería

con el enfermo hospitalizado, la manera en que se dirigen al enfermo, al saludarlo si es que lo hacen, el tono de voz, la distancia física que mantiene entre ellos y el enfermo, van marcando el estatus de cada grupo social, redefiniendo el rol que tienen cada uno de ellos. El transcurso del enfermo en el hospital se puede mirar como la formación y el desempeño gradual de un rol social (Deutsch:2001) impuesto por el contexto hospitalario, que incluye las normas y la influencia que ejerce las formas de interacción con el personal de la institución hospitalaria.

Dentro de las categorías que emergieron en las entrevistas semi-estructuradas, están la de interacción médico-enfermo, enfermera-enfermo, y trabajadora social-enfermo; que se describirán enseguida.

Quiero aclarar que solo mencionaré el nombre sin apellidos de los participantes del estudio para respetar el anonimato del individuo.

### 3.1.- ¿una relación de poder y subordinación?

La relación médico-enfermo pone en juego dos mundos, es decir dos formas de mirar el mismo hecho, donde la diferencia no es tan solo en la cuestión medica sino personal, vivencial que lo contiene.

La persona cuando se siente enferma e identifica la parte de su cuerpo que esta enferma, permite al médico un despliegamiento de su moral y de su saber medico, donde el enfermo entra en la cotidianeidad del personal médico y paramédico apartándose del suyo, construyendo un abismo entre “ser enfermo” y “atender una enfermedad”.

Ese vínculo que se va formando conlleva un toque de poder, lo interesante es que en esta interacción del enfermo con el profesional de la salud, este otorga la decisión de tiempo y espacio a ser atendido, esperando esto aun con su malestar, la mayoría de las veces porque asume que el otro es el experto.

#### 3.1.1.- La interacción médico-enfermo

La interacción que existe entre el médico y enfermo dentro del espacio hospitalario es un intercambio social, construido con base a un discurso principalmente. Una forma de narrar la medicina más allá de tecnicismos médicos, esta en el poder que se ejerce hacia el enfermo al entrar en la expertocracia médica.

*“¡no, yo no he firmado ni un papel señorita! Pero si no hay otro remedio, según con eso voy a quedar bien, solamente ellos saben, son los que conocen, ellos son los expertos, no yo”<sup>1</sup>*

José.

El médico quiere dejar esa figura del curandero para usar el disfraz del hombre de ciencia, esa búsqueda de relación entre causa y efecto científico, donde su saber hacer, le permite disponer de guías de acción a seguir con una aplicación con conocimientos teóricos, convirtiéndolo en un experto.

Pero por el otro lado el médico también se siente comprometido en contribuir al restablecimiento de la salud del enfermo, porque lo mira como una persona desvalida. “El médico debe proporcionar atención médica en caso de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos puedan o quieran proporcionarle atención” (Lara y Mateos:1994: 57)

Aún en la actualidad se mira al médico como el que tiene la misión de contribuir al restablecimiento del equilibrio de dormir, del buen metabolismo y de la respiración así como de todas las funciones básicas para vivir, anhelando que salga su sentir humanitario en la práctica médica.

#### a)- médico desconocido

El médico desconocido es una subcategoría más, porque a pesar de que la mayoría de los participantes refiere, que se le brinda una buena atención médica y que los médicos y enfermeras están continuamente atendiéndolos, no saben el nombre del médico que los operó, es decir quien haya sido médico cirujano vive su profesión lejos del enfermo se encuentra en su mundo, con una actitud que reduce a la persona enferma a un cuerpo enfermo.

---

<sup>1</sup> entrevista a José M. (fecha 17 de noviembre del 2004)

*“¿ya te sabes el nombre del médico que te opero?  
no todavía no, les pregunto algo a ellos cuando  
vienen y no me contestan, menos me van a  
contestar el nombre.”<sup>1</sup>*

Rafael

(en la segunda semana de hospitalización)

El médico mira al enfermo como objeto no como sujeto, lejos está de aquel médico casi amigo de la familia donde existía una interacción cercana, en que no solo se conocía la naturaleza de la enfermedad sino del “todo”, incluso la del “alma” y ha tomado el carácter de un profesional del que no se distingue al médico del burócrata, ya que su prioridad sería el número de cirugías por la jactancia de ser quien más realiza estas, dejando en segundo término a las personas intervenidas quirúrgicamente, perdiendo así la esencia de el arte de curar.

*“Si vienen a verme los doctores, pero son diferentes  
Y hasta ahora no me han dicho quien es el médico  
que me operó.”*

Margarita.

( segunda semana de hospitalización)

La actividad rutinaria de su disciplina lo aleja cada vez más del enfermo, el exceso de actividades que realiza el médico, incluyendo la enseñanza a los médicos Residentes que se están capacitando para ser médicos especialistas, propicia que se concentre la atención en el alumno, dejando de ver al enfermo como persona para verlo como una enfermedad; permitiendo a los residentes que sean ellos los que se acerquen a la persona enferma, sin ser el así responsable de la atención médica de la persona.

## b) Acreditación de estatus

---

<sup>1</sup> entrevista a Rafael el 21 de diciembre del 2004

Me voy a referir como estatus el término utilizado para designar la posición o el rango social (Pérez: 1995). Por lo tanto las posiciones ocupadas de los médicos dentro de una estructura social del hospital, que es acreditado por los enfermos y por los mismos médicos les llevan a derechos y deberes asignados, haciendo que sea una categoría importante para conocer e interpretar como es la vida cotidiana

del enfermo que llega por un accidente al Hospital General Balbuena, así como la concepción que tiene el enfermo a partir de su interacción con el médico, otorgándole un estatus dentro su convivencia con el.

*“ no me acuerdo, pero yo lo que quería es que me atendieran  
Porque me sentía muy mal, pensé que me iba a morir,  
pues ellos saben lo que hacen son los especialistas, y si  
dijeron que iban a operar aunque me hubieran pedido  
permiso de operarme le iba a decir que sí, claro.”<sup>1</sup>*

“verónica”

(1er. Semana de hospitalización)

El médico goza de un estatus social significativo para la sociedad, pues se le atribuye una determinada habilidad, el saber y en el hacer entra en juego una capacidad de modificar la trayectoria de una vida, como si el propusiera la salud, por eso con el solo hecho que llegue un médico a atender al enfermo, el siente tranquilidad.

*“es bueno pero no me gustaría que me detuvieran mucho tiempo  
aquí, pero tampoco les puedo exigir, porque ellos saben mejor  
que yo lo que hacen, eso es, lo he entendido... comprendido,  
ya no soy exigente”<sup>2</sup>*

---

<sup>1</sup> entrevista a “Verónica” el 27 de diciembre del 2004

<sup>2</sup> entrevista a Carlos el 7 de diciembre del 2004



Carlos  
(tercer semana de hospitalización)

Las ciencias naturales de donde deriva la medicina, entienden su conocimiento o su saber como un saber- hacer, un poder hacer disponiendo de la acción y de la aplicación de conocimientos teóricos o mejor dicho “científicos” que hacen colocar a quien práctica esta ciencia médica en un alto nivel de conocimiento, para la restauración de la salud, sin que se ponga en duda la propuesta del médico.

c) Médico autoritario

Pasando a otra categoría, donde la autoridad del Médico prevalece por encima de la interdisciplinidad de que tanto se habla, para brindarle atención integral a la persona enferma, más aún por encima de los derechos legales que tiene el enfermo. Existe una tendencia dominante que presenta la relación médico-enfermo como un vínculo de “no igualdad”.

*“que estoy mal dicen los doctores, que desde que llegué  
No debo comer nada, solo me tome un vaso de agua que  
me tome cuando llegue a esta cama, yo estaba desesperado  
Por tomar agua, por comer, pero me dieron una regañiza  
de aquellas.”*

Rafael  
(1er. Semana de hospitalización)

En general los enfermos han tenido que aceptar circunstancias y órdenes que ultrajan su concepción del yo, al ser considerados como personas, quienes

tienen que pedir permiso para comer, incluso para ir al baño, cuando debería ser la obligación del Médico tratante, quien tendría que explicar detalladamente al enfermo su estado de salud y todos sus cuidados especiales, sin embargo omiten explicarles y se limitan a dar ordenes.

*“entonces viene pasando un doctor, se regreso y le dijo a mi mujer no le den nada de agua , ni le mojen los labios, al poco ratito regresa, pero regreso un camillero con un papel y me dice fírmele aquí y le firmé.”*

Carlos

(1er. Semana de hospitalización)

La autoridad que ejerce la institución, personalizado por el médico como el de mayor jerarquía, llega a tal extremo, de regular el vestido como es el uso de una bata reglamentaria de la institución , el comportamiento, modales, y acciones para el enfermo, sin consultarlo, incluso sin explicarle ¿para que? Y ¿Por qué? de dichas acciones, que resultan trasgresoras para el familiar y para el propio enfermo, aún sean encaminadas para su cuidado; por el hecho de que el enfermo ignora que le sean acciones para su beneficio.

*“Cuando desperté lo primero que vi., fue la charola,  
¡Y con que la agarro!, no... me la quitan y que me  
regañaban”*

José Manuel

(1er. Semana de hospitalización)

Uno de los medios más efectivos para menospreciar la acción de una persona enferma o no enferma es obligarla a pedir permiso para actividades menores que cualquiera puede cumplir por su cuenta fuera del ámbito hospitalario, tales como el afeitarse, bañarse y tomar agua por supuesto.

Pero también encontré una diferencia entre mujeres y hombres, dentro de las entrevistas que se realizaron a las mujeres no se encontró que percibieran una autoritarismo por parte del personal médico y paramédico, que por el contrario si lo mencionan los hombres, esto podría ser resultado de la construcción de los roles de género (Bourdieu:1998), que culturalmente la mujer se encuentra más frecuentemente con la postura de pedir permiso y de sentir cierta autoridad en otros ámbitos no solo en el hospital.

El área médica es un campo interdisciplinario por excelencia, puesto que la salud es un elemento social donde convergen prácticamente todas las áreas del conocimiento y de la tecnología. Por tanto el pensar que el médico es un todo, con gran responsabilidad de preservar la vida o la salud es meramente ambicioso, pero la contraparte es quien se ha dejado seducir por la tecnología, convirtiendo la medicina en una ciencia puramente tecnológica desarrollando el enfoque de la atención médica en actitudes dominantes con métodos muy sofisticados, es cuando la atención médica se ve amenazada porque al parecer los que trabajan en ella se esta concentrando únicamente en las dimensiones tecnológicas y biomédicas, despersonalizando así su relación con el enfermo.”El galeno olvida frecuentemente que no hay enfermedades sino enfermos” (Lara y Mateos: 1994: 59). El médico marca una indiferencia significativa hacia la persona enferma al concentrarse únicamente en la enfermedad “ Vamos a pasar a Doña Vesícula” “Don testículos está tranquilo “<sup>1</sup> es un mero ejemplo de la despersonalización de la persona enferma, no se esta mirando a la persona si no exclusivamente al padecimiento.

Una gran proporción de los intereses y problemas de los enfermos no son reconocidos por el médico y ni por el personal de Enfermería, esto anuncia no solo una relación de poderío sino decaimiento de la narrativa que existe entre el enfermo y el personal de salud “el enfoque dominante sobre la salud y la

---

<sup>1</sup> Palabras recogidas cuando realizaba las notas de campo en la salas de cirugía general el 16 de octubre del 2004

enfermedad en la sociedad occidental moderna es aquel que busca la enfermedad en principios físicos reduccionistas y que opera con un dualismo mente-cuerpo” (Fitzpatric: 1990: 24 )

d). Léxico incompatible

Aquí existe una relación entre un léxico especial que usan los médicos con una postura de poder ante el usuario del hospital, cuando sin tomar en cuenta a los enfermos realizan diálogos entre ellos con el uso de tecnicismos, que pareciera que el enfermo es invisible, y que en estos diálogos están decidiendo el rumbo del tratamiento del enfermo que se encuentra en frente.

*Pues que voy bien, eso dicen pero sigue igual todo ellos  
llegan y como si yo no existiera hablan y hablan entre  
ellos nada más y no me explican como si no te  
hicieran caso.*

Rafael

(segunda semana de hospitalización)

Es evidente que el quehacer médico se ha confundido con todo un sistema de discurso del poder saber, pero que no conforta al enfermo porque se desvincula de él, cuando su reflexión se centra por la preocupación de la enfermedad y en el de una enseñanza deshumanizante, porque si bien están formando al estudiante que se esta capacitando para ser graduado como especialista o como médico general, se olvidan de la persona que tiene la enfermedad.

*Creo ya se me esta subiendo la presión porque antier la tenia  
alta y ayer baja , nada más unas punzaditas aquí abajo en la*

*nuca , ya les dije a los doctores y es que cuando les dice uno casi están todos y ya platican entre ellos con términos médicos y uno no les entiende uno nada ni estudiando sabe uno de eso necesitamos tener esa profesión para entenderles, necesita uno palabras del pueblo casi como López Obrador que a lo negro le dice negro y a lo blanco le dice blanco bueno por lo menos eso creo aunque no lo quieran los del Pri ni el pan*

José Manuel

(3er. Semana de hospitalización)

La profesión médica esta institucionalizada, su discurso tecnocientífico llega a convertirse en una “tecnocracia” donde pareciera una necesidad que para legitimizar a la profesión se hace uso de un léxico especial que solo los “profesionales” lo podrán entender, excluyendo al usuario y al familiar del usuario como los no expertos que tienen que conformarse con adjetivos como “delicado”, “grave”, “muy grave”. Que lleva a la incertidumbre del familiar y del propio enfermo generando angustia en ellos además de hacerlos sentir con un estatus social menor al del resto del personal de la institución de salud.

En la relación médico-enfermo donde la concepción de la moral en el ámbito hospitalario se tendría que democratizar porque así se dejaría el status de objeto al enfermo convirtiéndolo en participante.

### 3.1.2.-Interacción del enfermo con la enfermera

El papel de la enfermera dentro del hospital la lleva al trato directo y constante con el enfermo, es por ello la importancia de analizar e inferir sobre esta categoría.

La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico (Price: 1985) que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos. Por eso el énfasis por desarrollar esta categoría.

Fotografía de José (3er. Semana de hospitalización)



*“estas son las escaleras donde me siento cuando me canso de caminar, en el tercer escalón, donde siempre me siento porque me toca el sol y aquí no me ven las enfermeras.”*

Existe una tendencia dominante que presenta la relación enfermera-paciente como un vínculo de no-igualdad, Hay una aceptación moral de determinadas reglas de relación donde la comunicación física o verbal hacen la situación de subordinación propias del enfermo, mientras que la conducta opuesta es propia del trabajador de la salud en este caso el de la enfermera .Dicho modelo de relación social corresponde a una forma de concebir la interacción en la cual opera una doble estructura ideológica. “Es normal que el enfermo por su bien se le interrogue, se le explore, se le alimente, se le hagan pruebas de laboratorio

con fines diagnósticos.” (Lara y Mateos: 1994:235) Todos estos procedimientos que se le realizaron al enfermo fueron hechas con las reglas en las cuales el no participo, ni se le tomo en cuenta.

*“¿Sabes el nombre de la enfermera que te esta atendiendo?”*

*- no, tampoco no se quien sea “*

Roberto (1er. Semana de hospitalización)

*“¿El nombre de las enfermeras, las conoces?”*

*no me, se los nombres, es que luego son muy enojonas y  
pues no se los pregunto”*

“verónica” (1er. Semana de hospitalización)

La conversación humaniza la relación entre dos individuos, la enfermera y el enfermo, el saludo, el mirar a los ojos, no solo es un proceso de educación sino es un proceso social donde se proporciona un estatus de persona al otro, que en este caso es el enfermo, (López:1998)por lo general la enfermera se preocupa por la cantidad de trabajo que debe realizar y por la buena técnica con la que debe hacer sus procedimientos pero se olvida que esta trabajando con personas, pues no recuerda presentarse ante el; de esta manera ella misma se esta despersonalizando de tal manera que se pierde la esencia humanista para convertirse en una máquina de trabajo.

*“¿el nombre de las enfermeras?”*

*J.- no, bueno si de una se llama Erica es que la más nos atiende, la enfermera bueno es la que a horita esta, este es la que creo que esta atendiendo en el otro cuarto , porque las otras enfermeras las van cambiando constantemente y no me aprendo los nombres y no me acuerdo”*

Jonathan

(3er. Semana de hospitalización)

*.- no, es que primero llega una y luego otra  
Y pues no me memorizo nombres soy lento y  
luego las cambian a cada rato, pues menos”*

José Manuel

( 3er. Semana de hospitalización)

El estudio de la medicina y de la enfermería han tenido avances importantes, se han inventado mejores métodos de detección de microbios patógenos , mejores microscopios, mejores aparatos que detectan hasta el suspiro más leve del sujeto, entonces se convierten disciplinas con una hegemonía de la mirada médica olvidando lo intangible de lo psíquico y se reforzó el conocimiento con una frase “una lesión, un signo”.se olvidaron que algunos trastornos cambiaban según quien lo padeciera, a quien se lo contara y cuando lo hicieran.

En el caso de las enfermeras con el afán de mantener la disciplina científica se construyó un abismo entre los enfermos y ellas, es así que cuando la enfermera se acerca a proporcionarle alguna atención o a realizarle un procedimiento se encuentra concentrada a realizarlo de la manera más científicamente correcto que a veces se olvida que el objeto de estudio es una persona, porque se olvida de saludarla, de presentarse con el, de escuchar sus malestares, en fin, se olvida que el oído es el sentido más abstracto y que se convierte en una fuente de información para todo trabajador de la salud.

a) enfermera no-cordial

“La enfermería es una ciencia, es una técnica y un arte” ( Price: 1985:1) menciona la autora de un libro de enfermería en su introducción, lo cierto es que se sigue definiendo a la enfermería como una profesión capaz de realizar procedimientos y al mismo tiempo reconfortar al individuo,

*“¿Sabe los nombres de las enfermeras?*

*J.- no, son varias, no se ni quien me atiende a mi*



*E.- no le dicen su nombre*

*J.- no, me a tienden, me toman la presión el pulso pero no me dicen como se llaman, viene una y luego viene otra y no se ni quien me atiende, me preguntan y les contesto bien y ya, luego vienen varias”*

José Luis (1er. Semana de hospitalización)

*“me era difícil respirar, y cuando llegue a urgencias llegaron muchos doctores, pase a que me tomaran radiografías ya mi ya me dolía mucho hubo momentos que me y me dicen que me van a pasar a quirófano , y ya me llevan y luego yo con mi dolor cada que jalaba aire para respirar y las enfermeras o doctoras se empezaron a pelear porque no se que faltaba hasta que al fin me pasan a quirófano”.*

Jonathan

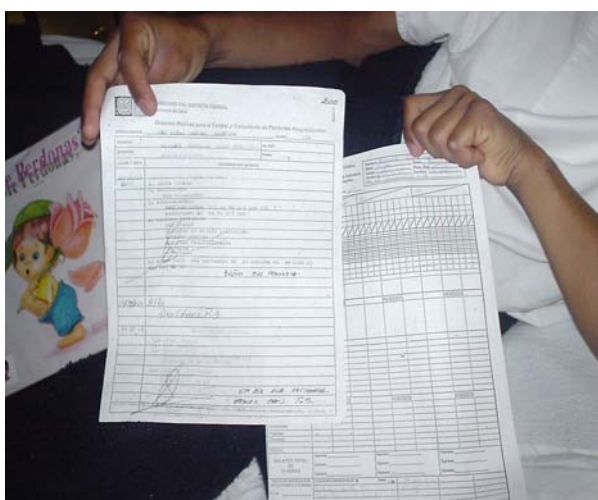
(1er. Semana de hospitalización)

La enfermera desempeña una función importante en el quipo de salud, por ser parte del personal que interactúa con el enfermo más tiempo, por lo tanto la convierte en un recurso humano para proporcionar salud y bienestar al usuario en el sentido ético . Finalmente hay que aludir al estilo de la enfermera, le llamare estilo al modo en que actúa la enfermera en su quehacer profesional, es decir aludir al modo en que se dirige al enfermo, ese modo irrespetuoso y poco confortante.

Volviendo a mencionar el estilo, la enfermera no se salva de caer en la expertocracia, hace uso de su saber experto, que no es puro acto ni tampoco pura idea es una técnica la de saber-hacer, es construir un poder que ya no es solo de la profesión como enfermera si no como equipo de salud.

A continuación presentare algunos ejemplos de las fotografías que tomaron los enfermos participantes en el estudio por considerarlo representativo para comprender mejor la subcategoría de la enfermera no cordial.

Fotografía tomada por Alzakkag (3er, semana de hospitalización)



*“Mis papeles donde las enfermeras llenan cosas y los médicos, Solo ellos saben que ponen, me registran o algo así.”*

El personal de enfermería que brinda atención a enfermos se enfrenta día a día con un conflicto, entre acercarse y sobre implicarse, lo cierto es que al distanciarse en exceso, la relación enfermera-paciente pierde la eficacia y parte del sentido de la profesión.

En el proceso formativo se le da importancia a los conocimientos técnicos y se deja de lado los conocimientos y habilidades para establecer una buena comunicación con los pacientes y familiares, o bien se deja en un plano secundario. En el quehacer diario del trabajo de enfermería nos encontramos con

una serie de situaciones en la relación interpersonal con los enfermos y familiares que suelen dar lugar a una despersonalización del propio enfermo.

Esto sucede porque entre los médicos y enfermeras, lejos de conformar un equipo terapéutico con objetivos comunes, mantienen, generalmente, posturas paralelas. Así la manera de afrontarlo es la evitación, se tiende a evitar hablar del tema, se desvían las cuestiones a otros profesionales y se limitan a atender al paciente en sus necesidades físicas y a marcar distancias.

Fotografía de Jonathan (segunda semana de hospitalización)



*“Los papeles, pues aquí se ve como estoy, cuando vienen las enfermeras siempre lo ven y hasta se pelean por algo que esta escrito aquí.”*

La vitalización del quehacer del profesional de la salud hace surgir discursos sobre lo bueno, lo justo. Lo cierto es que es urgente poner atención en los principios morales, jurídicos y éticos porque la preocupación de la masificación de los servicios de salud se esta abandonando el desarrollo de las “nuevas humanidades<sup>1</sup>” que fijan su mirada en el trato a los enfermos como personas y no como cosas, sensibilizando a las enfermeras y médicos para

---

<sup>1</sup> El nuevo concepto de Bioética se deriva de las nuevas humanidades de las ciencias sociales introducidas en la medicina. Christian, P (1989) Antropología de la medicina

que practiquen una medicina de personas para personas recordando que lo humano esta en el enfermo y no en la burocratización de la atención médica.

### 3.2.- La comunicación con el enfermo

Toda comunicación implica un compromiso y por ende, define las relaciones. La comunicación no sólo trasmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas, roles, categoriza y estigmatiza.

La comunicación exalta los problemas relativos a transmitir información, refiriéndose a los problemas de codificación, ruidos, redundancia, etc. El significado constituye la preocupación de la semántica (acuerdo entre emisor y receptor con respecto al significado de los símbolos). Afectando la forma de conducirse en las interacciones.

Recordemos que las ciencias de la salud son un campo simbólico en el cual, la salud y la enfermedad, se construyen por las diversas formas de quienes padecen enfermedades y por los amigos o familiares de los enfermos, es decir, a través de discursos se conforman las diferentes *disciplinas*. “toda disciplina puede concebirse como un discurso” (Lolas: 1997: 29).

En esta era de la informática, el saber hablar y escuchar es todo un valor en la práctica médica, pues con los avances tecnológicos cada día se esta despersonalizando el encuentro del personal de salud con el enfermo. La interacción se aleja de ese proceso cognoscitivo donde el sentimiento y la razón no son antagónicos, por el contrario, se entremezclan construyendo la comprensión y el afecto “un rasgo de de la medicina tecnológica es presentar sus medios y métodos como fines o metas de su progreso” (Lolas: 1997: 15)

#### 3.2.1.-Interacción trabajador social-enfermo

El enfermo hospitalizado tiene la necesidad de relacionarse con las diferentes personas que le rodean: sus familiares, el médico, la enfermera, entre otros, pero a la vez los familiares también necesitan relacionarse con el personal médico, paramédico y a veces con las autoridades del hospital; estas necesidades se deben plantear y resolver con la trabajadora social de la institución de salud.

La función de la trabajadora social de acuerdo a l profesigrama<sup>1</sup> del hospital es mantener el vínculo social como parte del bienestar de los individuos así como dar a conocer los derechos y obligaciones que se adquieren al momento de hospitalizarse: (CONAMED)

- *¿la trabajadora social, ya la conociste?*

- *no, ni ha venido, no se quien sea*

-

Rafael

(1er. Semana de hospitalización)

“.- *¿la trabajadora social, ya la conociste?*

.- *no, ni ha venido, no se quien sea “*

Alfonso

(segunda semana de hospitalización)

La enfermedad de la persona no sólo manifiesta la necesidad de recuperación individual y familiar sino también la resocialización que debe experimentar ante la hospitalización con el grupo terapéutico con el que tiene que interactuar a diario, por eso la importancia de los trabajadores sociales en un centro hospitalario con enfermos internados. No obstante la ausencia de la trabajadora social en el

---

<sup>1</sup> Manual de procedimientos del Hospital general Balbuena

hospital donde se atienden en su mayoría a enfermos accidentados, refleja un vacío por comprender los problemas del usuario que esta experimentando un proceso de reorientación dentro de un mundo desconocido lejos de su cotidianeidad.

La relación enfermo-trabajador social<sup>2</sup> es conflictiva por la falta de reconocimiento de ambos, el enfermo porque no sabe como acercarse al trabajador social ya que desconoce sus funciones y por otro lado el trabajador social que muestra poco interés en su labor profesional, no acercándose al enfermo y a su familia de forma cálida.

El personal del hospital emplea un lenguaje médico, imponiendo la subjetividad de cada uno, con todo un sistema tecnocientífico, llevando la interacción entre enfermo y personal de una institución de salud a una discursocracia donde un grupo de expertos familiarizados en las ciencias, crea su propio lenguaje para derrotar a la muerte y a la enfermedad “conocimiento es poder” (Bohme: 1993:156) y con esto legitimizan sus posturas ante el demandante de atención médica.

*“.- pero ¿le has preguntado tu familiar le ha preguntado a la trabajadora social sobre tu estado de salud?”*

*.- pues si, pero solo te dicen que voy bien, eso dicen pero sigue igual no me explican, como si no te hicieran caso, es que creo que tengo más cosas que como llegué, mejor a las enfermeras les pregunto y ellas medio me explican”*

Rafael

2º. Semana de hospitalización)

Las formas de las relaciones interpersonales del enfermo dentro del contexto hospitalario, con todo y su organización social, cultural e idiosincrasia, (tanto del

---

<sup>2</sup> De acuerdo al “Manual de procedimientos de trabajo Social en Hospitalización del Hospital General Balbuena

hospital como del enfermo) hacen posible una comunicación simbólica donde a través de ella surge la persona, porque una comunicación no sólo transmite información, sino palabras, gestos, actitudes, prejuicios para lograr establecer una interacción con cada uno de los individuos que conforman el personal del hospital, resaltando que toda forma de comunicación implica un compromiso y por ende define la relación.

Por ejemplo, cuando los médicos se aproximan por primera vez al enfermo en urgencias entran en una conversación, que si bien no se da con palabras, si con gestos, movimientos corporales y actitudes que simbolizan la postura de cada uno. El enfermo con gestualidades comunica que algo le molesta, quizás sea dolor, tocándose la parte lesionada; los médicos con postura erguida, denotan seguridad en lo que dicen, utilizando palabras técnicas o como dijo alguna vez un enfermo “medicalizando el discurso”. En la vida social de los hospitales, la comunicación no es tan solo un simple interrogatorio donde se vería a simple vista que el médico únicamente pregunta, es mucho más que eso, es un intercambio de roles, de estatus que construye la identidad de cada uno de los participantes en ese espacio y en ese tiempo en que se esta llevando acabo la conversación.

#### 4.- ¿Qué es identidad?

El tema de la identidad afecta a todas las disciplinas, y también a todas las sociedades, por último, afecta de modo muy particular a la psicología. Diversos autores comenzaron a interesarse cada vez más en el asunto y dieron a sus investigaciones una especial atención a este problema, en sus resultados asumen diversas posturas, pues mientras que para unos, es un proceso de identificaciones históricamente apropiadas que le confieren sentido a un grupo social y le dan estructura significativa para asumirse como unidad hablar de identidad, es hablar de un programa de relaciones entre grupos y al interior de éstos, en simbolizaciones y las prácticas sociales, para otros la identidad quiere decir homogeneidad y semejanza sólo en un nivel simbólico o imaginario.

Construir una teoría de la identidad, es entrar en controversias que existen desde el inicio de la filosofía occidental, por eso me voy a referir a la identidad en Psicología social (Deutsh: 2001) como un proceso en construcción, nunca completo, donde el individuo se conoce así mismo y al mismo tiempo conoce al mundo y los demás.

El Estructuralismo y el Funcionalismo se refieren a la identidad como una integración de la interiorización del sistema normativo y del simbólico que dan unión a los grupos sociales y estabilidad a la personalidad de los individuos. “En este caso la identidad no es solo la reflexión del individuo de sí mismo, tampoco es un simple producto histórico, ni mucho menos la adopción del comportamiento de los demás. También es acción sobre el mundo; esto es un conjunto de tradición y Construcción social” (Zimmerman, 1997: 28)



Así pues se distinguen entre el mundo subjetivo y el mundo objetivo de las normas e instituciones (constituido por la confrontación de las externalizaciones de los distintos mundos subjetivos) y la internalización del proceso dialéctico (del que forman parte estos dos mundos) desde esta perspectiva se empieza hablar de sujetos y no de individuos, lo cual trae una nueva noción de identidad.

La reformulación que se ha tenido entorno a la identidad es inmenso, pero podemos distinguir que “la identidad es el referente que nos permite posesionarnos frente a los demás sujetos sociales, al servirnos como pauta para diferenciar tanto entre quienes llamamos los otros, como con quienes compartimos algo, por ello nos referimos a estos como nosotros” (Vergara:2001:16). En ese sentido la identidad se construye por los sujetos de la sociedad en que se encuentran y a la vez ella construye a esos sujetos.

La identidad tiene la característica de dar u otorgar un sentido a las acciones de los sujetos, entendiendo esto como la *identificación simbólica* que realiza un actor social del objetivo de su acción, son además construcciones sociales, siendo creadas y conformadas mediante un proceso íntersubjetivo continuo.

Por eso resulta interesante hacer mención a lo largo del capítulo de las construcciones identitarias que hacen los enfermos a partir de sus interacciones con su familia, con su entorno y con la tecnología que le rodea en el ámbito hospitalario. Se realizó el análisis de entrevistas y fotografías que pertenecen a las categorías de Interacción entre sus iguales, Interacción con el entorno e Interacción de enfermo con su familia, siendo éstas interpretadas en su contexto, es decir, considerando el sentido de la construcción de la identidad.

#### 4.1.- Aportaciones a la Construcción del proceso de identidad

La identidad ha venido convirtiéndose en un campo donde lidian teorías filosóficas, sociológicas, psicológicas y éticas entre otras, lo preocupante es que dentro de la Psicología, haya quedado presa en el encajamiento teórico, que se siga pensando que la presencia de otros nos obliga a constituir un estándar de conducta y de percepción a seguir, relacionándolo con el autoestima “establece que el sujeto está motivado a ofrecer una imagen de competencia, entonces la presencia de otros facilitará la ejecución sólo si sostiene dicha imagen ideal” (Deutsh: 2001:66). Haciendo énfasis a las microteorías (como la de comparación social, entre otras) con el principal objetivo de la predicibilidad de la conducta.

El interaccionismo simbólico (Blumer: 1968), él propone tres supuestos fundamentales, el primero es que los hombres se relacionan con las cosas y con ellos mismos, de acuerdo con los significados que tienen para ellos. El segundo supuesto es que esos significados se derivan o surgen en el proceso de interacción social. Y el tercero es el que la utilización y modificación de esos significados se produce a través de un proceso activo de interpretación de la persona. De aquí se deduce que la identidad personal surge a través de un proceso social activo de ambos lados.

##### 4.1.1 Interacción entre sus iguales

La anterior concepción nos lleva a aceptar que conocer a los demás es lo que facilita la construcción de nuestra identidad, sobre todo, como nos ven los otros. “no solo podemos revalorar aquellos grupos con los que desearíamos identificarnos, sino que también podemos examinar y dilucidar las propiedades que vinculamos con distintas identidades esto no contradice los elementos de

descubrimientos que hay en una identidad, podemos descubrir nuestra identidad en el sentido que podemos darnos cuenta de que poseemos una conexión o una ascendencia que no conocíamos, pero reconocer que esto no equivale a convertir la identidad meramente en un asunto de descubrimiento, incluso cuando una persona descubre algo muy importante sobre sí misma” (Amartya A Sen: 2001: ).

Es difícil aceptar que la identidad que tenemos o elegimos no es para siempre, pues constantemente podemos descubrir identidades diferentes, se van presentando situaciones sociales que establecen categorías con ciertos atributos que nos permiten dar un estatus social, donde se van construyendo las identidades sociales. Tal es el caso de una persona con una identidad propia cuando llega a un hospital. Como enfermo se ve en un proceso de reconstrucción de su identidad o descubrimiento de una nueva como enfermo hospitalizado.

*Platico con los enfermos, con los viejitos, me pongo a platicar con ellos, luego ellos me preguntan “¿a ti que te paso?”Ellos también me cuentan lo que les paso, preguntan “¿Cómo te sientes?” para que pase el tiempo un rato, como hace rato estábamos platicando el muchacho, de aquí a lado, de cuantos puntos tenía, pues somos amigos.*

*José Luis*

(3er. Semana de hospitalización)

*Bueno, aquí nosotros no tenemos conflicto aunque nos falta una baraja o un domino para entretenernos, los compañeros Antonio, Roberto, Abed ¿Cómo se llama el abuelito? A don Ernesto, hasta don Ernesto entra en el relajo bueno nosotros lo jalamos para que no este triste porque todos nos ayudamos ¿si alguien quiere papel de baño? Aquí hay.*

*Roberto*

En el momento en que la persona se hospitaliza, compartiendo su habitación con otras cinco personas más, se hace partícipe de una colectividad social; que en este caso esta integrada por personas con enfermedades similares<sup>1</sup>; reconociendo en el otro atributos que también reconoce en si mismo, creando un mundo propio, estableciendo roles dentro de esa habitación que a la vez construyen reglas sociales que son únicamente para ellos. Por ejemplo, el enfermo que puede levantarse de la cama ayuda al recién ingreso que por lo general no se puede mover mucho, compartir el papel de baño, el agua entre otras cosas.

Fotografía de Rogelio (1er. Semana de hospitalización)



*“Mis compañeros de enfermedad platicamos y nos ayudamos en lo que podemos”.*

Esta situación es un ejemplo que se caracteriza, porque presenta un grupo o sociedad (un grupo de 6 enfermos que comparten una misma habitación) que van recreando identidades como producto de las relaciones y transformaciones de la estructura social en que se insertan.

Aquí se muestra como Rogelio interactúa con los demás enfermos que se encuentran en la misma habitación, creando un grupo social al llamarlos compañeros de enfermedad porque seguramente antes de haber estado enfermos cumplían una función y un rol diferente, pero ahora se encuentran

---

<sup>1</sup> Manual de organización de los Hospitales Generales del gobierno del DF:

hospitalizados, compartiendo no solo un espacio sino una forma de vida, los lleva a identificarse simbólicamente con ciertas características de dar y recibir, con acciones de construcción continuo donde intervienen la memoria colectiva, fantasías personales así como la religión.

*“pero tengo nuevos compañeros de habitación y me siento incomodo y tengo miedo de que se acerque y me vaya a jalar mi suero o lastimar porque se pone muy loco, luego viene y me dice “somos vecinos” y yo le dije “sí”, se pone a dar vueltas y es que el, si corre. Lo único bueno es que nos cuidamos entre nosotros y ya nos pusimos de acuerdo de ayudarnos en caso necesario”*

*Rafael (3er. Semana de hospitalización)*

Algunos enfermos, como es el caso de Rafael, se resisten a socializar con los demás y con el personal de la institución. Él siempre se encontraba con sus cortinas corridas por todos lados, solo se le veía platicando con sus familiares, como si quisiera guardarse así mismo, como rehusándose a tener las mismas ideas, pensamientos, sin querer verse reflejado en aquel de enfrente. A pesar de esto iniciando la tercera semana ya se había hecho amigo del resto de los enfermos con los que compartía la habitación por necesidad, para protegerse mutuamente, al fin entro al mundo de los enfermos de esa habitación.

*“El carnal del 127 le dijo “oye carnal vamos para allá, vamos a ver a los viejitos, vamos a otro cubículo pues ahí va conmigo”*

*Alonso (3er. Semana de hospitalización)*

*(3er. Semana de hospitalización)*

Para el ser humano el asunto de reconocimiento ha sido un gran interés por la presencia de los otros, ya que ejercen una influencia tácita. Desde que se inician las relaciones con los demás se refleja el juicio de los otros “la mayor parte de la gente es otra gente porque sus pensamientos son las opiniones de alguien más, su vida es una imitación, sus pasiones son una cita” (Amartya Sen, 2001). Nos vemos influidos hasta un grado de asombro por aquellos con los que socializamos,

nuestra falta de claridad acerca de muchas de nuestras creencias, de sus motivaciones subyacentes de otros que puede surgir, al menos en parte, perceptible o imperceptible en nosotros.

*Con las demás enfermas no platico porque dicen que soy mala por mi tatuaje y por que me dieron un balazo, por eso no platico, mejor platico con las enfermeras“*

*Margarita*

2º. Semana de hospitalización)

*no ha pasado más que la barrera de que tu eres paciente y yo soy enfermera y yo voy hacer esto y tu ahí quédate.”*

*Rogelio*

(20. semana de hospitalización)

Para que la persona se constituya ((Watzlawick: 2000) es necesario, además de interactuar con los otros, adoptar la actitud de la comunidad o grupo de la que forma parte como un todo. O bien la interacción simbólica (Goffman: 1963) que desarrolla la autoimagen como una forma idealizada y normativa ante los otros, creando un estigma. En el caso de Margarita, al ser muy pocas mujeres las que llegan por haber sido baleadas, la convierte en minoría, estigmatizada por las demás lo que la mantiene en los límites sociales del grupo de enfermas que se ha creado en la habitación donde se encuentra internada.

#### 4.1.2 Interacción con el entorno

Las sensaciones, los recuerdos y los sentimientos, están ligados a las experiencias que estamos viviendo, y estas están ligadas a los lugares de nuestro entorno, de los cuales se desarrolla nuestra existencia, la experiencia humana esta ligada a la experiencia espacial.

Esta interacción entre el enfermo y su entorno vincula significaciones, no solo la relación con el espacio sino a la historia del lugar, la cual está ligada con la historia de los individuos.

Presentaré algunos ejemplos de las fotografías que tomaron los enfermos participantes en el estudio, como en el capítulo anterior se consideraron las más significativas para analizar e interpretar.

Fotografía tomada por “Verónica”



*“Cuando desperté de la anestesia me vi. en este cuarto y lo que primero que mire, fue el techo, me cansa ver lo mismo, estoy aburrida porque por varios días no me pude parar solo miraba enfrente y veía esta imagen únicamente”.*

El proceso para reconocer que se está enfermo inicia con la propia interpretación de minusvalía, limitación o molestia, un segundo momento es cuando se le manifiesta a alguien más, en este caso cuando el individuo nos comunica que al despertar y verse en una cama de hospital sin la posibilidad de moverse nos está transmitiendo su construcción que ha hecho de él con su enfermedad.

Fotografía de Roberto” (2º. Semana de hospitalización)



*La tasa de baño me lleva a pensar que difícil, para mí, tener que ir al baño con esta tripa que tengo, para vaciarla y no ensuciar , pero me ensucio yo*



El individuo se sitúa en su medio según sus necesidades y expectativas en interacción con sus límites físicos y sociales, siendo que las inserciones sociales del individuo están en constante construcción de territorios y de identidades, el baño siendo un espacio privado, urbano además es donde surge precisamente esta manipulación del hombre con el espacio porque el significado es, de ciertas prácticas sociales de civilidad que proporciona un estatus al individuo, por que no es lo mismo ni el espacio ni las prácticas cotidianas del baño en zona rural que en zona urbana, en clase baja que en clase alta. Finalmente se puede decir que la práctica cotidiana del baño en el enfermo hospitalizado llega a transgredir su estatus de persona civilizada, urbana por el hecho no solo de tener dificultades sino de transformar el uso de la práctica de ir al baño, de ensuciarse.

Fotografía de Jonathan (3er. Semana de hospitalización)



*“Los baños, la primera vez que me levante fue un martirio, dolió mucho y pensé que me iba a caer. “*

La experiencia del baño, siendo una práctica muy íntima, pone en énfasis la dependencia del enfermo cuando tiene que ser ayudado. Pero además Jonathan desde el inicio mostró un interés para poder hacer sus actividades sin ayuda, por eso el espacio del baño, donde si tenia que recibir ayuda con la silla de ruedas lo hacia sentir un martirio.

Fotografía de José Luis



“las regaderas, hay que apartar agua y siempre se riega “

Fotografía de Margarita



*“las regaderas que están sucias, y hay que estar cachando cuando se desocupa para meterse a bañar”.*

El hecho de tener que hacer fila para hacer uso a regadera que además están en condiciones poco higiénicas pone en énfasis la degradación de su hábitat que le proporcionaba a la persona no solo el sentido de apropiación sino civilidad, de seguridad, de ciudadano activo social y económicamente.

#### 4.2.- identidad social

Llamaremos identidad social al sentido subjetivo de su propia situación, continuidad y carácter que un individuo tiene de acuerdo a experiencias sociales por las que tiene que atravesar.

Así es que la identidad social, desde la historia de cada país, pueblo grupo o individuo, nos brinda la posibilidad de identificación con los uno y la diferenciación con los otros, para poder ubicarnos en esta red de relaciones sociales, políticas culturales que establecemos en el diario transitar por distintos lugares, necesidades, personas y situaciones.

Respecto a como nos ven los otros, con frecuencia está extremadamente limitada, a veces no somos ni siquiera enteramente concientes de cómo nos

identifican, lo cual puede diferir de la propia percepción. Por eso es importante decidir que prioridad le damos a las diversas identidades que podemos poseer simultáneamente. (Goffman: 1963)

El ser profesionalista, deportista, estudiante o enfermo en un hospital son algunos de los varios roles en los que el sujeto se puede ver involucrado a actuar, dependiendo de de las organizaciones o instituciones en las que se encuentre, como en el caso del hospital, dentro de el adquiere un rol diferente al que estaba acostumbrado; “el conjunto de roles institucionalizado, el sujeto entra en comunicación con el universo cultural de los símbolos y valores, de modo que estos últimos se convierten parte constituida de su identidad” (Jiménez:1992:195) así es que un mismo sujeto esta inmerso en su vida con distintos roles, pero también con distintas identidades.

#### 4.2.1 Interacción del enfermo con su familia

La relación interpersonal importante para el enfermo es su familia, por eso cuando los familiares visitan al enfermo hospitalizado interactúan con el, de manera inherente al sistema al cual pertenecen fuera de la institución, rescatando la identidad como individuo activo en la sociedad al cual pertenece.

- *“Quiero estar con mi mamá, quiero que este conmigo. “*

*Roberto*

Inicialmente el enfermo accidentado no conoce la gravedad y los daños de sus lesiones físicas como consecuencia del accidente, su preocupación se concreta

principalmente a lo familiar , es decir pregunta, busca o simplemente desea estar con sus padres, su pareja o sus hijos , como en el caso de Roberto que el buscaba a su madre desde las primeras hora en que llego al hospital.

- *pensar en mi hijo, mi esposa mi mamá, sobre todo a mi hijo que tiene un año siete meses a veces le hablo por teléfono.*

*Rafael*

Como primera instancia el enfermo es arrancado de su vida cotidiana de forma rápida por el accidente que haya tenido, introduciéndose a un mundo ajeno y desconocido (mundo hospitalario) para el, desear estar con su familia es una forma de identificarse así mismo en ese lugar extraño que es el hospital.

*“La mayoría de mis tíos, primos mi mamá y mis hermanos , platican conmigo , siempre desean que me mejore más pronto, que cualquier cosa que necesite me apoye en ellos , has esto, no te presiones porque presionándote mucho ora si te das más en la torre porque te vienen más los dolores ahora tienes que ser fuerte y esperar a la operación y debes de agradecer que estas vivo y es lo bueno que a horita lo estas contando porque si no, no lo hubieras podido contar.”*

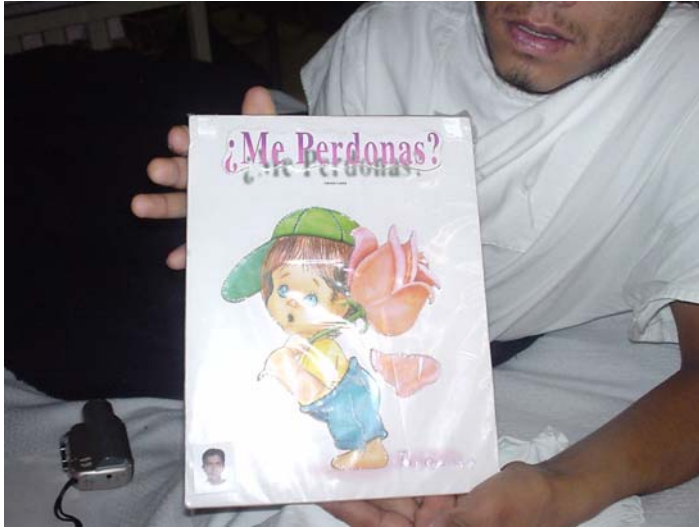
*Jonathan*

*(1er. Semana de hospitalización)*

La interacción del enfermo con sus familiares ayuda desarrollar habilidades que permitan el acercamiento al paciente desde otra posición más gratificante, y la

apertura de vías de comunicación entre el equipo y el paciente , porque la familia sirve como vínculo de comunicación entre ellos, al ser ellos los que pregunten directamente al equipo de salud sobre el estado de salud del enfermo.

Fotografía de Alazkag (3er. Semana de hospitalización)



*Y esto me lo trajo mi mama que me lo mandaron mis sobrinos, como esta chicos pues no los dejan pasar, pero aquí esta su foto de el.”*

Sentirse en peligro de muerte o sentirse vulnerable como consecuencia de un accidente puede llevar al enfermo a experimentar una serie de estados negativos ( angustia, frustración, desesperación entre otros) y es cuando recurre a su familia para que este con él aunque sea en fotografías o con objetos que ellos les trajeron.

Aceptar roles y actitudes diferentes a los que tenía cuando no estaba hospitalizado genera otros significantes que hacen identificarse con una personalidad diferente a la que se tenía, al tener un rol pasivo, no solo en el nivel de las relaciones interpersonales sino en la organización social (la familia, la sociedad etc.) hace posible una cambio en la comunicación simbólica, donde

los patrones interaccionales que existían en la familia también tomen el rumbo de la pasividad y vulnerabilidad del enfermo haciendo surgir una identidad diferente.

*“creo que si no tienes un control adecuado puedes perder el control de ti mismo es que estar tanto tiempo en lugar como este, lejos de tus hijos lejos de tus padres lejos de los que quieres y aquí con gente extraña y luego que todos te quieren tomar fotos como unos estudiantes llegaron y me tomaron fotos”*

*Rogelio*

*(2º. Semana de hospitalización)*

El hospital llena gran parte del tiempo del enfermo, se convierte en el centro de su vida, manteniéndose lejos del mundo exterior, su persona queda bajo la responsabilidad de la institución médica y de sus miembros ( médicos , enfermeras etc.). El enfermo empieza un proceso de adaptación difícil, conoce a través del hospital un mundo lleno de normas y exigencias, con limitaciones y demandas, mismas que le permitirán adquirir experiencias y habilidades.

Identificándose como enfermo ejercen por lo común una actitud de persona que necesita afecto, protección por miembros de la familia para de su propia salud psicológica, social o incluso física.

Así pues cuando los médicos se aproximan al enfermo en urgencias como primer encuentro entran en una conversación que si bien no se da con palabras si no de gestos movimientos corporales y actitudes que simbolizan la intención, el enfermo con gestualidades, que algo le molesta, quizás sea dolor, tocándose la parte lesionada, los médicos con postura erguida, denotando seguridad en lo que dicen, utilizando palabras técnicas o como dijo alguna vez un enfermo “medicalizando el discurso”; en esa vida social de los hospitales,

la comunicación no están solo un simple interrogatorio donde se vería a simple vista que el médico únicamente pregunta, es mucho más que eso, es un intercambio de roles, de estatus que construye la identidad de cada uno de los participantes en ese espacio y en ese tiempo en que se esta llevando acabo la conversación.

## 5- AUTOCONCEPTO

“Sea lo que fuere lo que piense, siempre estoy, al mismo tiempo, más o menos consciente de mí mismo y de mi existencia personal. Al mismo tiempo soy yo quien soy consciente; de tal modo que mi total si-mismo... debe tener dos aspectos discriminados, que, para abreviar, denominaremos el mí y el yo. “

William James

La plataforma teórica de autoconcepto del sujeto contemporáneo esta representada por las experiencias subjetivas. Los procesos de interacción del existir particular y socialmente, se van construyendo de acuerdo a la constante evolución de hacer sociedad, que en nuestros tiempos va de la mano



con la globalización, “ nuestra actualidad se concibe así misma a partir de la corrosión de la crítica de la llamada *postmodernidad*, del debilitamiento ideológico y de la autovalidación de la ciencia y tecnología, traducida en transacción material con todo su aparataje progresista” ( Vergara,2003:10).

En la época moderna, la autoconcepción se daba por la racionalidad del ser humano como única herramienta para el conocimiento, se sobrevaluó la palabra cognición tratando de explicar todo a través de procesos cognitivos. Los cambios sociales, como la crisis económica, las nuevas ideologías religiosas, el aumento de la violencia, el reconocimiento a los derechos humanos, intervienen en el descubrimiento constante de autoconocimiento y autoconcepción de si mismo.

Ahora bien, los espacios emergentes que surgen, crean la necesidad de nuevas experiencias, configurando nuevas formas de relacionarse y de modos de vida, tanto individual como colectiva, construyendo nuevas formas de concebirse así mismo como es el caso del enfermo accidentado cuando inesperadamente

llega al hospital, encontrándose con nuevas formas de relacionarse tanto con el trabajador de la salud como enfermos con los que comparte habitación, de ahí surgen las nuevas formas de concebirse así mismo; para comprender bien esto, se hace necesario analizar las siguientes categorías: interacción con su enfermedad y ser enfermo hospitalizado para que podamos comprender ciertos factores que construyen el autoconcepto.

### 5.1 Desarrollo de la concepción de si mismo.

En el proceso de interacción del individuo, no sólo adquiere características de ciertos roles que desempeña, comienza también a experimentar un sentimiento de sí mismo, se empieza a percatar de las reacciones de los otros hacia el, y al mismo empieza a reaccionar frente a sus propias acciones y cualidades personales, de la misma manera en espera que los otros lo hagan.

“A, sabe sobre sí mismo, cuando se ha visto en los ojos de B” ( Deutsh, Krauss:1984:171) En este estudio el enfermo se reconoce así mismo como “ser enfermo”, a partir del *sí mismo* que se relaciona con la nueva estructura de la interacción social en la que se encuentra hospitalizado, tiene que ver con el reconocimiento del individuo por parte de otra gente, es decir, nos vemos reflejados en el otro, nuestra apariencia, modales y actos que reconocemos a través de la información que nos llega de los otros, es por parte de los médicos,

enfermeras, trabajadora social, y por supuesto los demás enfermos que se encuentran hospitalizados junto con el.

La categoría de ser enfermo contiene elementos diversos, para explicar como se construye el autoconcepto del enfermo hospitalizado, porque se describen las tensiones que padece desde el papel del enfermo, es decir, el de un individuo pasivo, muchas veces comparándolo con el de un "interno" en una cárcel donde se le enseña y se le cuida para ser reintegrado a la sociedad. (Goffman: 1972)

#### 5.1.1 Ser enfermo hospitalizado

La comunidad hospitalaria se organiza de manera en que existen dos grupos contrapuestos que son: el personal y pacientes, así es como se refiere a la palabra miembro del hospital, que no existe en el vocabulario de las instituciones de salud cuando se refieren a los enfermos, esta carencia lingüística parece derivar la distinción entre el personal y enfermos, provocando una distancia social entre dos grupos; el enfermo se convierte en un residente dentro de una organización profesional, perteneciendo al hospital, por lo mismo, dependiendo de la autoridad hospitalaria. Pero además el enfermo asume el papel de enfermo en situación dependiente, donde tiene que estar a expensas de lo que le indique el personal del hospital, con toque de resignación aceptan los tratamientos y procedimientos que se le ofrecen en el hospital, incluyendo el dolor.



*El número de mi cama, donde sufrí tanto de dolor y no poderme parar durante varios días*

“Verónica”

El sufrimiento y dolor son aspectos de la enfermedad catastrófica y súbita, como en el caso de un accidente, que amenaza la vida, porque independientemente de que se tenga una enfermedad, también se tiene la sensación de sentirse enfermo, que va relacionado con ese dolor y sufrimiento que mencionan los enfermos.

*preguntarles a que horas me van a operar, cuando lo van hacer, que ya quiero comer, pero no es cosa de ellos, a ellos les agradezco por su gran inteligencia que dios les da, soy yo el que tiene que tener paciencia, mucha paciencia*

Carlos

*Es cuando hay que hacer maña y artimaña, digo, ya le dije a mi esposa que le traiga un regalito, al doctor*

Aquí se describe la manera en que los enfermos se conciben ante el personal hospitalario, hay que recordar que el Hospital tiene una organización de jerarquía rígida, por tanto, en un ambiente autoritario es fácil de comprender la posición del enfermo, dentro de “un sistema con un estricto control lineal de arriba hacia abajo” (Babini:1985) donde el enfermo se encuentra hasta abajo; además, se da cuenta que necesita mostrar sumisión en sus interacciones con los expertos omnipotentes, incluso muchas veces debe de poner su mejor cara para invocar los poderes benévolos del personal (médico, enfermera y trabajadora social).

La adaptación emocional y conductual del enfermo, en respuesta a la hospitalización no se debe de reducir en función de sus síntomas, ni de su condición física, si no en sentido más amplio, en sus formas de encarar los problemas que este nuevo mundo (hospital) le plantea. El separarse bruscamente de su vida cotidiana, lejos de su familia, para pasar de ser una persona activa laboralmente a una persona que depende en todo del hospital, el estar compartiendo su habitación con otras cinco personas que le son totalmente desconocidas, es un proceso psicosocial, que ejerce una influencia sobre la concepción que el enfermo va teniendo sobre él mismo y sobre los otros.

## 5.2 Ser enfermo o estar enfermo

Durante años la medicina había sido solo pura biología aplicada (Lolas: 1997) la medicina actual se ha tecnificado; históricamente se ha considerado que el cuerpo no se trata de algo independiente, más bien esta íntimamente relacionado con el espíritu (alma o mente), “el cuerpo a su vez, no es más que un elemento de un universo de entidades interrelacionadas”

(Moscovici:1987)), en este orden, la enfermedad no es un estado independiente y definible, producido por una causa ni puede diagnosticarse objetivamente en todos los individuos, por tanto, tampoco puede ser curada en cada uno de ellos en forma parecida, así, un médico encontrara un tipo de enfermedad en cada individuo, aunque los componentes generales del cuerpo de éste sean los mismos que los demás.

### 5.2.1 Interacción con su enfermedad

El trabajador de la salud ve al enfermo como una especie de estudiante, a quien hay que ayudar a comprender su enfermedad y enseñar los cuidados que debe tener hacia su cuerpo, así pues, una de las reglas a seguir en la convivencia dentro del hospital, es mostrarles a las personas enfermas como funciona su cuerpo después del accidente, esto convierte al hospital en un centro educativo donde el enfermo es quien recibe las enseñanzas.

#### a) Conocimiento escaso o nulo

Aprender el modo en que funciona el cuerpo en relación con lo que le rodea, como ciertos movimientos, estados de ánimo, entre otros, hace más fácil el reconocimiento de la enfermedad, así como los cambios que puedan existir aprendiendo a interactuar con ella, sin incertidumbre de lo que pueda pasar después.

Fotografía de “Verónica (segunda semana de hospitalización)



*“no me gusta verme, mi herida  
cuando me baño, me da tristeza ver  
como mi cuerpo se esta deformando.”*

El enfermo accidentado llega a menudo a presentar lesiones profundas que van desde cicatrices, malformaciones provocadas por fracturas, hasta pérdida de función corporal (temporal o permanente) y pérdida de miembros físicos (brazos, piernas, manos etc.) por ejemplo “Verónica” a sus 27 años de edad, al ser operado de una Laparotomía Exploradora teniendo lesiones en intestino, su herida en abdomen se encuentra abierta, además tiene una colostomía, que es un orificio que le hacen en el abdomen por donde hace del baño, todo esto cambia su imagen, es decir la nueva imagen corporal que tiene es consecuencia del accidente que tuvo. El individuo entonces se percibe que se esta deformando.

*o sea que ya quiero saber que va a pasar con mi pie, ose*

*a, que me van hacer y eso, ose a, que quiero saber que va a pasar conmigo, con la desesperación de querer salir, aunque sea salir al puro sol porque ora si que aquí da el sol, pero verlo así como afuera, tomar el aire allá afuera no; aunque con los walkman me la paso escuchando puras noticias y algo de música*

Jonathan

(segunda semana de hospitalización)

La información sobre sí mismo, son las reacciones de otros ante él, este arco reflejo, es cuando, el sí mismo-reflejado en los ojos de los otros, así, lo que se sabe de nosotros mismos, es cuando se hace social la experiencia, por ejemplo se necesita información del estado de salud, no solo verbal sino en las actitudes, expresiones corporales, formas en que se da la interacción por parte del otro (el experto), con la persona, en este caso el enfermo, para desarrollar un concepto de sí mismo.

*Pues eso es lo que desespera, porque aunque te dijeran en tres semanas te vas a ir, pero no saber pasa los días pasan uno y no sabes cuando te vas*

Alazkag

(tercer semana de hospitalización)

Lo desconocido causa angustia, por eso Alazkag se angustia al no saber sobre su estado de salud, en este caso la incertidumbre de no saber cuando se va de alta, es decir en cuanto tiempo se va a recuperar, le ocasiona malestar y dificultad para su autoconocimiento.

*Bueno yo no me acuerdo mucho solo se que me pasaron*



*muy rápido y me dormí, hasta que desperté en una camilla con mangueras en mi dedo y mascarilla y todo. Pensé estoy muy grave o que, sentía que no podía moverme, después poco a poco empecé a moverme un poco. Aunque ahí, no me hicieron mucho caso del dolor, el dolor era como punzadas que tenía en mi herida, pero luego mi trajeron aquí en esta cama.*

“Verónica”

La interacción de persona a persona, es un acto social donde existe la identificación del sí mismo con el otro, esto quiere decir que mientras se está identificando con el otro, se aprenden hechos sobre uno mismo, en la interacción del trabajador de la salud con el enfermo, este último se identifica con el personal y se piensa lo importante y lo grande que es su poder para tener la información de la salud de él mismo, dándose cuenta de la posición que tiene en la Institución hospitalaria.

Una relación complementaria está establecida por el contexto social o cultural (como en los casos, madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), complementaria porque fluye información y conocimiento de ambos lados de la relación, así pues el médico debe saber y absorber la relevancia de la información que obtenga en la interacción continua que tiene con el enfermo, al mismo tiempo que debe proporcionar la suficiente información sobre el curso de la enfermedad al usuario de la atención médica. Al no llevar a cabo adecuadamente la entrevista del médico con el paciente, se corre el riesgo de que ambos tengan escasa información, que a su vez tiende a desarrollar un conocimiento según sus propios criterios internos de coherencia y eficacia.

b) conocimiento suficiente

Desde el punto de vista de la medicina académica, la figura del enfermo, esta bajo la consigna de que esta padeciendo y que se tiene que someter al juicio del experto delegando su voz y su discurso al especialista, lo cual supone que el enfermo debiera estar en un desconocimiento total de los síntomas y de la ruta terapéutica médica que se llevara a cabo, pero a medida en que el enfermo se familiariza con su enfermedad, llevándolo al conocimiento de su cuerpo y de su padecimiento, se coloca en una posición más activa en la interacción médico- enfermo, “aún en momentos de gran sufrimiento y desorganización vivencial, se conserva la capacidad de conocer y de decidir” ( Kalinsky, Arrue:1996: 266)

*creo ya se me esta subiendo la presión porque anteayer la tenia alta y ayer baja ,nada más unas punzaditas aquí abajo en la nuca , ya les dije a los doctores y es que cuando les dice uno, casi están todos y ya platican entre ellos con términos médicos y uno no les entiende, uno nada, ni estudiando sabe uno de eso necesitamos tener esa profesión para entenderles, necesita uno palabras del pueblo, que a lo negro le dice negro y a lo blanco,.blanco*

*José Manuel*

- bien pero bien desesperado, es que mira, no me dicen como sigo, cuando me va operar y bueno uno que quieres que piense, hasta hoy en la mañana que el doctor Centellanos me explico que se necesita más tiempo para que me espere, porque tengo que estar más días con el antibiótico para que no se infecte, pero es que si no me dicen como voy ha saber yo, yo no se como los compañeros no se desesperan, yo llevo dos semanas y bueno ellos llevan hasta dos meses, imaginate!, sin salir, sin ver a tus hijo, no, no se puede a sí, ahora esta mi esposa tiene el pase, pero tampoco puede estar. ( Rogelio )

El sujeto ha entrado por sus propios medios la medicina, es decir en la práctica médica ya es necesario integrar el punto de vista del enfermo “el homo patient, dejó de estar satisfecho con el simple alivio de los síntomas, quiso además una explicación de ellos” (Lolas:1997:61), el enfermo y sus familiares dejaron de ser pacientes, para convertirse en personas con derecho no solo a desear, sino a exigir un alivio y conocimiento de su enfermedad, inclusive de sus síntomas, que lo convierte en alguien activo, participativo y con un estatus más alto dentro de la institución de salud.

Hablar del conocimiento de las sociedades actuales y adentrarse en los procesos socialmente contruidos, es un enfoque en el que el análisis social se realiza a partir de la comunicación, del dialogo, de la deconstrucción y de la autocrítica. (Lyotard: 1993), considera que el saber tiene estatus y éste cambia al tiempo que las sociedades entran en la edad postindustrial

## CONCLUSIONES

En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un terreno exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado, y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más riguroso y difuso

Michel Foucault

El centro de interés de este estudio fue el enfermo hospitalizado por un accidente, tomando en cuenta al hospital como estructura sociocultural, así como la naturaleza y el significado del enfermo, que reviste acerca de los problemas relacionados con la identidad, dentro del contexto hospitalario del sector público

Con base en las observaciones, entrevistas realizadas y fotografías se constataron diversas formas de interacción, que se realizan dentro del hospital general, así como, que la condición del enfermo hospitalizado se encuentra en una situación humana pasiva, dada por la misma institución médica dedicada al tratamiento de enfermedades.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital General Balbuena, durante el trabajo inicial de la investigación, obtuvimos un panorama del ambiente de vida para las personas enfermas, mediante notas de campo por medio de observación participante, esta etapa exploratoria me llevó a construir la guía de entrevista semiestructurada (Maria, Mayan:12) y a entrevistas fotográficas que tomaron los propios enfermos en su entorno.

El trabajo de campo, fue un proceso significativo para mi, porque soy empleada de esta institución, cuando inicié la observación participante me fue difícil hacer visible lo que para mí ya era invisible por la cotidianeidad, la etapa fue larga porque me tardé para descubrir cada una de las múltiples interacciones y formas de interactuar en un hospital, en donde yo había estado envuelta durante algunos años, aprendí a mirar de diferente manera a los procesos hospitalarios, pero al final fue enriquecedora la estancia como investigadora y se logró obtener suficiente información de la vida del enfermo, dentro de las salas del hospital, para realizar las siguientes aseveraciones.

a) La Hospitalización del enfermo como medio terapéutico-educativo-correctivo

En la atención de la salud de las personas, la hospitalización, es la mejor forma de interactuar con el sistema institucionalizado de salud, porque es el enfermo quien se acerca al espacio de los empleados del hospital, por tanto, a estos empleados les es difícil comprender en que consiste el proceso de alejamiento de la vida cotidiana del enfermo como persona, al contrario, se aferran en las siguientes ideas :

- 1) La conservación y cuidados del enfermo.- en donde se le considera a la persona enferma como incapaz de cuidarse a sí misma
- 2) Protección de las personas enfermas.- donde se le cuida la función de mantenimiento de la vida
- 3) Diversas formas de intervención al enfermo.- toda clase de tratamiento y formas de exámenes de diagnóstico. (Martínez: 1987)

Además en el hospital existen dos tipos de miembros, el "personal" y los "pacientes", donde la persona hospitalizada se transforma en una especie de habitante en una institución donde su interacción es de encierro, en un medio

controlado. Pues durante el tiempo que estuve realizando la investigación en el hospital, me percaté, que desde el momento en que la persona ingresa al servicio de urgencias, se les retiran sus ropas para colocarles una bata que no es de su talla, y que llevan el nombre de la institución de salud y en el momento de tomar alimentos, estos son de mal aspecto en charolas de plástico, sin opción de pedir otra ración, en cambio al personal se le proporciona otro menú con mejor aspecto servido en vajillas con cubiertos, esto hace más notable la diferencia entre los dos grupos.

El tiempo de hospitalización vuelve extraño lo que antes era familiar; perdiéndose las características del ser "normal", por eso la condición de paciente en sentido restringido apunta hacia las cualidades de "cautividad" después de algunas semanas de estar en cama, cuando el enfermo se levanta por primera vez e inicia la caminata por el cuarto, después por el pasillo, pasa al baño, se asoma por la ventana y ve hacia la calle, va mostrando entusiasmo, con cara de sorpresa, reflejando la libertad de que se puede mover de lugar por si solo, aún así sea con dificultad; y es que no solo es la enfermedad lo que lo limita a realizar algunas actividades, sino por ser confinado legalmente en el hospital, se restringe su status normal de civil, se halla sujeto a la autoridad administrativa del personal", pues no se puede ir de alta voluntaria sin un médico que proporcione su firma; en sentido más amplio, el enfermo es un interno. "*Habitante de un mundo bastante limitado*" (Goffman: 1972:242).

El saber médico institucionalizado se expresa en el sistema oficial de salud, es decir entre otras cosas, que poseen una fuerza jurídica de impugnación respecto de otros subordinados a los que se consideran no- médicos por ejemplo a las enfermeras, técnicos, entre otros, esto refleja la jerarquización lineal y rígida de los hospitales, que se ve aún más con los enfermos, porque la hospitalización resulta un espacio restringido para asegurar la obediencia a las órdenes médicas que debe desplegarse, para ser considerado un buen

“enfermo”, es decir, para ellos la desobediencia es la potencialidad del detrimento de la salud.

Ahora bien, los hospitales del gobierno del Distrito Federal son sistemas de salud con un conjunto de decisiones, en busca de problemas de los necesitados y de personas en posiciones de poder, que buscan trabajo. Esta definición por clínica que sea, es útil para definir dichos hospitales, toda vez que se están hechas para formular siempre un conjunto de metas, relacionadas con el bienestar de otras personas en desventaja, porque no solo son las metas sino los destinatarios, hay sistemas para ciertos grupos, edades o problemas en este caso, es para la población abierta, que son las personas de bajos recursos económicos que no cuentan con otro servicio de salud, por tanto, los hace vulnerables y objeto para la contraparte que esta en posición de poder por tener los medios y mecanismos para gestionar la salud.

b) El enfermo como centro de interacciones sociales en el ámbito hospitalario

El papel del enfermo en el ámbito hospitalario es decisivo dentro de la estructura general, es a quien va dirigido las metas y los objetivos de la institución, las políticas generales, los recursos humanos y materiales son para la disposición del enfermo, es decir la persona enferma es un todo que interactúa con cada uno de los integrantes de la institución de salud, es participante del sistema social del hospital.

La interacción que existe entre el personal y el enfermo dentro del espacio del hospital general Balbuena es un intercambio social construido por ambos, pues desde la manera en que se dirigen cada uno de ellos, discursivamente, en el uso de tecnicismos por el médico o la enfermera, con la persona enferma, se manifiesta el poder que se ejerce hacia el enfermo, se hace notar que ellos

son los expertos. “ellos son los que conocen, ellos son los expertos, no yo<sup>1</sup>”; mencionan en su mayoría las personas que fueron entrevistadas.

Las relaciones personal-enfermos pueden llegar a hacer momentáneamente intensas, pero se mantienen con ciertos límites y se terminan con facilidad, pues a pesar de que la mayoría de los enfermos refieren que se le brinda una buena atención médica y que los médicos y enfermeras están continuamente atendiéndolos, no saben el nombre del médico quien los operó, no saben el nombre de las enfermeras y mucho menos el de la trabajadora social porque algunos refieren no conocerla, es decir, viven su profesión lejos del enfermo.

La masificación de la atención de la salud en las instituciones y las actividades rutinarias de las disciplinas, alejan al trabajador de la salud cada vez más del enfermo, el exceso de actividades que realiza el médico y la enfermera incluyendo el de enseñanza a los médicos Residentes que se están capacitando para ser médicos especialistas, propicia que se concentre la atención en el alumno y se deje de ver al enfermo como persona y se observe como una enfermedad. Permitiendo a los estudiantes de licenciatura o de especialidad que realicen gran parte del trabajo del hospital.

El enfermo es quien interacciona con cada uno de los integrantes del personal del hospital, sin embargo las interacciones tienen una tendencia dominante de no-igualdad, el médico, la enfermera, la trabajadora social, el camillero y así cada uno de los integrantes del personal que labora en el hospital tutea al enfermo, pero si el enfermo tutea al resto del personal, este lo considera como irrespetuoso y mal enfermo, además al enfermo se le puede formular preguntas de toda índole, desde sus síntomas hasta de su conducta sexual y moral pero a él no se le permite que pregunte sobre la vida del médico, de la enfermera o de la trabajadora social, es decir hay una aceptación moral de determinadas

---

<sup>1</sup> texto de las entrevistas realizadas en el trabajo de campo en el hospital general Balbuena (noviembre del 2004)



reglas de relación, donde la comunicación manifiesta una subordinación propias del enfermo.

### c) Una medicalización del discurso Médico

Se hace cada vez más evidente que el campo de la salud, es un campo simbólico en el cual las teorías mundanas y expertas comparten algunos símbolos y signos. La salud y la enfermedad son “construidas” de diversas formas por las ciencias biomédicas, por los que padecen enfermedades, por los amigos y familiares de los enfermos, cada quien con sus perspectivas de construcción, lo cierto es que mientras se celebran los éxitos de las investigaciones biomédicas, se destacan sus limitaciones e insuficiencias, porque no todos pueden acceder a ellas por su alto costo y por que no brinda la suficiente satisfacción.

En el pasaje desde el laboratorio a la cama del enfermo, se encuentran innumerables desviaciones, las profesiones llamadas de la salud en verdad son profesiones de la enfermedad.

Toda disciplina puede concebirse como un discurso y todo discurso como el lugar de encuentro entre un hablante, y un conjunto de símbolos usados en el intercambio social, es decir el uso de tecnicismos médicos propios de una profesión como es la medicina, es en realidad un discurso que construye una disciplina, con esto quiero decir que las palabras técnicas de un saber-hacer, va dirigido para mostrar al otro que se tiene “un saber experto, que no es puro acto ni tampoco pura idea” ( Lolas:1997:31) con esto se ilustra que no es proceso cognoscitivo, sino es esencialmente social, donde enaltece la posición del experto que en verdad es la posición del poder sobre el enfermo que nada sabe de su enfermedad.

Existe una relación entre un léxico especial que usan los médicos y el resto del personal del hospital con una postura de poder ante el usuario del hospital,

cuando sin tomar en cuenta a los enfermos y enfrente de ellos, realizan diálogos con el uso de tecnicismos, que pareciera que el enfermo es invisible, y que en estos diálogos entre médicos, están decidiendo el rumbo del tratamiento del propio enfermo que se encuentra en frente, esta es una práctica usual en las salas del hospital, es decir el quehacer médico se ha confundido con todo un sistema de discurso del poder saber, pero que no conforta al enfermo porque se desvincula de él, pues las personas enfermas que se entrevistaron, refieren que no se les toma en cuenta, se sienten invisibles en ese sistema de salud, el medicalizar el discurso ante el usuario del hospital solo esta reflejando una postura deshumanizante, irrespetuoso hacia las personas.

El discurso técnico-científico no solo es propio del médico sino también de las enfermeras, de la trabajadora social, del técnico hasta del camillero y del personal de intendencia como necesidad de legitimizar una profesión o de un trabajo como es el caso del camillero y del personal de intendencia, porque solo los trabajadores de la salud “lo podrán entender” excluyendo al usuario y al familiar de este.

#### 4.- El enfermo con una identidad zigzagueante

La permanencia de la persona en el hospital implica mucho más que el simple hecho de poner la enfermedad al alcance del tratamiento, se dan cambios sociales y físicas que el enfermo experimenta durante su hospitalización, intervienen en el descubrimiento constante de autoconocimiento y autoconcepción de sí mismo.

A medida que evoluciona a través del tiempo, el enfermo adquiere un rol organizacional donde se le exige una adaptabilidad al lugar, se le otorga una posición social en su carácter de miembro de una clase, que por cierto es la más subordinada del hospital, olvidando los valores, modalidades de funcionamiento cognoscitivo de “defensa del yo” (Goffman:1982)

Lo cierto es que el resultado de su estadía, teniendo en cuenta los complejos problemas de adaptación, lo vulnerable que se encuentran por las maneras de

interactuar con el demás personal que lo subordinan, presenta, modificaciones de puntos de vista de identidad.

La persona enferma desde que llega al servicio de urgencias cede en cierta medida sus derechos civiles, esperando protección del propio hospital, pues ingresan en una época de crisis corporal y el hospital los atiende hasta que salgan de la emergencia.

Durante la hospitalización el enfoque de recuperación no existe, tampoco se le ayuda al enfermo a tratar eficazmente con su ambiente social, que lo colocan dentro de los límites del deterioro de su yo, por lo cual el enfermo tal vez se considere así mismo como material inerte que se moldea o como recipiente vacío que se llena con nuevos conocimientos o nuevas virtudes porque tener el papel pasivo, aunado a que el personal se da a la tarea de provocar el cambio a la persona enferma como materia prima para convertirlo en objeto útil, es decir la materia prima sería su personalidad donde el equipo de salud se encarga de transformar, cuando le da indicaciones de cuando y como dormir, que comer, cuando y cuanto debe caminar y hasta donde puede hacerlo, que no debe hablar fuerte ni reír a carcajadas, ni decir "malas palabras" de acuerdo a la moral del trabajador de la salud que se encuentre en ese momento, simplemente en las revisiones médicas enfrente de los demás enfermos que trasgreden el pudor, el vestido con ropas inusuales, que hacen que a la persona enferma se le quita el control sobre su ambiente.

Cuando el enfermo se encuentra ya hospitalizado no solo debe aprender a interactuar con el personal sino también con su entorno, la falta de confort físico por ejemplo las ventanas del hospital aunque son grandes con una información ambiental apropiado donde se llega a observar paisajes arbolados, sin embargo, estas ventanas están enrejadas, con persianas que no funcionan, por tanto conllevan a aumentar el estrés de estar encerrados como prisioneros, aunado con el ruido propio de todo hospital, el constante paseo de muchas personas enfermas, familiares y trabajadores, el ruido de la máquina de escribir que usan los médicos para hacer sus notas en el expediente, los quejidos ensordecedores

de otros enfermos, también son generadores de estrés, pero nada se puede hacer contra eso porque cuando el enfermo se queja le mencionan que es un hospital para enfermos y no un club vacacional, así que el enfermo tiene que adherirse a las normas que lo hace no solo sobre presiones externas sino también por adherirse a las reglas, aspiraciones y adaptabilidad al lugar por parte de los demás enfermos.

Dentro del ambiente físico, el conjunto de imágenes del hospital, "la cama" es un elemento que al enfermo le simboliza el estatus de persona que se halla en situación de dependencia y de recibir cuidados en el cual se localizan los esfuerzos terapéuticos del personal.

La familia juega un papel, importante por lo que simboliza, la hospitalización en ciertos aspectos es un proceso de socialización muy similar al que sufre un niño dentro de la familia, el hecho que el enfermo tome al personal como protectores y se deje que se ejerza poder sobre él, expresa esa necesidad afectiva de la persona enferma, por lo cual sería necesario que el contacto con el familiar fuera mayor. Esta falta de terapia afectiva por parte de familiar, se refleja aún más con la ausencia de trabajo social, por ser el empleado quien se encarga de gestionar las visitas y la permanencia del familiar con el enfermo.

La rutinización de los procedimientos de tratamiento, la demora y falta de sensibilidad en los trámites burocráticos, así como el trato impersonal por parte de los Empleados del hospital hacen al enfermo ocupante de una posición subordinada dentro de una estructura social, con un conjunto de expectativas, normas e influencias sociales que inducen una definición del rol, un rol de persona no activa, que debe esperar que los expertos de la salud tomen decisiones no solo de su propio cuerpo sino hay veces que su propia vida, logrando la despersonalización del enfermo, incluso mutilación al algunos elementos identitarios de la persona por el singular descuido por parte del sistema hospitalario hacia el usuario.

## Referencias bibliográficas

- Amarty A sen  
*La razón antes que la identidad*  
Editorial Vuelta  
México, 2000
- Bastide R.  
*Sociología de de las enfermedades mentales*  
Siglo XXI editores, México,1983
- Blumer, J  
What is wrong with social theroy?,  
*American Sociological Review*, 19, 1954, 3-10
- Bourdieu P.  
La dominación masculina  
Editorial Seuil  
Paris, 1998
- De la cuesta C. compiladora  
*Salud y Enfermedad*  
Universidad de Andomia  
Colombia 1999
- Deutsh, K  
*Teorías en Psicología social*  
Editorial Paidos, México, 2001
- Martínez J.  
*La medicina científica en el siglo XIX mexicano*  
Fondo de cultura Económica  
México 1987
- Foucault M.  
*Historia de la locura en la época clásica Vol. 1*  
Editorial de cultura Económica  
México,1972
- Foucault M.  
*Historia de la locura en la época clásica Vol. 2*

Editorial de cultura Económica  
México, 1972

Foucault M  
*El nacimiento de la clínica : una arqueología de la mirada médica*  
Editorial siglo XXI editores  
México, 1983

Fitzpatrick et al.  
*La enfermedad como experiencia*  
Fondo de cultura Económica,  
México 1990

Lozano, Miramontes, Sánchez, y Zavala  
*Metodología de la investigación: una introducción*  
Ediciones SPAUAZ  
2002

Goffman E.  
*Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*  
Amorrortu editores Buenos Aires, 1972

Goffman. E.  
*La presentación de la persona en la vida cotidiana.*  
Amorrortu editores, Buenos aires, 1994

Goffman, E.  
*Estigma, la identidad deteriorada*  
Editorial Amrrortu editores, Buenos Aires, 1963

Hayward M.  
*Historia de la medicina*  
Editorial Fondo de cultura económica  
México, 1956

Gadamer H.  
*El estado oculto de la salud*  
Editorial Gedisa  
México, 1993

Babini F.  
*Historia de la medicina*

Editorial gedisa  
España,1985

Guyotat I.  
*Estudios de antropología psiquiátrica*  
editorial de fondo cultura economica  
México,1994

Moscovici y Mugny  
*Poder conversación y Cambio*  
España, 1987

Levinson, Gallagher  
*Sociología del enfermo mental*  
Amorrortu editores Buenos Aires, 1964

Martina J. Compiladora  
Evaluación Psicológica en el campo de la salud  
Editorial Paidós  
1996

Pélicier, Yves  
*Historia de la Psiquiatría*  
Editorial Paidós,  
México, 1971

Lara y Mateos  
Medicina y cultura  
Plaza y Valdez, editores. México  
1994

Lolas, F.  
*Más allá del cuerpo*  
Editorial Andres Bello,  
Santiago de Chile,1997

Pérez J. Compiladora  
*La Identidad: Imaginación Recuerdos y Olvidos*  
CIESAS, México, 1995

.Price A.  
*Tratado de Enfermería*  
Editorial interamericana  
1984, quinta edición, U.SA.

Vergara J. (2001)  
*Identidades, subjetividades y cambios*  
Revista de Psicología y Ciencias Sociales "praxis"  
Año 3, Vol.05, Santiago de Chile 2003

Viveros G.  
*Hipocratismo en México*  
Universidad Nacional Autónoma de México  
México, 1994

Zimmerman,D.H.,  
On conversation: the conversation-analytic perspective.  
Nueva york. (1988).