



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
METROPOLITANA**  
*Iztapalapa*

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**UNA VISIÓN DESDE DENTRO:  
LA EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO EN EL  
PROCESO DE RECUPERACIÓN DE LOS  
PACIENTES ACCIDENTADOS.**

No. REGISTRO: 03-2007-031411342500-01  
TÍTULO : UNA VISION DESDE DENTRO: LA  
EXPERIENCIA DEL PADECIMIENTO EN EL PROCESO  
DE RECUPERACION DE LOS PACIENTES  
TIPO TRAMITE : REGISTRO DE OBRA  
PRESENTACION: **ENGARGOLADO DEL  
DERECHO DE AUTOR**



**TESINA QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LIC. EN PSICOLOGÍA SOCIAL  
PRESENTA:  
ELIZABETH TRUJILLO JIMENEZ**

**DIRECTORA:**

DRA. MARTHA LILIA DE ALBA GONZÁLEZ

*Martha de Alba*

**ASESOR:**

MTRO. JORGE MENDOZA GARCÍA

*Jorge Mendoza*



México, D. F. Enero 2007

---

---

*AGRADECIMIENTOS*

---

---

---

---

## AGRADECIMIENTOS

*Agradezco profundamente a mi directora de tesina, la Dra. Martha de Alba González, por su profesionalismo, entrega y compromiso con mi proyecto, por sus comentarios y observaciones que, sin duda, fueron de gran ayuda para el desarrollo de dicho trabajo; al igual que agradezco al Maestro Jorge Mendoza García, mi asesor de tesina, por estar presente durante el transcurso del año de investigación.*

*A los profesores de la universidad que me dieron la oportunidad de crecer y desarrollarme profesionalmente, por la formación y disciplina que sembraron en mi persona durante el tiempo que curse la carrera y que, seguramente, serán de gran utilidad en mi vida profesional y personal.*

*También y de manera especial agradezco a mi profesora la Dra. Gloria Elizabeth García Hernández, a quien sin duda le tengo una gran admiración, respeto y cariño, porque fue ella quien me enseñó a entender y disfrutar la carrera, fue precisamente su vocación, pasión y compromiso a la docencia lo que logró acercarme y encontrar el sentido a la que será orgullosamente en un futuro mi profesión.*

*Quiero externar mi agradecimiento al personal del Hospital General Balbuena, por las facilidades que me otorgaron para la realización de este trabajo de investigación, por permitirme vivir una experiencia que sin duda marcó indiscutiblemente mi formación como Psicóloga Social, especialmente reconocer a los pacientes del Hospital General Balbuena por colaborar para la realización de este trabajo, que sin su apoyo no hubiese sido posible llevar a cabo dicho sueño y a quienes les estoy profundamente agradecida por compartir su experiencia en un momento crítico de sus vidas.*

---

---

---

---

*Agradecer a Jorge A. De la Concha Alcántara, “mi bicho”, pues sin su amor, acompañamiento, paciencia y comprensión no hubiera logrado conseguir esta meta, por permitirme disfrutar de su amor y compañía, pues al igual que la pintura y la música clásica, ha hecho que mi vida sea mucho más hermosa y grata.*

*Por último, agradecer a mi familia y de manera especial a mis padres Inocencio Trujillo Urquiza y Felicita Jiménez Antonio, por darme la oportunidad de nacer, crecer, y vivir plenamente, por sus consejos y regaños, por su compañía y amor incondicional, agradecerles por creer y depositar su confianza en mí siempre, por ayudarme a lograr todos mis anhelos, por su paciencia y quienes por siempre llevaré en mi memoria y tienen mi amor verdadero, a ellos dedico y entrego este trabajo como muestra de mi agradecimiento a su larga espera...*

*Gracias.*

---

---

## Sumario

En México diversos estudios muestran que los accidentes constituyen una de las tres principales causas de muerte y que la población económicamente activa entre 15 y 64 años de edad es la más vulnerable. Se trata de jóvenes adultos en pleno crecimiento profesional y productivo y un accidente en este momento de sus vidas, puede trastocarlos desencadenando una serie de consecuencias para su desarrollo físico, emocional, psicológico y social.

La presente investigación tiene como principal objetivo, dar a conocer la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación de los pacientes accidentados, esta problemática ha sido un tema poco tratado en el ámbito de la salud y de las ciencias sociales. De esta manera, el accidente será estudiado como un fenómeno multifactorial en el que intervienen aspectos no sólo relacionados con las alteraciones físicas y psicológicas comunes del trauma, sino también, el aspecto subjetivo de quienes lo padecen y son afectados directamente por dicha problemática.

Es importante resaltar que esta investigación pretende aportar una perspectiva diferente sobre este fenómeno apoyado por distintas corrientes teóricas de la Psicología Social. Sólo así, lograremos que los fenómenos que atañen al aspecto de salud dejen de ser vistos como un tema exclusivo de la psicología clínica, la psiquiatría o la medicina.

La información presentada en esta investigación está sustentada en los relatos de 10 pacientes del Hospital General Balbuena. El análisis de contenido de las entrevistas arrojó aspectos que fueron fundamentales para la elaboración de categorías, pues nos ofrecieron un marco interpretativo vasto.

**Abstract**

According with several studies in Mexico, Accidents are one of the three main causes of death among economically active people. The most vulnerable population is between 15 and 64 years old. We are talking of young adults in full professional and productive growth and an accident in this moment of their lives will not only change their professional development but it will also bring along very serious physical, emotional and psychological consequences.

The main purpose of this research is to show the suffering experience of accident victims through the recuperation process. This problematic has not been thoroughly discussed in the social sciences and health fields. Considering this, the accident will be studied as a multi-factor phenomenon in which several aspects take place, not only related with physical and/or psychological alterations within the trauma, but also with the subjective aspect of those who are affected by this problematic.

It is very important to point out that this survey pretends to give a different perspective about this problematic, based on several theoretical currents of Social Psychology. Only in this way, we will attain that the phenomena, only related with health, stop being considered as exclusive themes of psychology, psychiatry or medicine.

The data presented in this investigation are sustained with the information given by 10 patients from the Hospital General Balbuena. The content analysis threw out aspects that were fundamental in elaborating the categories, since they provided an immense interpretative framework.

Índice	
<b>SUMARIO</b> .....	<b>5</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>EL PACIENTE ACCIDENTADO Y SU PADECIMIENTO</b> .....	<b>13</b>
1.1 DEFINICIÓN DE PADECIMIENTO .....	13
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA POSITIVA</b> .....	<b>18</b>
2.1 ANTECEDENTES: EL NACIMIENTO DE UNA NUEVA DISCIPLINA .....	18
2.2 PRINCIPALES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	21
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>RESILIENCIA. UN NUEVO ENFOQUE EN EL CAMPO DE LA SALUD Y LAS CIENCIAS SOCIALES</b> .....	<b>26</b>
3.1 ANTECEDENTES .....	26
3.1.1 <i>Primer momento conceptual</i> .....	26
3.1.2 <i>Segundo momento conceptual</i> .....	27
3.2 PRINCIPALES COMPONENTES.....	28
3.2.1 <i>Factores de riesgo</i> .....	28
3.2.2 <i>Factores protectores</i> .....	29
3.3 COMENTARIOS FINALES .....	30
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>SOCIOLOGÍA DE LA VIDA COTIDIANA</b> .....	<b>31</b>
4.1 LAS ESTRUCTURAS DE LA EXPERIENCIA HUMANA.....	31

**CAPÍTULO V**

<b>NARRATIVAS Y RELATOS DE VIDA.....</b>	<b>36</b>
5.1 LA IMPORTANCIA DE LA NARRATIVA Y LOS RELATOS DE VIDA.....	36

**CAPÍTULO VI**

<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>40</b>
6.1 JUSTIFICACIÓN.....	40
6.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	41
6.3 OBJETIVO GENERAL.....	42
6.3.1 <i>Objetivos específicos</i> .....	42
6.4 POBLACIÓN.....	42
6.4.1 <i>Criterios de Inclusión</i> .....	43
6.4.2 <i>Criterios de Exclusión</i> .....	43
6.4.3 <i>Criterios de Eliminación</i> .....	43
6.5 MÉTODO.....	44
6.6 ESCENARIO.....	44
6.7 DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL.....	45
6.7.1 <i>Cobertura poblacional del hospital</i> .....	45
6.8 PROCEDIMIENTO.....	46
6.8.1 <i>Técnicas de recolección de datos</i> .....	46
6.8.2 <i>Instrumentos de recolección de datos</i> .....	48
6.9 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	49

**CAPÍTULO VII**

<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS.....</b>	<b>84</b>
7.1 ANÁLISIS DE DATOS.....	84
7.1.1 <i>Sistema de categorías</i> .....	84
7.2 PRIMERAS IMPRESIONES Y ESTADOS EMOCIONALES DEL PACIENTE ACCIDENTADO (SITUACIÓN PERSONAL, AFECTIVA Y EMOCIONAL).....	85
7.3 CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS Y RELACIONES INTERPERSONALES (RELACIÓN PACIENTE-PACIENTE).....	90
7.4 UNA NUEVA IDENTIDAD.....	94
7.4.1 <i>De paciente accidentado a paciente estigmatizado</i> .....	94
7.5 DEL ENCIERRO A LA DESESPERACIÓN.....	99
7.6 DEL ACOMPAÑAMIENTO AL OLVIDO Y OTROS FACTORES (SITUACIÓN FAMILIAR).....	101
7.6.1 <i>El papel de la familia y otros grupos externos en el proceso de recuperación del paciente accidentado</i> .....	101
7.7 LA FE ANTE LA ADVERSIDAD (RELIGIÓN).....	107
7.8 DEL DOLOR A LA REFLEXIÓN Y CAMBIO (PERSPECTIVAS FUTURAS).....	110
7.9 EL MUNDO SOCIAL HOSPITALARIO.....	111
7.9.1 <i>La condición del paciente accidentado dentro del hospital (Relación paciente-institución)</i> .....	111
7.9.2 <i>La importancia de la relación médico-paciente</i> .....	113
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>118</b>



---

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>123</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>127</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO A.....	131
<b>GUIÓN DE ENTREVISTA</b> .....	<b>131</b>
ANEXO B.....	135
<b>HISTORIA DEL HOSPITAL GENERAL BALBUENA</b> .....	<b>135</b>
ANEXO C.....	146
<b>NOTAS DE CAMPO</b> .....	<b>146</b>
ANEXO D.....	191
<b>ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (IMSS)</b> .....	<b>192</b>
<b>PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (SSDF)</b> .....	<b>195</b>

## Introducción

El principal propósito de esta investigación es conocer la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación desde la visión de los pacientes accidentados. Para ello fue necesario adoptar un enfoque fenomenológico que me permitiera ocuparme más en la comprensión de las vivencias y los significados, es decir, saber qué y cómo experimentan y dan sentido los pacientes accidentados a sus acciones y su mundo en el proceso de recuperación, que ocuparme únicamente de las causas y efectos físicos y patológicos comunes del trauma.

Fue así como encontré en los cimientos de la sociología de la vida cotidiana de Alfred Schutz, quien retoma de la sociología comprensiva de Max Weber el estudio de la *acción social*, que no es otra cosa que el significado que los individuos dan a sus actos, junto con la fenomenología de Edmund Husserl de donde adopta la idea de la *actitud natural*, es decir, el espacio donde las personas se desarrollan e interactúan con los demás; la vida cotidiana (Alvarado y Garrido, 2003), la forma para entender, explicar y conceptualizar el padecimiento en todas sus formas y manifestaciones.

Presentar el *Yo accidentado* es el objetivo de esta investigación, pero también, son puntos centrales conocer las causas y las condiciones que acompañan al paciente accidentado a lo largo del proceso de recuperación, así como las relaciones a las que se encuentra expuesto en un tiempo establecido, la influencia que ejerce su presencia en los otros en un contexto determinado y las maneras como vive y enfrenta el padecimiento desde el marco de una institución social, en este caso en particular: el hospital general.

Este enfoque, evita caer en modelos esquemáticos y reduccionistas, donde en la mayoría de los casos sólo focalizan y advierten los terribles síntomas y daños físicos y psicológicos que un sujeto accidentado pueda contraer al estar expuesto a una experiencia traumática, efectos que en su mayoría son asumidos bajo la lente indirecta de los expertos de la salud y la propia población en general (Vera, 2004), dejando a un lado las dimensiones sociales, culturales y/o comunitarias, pero también, y tal vez la más importante, el aspecto subjetivo de quienes padecen y son afectados directamente por dicha problemática.

Esta investigación se presenta en tres partes, la primera habrá de comenzar presentando las bases teóricas que sirvieron como apoyo para el desarrollo de la presente investigación. Iniciará con una rápida revisión introductoria sobre el concepto de padecimiento desde el punto de vista de la antropología médica, posteriormente, se hablará sobre el surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva (disciplina de reciente aparición en el campo de la salud y de las ciencias sociales), ahondando en sus antecedentes teóricos, así como en sus principales aportaciones y líneas de investigación en el campo de la salud y de las ciencias sociales.

El concepto de resiliencia, proveniente de la psicología positiva también forma parte del marco teórico de esta investigación, dentro de este apartado, se mencionarán sus antecedentes conceptuales, sus principales exponentes, su desarrollo y aplicación desde sus inicios hasta la actualidad en las distintas investigaciones, asimismo su relación con la Psicología Positiva y principales componentes. Aunque es clara la importancia de la Psicología Positiva y el concepto de resiliencia para el desarrollo de la presente investigación, cabe mencionar, que no es un interés particular hacer una revisión exhaustiva sobre los temas, por lo que su presencia dentro del contenido de esta investigación, se delimitará únicamente a servir para la introducción y comprensión del marco teórico mismo.

Posteriormente la sociología de la vida cotidiana de Alfred Schutz (máximo representante de este enfoque fenomenológico), será central para el análisis y comprensión de esta investigación. Es mediante la comprensión y la interpretación como principales recursos de la fenomenología, como podemos hacer un estudio directo y explícito de las experiencias subjetivas de los actores sociales, en este caso de los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación. Es desde el punto de vista fenomenológico, como será posible comprender e interpretar una gran cantidad de aspectos subjetivos y existenciales que los actores sociales (pacientes accidentados) le otorgan a la experiencia de vivir con uno o más padecimientos como consecuencia de sufrir un accidente, sin embargo, no podríamos lograr tal comprensión sin la ayuda de la narrativa o historias de vida. Captar la voz de quienes han sido víctimas de un accidente, permite examinar mediante el lenguaje, cómo perciben, organizan, interpretan y responden a una serie de cambios físicos, pero a su vez, emocionales, psicológicos y

sociales durante el proceso de recuperación, pues sin duda, para llegar a la comprensión de tal experiencia subjetiva, necesitamos del relato mismo, pues los procedimientos narrativos dan sentido y orden social al mundo de la vida cotidiana.

La segunda parte de esta investigación, presenta de manera clara y ordenada todo lo referente a la metodología aplicada: preguntas de investigación, justificación, planteamiento del problema, objetivos generales y/o específicos, características de la población, método a utilizar, descripción detallada del escenario, ubicación, procedimiento, técnicas de recolección de datos (trabajo de campo), instrumentos, selección de la muestra, datos socioeconómicos y características generales de los pacientes accidentados, entre otros datos.

Por último, el trabajo concluye con una tercera parte correspondiente al análisis de resultados donde de manera general, se expondrán aquellos aspectos (categorías iniciales) que la investigación arrojó como ejes principales y que por su naturaleza misma deben tener una mención especial dentro de esta investigación: situación socioeconómica, situación personal, afectiva y emocional (primeras impresiones y estados emocionales del paciente accidentado), construcción de espacios y relaciones interpersonales (relación paciente-paciente), situación familiar (el papel de la familia y otros grupos externos en el proceso de recuperación), religión (la fe ante la adversidad), perspectivas futuras del paciente accidentado (del dolor a la reflexión y cambio), medio social hospitalario (relación médico-paciente, relación paciente-institución).

Es importante recordar que el objetivo de la presente investigación, es analizar la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación de los pacientes accidentados de forma integral, es decir, tomando en cuenta aspectos subjetivos y socioculturales.

## Capítulo I

### **El paciente accidentado y su padecimiento**

Lo que determina la conducta del enfermo no es tanto la enfermedad como el padecimiento.

Ramón de la Fuente, 1992.

#### 1.1 Definición de padecimiento

La experiencia del *padecimiento*, desde el punto de vista de los profesionales de la salud, ocupa un papel importante además de convertirse en un concepto central para su análisis e investigación dentro del campo salud-enfermedad. Frente a tal postura diversos investigadores (particularmente aquellos interesados en trabajos enfocados en Salud Pública), han promovido y prestado mayor atención, desde este campo de estudio, a la investigación *social* cualitativa que, actualmente, se desarrolla en casi todas las disciplinas y subdisciplinas (antropología, sociología, psicología social, etc.) de las ciencias sociales.

La investigación *social* cualitativa comienza a tener presencia y difusión en el campo médico hasta la década de los años noventa (Mercado, Villaseñor y Lizardi, 1999-2000), desde entonces, ha ido ganando terreno y su presencia y aplicación en el ámbito de la salud (principalmente explorando las experiencias, percepciones y sentimientos de quienes padecen o son afectados directamente por alguna enfermedad terminal o *padecimiento* crónico) ha aumentado al grado de parecer actualmente a la ciencia médica (y sus miembros) una propuesta novedosa y revolucionaria.

Esta aproximación teórica-metodológica ha llevado entre otras cosas, a la reformulación de conceptos y programas (de atención, prevención y promoción primaria) que, durante años, el modelo biomédico<sup>1</sup> mantuvo y desarrolló en el campo salud-enfermedad, los cuales destacan por su enfoque médico-centrista<sup>2</sup>. Ante esta postura

---

<sup>1</sup> Enfoque organicista, patologista e individualista de los problemas relativos a la salud física, mental y social, y caracterizado por una forma de relación médico-paciente directiva, asimétrica, vertical, de monopolio del poder y del saber médico sobre una persona paciente y pasiva (Cantera, et al., 2004, p. 302).

<sup>2</sup> La mayoría de los estudios sobre el cumplimiento del tratamiento médico y el control metabólico, de acuerdo a numerosos señalamientos, asumen una visión parcial y reduccionista, al adoptar una postura médico-centrista en la cual la perspectiva del médico se coloca como el eje central del diagnóstico y de la atención de la enfermedad (Mercado, Robles, Ramos, et al., 1999, p. 181).

clínica, los procesos de salud-enfermedad (vistos como un fenómeno exclusivo de la medicina) obedecieron fundamentalmente al estudio de factores biológicos, químicos, físicos y orgánicos, desarrollando paralelamente, una visión pesimista y limitada del enfermo y su *padecimiento*, olvidándose de aspectos sociales y subjetivos del mismo.

En este contexto en particular, surgen nuevas propuestas metodológicas que, entre sus características esenciales, proponen y comprenden un conjunto de elementos subjetivos y existenciales, dicho de otra forma, se interesan por explorar la experiencia de la enfermedad o del *padecimiento* (sentimientos, pensamientos, percepciones, emociones y/o estados de ánimo) desde el punto de vista de sus protagonistas, Villaseñor, (1999-2000) subraya:

*“...quien pretenda realizar investigación cualitativa en salud, habrá de ponerse en el punto de vista del objeto, esto es, del enfermo o del sano; para entender cómo su realidad es vivida y afrontada, habrá de preguntarse, mirando más allá de las definiciones, qué consecuencias tiene una enfermedad para el sujeto y qué comportamiento está suscitando en los esquemas establecidos de prevención, diagnóstico y tratamiento, cualesquiera que éstos sean.” (p. 3)*

En este sentido, la experiencia del *padecimiento* se ha convertido en un fenómeno social de gran interés para la comunidad científica, particularmente por su aproximación al estudio de las enfermedades crónico degenerativas<sup>3</sup>, pero y sobre todo, por su estrecha relación con factores personales, sociales, psicológicos, económicos y culturales, dando origen al desarrollo de múltiples líneas de investigación y una diversidad de interpretaciones en torno al concepto resaltando de manera clara, la distinción entre la enfermedad y el *padecimiento*.

De esta manera adoptando la visión de la antropología médica, el término de enfermedad “...alude a las anomalías en la estructura y/o función de los órganos o sistemas, así como a los estados patológicos, sean o no reconocidos culturalmente. En cambio, se entiende por *padecimiento* la forma como los sujetos y/o miembros de su red

---

<sup>3</sup> En el campo de la salud existe preocupación por el creciente aumento de las enfermedades crónicas, es decir, de los padecimientos incurables. Ello, en gran parte, deriva del hecho de que numerosos enfermos logran sobrellevar sus males durante décadas, y al prolongar su vida demandan una atención permanente y adecuada (Torres, 2002, p. 1).

*social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la misma” (Mercado; Robles; Ramos; et al., 1999, p. 182).* Otros autores en cambio, consideran que el concepto de *padecimiento* se caracteriza por describir en materia de salud-enfermedad, aspectos sociales y estados afectivos que, cada individuo expresa durante el tiempo que es afectado por la enfermedad: *“El padecimiento incluye la atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones” (Kleinman, 1980 citado en Torres, 2002, p. 2); además,” hace referencia a sus dimensiones culturales” (Comelles y Martínez, 1993 citado en Torres, 2002, p. 2).* Por su parte De la Fuente (1992) menciona: *“...es necesario que el médico tenga advertencia clara no sólo de la enfermedad, cuyos síntomas y signos trata de identificar, sino del padecimiento, es decir, la forma como el sujeto experimenta su enfermedad y el significado que le atribuye; es decir, su respuesta como persona” (p. 26).*

En este caso en particular, y por el interés que ocupa esta investigación, es retomado el concepto de *padecimiento*, para referirme de manera exclusiva al *padecimiento* que presentan los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación, pues sin duda, desde el momento mismo de sufrir el accidente, la persona directamente involucrada percibe, organiza, interpreta y responde a una serie de manifestaciones y efectos (emociones, sensaciones y estados de ánimo), que estarán presentes durante el proceso de recuperación como consecuencia del accidente mismo y sus lesiones (el accidente o proceso traumático como lo llaman algunos, es un evento repentino e inesperado y generalmente se presenta de manera dramática y confusa).

Sin embargo, es importante mencionar, que el *padecimiento* no involucra únicamente aspectos que tengan que ver con efectos físicos, es decir, la presencia de cambios en la apariencia física o alteración de los sentidos, también contempla una serie de eventos o aspectos sociales derivados del mundo y de las relaciones significativas que el paciente accidentado mantenga con los integrantes de su red social<sup>4</sup> más cercana (familia, amigos, conocidos, etc.), esto hace referencia a la importancia de las

---

<sup>4</sup> Conjunto de relaciones sociales que existen en una comunidad o en torno a un tema específico con el que se trabaja. Éstas se expresan mediante la construcción de mapas sociales en los que se expresan dichas relaciones y se observan sus características (Cantera, Herrero, Montenegro, et al., 2004, p. 304).

dimensiones culturales y sociales para entender, explicar y conceptualizar el *padecimiento* en todas sus formas y manifestaciones durante el proceso de recuperación.

*“La enfermedad es vista como el mal funcionamiento de procesos biológicos y psicofisiológicos sin incluir el conjunto de reacciones personales y culturales ante la enfermedad, es decir, el padecimiento: la experiencia del enfermo siempre fuertemente moldeada por los factores culturales que orientan la percepción, la conceptualización, la explicación y la evaluación de la experiencia, incluyendo las expectativas del enfermo”*  
(De la Fuente, 1992, p. 199).

La trayectoria del padecimiento la asumo entonces, como un proceso que se presenta desde el inicio de los síntomas que surgen como consecuencia del accidente, pasando por las intervenciones quirúrgicas, el tratamiento y alivio de las lesiones físicas, hasta llegar al momento de la rehabilitación como fase terminal, propiciando la salud satisfactoria y total del paciente accidentado. En el proceso de recuperación, la atención se focaliza principalmente en quien se encuentra padeciendo los daños y lesiones físicas, psicológicas y emocionales, como consecuencia del accidente.

Es necesario considerar que el paciente accidentado es el protagonista de este proceso, su urgente necesidad por organizar y reconstruir su mundo como resultado de vivir una experiencia traumática, se debe al fuerte impacto que este suceso tuvo en su desarrollo integral, pues el accidente en la mayoría de las veces, afecta la vida personal, familiar, laboral, escolar y comunitaria del paciente accidentado, logrando interferir en el desarrollo de las actividades cotidianas y produciendo en la mayoría de las veces, retrocesos en quienes lo padecen.

Sin duda, el paciente accidentado se enfrentará a una difícil tarea durante el proceso de recuperación por todos los cambios vividos tras sufrir un accidente, cubrir algunas de sus necesidades básicas durante este proceso (pues recordemos que el ser humano por su condición física, psicológica y social, es un ser de necesidades), será uno de los muchos obstáculos que tendrá que experimentar y superar durante su recuperación, mismo que estará regido por un marco de incertidumbre y dolor en la mayoría de los casos.



Desde este enfoque, el padecimiento del paciente accidentado será visto como un fenómeno multifactorial en el que intervienen aspectos no sólo relacionados con las alteraciones físicas, sino también subjetivas y socioculturales.

Dos aproximaciones teóricas nos ayudarán a entender este fenómeno: el concepto de resiliencia, proveniente de la psicología positiva y la sociología de la vida cotidiana de Alfred Schutz.

## Capítulo II

### **Surgimiento y desarrollo de la psicología positiva**

¡...todo sucede en un segundo!, ¡sentimos dolor... juzgamos!  
Luchamos contra el dolor como si fuera a destruirnos  
cuando en realidad, si lo aceptamos,  
lo que hará será curarnos.

Samuel Shem, 1997. Monte Miseria.

#### 2.1 Antecedentes: el nacimiento de una nueva disciplina

Frente al énfasis estrictamente puesto por resaltar las debilidades del ser humano y sus estados psicológicos negativos dando origen a patologías mentales o sociales que parecen difíciles o imposibles de superar, actualmente una nueva corriente derivada de la Psicología tradicional; la Psicología Positiva, emerge en este contexto centrando su mirada en el estudio y la comprensión de las capacidades o cualidades positivas del ser humano, cualidades que le son de gran ayuda para resistir y rehacerse a pesar de experimentar una vivencia traumática o adversa (Vera, 2004).

Es así como la Psicología Positiva nace y da sus primeros pasos en el año 1988 aproximadamente con Martín E. P. Seligman (1975), psicólogo norteamericano reconocido por su teoría sobre la Indefensión Adquirida (la teoría de la Indefensión Adquirida parte del estudio de cómo los seres humanos interpretan las experiencias vividas). De acuerdo con este autor, las personas expuestas a acontecimientos desfavorables tales como el desempleo, el encarcelamiento, las enfermedades crónicas degenerativas o bien algún daño físico temporal o permanente, la muerte de un ser querido o cualquier problema que parezca no tener solución, presentan deficiencias cognitivas (incapacidad para realizar cualquier proceso mental, es decir, procesar información) pero también, problemas de salud mental, trastornos afectivos emocionales entre los cuales destaca la depresión<sup>5</sup> y el trastorno bipolar<sup>6</sup>. Esto es posible pues quienes sufren un trastorno potencialmente serio, presentan una disminución considerable en su

---

<sup>5</sup> Trastorno psicológico caracterizado por la tristeza y dificultades para comer, dormir y concentrarse (Papalia, D., & Olds, S. 1995, p. 695).

<sup>6</sup> Trastorno mental caracterizado por uno o más episodios maniacos, que generalmente se alternan con episodios depresivos (Papalia, D., & Olds, S. 1995, p. 706).

coeficiente intelectual (CI) y por consiguiente, incapacidad para la realización de ciertas tareas. *“Es la aparente irresolubilidad del problema, la convicción de que nada de lo que se haga podrá superar el terrible golpe que ha traído tal sufrimiento, lo que conduce a la depresión”* (Seligman, 1975 citado en Papalia, D., & Olds, S. 1995, p. 562).

Seligman como presidente de la *American Psychological Association*, se convirtió en el principal representante de esta nueva rama de reciente aparición (la Psicología Positiva), que propone resaltar las fortalezas naturales del ser humano y su capacidad para resistir y hacer frente a sucesos dramáticos y adversos de la vida cotidiana, más allá del énfasis actualmente puesto en los estados negativos y en la enfermedad mental (Prada, 2005). Seligman plantea la idea de potenciar las capacidades positivas humanas con la finalidad de reducir o contrarrestar los posibles daños y/o efectos negativos, producto de innumerables situaciones desfavorables que pudiera enfrentar el ser humano en cualquier momento de su vida, pues sin duda, uno de los principales objetivos de la Psicología Positiva es: *“recordarnos que la psicología no sólo versa acerca de arreglar o mejorar lo que está mal, sino que también es acerca de encontrar las fortalezas y virtudes de las personas para lograr una mejor calidad de vida, un mayor bienestar”* (Prada, 2005, p. 1).

Esta nueva propuesta pretende desplazar el enfoque centrado única y exclusivamente en el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales o trastornos físico emocionales, para focalizar su atención en la salud y el bienestar, permitiendo un mejor desarrollo e incremento de los estados positivos. La OMS (Organización Mundial de la Salud, 1948) definió a la salud como *“un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”* (citado en Prada, 2005, p. 1). Por tal motivo, la urgente necesidad de implementar modelos que promuevan una salud mental no radica exclusivamente en reparar los males que aquejan al hombre (enfermedades crónicas degenerativas o trastornos mentales), además de aliviar el sufrimiento que éstos provocan, sino más bien, en prevenirlos para mejorar la vida de las personas y de la sociedad en general y, por consiguiente, lograr un bienestar integral es decir, un desarrollo físico, emocional, psicológico y social.

Seligman (1998) refiere que posiblemente el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, tuvieron un mayor desarrollo y pasaron a un primer plano

fundamentalmente, como consecuencia de los estragos de la Segunda Guerra Mundial (1939). La guerra favoreció el incremento de trastornos emocionales en las personas haciendo necesaria su urgente atención por parte de la psicología y sus representantes en esos momentos (Seligman, 1998 citado en Prada, 2005), llevando a la misma psicología al estudio exclusivo de diversas patologías y sus consecuentes estados negativos.

Seligman (2000) menciona también que aun cuando en décadas anteriores elementos de la Psicología Positiva aparecen en varias concepciones teóricas como en la propia práctica psicoterapéutica, reconoce que nunca antes este enfoque había tenido tanta aceptación y reconocimiento por parte de los investigadores en el campo de la salud y de las ciencias sociales como el que presentan en la actualidad (citado en Prada, 2005).

El objetivo de esta corriente positiva, más allá de modificar o centrarse en la visión errónea que se tiene del sufrimiento y sus consecuentes estados negativos, se interesa en observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más favorable en la vida de los hombres y en alcanzar estados físicos, psicológicos y sociales más sanos y productivos. “...*el propósito de la Psicología Positiva es ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento y su consecuente alivio*” (Seligman & cols., 2005 citado en Prada, 2005, p. 4). Es decir, la psicología positiva estudia el potencial que el ser humano tiene en sí mismo (aspectos o capacidades individuales positivas), pero también, los recursos que brinda el entorno (la participación activa de las diversas instituciones y las distintas formas de organizaciones sociales tanto educativas, como económicas, políticas, religiosas y/o morales entre otras, que sirven para la organización y el funcionamiento óptimo y práctico de los individuos dentro de un sistema social determinado) para el desarrollo y el crecimiento de dichas características positivas o bien para su fortalecimiento una vez adquiridas (Prada, 2005).

La psicología positiva, desde una visión más integradora, parte de modelos más *salutogénicos*, es decir, modelos de prevención y promoción basados en las potencialidades y los recursos naturales que el ser humano tiene para contrarrestar, resistir y afrontar los terribles efectos negativos, producto de alguna situación desfavorable o alguna experiencia traumática e incluso crecer y salir renovado después de vivir tales circunstancias (Vera, 2004).

Podemos decir entonces, que la psicología positiva se trata de una disciplina nueva e innovadora (especialmente y en comparación con otras disciplinas en el área de la salud y de las ciencias sociales) encargada de resaltar el estudio de rasgos individuales positivos, además de promover el incremento de instituciones que facilitan su desarrollo, considerando ampliamente y resaltando la relación siempre constante y dinámica entre el hombre y su medio. *“Para cumplir este objetivo se hace necesario comprender el funcionamiento óptimo en múltiples niveles, incluyendo el experiencial, personal, relacional, institucional, social y global (Prada, 2005, p. 4).* Es así como la Psicología Positiva en tan poco tiempo, ha alcanzado la aceptación y el reconocimiento de los especialistas de ambos terrenos por su desarrollo y aplicación en los procesos sociales desde un criterio de salud-enfermedad. En este sentido, diversos investigadores se han interesado en el desarrollo y la aplicación de conceptos que tienen que ver con esta joven y dinámica disciplina.

## 2.2 Principales líneas de investigación

La importante presencia que la psicología positiva tuvo dentro de estos campos de estudio (en salud y ciencias sociales), promovió el desarrollo de varias líneas de investigación, pero también, el nacimiento de conceptos entre los cuales encontramos: *Hardiness* o personalidad resistente (Kobasa y Maddi, 1972 citado en Vera, 2004), Resiliencia o capacidad de resistir y rehacerse (Rutter 1992; Vanistendael 1994; Suárez Ojeda 1995, citado en Vera, 2004) y Crecimiento postraumático o aprendizaje a través del proceso de lucha (Calhoun y Tedeschi, 1999 citado en Vera, 2004).

El concepto de *Hardiness* o personalidad resistente aparece por primera vez en el campo científico en el año 1972, *“en relación a la idea de protección frente a los estresores” (citado Vera, 2004, p. 11).* Son Kobasa y Maddi en este sentido quienes desarrollan el concepto de personalidad resistente al observar a través de estudios, cómo algunas personas (ante eventos estresantes), manifiestan tener ciertas características en la personalidad, permitiéndoles afrontar y responder favorablemente ante los acontecimientos o situaciones de riesgo que se producen comúnmente (citado en Vera, 2004).

Es así como estos autores proponen un cambio y establecen el concepto de *Hardiness* o personalidad resistente, frente al estudio del estrés, al observar que “...*algunas personas que son sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan o presentan algún tipo de trastorno*” (citado en Vera, 2004, p. 11). El concepto presupone entonces tres características primordiales en la personalidad resistente para la adaptación y el bienestar de las personas: *compromiso, control y reto*.

El *compromiso* dota al individuo de un sentido de vida, permitiéndole enfrentar exitosamente cualquier estímulo estresante o situación adversa. El *control* permite al individuo el manejo de la situación en su propio beneficio y, por lo tanto, forjar la creencia de que es responsable de su propia vida y la dirección que esta tome. Por último, el *reto* representa la idea natural del cambio frente a la estabilidad habitual de la vida (Kobasa, 1982 citado en Papalia, D., & Olds, S. 1995, p. 381). “*Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación del control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia humana*” (citado en Vera, 2004, p. 12).

El concepto de *Hardiness* o personalidad resistente es, en definitiva, un modelo que parte de una orientación psicológica positiva donde su principal interés es acentuar la resistencia del ser humano ante situaciones altamente estresantes.

La Resiliencia o capacidad de resistir y rehacerse, es sin duda uno de los muchos temas que aborda la Psicología Positiva, pero también, es de los primeros conceptos en tener repercusión en México (Prada, 2005). La resiliencia, entendida como una respuesta positiva que el ser humano tiene para mantenerse estable y en equilibrio ante los acontecimientos desestabilizadores de la vida, es ante todo, “*una capacidad que resulta de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida, además puede expresarse de muy diferentes maneras en distintas culturas*” (Manciaux et al., 2001 citado en Vera, 2004, p. 21). Por tal motivo, la resiliencia no debe ser considerada como absoluta, ni tampoco como un aspecto que se adquiere y permanece permanentemente en las personas. En la actualidad existe un extenso número de definiciones sobre el concepto de resiliencia, sin embargo, son dos dimensiones o componentes básicos los que aparecen siempre: la *resistencia*

frente algún *riesgo, trauma* o *adversidad*; y la *capacidad* para *sobreponerse, reconstruirse y/o restablecerse* exitosamente a pesar de las circunstancias y frente a los efectos comunes del trauma (Vanistendael, 1994 citado en Kotliarenco & cols; 1997).

Por último tenemos el concepto de Crecimiento postraumático o aprendizaje a través del proceso de lucha. Son Calhoun y Tedeschi, quienes en relación a este tema, hacen referencia “...*al cambio positivo que un individuo experimenta como resultado de un proceso de lucha que emprende como consecuencia de experimentar una vivencia traumática o adversa*” (citado en Vera, 2004, p. 25). Al cambio favorable que algunos individuos muestran durante el proceso de recuperación, es decir, durante el proceso de lucha, como consecuencia de vivir un evento traumático severo, además de no presentar algún trastorno psicológico emocional como consecuencia del mismo, se le conoce como crecimiento postraumático o aprendizaje a través del proceso de lucha. “*Es importante recordar, que cuando hablamos de crecimiento postraumático nos referimos al cambio positivo que experimenta un individuo no por el suceso traumático en sí, sino como resultado del proceso de lucha que emprende a partir de él*” (Vera, 2004, p. 26).

Calhoun y Tedeschi mencionan que los individuos que experimentan un cambio positivo además de un crecimiento personal favorable durante el proceso de lucha presentan: “*cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y/o cambios en la espiritualidad y en la filosofía de la vida*” (citado en Vera, 2004, p. 27).

*Cambio en uno mismo*: este tipo de cambio permite al individuo desarrollar una visión más fuerte sobre sí mismo y sobre sus capacidades, generándole mayor confianza y seguridad para afrontar cualquier adversidad en el futuro. “*Al lograr hacer frente a un suceso traumático el individuo se siente capaz de enfrentarse a cualquier contratiempo*” (citado en Vera, 2004, p. 27).

*Cambios en las relaciones interpersonales*: muchos hombres y mujeres que han estado expuestos a eventos adversos o difíciles de superar, han visto fortalecidas sus relaciones con las demás personas como consecuencia de vivir un momento traumático o adverso.

*Cambios en la espiritualidad y en la filosofía de la vida*: un suceso traumático fuerte suele en muchas ocasiones cambiar la manera de pensar de las personas, es decir, transforma su manera de concebir el mundo y lo que le rodea, como consecuencia el sujeto

se reorienta y modifica su forma de vivir como producto de experimentar un evento traumático o adverso.

Este tipo de cambio es considerado por los investigadores relacionados en este tema como el más fuerte, pues la persona logra hasta entonces ser consciente de su naturaleza humana y lo vulnerable que puede ser ante la amenaza de la muerte. Sin embargo, es importante mencionar que el crecimiento postraumático debe ser entendido como un proceso multidimensional, es decir, el individuo puede presentar una mejoría o un crecimiento personal posterior al trauma, pero también, pueden experimentar emociones y estados negativos (angustia, frustración, desesperación, estrés, sufrimiento) durante el proceso de lucha. *“...la experiencia de crecimiento no indica necesariamente que el individuo vaya a verse libre de sufrir las consecuencias potencialmente negativas de un suceso traumático, es decir, no es una garantía y no necesariamente elimina el dolor ni el sufrimiento”* (Park, 1998, Calhoun y Tedeschi, 2000 citado en Vera, 2004, p. 31).

Es importante mencionar que las investigaciones que se han llevado a cabo desde la visión de la psicología positiva, se han centrado en el estudio de casos que presentan enfermedades graves degenerativas o bien abordando el fenómeno desde la vivencia de experiencias traumáticas adversas, en este sentido, estos estudios muestran la existencia de los procesos mencionados anteriormente entre los cuales destacan los procesos de crecimiento y aprendizaje postraumático, pero también, *“...la búsqueda de significados y estrategias de afrontamiento cognitivo...”* (Park, 1998 citado en Vera, 2004, p. 33).

Estos conceptos son tan sólo algunos de los muchos que surgieron y tomaron fuerza bajo el resguardo de esta nueva corriente positiva, sin embargo, y aun cuando se pueden encontrar bajo esta línea de investigación muchos trabajos interesantes y compartir entre ellos elementos comunes (la relación continua y dinámica entre el individuo y su medio), el concepto de Resiliencia o capacidad de resistir y rehacerse, es uno de los pocos conceptos que supone: *“un estado de sensibilidad de parte de las personas frente a estímulos dolorosos o adversos que actuarían vulnerándola al mismo tiempo, daría una reacción activa de construcción positiva y de una forma socialmente aceptable. De allí, que los componentes básicos que constituyen el concepto de resiliencia son: vulnerabilidad, resistencia, construcción positiva y aceptación social”*



(Kotliarenco & cols., 1997, p. 46). Es decir, a esta misma idea de *resistencia*, se añade otro componente: la *capacidad* de afrontar, superarse y reconstruir a partir del evento traumático o adverso, una vida más sana y positiva. Por tal motivo, el concepto de resiliencia ha logrado sin duda, ser uno de los tantos temas que aborda la psicología positiva y uno de los primeros conceptos en tener repercusión en el campo de la salud y de las ciencias sociales.

## Capítulo III

### **Resiliencia. Un nuevo enfoque en el campo de la salud y las ciencias sociales**

La resiliencia no es una capacidad absoluta ni estable,  
tampoco un estado que se adquiere y permanece  
permanentemente en las personas.

Manciaux et al., 2001.

#### 3.1 Antecedentes

Cuando la Resiliencia aparece por primera vez en el campo social, lo hace en un momento crítico y poco favorecedor debido a las creencias erróneas establecidas basadas en la enfermedad mental y los estados negativos del ser humano, es así como la resiliencia se presenta como una propuesta innovadora que de inicio se proponía explicar por qué ante los diversos infortunios y contratiempos de la vida diaria, algunas personas parecían ser más resistentes y lograban salir no sólo victoriosas sino además renovadas ante tales circunstancias.

##### 3.1.1 Primer momento conceptual

El término de resiliencia tiene su origen en el latín, para ser más exactos, en el término *resilio* que significa “volver atrás” o “volver de un salto” (Kotliarenko & cols., 1997). En física, la resiliencia se refiere a la capacidad de los materiales para volver o recobrar su forma original después de haber sido sometidos a altas presiones o expuestos a una serie de cambios desfavorables (Bouvier, 2001).

El término de resiliencia, posteriormente fue adoptado por las ciencias sociales como una propuesta innovadora e interesante que se proponía en un principio explicar por qué algunas personas son más resistentes ante los efectos de la pobreza, el aislamiento, las catástrofes naturales, los acontecimientos dolorosos, entre muchos otros riesgos psicosociales, pues se creía entonces, que sólo las personas que contaban con dones o poderes especiales, podían salir adelante o enfrentar retos poco comunes diferenciándolas del resto de la población. Manciaux (2003) menciona: “...individuos con una constitución especial, que les permite salir adelante y sobreponerse a situaciones extraordinarias, de las cuales además salen fortalecidos” (p. 13).

Posteriormente se pensó que la resiliencia se desarrollaba bajo ciertas situaciones o circunstancias. Actualmente, el término describe o caracteriza así a aquellas personas que ante una situación de peligro y/o de vivir en condiciones adversas, responden favorablemente además de desarrollar actitudes positivas (Prada, 2005). Esta definición, sirvió para dejar de ver a la resiliencia como un fenómeno exclusivo que se presenta en ciertas personas. Sin embargo, el estudio realizado por Werner en compañía de Smith en una población de niños en Hawai (estudio longitudinal que tenía como objetivo el análisis y la observación de trastornos en el desarrollo humano desde el periodo prenatal hasta la edad adulta en sujetos de esta comunidad) con una duración de treinta años, favoreció para el desarrollo del concepto de resiliencia pues, fueron precisamente Werner y Smith con esta investigación quienes por primera vez, relacionaron el término de resiliencia con una población al percatarse de los resultados obtenidos: niños que a pesar de vivir en condiciones de riesgo, respondieron de manera positiva y satisfactoriamente, logrando convertirse en un futuro en personas exitosas y bien integradas (1992, citado en Bouvier, 2001).

Aunque existen muchas definiciones del término resiliencia, los representantes de esta corriente positiva adoptaron en su mayoría la definición más difundida y aceptada en este primer momento conceptual, la presentada por Michael Rutter (1993), pionero del estudio de la resiliencia el cual la define como *“un fenómeno manifestado por personas que evolucionan favorablemente, habiendo sido víctimas de estrés que, para la población general, comprendería un riesgo serio con consecuencias graves”* (Rutter, 1993 citado en Bouvier, 2001, p. 1).

### 3.1.2 Segundo momento conceptual

Un segundo momento conceptual, permitió la evolución y perfección del concepto de resiliencia, lo que significó una revisión al concepto mismo, sus modelos y propuestas. En la actualidad, la resiliencia significa tener la capacidad de hacer frente a las adversidades de la vida y forjar un comportamiento positivo ante aquellos eventos traumáticos o factores de riesgo, posibilitando al individuo a salir fortalecido e inclusive ser transformado pese a vivir circunstancias difíciles o imposibles de superar (Vera, 2004). Aunque la resiliencia ha sido aplicada tradicionalmente al estudio de niños que

viven en condiciones de alto riesgo como la pobreza, el desamparo, la desintegración familiar, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades crónicas o degenerativas, así como por abusos físicos, psicológicos y sexuales (Kotliarenco & cols., 1997) en la actualidad, el campo de estudio de esta nueva corriente se ha extendido a diversos sectores de la población que viven o presentan situaciones adversas o de estrés.

### 3.2 Principales componentes

La resiliencia se definió como una capacidad humana frente a la destrucción y/o situaciones límites, su evolución implicó la construcción de un concepto actual y dinámico, pero también, considerar dos componentes bases: *resistencia* y *capacidad*. Combariza (2001) señala:

*“Al hablar de resiliencia humana se afirma que es la capacidad de un individuo o de un sistema social de vivir y desarrollarse positivamente, a pesar de las difíciles condiciones de vida y más aún, de salir fortalecidos y ser transformados por ellas. Además de que distingue dos componentes básicos: la resistencia frente a la destrucción o la capacidad de proteger la propia integridad a pesar de la presión... y la capacidad de construir o reconstruir su propia vida a pesar de las circunstancias difíciles” (p. 1).*

#### 3.2.1 Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo podemos encontrar: pérdidas o separaciones, enfermedades agudas o crónicas, condiciones de vida precarias o catástrofes, violencia, abusos y cualquier otro tipo de evento que pueda ser asociado directa o indirectamente a situaciones que promuevan el desarrollo de estados negativos (situaciones adversas, traumáticas y/o de estrés). Los factores de riesgo pueden llevar directamente al individuo hacia un desorden severo convirtiéndose en una amenaza para su salud y bienestar (Kotliarenco & cols; 1997). La mayoría de las veces, estos acontecimientos ponen en riesgo la salud física, psicológica y emocional además de producir daños irreparables e impedir el desarrollo integral de cualquier ser humano. Es importante mencionar que los factores de riesgo no se limitan únicamente a situaciones propias del entorno, también pueden ser todas aquellas características propias del ser humano. Los factores de riesgo

son todas aquellas características, hechos o situaciones propias del hombre o de su entorno que aumenten la posibilidad de desarrollar un desajuste psicosocial.

### 3.2.2 Factores protectores

Los factores protectores también pueden ser características personales o bien situaciones propias del entorno o medio ambiente. Entre las características personales encontramos: temperamento especial o flexible, capacidad para la adaptación y orientación social, resistencia a la destrucción, habilidad cognitiva y conductas viales positivas. En cuanto a los factores del entorno, la familia en definitiva, es un factor protector siempre y cuando presente en su interior un ambiente positivo, organizado, donde la relación de cada uno de sus miembros, es decir, entre padres, padres e hijos y entre hermanos, sea armoniosa y afectiva permitiendo el desarrollo de vínculos fuertes y significativos (Bouvier, 2001). Por otro lado, el apoyo de las instituciones u organizaciones sociales privadas o gubernamentales, dentro de la comunidad, también son altamente favorables para desarrollar en el individuo un sentido de vida, capacidad para creer u otros aspectos positivos. El proceso de resiliencia requiere entonces, de la intervención y combinación de tres factores base: características personales, apoyo familiar, apoyo social, cultural y/o comunitario (Rutter, 1992 citado en Bouvier, 2001).

Es importante mencionar que, la intervención y combinación conjunta de estos tres factores base, resultan productivamente favorables además de aportar beneficios extraordinarios al ser humano, de lo contrario, si actúan de forma independiente, pueden ser generadores de estados negativos o no ser lo suficientemente protectores. Los factores protectores son todas aquellas características, hechos o situaciones propias del hombre o de su entorno que elevan su capacidad para hacer frente a la adversidad o disminuye la posibilidad de desarrollar un desajuste psicosocial aun con la presencia de factores de riesgo. Por tal motivo, el proceso de resiliencia, debe ser entendido como un proceso dinámico que se adquiere, que varía a través del tiempo y las circunstancias además, depende de la interacción y el equilibrio entre el hombre, la cultura y su medio ambiente (Prada, 2005).

### 3.3 Comentarios finales

Experimentar una experiencia traumática, quizá sea una de las situaciones que más aporta (positiva o negativamente) en la vida de las personas, pues no podemos olvidar que son estas circunstancias las que permiten a los seres humanos crecer y reconstruirse. En síntesis, podemos decir que la resiliencia es un proceso dinámico, producto de la conjunción entre factores personales, sociales y ambientales, de ahí la importancia de entender los procesos de intercambio entre el hombre, la cultura y su medio ambiente. Por tal motivo, los factores que son protectores pueden dejar de serlo bajo determinadas circunstancias, como también, en diferentes momentos o etapas de la vida (Rutter, 1990 citado en Kotliarenco & cols; 1997).

Impulsar el diseño de políticas sociales a favor de la construcción de modelos que promuevan comportamientos resilientes y estados positivos en los miembros de un grupo o sociedad, con el fin de alcanzar mayores niveles de salud y bienestar, es sin duda, una tarea fundamental para la resiliencia y sus representantes.

## Capítulo IV

### **Sociología de la vida cotidiana**

Para el individuo común, para “el ciudadano de la vida cotidiana”,  
la subjetividad son los ojos con los cuales ve el mundo,  
lo interpreta, y en consecuencia, actúa en él.

Alicia Lindón, 1999.

#### 4.1 Las estructuras de la experiencia humana

La importancia de comprender y concebir el padecimiento desde el punto de vista de los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación, ha sido sin duda, el principal objeto de estudio de la presente investigación. Estudiar la condición humana desde una *visión desde dentro*<sup>7</sup>, es decir, mediante la comprensión y la interpretación como principales recursos metodológicos, implica necesariamente, un estudio directo y explícito de las experiencias subjetivas del hombre dentro del mundo de la vida, que no es otra cosa que la realidad social.

Parte fundamental de la teoría fenomenológica de Alfred Schutz, es analizar cómo los actores sociales dan sentido a sus actos y al mundo en el cual se encuentran insertos. Ya que esta teoría de corte construccionista<sup>8</sup>, es ante todo, una sociología de la vida cotidiana desde la cual, podemos estudiar, las estructuras de la experiencia humana tal y como se presenta en la conciencia de los hombres (Schutz, 1995).

La sociología de la vida cotidiana está basada en la filosofía de Edmun Husserl y en el método de comprensión de Max Weber. Para Husserl la *actitud natural* es el escenario donde se desarrolla la *acción social*, es decir, la vida cotidiana. Por su parte, Weber centró sus estudios en una comprensión aplicada a la *acción social*. Para Weber la comprensión de los procesos es el método que la sociología debe utilizar para interpretar las acciones y significados que los actores sociales dan a sus actos (Schutz, 1993). Así la fenomenología debe entenderse, como un enfoque que enfatiza la necesidad de

---

<sup>7</sup> La perspectiva *desde dentro* se centra directamente y explícitamente en la experiencia subjetiva de vivir con uno o más padecimientos (Conrad, 1987 citado en Torres, 2002). En la antropología, tal aspecto se ha llamado el punto de vista *emic*, palabra con la que se designa la visión de los sujetos de estudio.

<sup>8</sup> Perspectiva sociológica en la que hay una notable influencia de la fenomenología, según la cual toda realidad es definida en función de cómo ésta es construida en la interacción entre sujetos reflexivos (Álvaro, Carabaña, Garrido, Jiménez, et al., 2003, p. 389).

comprender, más que de explicar, con la finalidad de identificar elementos que sean significativos y que construyan una realidad en el aquí y en el ahora. Es así como la sociología de la vida cotidiana de Alfred Schutz retoma las ideas básicas de las propuestas de ambos autores y las aplica al análisis de la realidad social, encontrando elementos que le permitieron una interpretación, desarrollo y teorización de la misma.

Desde esta postura fenomenológica, será posible comprender e interpretar una gran cantidad de aspectos subjetivos y existenciales (pensamientos, sentimientos, percepciones y emociones) que los pacientes accidentados le otorgan a la experiencia de vivir con uno o más padecimientos durante el proceso de recuperación como consecuencia de sufrir un accidente. Así como también, conocer sus estrategias de adaptación y afrontamiento, mismas que serán elaboradas desde un marco de situaciones específicas y circunstancias particulares.

Estudiar desde esta perspectiva implica necesariamente, comprender e interpretar, las varias formas de construir la realidad desde la visión de los pacientes accidentados, considerando las características personales así como también, las condiciones socioculturales a la cual pertenecen, pues el padecimiento estará ligado a factores personales, sociales, económicos y culturales. En este sentido Mercado; Robles; Ramos; et al., (1999) mencionan: “...*existen varias formas de aprender, interpretar o “construir” la realidad, o perspectivas entre los distintos sujetos sociales, las cuales son elaboradas en función del momento histórico y del conjunto de circunstancias materiales, sociales y simbólicas que les rodea...*” (p. 182). Es decir, “*Aunque el individuo define su mundo desde su propia perspectiva, es, no obstante, un ser social, enraizado en una realidad intersubjetiva. Pues el mundo de la vida diaria en el cual nacemos es, desde el primer momento, un mundo intersubjetivo*” (Schutz, 1995, p. 19).

En este sentido, la subjetividad es entendida como la conciencia que los actores sociales tienen del mundo y, como consecuencia, de la vida cotidiana que comparten colectivamente con otros semejantes u otros actores sociales. Mientras que la intersubjetividad sería precisamente, el proceso que todo actor social lleva a cabo al momento de compartir sus conocimientos y experiencias en el mundo de la vida cotidiana de manera natural con otros semejantes. “...*el mundo de mi vida cotidiana no es en modo alguno mi mundo privado, sino desde el comienzo un mundo intersubjetivo, compartido*



*con mis semejantes, experimentado e interpretado por otros; en síntesis, es un mundo común a todos nosotros” (Schutz, 1995, p. 280).*

En todos los casos el factor común es reorganizar la vida cotidiana a partir del suceso traumático (accidente). La persona accidentada vive muchos cambios a la vez, tanto individual como en su ámbito familiar y en su vida cotidiana. Es un gran reto para la persona que ha sufrido un accidente hacer frente a la situación pues en gran medida, cambia o altera su vida (a corto y/o largo plazo) y en muchos casos es radical y permanente.

Desde este enfoque, la experiencia del padecimiento necesariamente implica un estudio integral (tomando en cuenta aspectos subjetivos y socioculturales) para su análisis y comprensión, desde la cual podemos analizar, cómo los actores sociales construyen y dan sentido a sus acciones y al mundo donde de manera natural se relacionan e interactúan con otros hombres y que dan por sentado como real. *“El mundo del sentido común es la escena de la acción social; en él los hombres entran en mutua relación y tratan de entenderse unos con otros, así como consigo mismo” (Schutz, 1995, p. 16).*

Es importante mencionar que, durante el proceso de recuperación, cada paciente accidentado vive experiencias particulares y únicas, aun cuando los síntomas (depresión, pérdida de energía, de interés o motivación, recuerdos terroríficos, ansiedad extrema, rabia, irritabilidad, agitación, etc.) que se presentan después del trauma (accidente) sean comunes en muchos de los casos (Vera, 2004). Cabe señalar también que durante el proceso de recuperación, los pacientes accidentados generan diferentes reacciones y presentan distintas conductas ante la situación, (además de los procesos psicológicos derivados del accidente), pues en la mayoría de los casos, surgen una serie de tareas y exigencias a cumplir que antes no existían.

El padecimiento y en especial como el caso que nos ocupa por un accidente, la nueva condición física-emocional que presentan los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación, pone a prueba el funcionamiento del sistema familiar provocando en muchos casos reacciones distintas en cada uno de sus integrantes. En la medida cómo cada uno perciba e interprete lo acontecido (tomando en cuenta el contexto y las circunstancias en que se produjo el accidente), será contundente para la elaboración de significados y para la recuperación del paciente accidentado, proporcionando a cada

uno de los actores implicados una visión particular y única. Así el paciente accidentado durante el proceso de recuperación, estará acompañado por la intervención de aspectos subjetivos y estructurales. El padecimiento, entonces, estará condicionado por el contexto social, económico, religioso y cultural al que pertenecen los pacientes accidentados y en consecuencia actúan, pues recordemos que *“el mundo de la vida cotidiana es, fundamentalmente, intersubjetivo”* (Schutz y Luckmann, 2001, p. 36).

La interpretación de los significados del mundo y de las acciones e interacciones de los actores sociales en la vida cotidiana, son parte fundamental de este método fenomenológico, pues sin duda, es a través de la observación y la descripción del mundo empírico como podremos comprender la realidad social.

Schutz incorpora en la investigación sociológica el estudio de la vida cotidiana en un sentido amplio, reconoce su importancia y con ella profundiza en los conceptos de subjetividad e intersubjetividad. Por otro lado, toma en cuenta para su estudio las estructuras del mundo de la vida, donde, de manera detallada, aborda una gran cantidad de aspectos que van desde la intersubjetividad misma hasta la aplicación de una metodología adecuada para el análisis de la vida cotidiana. Schutz resalta la importancia que tiene la comprensión de la acción humana para dar explicación a los procesos sociales, pero también, lo fundamental de las acciones y el sentido de las mismas, otorgándole a la comprensión un papel mucho más importante, pues considera que el mundo en el cual vivimos es un mundo de significados, un mundo cuyo sentido es construido constantemente por nosotros mismos y por los seres humanos que nos antecedieron. En este sentido, la sociología de la vida cotidiana de Schutz muestra un interés particular por el estudio y la comprensión de la experiencia de sentido común expresada en las relaciones interpersonales de los actores sociales dentro de una realidad social determinada.

La fenomenología entonces, trata dos problemáticas que son relevantes para los estudiosos de las ciencias sociales: el papel que desempeña la subjetividad y la naturaleza de la acción humana (Schutz, 1993). Esta construcción implica desde la visión de la sociología estudiar las relaciones entre los actores sociales. Esta relación se toma como punto de partida para la comprensión de la construcción social de la realidad, es así como comprendemos la conducta de los otros y suponemos que ellos también comprenden

nuestra forma de concebir el mundo, que no es otra cosa que la realidad social (Schütz, 1993).

Por todo lo anterior, podemos concluir que el mundo de la vida, es el entramado social donde tienen lugar las relaciones sociales, todas y cada una de ellas dotadas de sentido. Por lo tanto, la sociología de la vida cotidiana de Alfred Schütz es ante todo, un estudio fenomenológico desde la cual, podemos estudiar, las estructuras de la experiencia humana y las estructuras del mundo de la vida. En este sentido, la fenomenología se interesa por los procesos que tienen lugar en el mundo y que constituyen a las estructuras de la realidad como una construcción y reconstrucción permanente de la vida cotidiana en sociedad.

## Capítulo V

### **Narrativas y relatos de vida**

El tiempo narrado, es «tiempo humanamente relevante» cuya importancia viene dada por los significados asignados a los acontecimientos, ya sea por los protagonistas de la narración o por el narrador al contarla...

Paul Ricoeur, 1987.

#### 5.1 La importancia de la narrativa y los relatos de vida

Recuperar las historias y captar la voz de quienes han sido víctimas de un accidente, permite examinar cómo, quienes están implicados en este proceso, perciben, organizan, interpretan y responden a una serie de cambios físicos, pero a su vez, emocionales, psicológicos y sociales durante el proceso de recuperación, mismos que darán pauta a modos de comportamientos y formas de pensar específicas. Para llegar a la comprensión de tal experiencia subjetiva, necesitamos de los relatos de vida pues, los procedimientos narrativos, dan orden y sentido a la acción social, al modo de actuar de los individuos.

Las narrativas o relatos de vida, nos permiten tener un primer acercamiento a las descripciones de las vivencias experimentadas por el hombre común sobre una realidad social determinada, pero además, sirven de eje para comprender y explicar la subjetividad de los mismos, es decir, su forma de concebir el mundo natural; el mundo real desde un sentido particular y único. *“Parece evidente, entonces, que la habilidad para construir narraciones y para entender narraciones es crucial en la construcción de nuestras vidas y la construcción de un «lugar» para nosotros mismos en el posible mundo al que nos enfrentaremos.” (Bruner, 1997, p. 59).*

Precisamente, uno de los rasgos que identifican a las narrativas y relatos de vida, es que el narrador cuenta por medio del lenguaje de manera clara y comprensible a otros semejantes, fragmentos de su propia experiencia humana, acontecimientos o situaciones cotidianas recientes o lejanas, que en particular, *“considera significativas socialmente” (Lindón, 1999 p. 299).* Así, la narración es entendida *“como una forma de pensamiento y como vehículo para la creación de significados” (Bruner, 1997, p. 58).*

Las narrativas y los relatos de vida vistas “*como una aproximación a la acción social*” (Lindón, 1999, p. 297), son un recurso para la reconstrucción de las acciones sociales ya realizadas, experiencias pasadas reales o imaginarias (Bruner, 1990), pues al momento de narrar, no es la acción misma puesta en el relato mismo, “*sino una versión que el autor desarrolla de manera estructurada acerca de su propia acción pasada*” (Lindón, 1999, p. 297). De ahí que las narrativas y los relatos de vida revelen aspectos subjetivos, al mismo tiempo que proporcionan información sociocultural del contexto.

La realidad social cobra vida en el relato, en el hablar cotidiano y en este sentido, los valores, las creencias, las ideas, lo subjetivo, lo común de los individuos, es decir, el conocimiento del mundo ordinario, queda plasmado en el discurso construido. “*Lo que hace la gente en las narraciones nunca es por casualidad, ni está estrictamente determinado por causas y efectos; está motivado por creencias, deseos, teorías, valores u otros «estados intencionales»*” (Bruner, 1997, p. 155), por tal motivo, las acciones de los individuos no son independientes de su manera de pensar o imaginar (Lindón, 1999).

Es preciso puntualizar que la narrativa y los relatos de vida, no se interesan por encontrar verdades en el relato, pues no es ese su objetivo, su función es encontrar en los testimonios, en las experiencias, en las historias que se narran, lo significativo para luego hacer una interpretación y reconstrucción social de la realidad, es decir, de los procesos sociales que están presentes en la narrativa de sus protagonistas (Lindón, 1999). Ricoeur señala: “*las experiencias sólo pueden ser transmitidas por medio del lenguaje; el acto de colocar la experiencia en el lenguaje la hace perder lo individual y privado para transformarla en singular*” (citado en Lindón, 1999, p. 299), por tal motivo, uno de los aspectos más importantes para la transmisión de la cultura, sin duda, es el lenguaje mismo.

El hombre desde sus orígenes tuvo la necesidad de comunicarse con sus semejantes, de relacionarse con ellos, de intercambiar ideas y pensamientos, todo esto sólo podía hacerlo a través del lenguaje, el lenguaje entonces, surge y se convierte en un recurso de vital importancia para la comunicación del hombre con sus semejantes. En este sentido Bruner (1997) señala:

*“Aparentemente, hay dos formas generales en las que los seres humanos organizan y gestionan su conocimiento del mundo y estructuran incluso su experiencia inmediata: una parece más especializada para tratar de las cosas «físicas», la otra para tratar de la gente y sus situaciones. Estas se conocen convencionalmente como pensamiento lógico-científico y pensamiento narrativo. Su universalidad sugiere que tienen sus raíces en el genoma humano o que vienen dadas (revirtiendo a un postulado anterior) en la naturaleza misma del lenguaje” (p. 58).*

El lenguaje es el medio más perfecto para transmisión de la cultura, pero también, es mediante la cultura que se construyen los significados, el sentido de las acciones, las formas de razonar y obrar de los individuos (Bruner, 1990). El lenguaje entonces, es la base del pensamiento y por tal motivo, juega un importante papel a través del tiempo. Para Ricoeur el tiempo humano es siempre tiempo narrado, pues no hay experiencia del tiempo sin narración y toda narración es una experiencia del tiempo. En sus propias palabras Ricoeur (1995) señala: *“...el tiempo se hace tiempo humano en la medida en que se articula en un modo narrativo, y la narración alcanza su plena significación cuando se convierte en una condición de la existencia temporal” (p. 113).*

Mediante el lenguaje podemos expresar de manera clara nuestros pensamientos, sentimientos, valores, definir nuestra condición social humana y sirve para nuestra adaptación al medio físico. El lenguaje resulta decisivo para la comprensión de nosotros mismos y constituye un importante recurso para acceder a la subjetividad de los demás. Como instrumento de comunicación, el lenguaje ha jugado el papel más importante en la constitución de la herencia social humana (Bruner, 1990). Sin la transmisión fácil y exacta de las ideas que hizo posible el lenguaje, la cultura nunca hubiera llegado a una evolución tal y, por consiguiente, el hombre se encontraría todavía de un modo primitivo (Bruner, 1990). Gracias al lenguaje, los hombres pueden transmitir a otros semejantes, ideas claras de circunstancias o situaciones que no están presentes, lo que hace posible un incremento enorme en la evolución del desarrollo humano, en la construcción de procesos y acontecimientos que forman parte importante de la experiencia personal de los sujetos y en la construcción de vínculos sociales sobre una realidad determinada.

Comprender la experiencia del padecimiento a través del enfoque de la narrativa o relatos de vida ayudará, de manera significativa, a entender y analizar el proceso de

recuperación que viven las personas después de experimentar un accidente. Permitirá profundizar tanto en las formas y en el contenido de tal experiencia, como en los pensamientos, sentimientos, estados de ánimo, etc., ante la ausencia/presencia de síntomas, atención médica, apoyo familiar y otros grupos externos. Pero mucho más importante será, conocer aquellos aspectos que permitan en un futuro brindar apoyo y contribuir de manera integral y positiva, a la recuperación de personas que son víctimas de esta problemática desde el terreno de los especialistas de la salud y el campo de los estudiosos en ciencias sociales.

Capítulo VI

**Metodología**

La metodología cualitativa, a semejanza de la metodología cuantitativa, consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos. En un modo de encarar el mundo empírico...

Ray Rist, 1977.

6.1 Justificación

De acuerdo con la OPS (Organización Panamericana de la Salud), en México diversos estudios muestran que los accidentes<sup>9</sup> constituyen una de las tres principales causas de defunción en nuestro país y que la población económicamente activa de entre 15 y 64 años de edad es la más vulnerable a esta problemática (OPS, 1995 citado en Torres, 2002). Hay que considerar que se trata de jóvenes adultos en pleno desarrollo profesional y productivo, un accidente, en este momento de sus vidas, puede trastocarlos desencadenando una serie de consecuencias de gran importancia para su desarrollo físico, emocional, psicológico y social en varias esferas de la vida. El accidente o proceso traumático es un evento repentino e inesperado y generalmente se presenta de manera dramática y confusa. La Ley General de Salud (LGS) define al accidente como “*el hecho súbito que ocasione daños a la salud y que se produce por la concurrencia de condiciones potencialmente prevenibles*”. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) asocia el término “*a una cadena de eventos y circunstancias que llevan a la ocurrencia de una lesión no intencional (con perjuicio a las personas) y con consecuencias de daño material*” (citado en Programa de Acción: Accidentes. Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 20).

Por lo general, quienes han estado expuestos a un accidente, presentan importantes repercusiones físicas que van desde secuelas temporales, como incapacidad

---

<sup>9</sup> Los accidentes son un problema de salud pública. En el mundo mueren diariamente alrededor de 16 000 personas, mientras que en México son responsables de un fallecimiento cada 15 minutos. Las lesiones que producen ameritan más de tres millones de consultas en los servicios de urgencias y ocupan cerca de 2 millones y medio de días-cama en los hospitales del sistema de salud del país. El número de discapacitados que generan es creciente y su repercusión social y económica resulta alarmante. La OMS considera que el 2% de la población mundial sufre de alguna discapacidad consecutiva a lesiones producto de eventos accidentales (Programa de Acción: Accidentes. Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 9).



transitoria, hasta daños más profundos como una discapacidad definitiva o permanente. Entre las principales lesiones generadas por un accidente tenemos las fracturas de los huesos de las extremidades, seguidas por traumatismos craneo-encefálicos y las lesiones raquimedulares (de columna). Los traumatismos constituyen uno de los principales problemas de salud pública, ocupando el tercer lugar como causa de muerte y el segundo como causa de discapacidad (Centro de Rehabilitación y Educación Especial CREE). En el caso de las fracturas de extremidades, constituyen una de las lesiones más frecuentes causadas por accidentes, generando en muchos casos amputaciones.

Los accidentes pueden ocurrir tanto en el hogar, como en la escuela, el trabajo y la vía pública<sup>10</sup>, esta última, por choques automovilísticos, atropellamientos, heridas por arma blanca y de fuego, entre otros (Centro de Rehabilitación y Educación Especial CREE).

Cabe mencionar también, que en este proceso los sujetos generan diferentes reacciones y actitudes ante la situación. Cada sujeto accidentado vive experiencias particulares y únicas, aun cuando los síntomas (pérdida de energía o motivación, depresión, ansiedad extrema, irritabilidad, rabia, agitación), que se presentan después del trauma sean comunes en muchos de los casos, pues su visión del accidente se verá condicionada o influida por factores subjetivos y estructurales. En todos los casos, el factor común es reorganizar la vida cotidiana a partir del suceso traumático, pues la persona accidentada vive muchos cambios a la vez, tanto individualmente como en su ámbito familiar, social y comunitario.

## 6.2 Planteamiento del problema

El proceso de recuperación de una persona accidentada ha sido un tema poco tratado en el ámbito de la salud y de las ciencias sociales. La presente investigación surge a partir de la inquietud por conocer la experiencia del padecimiento desde el punto de vista de los pacientes accidentados en el proceso de recuperación. Principalmente busco entender y dar a conocer la manera en que reconstruyen su realidad después de un evento

---

<sup>10</sup> A pesar del registro inadecuado y de que en aproximadamente el 30% de los fallecimientos por accidentes no se verifica el tipo de accidente y el sitio de ocurrencia, las cifras disponibles colocan a los accidentes viales en el primer lugar entre los causantes de muerte. Dentro de ellos los atropellamientos son los más frecuentes (Programa de Acción: Accidentes. Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 14).

traumático, cómo organizan, interpretan y actúan, es decir, cuáles son sus estrategias de afrontamiento y los significados que asignan a cada acción en el proceso de recuperación. Es evidente que un fenómeno traumático severo, como lo es un accidente en todas sus formas, trastoca todos los aspectos de la vida de una persona, principalmente aquellos relacionados con su salud física, mental y emocional por lo que el estudio de la experiencia de este proceso es importante, no sólo para el paciente accidentado, sino también para su entorno social.

### 6.3 Objetivo general

- Conocer los alcances y efectos positivos y/o negativos que un evento traumático (accidente) puede causar a nivel individual, familiar y/o social desde la visión de los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación.

#### 6.3.1 Objetivos específicos

- Conocer la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación (construcción del accidente, significado, alcances y consecuencias) desde la vivencia y percepción de los pacientes accidentados.
- Conocer cómo es afectada la vida cotidiana (familia, amigos, escuela, trabajo) desde el aspecto vivencial de los pacientes accidentados en el proceso de recuperación.
- Identificar aspectos que sean significativos, situaciones de seguridad o de riesgo que generen actitudes positivas o negativas en el paciente accidentado y estrategias de afrontamiento durante el proceso de recuperación.

### 6.4 Población

Personas entre 15 y 65 años de edad, hombres y mujeres que ingresen por accidente al Hospital General Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, en los departamentos de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia, Cirugía General y Quemados.

#### 6.4.1 Criterios de Inclusión

Personas entre 15 y 65 años de edad, hombres y mujeres accidentados en proceso de recuperación (1 mes de hospitalización) en los departamentos de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia, Cirugía General y Quemados.

El proceso de recuperación tiene como objetivo ayudar al paciente a recuperarse de su padecimiento físico en un tiempo determinado, considerando su gravedad, el grado de las lesiones físicas y el riesgo de su salud en general “...la recuperación implica un retorno gradual hacia la normalidad funcional...” (Vera, 2004, p. 23). A fin de reducir el número de historias de vidas concretas, poco profundas y no descriptivas sobre la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación, se considera prudente hacer las entrevistas en un periodo no menor de 30 días a la fecha del accidente, periodo en el cual el paciente accidentado ha iniciado su proceso de recuperación, esto permitirá a los entrevistados haber tenido tiempo para reflexionar sobre el accidente, su experiencia, así como de percatarse del alcance de las lesiones físicas en un tiempo inmediato y futuro, de manera que pueda evaluar aquellos factores que sean amenazantes o que interfieran en sus relaciones interpersonales y en las actividades diarias de su vida cotidiana<sup>11</sup> en general.

#### 6.4.2 Criterios de Exclusión

Personas menores de 15 y mayores de 65 años.

Personas que están hospitalizadas por padecimientos médicos.

#### 6.4.3 Criterios de Eliminación

Personas que se trasladen a otro hospital.

Fallecimientos.

---

<sup>11</sup> En México se otorgaron en el año 2000 más de tres millones de consultas por accidentes, el 43% de ellas a individuos con lesiones que les impiden reincorporarse a su actividad laboral antes de un año de ocurrido el percance (Programa de Acción: Accidentes/Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 10).

### 6.5 Método

El método de investigación utilizado fue cualitativo a través de narrativas o relatos de vida, cuya característica principal es dar a conocer el sentido que tiene para una persona la realidad social en la que se encuentra inserto. De esta manera, podemos acceder a la subjetividad y las representaciones que los sujetos tienen sobre los acontecimientos que forman parte de su historia personal y vida cotidiana en un contexto social determinado y en un tiempo real específico. Las historias de vida nos ofrecen un marco interpretativo a través del cual el sentido de la experiencia humana se revela en los relatos personales (subjetiva-individual), además de brindar información del entorno social que lo rodea (estructura).

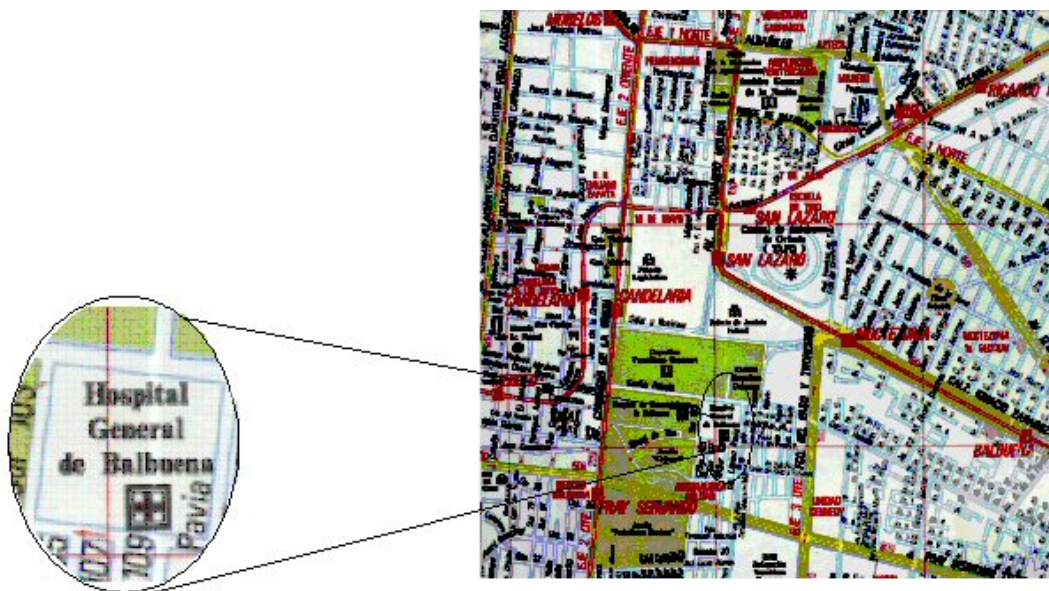
### 6.6 Escenario

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, en los departamentos de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia, Cirugía General y Quemados. Para realizar el trabajo de campo, fue necesario obtener previamente el permiso de las autoridades correspondientes de la institución, para lo cual fue indispensable elaborar y presentar un proyecto o protocolo de investigación (véase anexo D) donde el investigador interesado expuso de manera clara y detallada el tema de investigación a desarrollar, la teoría a utilizar, planteamiento de problema y/o justificación, los objetivos, las hipótesis de trabajo, el método a aplicar, los aspectos éticos, los recursos humanos, el financiamiento y factibilidad, además del cronograma de actividades, las referencias bibliográficas y los anexos. Una vez elaborado el protocolo, se presentó para su revisión y aprobación ante el consejo o comité correspondiente de la Unidad Médica, posteriormente la institución informó al investigador que el comité autorizó la realización del estudio. El protocolo fue aceptado con fecha de revisión 20 de febrero del 2006, lo que indicaba la aprobación del proyecto y el inicio del trabajo de campo. El estudio se tiene contemplado realizar en un periodo de 10 semanas aproximadamente, a iniciar en la cuarta semana del mes de febrero del año 2006 y concluir en la cuarta semana del mes de abril del mismo año (20/febrero/2006 al 20/abril/ 2006), dentro de las instalaciones del Hospital General

Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno Distrito Federal, en los departamentos de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia, Cirugía General y Quemados.

## 6.7 Descripción del hospital

El Hospital General Balbuena se ubica en la calle Cecilio Róbelo y Sur 103, Col. Jardín Balbuena, Delegación Venustiano Carranza, C.P. 15900 México Distrito Federal. Las vías de comunicación más cercanas al hospital son: al norte metro San Lázaro, al poniente metro Candelaria, al sur Av. Fray Servando Teresa de Mier y al oriente eje tres oriente.



El Hospital General Balbuena por su tipo de construcción es mixto (hombres y mujeres) y por su ubicación es considerado como un hospital urbano. Los servicios administrativos y clínicos ambulatorios se encuentran en la planta baja del hospital, los servicios de hospitalización se encuentran en la torre (constituida por tres pisos), el hospital cuenta también, con los servicios de helipuerto, cisternas, subestación eléctrica, bodega de archivo muerto, farmacia, pasillos, estacionamiento interno y áreas verdes.

### 6.7.1 Cobertura poblacional del hospital

El Hospital General Balbuena es una unidad médico-asistencial que brinda cobertura de 2do nivel (consulta externa, atención de urgencias, cirugía general) a la

población en general (población abierta), de la zona oriente del Distrito Federal correspondiente a las delegaciones Venustiano Carranza e Iztacalco, sin embargo, por su ubicación, vías de acceso y demanda de la población, auxilia a los hospitales de las delegaciones Cuauhtemoc, Gustavo A. Madero, e Iztapalapa, también brinda apoyo a los pacientes provenientes de los hospitales Rubén Leñero y General de Iztapalapa. Del interior de la república acuden personas en busca de atención médica, entre los cuales figuran los siguientes estados: Estado de México, Guerrero, Morelos, Puebla y Tlaxcala. También por la cercanía al Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México proporciona atención a pacientes extranjeros. Entre la población que recibe apoyo se encuentran grupos vulnerables como los niños y adolescentes que viven en la calle, indigentes, sexoservidoras, los cuales por sus características socioeconómicas bajas, comparten características en hábitos higiénico-dietéticos, promiscuidad y hacinamiento favoreciendo factores de riesgo para su salud. Esto es muy común, ya que estos grupos no cuentan con los recursos ni los medios requeridos para llevar una alimentación e higiene adecuadas.

## 6.8 Procedimiento

### 6.8.1 Técnicas de recolección de datos

En un principio la entrada al campo fue guiada por mi asesora de investigación del hospital, su conocimiento del lugar fue una pieza clave para la recolección de datos pues, automáticamente, desde un principio se convirtió en mi *portero* y en un *informante clave*. Antes de iniciar con las entrevistas en el hospital, tuve un primer contacto con el personal médico en los departamentos de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia y Quemados, la finalidad era establecer relaciones abiertas, ganar la confianza de los que serían mis informantes para lograr un *rapport*. El *rapport* permite a los informantes adoptar una posición más abierta y de confianza con el investigador, en ocasiones los informantes olvidan la función del investigador en el campo de trabajo y la intención de la investigación (Taylor y Bogdan, 1986). En este primer momento, el observador trata de establecer un ambiente cálido donde la gente se sienta cómoda ante su presencia, al mismo tiempo, aprende las reglas del lugar, aprende a comportarse de manera natural llegando a ser una parte propia del medio (Taylor y Bogdan, 1986). Es recomendable que el investigador permanezca pasivo durante los primeros días de trabajo de campo, esto le

permitirá conocer el escenario, elaborar preguntas que no tenía contempladas al inicio de la investigación, realizar *observación y registro de notas*. Pourtois, J & Desmet, H (1992), mencionan que la *observación* permite al investigador poder tener una aproximación más descriptiva y total del medio natural que se desea investigar. La *observación* entonces, puede realizarse de dos formas: la primera, la *observación directa*, es más objetiva, permite al investigador recoger información sobre lugares, autores, situaciones, etc.; la otra aproximación, la *observación participante*, permite al investigador establecer una relación con aquellos sujetos que son parte de la muestra del estudio, es decir, el investigador tiene acceso a la subjetividad de los actores implicados en el medio. Las *notas de campo* permiten al investigador llevar un registro detallado de sus informantes, lugares y acontecimientos, esta información es de gran ayuda para el investigador al momento de realizar el análisis.

*“Las notas de campo deben incluir descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones, tanto como las acciones, sentimientos, intuiciones o hipótesis de trabajo del observador. La secuencia y duración de los acontecimientos y conversaciones se registran con la mayor precisión posible. La estructura del escenario se describe detalladamente. En resumen, las notas de campo procuran registrar en el papel todo lo que se puede recordar sobre la observación” (Taylor y Bogdan, 1986, p. 75).*

Durante la realización del trabajo de campo, una de las prioridades fue ubicar a las personas que serían entrevistadas, la revisión de expedientes en un primer momento, facilitó el trabajo de selección de la muestra, pues en este caso, fue la manera más rápida y directa de identificar y adquirir información precisa de los pacientes accidentados por departamento. También, el listado de pacientes, ubicado en la central de enfermería (véase anexo C) de cada departamento, sirvió para cotejar la información recabada de los pacientes por expedientes, por ejemplo: número de cama, nombre del paciente, edad, sexo, fecha de ingreso y lesiones, esta técnica permitió observar que no todos los pacientes hospitalizados en los distintos departamentos podían ser sometidos a dicha investigación, puesto que algunos de ellos tenían poco tiempo de haber ingresado al hospital, otros no presentaban la edad requerida pues rebasaban los sesenta y cinco años de edad y por último, muchos ingresaron por padecimientos médicos.

En un segundo momento, una vez localizados los posibles pacientes a entrevistar, el acercamiento, la presentación y establecimiento de relaciones abiertas, fueron puntos estratégicos que permitieron un mejor arranque para la continuidad del trabajo de campo y selección de la muestra, esto fue posible gracias a la aplicación de entrevistas iniciales. Las entrevistas iniciales permitieron introducir al informante (paciente accidentado) a una línea de trabajo sin obligarle desde un principio a hablar de manera estructurada o forzada sobre un tema en específico (en caso de su accidente). Cómo se encontraban, cuánto tiempo llevaban hospitalizados, cómo se sentían, eran sólo algunas de las preguntas iniciales que se aplicaban al momento de entrevistarlos. Esta forma de trabajo permite que la gente sea espontánea en su relato, que hable sobre aquello que le parezca importante o significativo en esos momentos; acontecimientos, experiencias, lugares o personas en sus vidas (Taylor y Bogdan, 1986). En algunos casos, fue posible establecer relaciones abiertas y contar de inmediato con la participación de algunos pacientes, este momento fue sumamente importante para explicar a los informantes, la forma de trabajo y el procedimiento para la recolección de información mediante narrativas o relatos de vida.

### 6.8.2 Instrumentos de recolección de datos

Con el fin de recabar la mayor información posible, se elaboró una guía de entrevistas para facilitar la recolección de datos de los pacientes accidentados en el momento de realizar las entrevistas (véase anexo A). Iniciamos con la descripción sociodemográfica del paciente accidentado entrevistado: lugar dónde vive, con quién vive, a qué se dedica actualmente, cuántos años tiene, su estado civil, qué grado de escolaridad tiene, etc. Estos datos son de gran importancia para la investigación pues refleja la situación sociodemográfica del paciente accidentado. Posteriormente, comienzan una serie de preguntas sobre el accidente, primeros días de hospitalización, momento actual de la recuperación y finalmente perspectivas futuras del paciente accidentado. Es importante aclarar que esta guía de entrevistas como su nombre lo indica, únicamente sirve de apoyo para dirigir inicialmente la narración del informante (pacientes accidentados), e intervenir durante la grabación cuando fuera necesario cubrir aspectos no abordados por el paciente accidentado, aspectos que no fueran claros para el investigador,



o que en su defecto, la información fuera ajena al interés y propósitos del estudio en particular (la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación).

Una de las características del método cualitativo, particularmente de las narrativas o relatos de vida, es dejar que el narrador empiece su propia construcción del relato, en otros términos, se atendería contra la propia narración, por tal motivo, la estructura de la narrativa no puede ser impuesta por el investigador (Taylor y Bogdan, 1986). Una vez seleccionada la muestra, solicitamos a los pacientes accidentados que hablaran de sí mismos, o más concretamente, acerca de su experiencia del padecimiento durante el proceso de recuperación, no sin antes haber dejado claro la intención del estudio y haber obtenido la autorización de cada uno de los informantes de manera voluntaria como expresión de conformidad para ser entrevistados.

Las entrevistas fueron grabadas de manera total o parcial, es decir, el informante estuvo en total libertad para decidir no continuar con la entrevista en cualquier momento de su desarrollo, dejando claros sus motivos, sin correr riesgo a ningún tipo de represalias o consecuencias. La duración de las entrevistas dependió en gran medida de la disponibilidad del paciente accidentado (horario de visitas, entrada a cirugía, visita médica, horarios de comida, etc.), por lo que se requirió en algunas ocasiones desarrollar las entrevistas en dos sesiones como mínimo. Las grabaciones entonces, tuvieron lugar en días y horarios disponibles del paciente accidentado. Su duración osciló entre los 45 y 60 minutos aproximadamente. Las entrevistas fueron elaboradas de manera respetuosa y anónima y la información fue manejada y conocida únicamente por el investigador con la finalidad de cuidar la identidad de los pacientes entrevistados.

### 6.9 Selección de la muestra

Los pacientes accidentados reunieron los requisitos requeridos por el estudio: personas accidentadas, hombres y mujeres entre los 15- 65 años de edad, en proceso de recuperación (1 mes de hospitalización como mínimo), en los departamentos de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia y Quemados.

Obtuvimos una muestra de un total de 10 pacientes accidentados, ocho hombres y dos mujeres. Tres casados, seis solteros y uno más correspondiente a la categoría de otros (separados, viudos y/o divorciados) como se observa en la tabla siguiente (tabla 1). La

edad promedio de los pacientes accidentados es de 29 años, la mayoría de los sujetos se hallaban entre los 20 y 40 años de edad, únicamente dos casos no se encontraron dentro de este intervalo (paciente de sexo masculino por debajo de los 20 años de edad y paciente de sexo femenino mayor a los 40 años de edad). Los 10 pacientes fueron referidos al hospital por la gravedad y alcance de sus lesiones como consecuencia de sufrir un accidente. Los datos obtenidos por la muestra y de acuerdo a los resultados previos encontramos: 5 pacientes fueron atendidos por diferentes tipos de quemaduras en distintas partes del cuerpo entre las cuales encontramos: 1 por quemadura eléctrica por fuego directo en extremidades superiores, 1 por quemadura por fuego directo en áreas especiales (cara, cuello y tórax), 1 por quemaduras por escaldadura en pie, pierna y muslo izquierdo, 1 por recibir descarga eléctrica en áreas especiales (cara, cuello y tórax), 1 por quemadura e ignición de ropa sufriendo lesión en tórax, abdomen y brazo derecho, 2 pacientes presentaron fracturas en diversas partes del cuerpo y heridas en tejido blandos al sufrir caída de azotea, 2 sufrieron deslizamiento de miembros y/o extremidades del cuerpo entre otras lesiones profundas por atropellamiento, 1 mostró lesión en brazo presentando exposición ósea al sufrir accidente automovilístico en estado de ebriedad. La clasificación se hizo tomando en cuenta los accidentes más frecuentes o comunes que presentaron los pacientes accidentados entrevistados, no se tomó en cuenta la gravedad de las lesiones físicas (pérdida de extremidades, función corporal y/o estética) para su clasificación.

Tabla 1. Datos Socioeconómicos Y Características Generales De Los Pacientes Accidentados.

Edad	Sexo	Estado civil	Escolaridad	Ocupación	Domicilio	Días	Departamento
18	M	Soltero	-	Teléfonos	Iguala, Guerrero	45	Plástica
21	M	Soltero	Técnico	Mesero	Valle de Chalco	37	Quemados
22	M	Soltero	Secundaria	Vendedor	Venustiano Carranza	70	Plástica
23	M	Soltero	Primaria	Varios	Iztapalapa	111	Plástica
24	M	Soltero	-	Comercio	Indigente	45	Plástica
27	F	Madre soltera	Primaria	Hogar	Estado de México	41	Quemados
31	M	Casado	-	Taxista	Nezahualcoyotl.	38	Quemados
35	M	Casado	Secundaria	Comerciante	Estado de México	30	Ortopedia
38	M	Casado	Secundaria	Albañil	Estado de México	37	Quemados
49	F	Soltera	Preparatoria	Vendedora	Venustiano Carranza	108	Plástica

A continuación se presentará una descripción detallada de cada caso, por ejemplo: nombre<sup>12</sup>, edad, sexo, estado civil, religión, situación escolar, ocupación o condición laboral, lugar de nacimiento, residencia habitual y domicilio. Esta información es equivalente a la descripción sociodemográfica de los pacientes entrevistados y se presenta al inicio de cada expediente clínico. Enseguida de los datos sociodemográficos figuran datos correspondientes a las siguientes categorías:

*Antecedentes personales no patológicos:* esta categoría muestra los hábitos alimenticios e higiénicos de los pacientes entrevistados, así mismo, las condiciones de vida (vivienda, hacinamiento, servicios domiciliarios y promiscuidad) de los pacientes.

*Antecedentes personales patológicos:* describe la dependencia que pueda tener el paciente (alcoholismo, tabaquismo, drogas), así como también posibles intervenciones quirúrgicas u otros padecimientos que haya sufrido con anterioridad (enfermedades crónico-degenerativas o trastornos psicológicos emocionales).

*Padecimiento actual:* menciona las condiciones y/o características del entorno donde se registró el accidente, así como también, las lesiones físicas presentadas por el paciente como consecuencia del mismo (lesiones graves, profundas, permanentes o temporales).

*Inspección general:* valoración del estado físico, psicológico y emocional del paciente accidentado al momento de ingresar al hospital.

*Atención médica:* conjunto de cuidados, servicios y tratamientos médicos administrados al paciente accidentado durante su hospitalización con el fin de restaurar su salud y asegurar su rápida recuperación.

Al final de este apartado se presentará una breve descripción de la situación familiar del paciente accidentado (historia personal, familiar y padecimiento actual). Posteriormente se mencionarán las lesiones físicas presentadas por el paciente como consecuencia del accidente, acompañadas de una representación visual de las mismas (ficha de identificación).

---

<sup>12</sup> Los nombres de los pacientes entrevistados que aparecen en este trabajo de investigación, fueron cambiados con la finalidad de cuidar su identidad.

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
Secretaría de Salud  
*Historia Clínica General*

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 98913

NOMBRE:	EDAD: 49	CAMA: 303
FECHA DE INGRESO 17/12/05	FECHA DE EGRESO 03/04/06	DIAS HOSPITALIZADO 108
SEXO: Femenino	ESTADO CIVIL: Soltera	ESCOLARIDAD: Preparatoria
OCUPACIÓN: Vendedora de Productos de belleza	DERECHOHABIENTE: Negados	
LUGAR DE NACIMIENTO: Morelos	RESIDENCIA HABITUAL: Distrito federal	
DOMICILIO: Delegación Venustiano Carranza	RELIGION: Católica	

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Hábitos alimenticios buenos en cantidad y calidad, higiene adecuada. Habita casa propia de cemento, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, sin hacinamiento, ni promiscuidad. Padres ambos vivos aparentemente sanos, padre de 77 años de edad, madre de 73 años de edad.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Alcoholismo (-), tabaquismo (-), toxicomanías/drogas (-). Cirugía de retina hace 23 años aproximadamente, fractura de pelvis y mano izquierda, ambas sin intervención quirúrgica, no presentó complicaciones posteriores.

PADECIMIENTO ACTUAL: Su padecimiento lo inicia el mismo día del accidente, al ser arrollada por un autobús a las 16:30 horas aproximadamente. Sufriendo erosión de pierna derecha y deslizamiento de miembro pélvico derecho.

INSPECCIÓN GENERAL: Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, orientada en espacio y tiempo, cooperadora, estable, asintomática.

ATENCIÓN MÉDICA: Aseo quirúrgico y aplicación de injerto.

CASO 1: Rocío es una mujer de 49 años de edad, católica, soltera, sin hijos, es la segunda hija de un total de cinco hermanos todas mujeres (tres de sus hermanas son casadas). Proviene de una familia unida. Actualmente vive en el distrito federal con tres familiares, su padre de 77 años de edad, profesionista, pensionado (\$7,000.00), su madre de 73 años de edad, licenciada en geografía, pensionada (\$10,000.00) hermana 49 años, soltera (preparatoria), ocupación comercio (\$2,000.00). Rocío es vendedora de productos de belleza. Estudió hasta el cuarto semestre de medicina, sus estudios se vieron interrumpidos al sufrir accidente automovilístico en el año de 1983 a la edad de 27 años, provocándole lesiones profundas en ojo izquierdo, (sometida en repetidas ocasiones a cirugía de retina, sin lograr recuperarse del todo), frente, mano izquierda y pelvis (ambas con fractura, no intervención quirúrgica), sin complicaciones posteriores. Un segundo accidente tiene lugar en la Av. Ignacio Zaragoza a las 16:30 horas aproximadamente, es arrollada por un autobús, en el lugar es atendida por paramédicos de la ambulancia y trasladada al hospital, no pierde en ningún momento el conocimiento. Recuperación lenta sin complicaciones.

**Erosión:** Lesión de la piel o mucosa producida por compresiones, rozamientos, pequeños traumatismos, etc., Véase glosario para una definición más completa.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 98913

NOMBRE:  
EDAD: 49  
FECHA DE INGRESO 17/12/05  
CAMA: 303

PADECIMIENTO ACTUAL: Su padecimiento lo inicia el mismo día del accidente, al ser arrollada por un autobús a las 16:30 horas aproximadamente. Sufriendo erosión de pierna derecha y deslizamiento de miembro pélvico derecho.

Pérdida de piel y músculo en pierna derecha y deslizamiento de miembro pélvico derecho.



CASO 1

Rocío comienza relatando que se accidenta el 17 de diciembre del año 2005, eran aproximadamente las 16:30 horas, cuando se dirigía rumbo a su casa después de tener un largo día de trabajo. Su situación económica era satisfactoria en esos momentos, pues su trabajo (vendedora de productos de belleza), le estaba dejando muy buenas ganancias por la temporada. Su accidente tiene lugar en la AV. Ignacio Zaragoza, esperaba se pusiera en el semáforo la luz roja para poder atravesar la avenida, sin embargo, al momento de poner un pie sobre el pavimento, un autobús la enviste arrojándola por los aires, Rocío entonces cae del lado izquierdo de la llanta delantera del autobús lesionándose fuertemente la pierna derecha. De inmediato y sin perder el conocimiento, Rocío es auxiliada por las personas que se encontraban a su alrededor, recuerda que un señor le pedía sus datos para poder comunicarse con su familia y avisarles de su accidente. En pocos minutos, en medio de una gran confusión y desesperación al mismo tiempo, por no saber lo que pasaba, Rocío es atendida y trasladada por los paramédicos de la ambulancia al hospital, una vez instalada en urgencias, Rocío recibió una excelente atención médica por parte de los médicos y enfermeras. Sin conocer realmente el grado de sus lesiones y las complicaciones que éstas pudieran ocasionarle, Rocío piensa y tiene la seguridad todo el tiempo de que su recuperación será rápida y como consecuencia su estancia en el hospital será mínima en tiempo. Su familia sin duda, fue el apoyo más importante e incondicional que Rocío recibió durante su proceso de recuperación, logrando una evolución en todo momento óptima y favorable.

La familia de Rocío compuesta por sus padres, ambos de edad avanzada, sus hermanas todas ellas mujeres, sus tíos y sus pequeños sobrinos, mantienen una relación muy estrecha, íntima y fraternal, según cuenta la entrevistada. Esta unión familiar que sostienen cada uno de sus integrantes, logra hacer de la familia de Rocío, un pilar muy importante en la vida de cada uno de sus miembros. El cariño, la preocupación, el acompañamiento, la fraternidad, los consejos, las enseñanzas y también, el aspecto religioso, que sus abuelos y padres han tenido con todas y cada una de sus hijas y sucesivamente estas últimas con sus propios hijos, han hecho de la familia de Rocío, una familia unida, amorosa y comprometida. Para Rocío, el cariño que siente por sus sobrinos es muy inmenso, tanto que los considera como sus propios hijos, aun cuando no lo sean, pues Rocío y su hermana gemela son solteras y las mayores de un total de cinco hermanas, todas ellas casadas y con hijos. Esta situación armoniosa se estaba viviendo en la familia de Rocío al momento de ocurrir el accidente, situación que en ningún momento se vio afectada por el mismo, comenta la entrevistada, mas al contrario, se fortaleció a raíz de lo sucedido.

La fe en dios, la fuerza de voluntad y por supuesto, la visión siempre optimista de Rocío, fueron factores importantes que le ayudaron en todo momento para su estabilidad emocional y el mejoramiento de su estado físico.

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
Secretaría de Salud  
*Historia Clínica General*

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 100300

NOMBRE:	EDAD: 24	CAMA: 314
FECHA DE INGRESO 21/01/06	FECHA DE EGRESO 09/03/06	DIAS HOSPITALIZADOS 45
SEXO: Masculino	ESTADO CIVIL: Soltero	ESCOLARIDAD:
OCUPACIÓN: Comercio informal	DERECHOHABIENTE: Negados	
LUGAR DE NACIMIENTO: Monterrey	RESIDENCIA HABITUAL: Indigente	
DOMICILIO:	RELIGION: Católica	

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Hábitos alimenticios inadecuados en cantidad y calidad, higiene inadecuada.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Alcoholismo (+) desde los 20 años de edad llegando a la embriaguez, tabaquismo (+) desde los 12 años de edad (un cigarro al día), toxicomanías/drogas (+) marihuana desde los 17 años de edad aproximadamente. Niega cualquier otra patología.

PADECIMIENTO ACTUAL: Padecimiento que inicia el mismo día del accidente al sufrir caída de azotea de una altura de 3 metros aproximadamente, en estado etílico. Policontundido, fractura en mandíbula y herida en tejidos blandos.

INSPECCIÓN GENERAL: Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, desorientado en espacio y tiempo, cooperador.

ATENCIÓN MÉDICA:

CASO 2: Mauro es un hombre de 24 años de edad, católico, actualmente soltero, con un hijo de aproximadamente 5 años de edad, vive solo desde hace 11 años, no tiene familiares que lo apoyen en el distrito federal, pernoctando en ocasiones en la vía pública, presenta adicción a las drogas y alcoholismo, no desea ingresar a un albergue ni a doble AA. Como consecuencia de una riña sufre caída de azotea de 3 metros de altura aproximadamente, en estado de ebriedad, sufre heridas en tejidos blandos y mentón izquierdo. Rechaza ser intervenido quirúrgicamente en los primeros días de hospitalización, posteriormente acepta ser intervenido. Sale del hospital por sus propios medios.

**Contusión:** Lesión de la piel y de los tejidos subyacentes por un traumatismo no penetrante como una caída... Véase glosario para una definición más completa.

**Politraumatizado:** Que presenta heridas o contusiones múltiples.

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
Secretaría de Salud  
*Hoja de especialidad Cirugía Plástica*

---

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 100300

NOMBRE:

EDAD: 24

FECHA DE INGRESO 21/01/06

CAMA: 314

PADECIMIENTO ACTUAL: Padecimiento que inicia el mismo día del accidente al sufrir caída de azotea de una altura de 3 metros aproximadamente, en estado de ebriedad. Policontundido, fractura en mandíbula y herida en tejidos blandos.



Fractura de  
mandíbula y  
herida de  
tejidos blandos  
(lengua).





CASO 2

Mauro es un hombre de 24 años de edad, originario del estado de Nuevo León, Mauro vive solo desde hace 11 años en la ciudad de México. Desde muy pequeño para ser más exactos, a la edad de 12 años, Mauro empezó a fumar cigarrillos (un cigarrillo al día), cinco años más tarde, a la edad de 17 años, la marihuana comenzó a tener una presencia mayor en la vida de Mauro convirtiéndose en poco tiempo, en una práctica constante en su vida y que en la actualidad se encuentra vigente. A los 20 años de edad, el alcohol también formó parte del estilo de vida de Mauro, el cual en muchas ocasiones, le provocó estados de embriaguez llevándole a perder en la mayoría de las ocasiones el conocimiento (cuenta el entrevistado). Actualmente, sin familiares que lo apoyen en el Distrito Federal, Mauro vive en las calles de la ciudad de México, son sus amigos (chicos que también viven en las calles) quienes lo acompañan día a día.

Fue en las calles precisamente, donde Mauro conoció a quien en un tiempo fuera su novia (originaria de Honduras) y ahora es madre de su pequeño hijo de tan sólo 5 años de edad. Para Mauro su hijo es lo más importante en su vida y, aun cuando no conviva con su hijo siempre y todos los días, trata de estar lo más cerca posible física y emocionalmente. El trabajo es para Mauro, una oportunidad que tiene que salir a buscar todos los días, pero sobre todo, una forma de sobrevivir, ya sea vendiendo dulces o limpiando coches, Mauro trata de obtener dinero para, como él dice, “sacar el día”. La calle para Mauro es su hogar, “su casa”, como él le llama. Es así como en compañía de sus amigos, su hijo y su novia, trascurría la vida de Mauro antes del accidente (accidente que tuvo lugar una noche como consecuencia de una riña en una construcción abandonada, en la cual Mauro participó en estado etílico y desafortunadamente fue uno de los más afectados), una vida que según comenta el entrevistado, no cambiaría ya por nada, pues, son ellos (su hijo, su novia, sus amigos y conocidos) quienes forman ahora parte importante de su historia y por tal motivo en varias ocasiones a rechazado la propuesta de varias personas para ingresar a un albergue o recibir ayuda de AA.

De igual manera, la vida de Mauro antes de radicar en México es una incógnita pues se resiste hablar de su familia y de su pasado. Actualmente Mauro desea salir lo más pronto del hospital para encontrarse con los suyos ya que los extraña mucho, además le preocupa que su hijo y su novia no sepan que fue lo que sucedió con él y dónde se encuentra, por tal motivo, le urge lo den de alta en el hospital pues teme que al volver no encuentre a sus seres queridos o bien, que estos lo rechacen por pensar que fueron abandonados sin explicación alguna mes y medio atrás (tiempo transcurrido desde el accidente).

## GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

Secretaría de Salud

### *Historia Clínica General*

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 99980

NOMBRE:	EDAD: 18	CAMA: 316
FECHA DE INGRESO 16/01/06	FECHA DE EGRESO 02/03/06	DIAS HOSPITALIZADOS 45
SEXO: Masculino	ESTADO CIVIL: Soltero	ESCOLARIDAD:
OCUPACIÓN: Teléfonos	DERECHOHABIENTE: Negados	
LUGAR DE NACIMIENTO: Iguala	RESIDENCIA HABITUAL: Iguala, Guerrero	
DOMICILIO:	RELIGION: No refiere	

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:** Hábitos alimenticios regulares en cantidad y calidad, higiene regular. Habita casa prestada de cemento, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hacinamiento negativo, sin promiscuidad. Padres ambos vivos, hermanos 2.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:** Alcoholismo (+) cada ocho días llegando a la embriaguez, tabaquismo (-), toxicomanías/drogas (-). Niega algún tipo de alergias y traumatismos.

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente 10/01/06 a las 16:20 horas aproximadamente, al sufrir quemadura eléctrica por fuego directo en ambas extremidades superiores del 18% SCT (superficie corporal quemada). Es auxiliado por terceras personas en el lugar, quedando inconsciente.

**INSPECCIÓN GENERAL:** Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, orientado en espacio y tiempo, cooperador, tranquilo, coherente.

**ATENCIÓN MÉDICA:** El paciente busca atención médica inmediatamente después de sufrir accidente en horas de trabajo (10/01/06) en Iguala, Guerrero sin recibir atención alguna. Tres días después del accidente (13/01/06), acude al hospital General de Acapulco, en el lugar personal médico realizó lavado quirúrgico en ambos miembros superiores. Posteriormente es trasladado al Hospital General de Balbuena para recibir atención inmediata (16/01/06), se le realizan lavados quirúrgicos durante siete días consecutivos, sin embargo, deciden amputar brazo izquierdo por presentar infección (23/01/06) sin complicación alguna. Cuenta con toma y aplicación de injerto en miembro torácico derecho. Tratamiento conservador y quirúrgico.

**CASO 3:** Misael es una hombre de 18 años de edad, soltero, sin hijos, es el más pequeño de un total de 3 hermanos. Proviene de una familia rural, desintegrada. Vive en Iguala, Guerrero, actualmente vive con un familiar, su primo de 38 años de edad (primaria completa) de ocupación campesino (\$1,600.00). Su accidente tiene lugar en horas de trabajo al recibir quemadura eléctrica por fuego directo en ambas extremidades al encontrarse arriba de un poste de teléfono, quedando inconsciente en el piso. Es auxiliado por compañeros del trabajo que se encontraban en el lugar. Pérdida de extremidad superior izquierda (brazo izquierdo) por falta de atención médica.

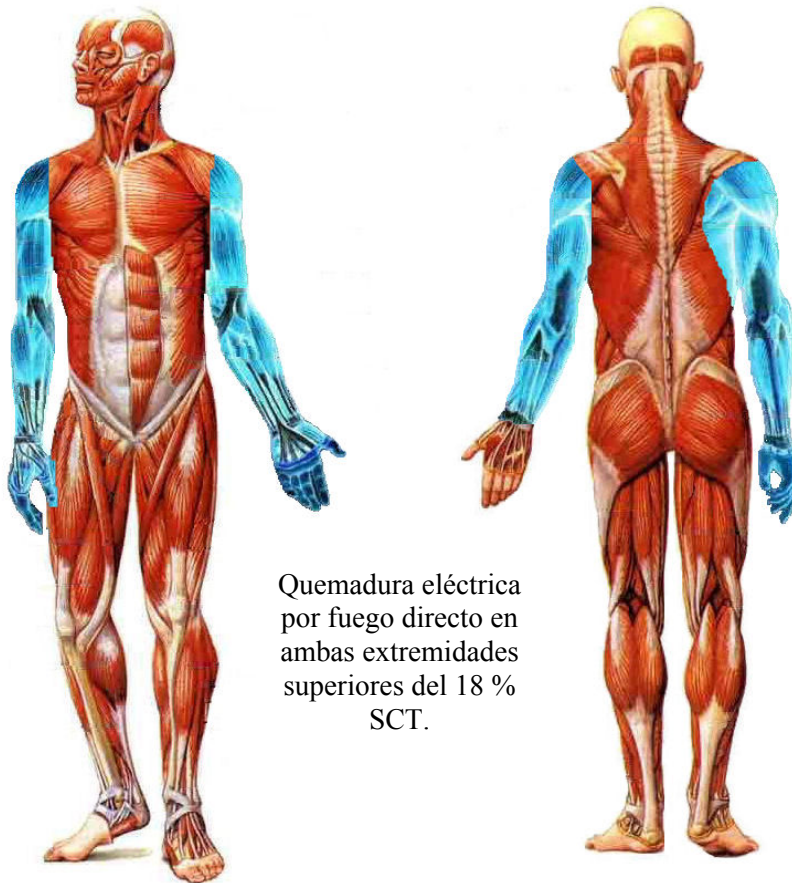
**Quemaduras eléctricas:** Pueden causar lesiones extensas con una mínima afectación cutánea... Véase glosario para una definición más completa.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 99980

NOMBRE:  
EDAD: 18  
FECHA DE INGRESO 16/01/06  
CAMA: 316

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente 10/01/06 a las 16:20 horas aproximadamente, al sufrir quemadura eléctrica por fuego directo en ambas extremidades superiores del 18% SCT (superficie corporal quemada). Es auxiliado por terceras personas en el lugar, quedando inconsciente. Pérdida de brazo izquierdo por presentar infección.



CASO 3

Misael a sus escasos 18 años de edad, sufrió una pérdida que sin duda, nunca imaginó experimentar a lo largo de su vida, misma que no olvidará jamás, sin importar cuanto tiempo pase. Para Misael, iniciar la semana desde muy temprano alistándose para salir a trabajar, era como cualquier otro día en su vida, cumpliendo con la rutina diaria. Lejos de su familia por unos cuantos kilómetros (pues vive en el mismo pueblo que ellos), Misael se encontraba habitando en la casa de su Jefe por petición del mismo, pero también, porque le traía beneficios como: la facilidad de llegar mucho más rápido y temprano al trabajo pues trasladarse desde la casa de su patrón resultaba mucho más fácil, además de que le permitía ahorrarse un dinerito extra, pero también, verse con los amigos más seguido y sin problemas. Fue hasta el 10 de enero que sucedería algo que cambiaría la rutina y más aún, la forma de vida de Misael.

Pasaba de medio día, eran horas de trabajo, Misael junto con un grupo de compañeros trabajadores fueron a revisar unos postes de teléfonos, todo transcurría normal, fue hasta que Misael subió a uno de los postes para su arreglo cuando sufrió el trágico accidente, sin darse cuenta, Misael perdió el control y su cuerpo cayó al piso, desafortunadamente al momento de caer, accidentalmente tocó con el desarmador, que llevaba en su mano izquierda, unos cables, mismos que le ocasionaron quemaduras por electricidad en diversas partes del cuerpo. En el piso e inconsciente, Misael recibió ayuda de sus compañeros de trabajo que se encontraban con él al momento de sufrir el accidente. No pasó mucho tiempo para que lo llevaran al hospital de Iguala, pues presentaba quemaduras en ambas extremidades superiores, sin embargo, no lo quisieron recibir. Tres días después, lo llevaron al hospital general de Acapulco en busca de atención médica. Lo recibieron pero la atención brindada, en esos momentos, por parte del hospital, no estaba siendo la más adecuada. Al ver el problema, su jefe pide al hospital que lo trasladen a la ciudad de México para su rápida atención, es así como una ambulancia se encarga de trasladarlo hasta el hospital de Balbuena en la ciudad de México.

Fue así como el 16 de enero Misael llegó por primera vez a la capital, consternado por su situación, Misael fue atendido alrededor de las 2:00 de la tarde por el personal de urgencias, lo valoraron y le hicieron unos lavados quirúrgicos, horas más tarde fue transferido a piso. Transcurrieron los días, siete para ser más exactos, y fue hasta entonces que se le practicó una operación, desafortunadamente le amputan el brazo izquierdo por presentar infección en la zona quemada. Ahora Misael enfrenta una dura situación, lejos de su familia y sin saber cómo tomaran la noticia de su accidente pero y sobre todo la pérdida de su brazo izquierdo, lo embarga en una angustia y preocupación constante, pero también, piensa cómo lo recibirá la gente que lo conoce (propios y extraños), amigos, compañeros del trabajo, vecinos, al mismo tiempo que desea regresar de nuevo al trabajo y sobre todo, anhela recuperar la vida que tenía antes de su accidente.

## GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

Secretaría de Salud

### Historia Clínica General

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 98142

NOMBRE:	EDAD: 22	CAMA: 320
FECHA DE INGRESO 05/12/05	FECHA DE EGRESO 13/02/06	DIAS HOSPITALIZADOS 70
SEXO: Masculino	ESTADO CIVIL: Soltero	ESCOLARIDAD: Secundaria
OCUPACIÓN: Vendedor ambulante	DERECHOHABIENTE: Negados	
LUGAR DE NACIMIENTO: Chiapas	RESIDENCIA HABITUAL: Distrito federal	
DOMICILIO: Delegación Venustiano Carranza	RELIGION: Católica	

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:** Hábitos alimenticios regulares en cantidad y calidad, higiene regular. Habita casa rentada de cemento, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hacinamiento negativo, sin promiscuidad. Padres ambos vivos aparentemente sanos, hermanos 5 al parecer (hombres y mujeres).

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:** Alcoholismo (+) llegando a la embriaguez, tabaquismo (-), toxicomanías/drogas (+). Niega algún tipo de alergias y traumatismos, tratamientos quirúrgicos y enfermedades crónicas generativas y/o padecimientos incurables.

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente, a causa de atropellamiento (en estado de ebriedad) por vehículo pesado (trailer), presenta heridas múltiples en piel y tejidos subyacentes, lesión profunda en abdomen, deslizamiento de extremidades, lesión por deslizamiento de falanges mano izquierda, exposición de tejido muscular y óseo, pérdida de piel en antebrazo, brazo y hombro, lesión en uretra y/o vejiga. Es auxiliado por terceras personas en el lugar, quedando inconsciente en tiempo no específico.

**INSPECCIÓN GENERAL:** Presenta edad aparentemente igual a la cronológica. Pérdida de tejidos en ambas piernas y muslo derecho con exposición y herniación de tejido muscular.

**ATENCIÓN MÉDICA:** El paciente presenta lesiones profundas, exposición de tejido muscular y óseo, amputación parcial de 2da falange mano izquierda. Lesión en tejidos blandos, retención de orina con características hemáticas francas (sangre). Es referido para su atención al Hospital Juárez 2000, servicio de urología, por petición del personal médico a cargo. Es trasladado para su valoración el día 13/02/06.

**CASO 4:** Mario es un hombre de 22 años de edad, soltero, sin hijos. Proviene de una familia rural, desintegrada. Vive en el distrito federal desde hace 6 años aproximadamente, actualmente vive con un familiar, su hermana (la mayor de 5 hermanos) de 23 años de edad (secundaria) ocupación mesera en lonchería (\$1,900.00). Su accidente tiene lugar en la madrugada al ser atropellado en estado de ebriedad por un trailer, es auxiliado por personas que acuden a su llamado de auxilio minutos después, es trasladado y atendido por paramédicos de esta unidad (Hospital General Balbuena), ingresa al hospital aproximadamente a las 6:00 de la mañana.

**Herniación:** Formación o desarrollo de un tumor blando, elástico sin mudanza de color en la piel... Véase glosario para una definición más completa.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 98142

NOMBRE:  
EDAD: 22  
FECHA DE INGRESO 05/12/05  
CAMA: 320

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente, a causa de atropellamiento (en estado de ebriedad) por vehículo pesado (trailer), presenta heridas múltiples en piel y tejidos subyacentes, lesión profunda en abdomen, deslizamiento de extremidades, lesión por deslizamiento de falanges mano izquierda, exposición de tejido muscular y óseo, pérdida de piel en antebrazo, brazo y hombro, lesión en uretra y/o vejiga. Es auxiliado por terceras personas en el lugar, quedando inconsciente en tiempo no específico.



Contusión profunda en abdomen, exposición de tejido muscular y óseo, pérdida de piel en antebrazo, brazo y hombro izquierdo.



CASO 4

Mario antes de su accidente era vendedor ambulante, todos los días salía de su casa desde muy temprano para dirigirse a su trabajo. Su trabajo estaba en San Antonio Abad, ahí junto con otros compañeros y amigos vendía en la plaza diversos productos (ropa, calzado, accesorios). Como todos los fines de semana por las tardes, después del trabajo, Mario y sus amigos se dirigían comúnmente a un bar cercano para comer algo y tomar unas cervezas, pasarla bien y platicar un rato, sin embargo, un domingo después del trabajo cambiaría todo para Mario.

Cansados de un largo día, Mario y sus amigos decidieron ir a la calle de Fray Servando a un bar en busca de unas cervezas. Pasaron las horas, ya casi de madrugada, Mario se sentía demasiado borracho como para continuar tomando, el alcohol y la droga habían terminado con las fuerzas de Mario, fue entonces, que Mario decidió salir del bar y dirigirse a su casa, Mario al ver que se encontraba cerca de su hogar terminó por irse caminando, de noche casi sin movimiento en las calles, Mario tomó la calzada de la Viga, llegó a una esquina y sin fijarse atravesó la calle, fue entonces que sintió un fuerte impacto y sin más explicación, en minutos su cuerpo había sido arrastrado por un trailer unos metros de donde se encontraba, Mario no entendía lo que le había pasado, tirado en el pavimento, lleno de sangre y con un fuerte dolor en todo el cuerpo que le impedía moverlo, lo único que logró hacer fue pedir ayuda y entonces quedó inconsciente. Una vez despierto en el hospital, Mario trataba de recordar que había sucedido, en medio de un dolor inmenso por las heridas causadas por el accidente, Mario sentía una desesperación por no saber que ocurriría, por no entender la gravedad de sus lesiones y por supuesto las consecuencias que traería el accidente. Al momento de recibir la visita de los médicos y al ser valorado, Mario sintió un arrepentimiento enorme por haber tomado esa noche, por enterarse de lo grave que se encontraba por sus lesiones físicas, arrepentimiento que aún a los 70 días de estar hospitalizado siente, pero también, se siente angustiado por la preocupación de no quedar bien físicamente por la gravedad de sus lesiones y entonces no poder regresar al trabajo, pero, y sobre todo lo embarga una culpa por no haber escuchado los consejos de su madre y por no contar con el apoyo y la presencia de su familia, pues Mario es originario de Chiapas.

Mario llegó a vivir a la ciudad de México desde hace 6 años, con la ilusión de tener una vida mejor, en ese entonces le acompañaban su padre y su hermana mayor de tan sólo 23 años, dejando solos en su pueblo a su madre y el resto de sus hermanitos (al parecer 5 en total), sin embargo, la necesidad orilla al padre a viajar a los Estados Unidos en busca de un mejor empleo, fue entonces que Mario y su hermana se quedan solos en la capital, y aun cuando rentan en la misma casa, Mario y su hermana no tiene mucha comunicación de hecho, Mario comenta que la mayoría de la veces se encontraba fuera de casa, inclusive en más de una ocasión no llegó a dormir por estar con los amigos tomando quedándose muchas veces en un hotel sin preocuparse por avisarle a su hermana que se encontraba esperándolo en casa.

CASO 4

Recuerda también el entrevistado, que hace tiempo para ser más exactos hace tres años, estuvo en el reclusorio, nunca supo por qué, sólo recuerda que salió con un amigo (el amigo era originario de Monterrey y al parecer había estado preso 6 años en el reclusorio y apenas tenía unos cuantos meses de estar en libertad), un domingo por la noche en busca de unas cervezas, al salir del bar tomaron un taxi, Mario perdió el conocimiento por el exceso de alcohol, entonces no supo qué pasó, cuando despertó la policía los tenía rodeados; cuando lo arrestaron se encontraba todavía medio dormido dentro del taxi en estado alcohólico; sin más explicación lo relacionaron con integrantes de una banda y pasó 5 meses encerrado en el reclusorio, mismos que fueron suficientes para que Mario se iniciara en el mundo de las drogas y ahora desde hace un año fuera una práctica constante en su vida.

Actualmente Mario espera con ansiedad poder salir del hospital lo más rápido y mejor posible, regresar al trabajo y continuar una vida nueva a sus 22 años de edad, sin alcohol, drogas y amigos, pues dice estar muy decepcionado de las personas que según él consideraba sus amistades, al darse cuenta que ninguno de ellos se ha preocupado por visitarlo en el hospital o por preguntar cómo sigue de sus lesiones, poder buscar a su familia, principalmente saber del paradero de su hermana pues desde que se accidentó, únicamente la ha visto en tres ocasiones, de no ser por la trabajadora social del hospital, Mario no hubiera podido localizarla (pues cambio de domicilio a las pocas semanas del accidente de Mario), al mismo tiempo, con la llamada de la trabajadora social, la hermana de Mario se enteró del paradero de su hermano y del accidente que sufrió, pues como era muy común que Mario desapareciera y no llegara a la casa que rentaban en días, su hermana pensó que había ocurrido lo mismo en esta última ocasión y por tal motivo, nunca se preocupó por buscarlo (comenta el entrevistado). Mario de su padre no espera mucho pues, aun cuando su padre sabe del accidente que le ocurrió, no puede ir a visitarlo, ya que le resulta muy difícil abandonar el país en el que radica actualmente (Estados Unidos) para salir a su encuentro, y de su madre ni esperanzas, pues sus recursos son muy pocos además no sabría llegar a la ciudad de México pues nunca ha salido de su pueblo, por todo esto, el principal motivo de Mario una vez fuera del hospital, es reencontrarse con su madre y hermanitos en Chiapas, poder estar junto a ellos, ayudarlos a salir adelante, encontrar un trabajo y “el buen camino”, quedarse a vivir con quienes el comenta, son lo más importante en su vida (su familia) y que gracias al accidente, pudo darse cuenta de lo mucho que estaba equivocado al llevar una vida poco productiva inmersa en el alcohol, las drogas, las “malas” compañías, la diversión, y muchos otros excesos.

Para Mario, conocer el verdadero dolor emocional (no el físico) durante su proceso de recuperación, y darse cuenta de su abandono y soledad, sirvió para que cambiara su forma de concebir la vida y su manera de pensar drástica y determinadamente.



## GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

Secretaría de Salud

### Historia Clínica General

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 99008

NOMBRE:	EDAD: 23	CAMA: 324
FECHA DE INGRESO 22/12/05	FECHA DE EGRESO 12/04/06	DIAS HOSPITALIZADO 111
SEXO: Masculino	ESTADO CIVIL: Soltero	ESCOLARIDAD: Primaria Incompleta
OCUPACIÓN: Varios		DERECHOHABIENTE: Negados
LUGAR DE NACIMIENTO: Veracruz		RESIDENCIA HABITUAL: Distrito Federal
DOMICILIO: Delegación Iztapalapa		RELIGION: Católica

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:** Hábitos alimenticios regulares en cantidad y calidad, higiene regular. Habita casa propia de cemento, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hacinamiento positivo, sin promiscuidad. Padres ambos vivos aparentemente sanos de aproximadamente 60 años de edad. Tiene 8 hermanos en total, cuatro hombres y cuatro mujeres.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:** Alcoholismo (-), tabaquismo (-), toxicomanías/drogas (-). Niega algún tipo de alergias y traumatismos.

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente al sufrir caída de 3er nivel a las 12:25hrs. Al momento de caer hace contacto hombro izquierdo con cable de alta tensión, ocasionando ignición de ropa, lesión sobre muslo derecho presentando deformidad y crepitación. Es auxiliado por terceras personas en el lugar, posteriormente es atendido por el personal paramédico y trasladado a este hospital.

**INSPECCIÓN GENERAL:** Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, orientado en espacio y tiempo, cooperador, tranquilo, coherente.

**ATENCIÓN MÉDICA:** Paciente ingresado grave a piso por no haber lugar en unidad de quemados, ha requerido larga estancia por lo extenso de sus lesiones. Cuenta con injerto, tratamiento conservador y quirúrgico. Se solicitó valoración psicológica por parte del personal de enfermería adscrito a esta unidad. Presentó actitud depresiva, llanto esporádico, apatía, ansiedad extrema, insomnio, aislamiento, poca socialización, ideas de culpa, minusvalía y muerte.

**CASO 5:** Jerónimo es un hombre de 23 años de edad, católico, soltero, sin hijos, es el más pequeño de un total de nueve hermanos. Proviene de una familia urbana, disfuncional. Vive en el distrito federal desde hace 7 años, con cinco familiares, su hermano de 30 años de edad (primaria incompleta), de ocupación empleado (\$2,000.00) su cuñada de 27 años de edad, (primaria incompleta quinto grado), se dedica al hogar, y tres sobrinos de aproximadamente 9, 5 y 2 años de edad respectivamente. Jerónimo de oficio pintor actualmente (\$2,000.00), estudio hasta quinto grado de primaria. Su accidente tiene lugar en azotea (3er nivel) al sufrir caída, aproximadamente a las 12:25 horas. Lesionándose ambas piernas, fractura expuesta de fémur derecho, quemadura de espalda por corriente eléctrica de alto voltaje, quemadura en tercer grado en hombro y brazo izquierdo del 37% de SCT (superficie corporal quemada) por ignición. En el lugar es atendido por terceras personas y posteriormente por paramédicos de la ambulancia que lo trasladan al hospital, no pierde en ningún momento el conocimiento. Recuperación lenta por lo extenso de sus lesiones sin complicaciones por el momento. Presenta abandono familiar.

**Crepitación:** Sonido chirriante que se oye y sensación que se siente cuando dos superficies rugosas rozan la una con la otra. Véase glosario para una definición más completa.

# GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

Secretaría de Salud

*Hoja de especialidad Cirugía Plástica*

DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 99008

NOMBRE:

EDAD: 23

FECHA DE INGRESO 22/12/05

CAMA: 324

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente al sufrir caída de 3er nivel a las 12:25hrs. Al momento de caer hace contacto hombro izquierdo con cable de alta tensión, ocasionando ignición de ropa, lesión sobre muslo derecho presentando deformidad y crepitación. Lesionándose ambas piernas, fractura expuesta de fémur derecho, quemadura de espalda por corriente eléctrica de alto voltaje, quemadura en tercer grado en hombro y brazo izquierdo del 37% de SCT (superficie corporal quemada) por ignición. Es auxiliado por terceras personas en el lugar, posteriormente es atendido por el personal paramédico y trasladado al hospital.



CASO 5

Para Jerónimo, el 22 diciembre del año 2005 será una fecha que recordará a lo largo de su existencia. Tan sólo con 23 años de edad, Jerónimo enfrentará una tragedia que lo llevará a experimentar la soledad, el abandono, pero también, el dolor por encontrarse en una situación donde desafortunadamente será dentro de esta historia el más perjudicado.

Era un Jueves, apenas pasaba de medio día, cuando Jerónimo se dispuso por órdenes de su hermano subir a la azotea de un tercer nivel para barrer el agua acumulada por la lluvia del día anterior, todo parecía transcurrir con normalidad, sin embargo, bastó un descuido para que Jerónimo fuera víctima de un fuerte accidente. Al estar barriendo el agua de la azotea, Jerónimo sin darse cuenta, tocó con su hombro izquierdo un cable de alta tensión ocasionándole quemaduras profundas en distintas partes de su cuerpo, sin embargo, al recibir la descarga eléctrica, Jerónimo fue expulsado por la misma por los aires dejándolo caer sin protección alguna en el piso (mismo que se encontraba con grava, arena y algunas tablas astilladas), esto le provocó una fractura en pie derecho. Jerónimo recibió ayuda de los paramédicos y fue trasladado al hospital, en urgencias le dieron los primeros auxilios, después fue trasladado a piso y programado para cirugía, sin embargo, la falta de material provocó que la intervención se prolongara por tiempo indefinido, pasaron tres semanas para que la familia de Jerónimo pudiera conseguir los clavos que necesitaba para la operación de su pie, fue entonces que los médicos decidieron hacer la operación, desafortunadamente para Jerónimo, la herida del pie se había infectado ocasionando que nuevamente la operación se pospusiera unos días.

Mientras Jerónimo esperaba ser intervenido quirúrgicamente, los primeros días que vivió en el hospital estuvieron al principio llenos de optimismo y alegría por las visitas constantes que recibía de sus familiares y amigos, sin embargo, con el paso del tiempo los días empezaron a ser deprimentes, pues sus familiares lo visitaban poco; sus padres, comentó el entrevistado, únicamente lo fueron a ver en una sola ocasión, sus hermanos, poco a poco lo fueron abandonando; el trabajo, la falta de dinero y de tiempo, pero y sobre todo los conflictos familiares que surgieron a raíz del accidente de Jerónimo, ocasionaron que la familia se alejara y por consecuencia, Jerónimo quedara solo con su padecimiento, esta situación llevó a Jerónimo a experimentar estados como depresión y ansiedad extrema, pero también, sentimientos negativos como culpabilidad y deseos de morir, presentando aislamiento y poca socialización con los demás pacientes y el personal médico en general.

Actualmente Jerónimo se recupera de su operación en el hospital, afortunadamente sus familiares han vuelto a visitarle, esto ha ayudado para que Jerónimo se encuentre mucho más optimista y con fe, alegre pensando en todo lo que hará cuando salga, como continuar trabajando, ahorrar dinero para construir su casa, pero también, alejarse del alcohol y de las amistades “malas”, como él les llama, portarse bien y formar una familia.

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
Secretaría de Salud  
*Historia Clínica General*

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 101001

NOMBRE: EDAD: 35 CAMA: 123  
FECHA DE INGRESO 06/02/06 FECHA DE EGRESO 08/03/06 DIAS HOSPITALIZADOS 30  
SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado ESCOLARIDAD: Secundaria  
OCUPACIÓN: Comerciante DERECHOHABIENTE: Negados  
LUGAR DE NACIMIENTO: Distrito federal RESIDENCIA HABITUAL: Estado de México  
DOMICILIO: RELIGION: Católica

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Hábitos alimenticios buenos en cantidad y calidad, higiene regular. Habita casa propia de cemento, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hacinamiento negativo, promiscuidad negativa.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Alcoholismo (+) cada ocho días llegando a la embriaguez, tabaquismo (+), toxicomanías/drogas (-). Niega algún tipo de alergias y traumatismos.

PADECIMIENTO ACTUAL: Su padecimiento inicia el mismo día del accidente tras sufrir accidente automovilístico en estado de ebriedad sufriendo lesión directa en antebrazo izquierdo con presencia de herida cruenta la cual presenta exposición ósea.

INSPECCIÓN GENERAL: Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, orientado en espacio y tiempo, cooperador, tranquilo, consciente.

ATENCIÓN MÉDICA: El paciente recibe lavados quirúrgicos, pérdida de extremidad superior izquierda. Tratamiento conservador y quirúrgico.

CASO 6: José Luis es un hombre de 35 años de edad, casado, comerciante (\$6,000.00). Vive actualmente en el Estado de México con su esposa de 38 años de edad (primaria completa) se dedica al hogar y sus dos hijos de 17 (preparatoria) y 15 (2do de secundaria) años de edad respectivamente. Sufre accidente automovilístico, es auxiliado por terceras personas en el lugar y llevado al hospital para su valoración. Presenta pérdida de extremidad superior izquierda, sin complicaciones por el momento.

Total a pagar: \$1,045.00

**Cruenta:** Superficie desprovista de su revestimiento, capa o cubierta dejando pasar sangre.

**Tratamiento quirúrgico:** La cirugía constituye la principal forma de tratamiento para una amplia gama de enfermedades. Entre los procedimientos quirúrgicos más frecuentes se incluye... Véase glosario para una definición más completa.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 101001

NOMBRE:  
EDAD: 35  
FECHA DE INGRESO 06/12/06  
CAMA: 123

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente tras sufrir accidente automovilístico en estado de ebriedad sufriendo lesión directa en antebrazo izquierdo con presencia de herida cruenta (superficie desprovista de su revestimiento, capa o cubierta dejando pasar sangre) la cual presenta exposición ósea. Pérdida de extremidad superior izquierda.



Lesión directa  
en antebrazo  
izquierdo, la  
cual presenta  
exposición ósea.

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
Secretaría de Salud  
*Historia Clínica General*

DEPARTAMENTO DE QUEMADOS

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 100727

NOMBRE:	EDAD: 38	CAMA: 01
FECHA DE INGRESO 02/02/06	FECHA DE EGRESO 08/03/06	DIAS HOSPITALIZADOS 37
SEXO: Masculino	ESTADO CIVIL: Casado	ESCOLARIDAD: Secundaria
OCUPACIÓN: Ayudante general en construcción	DERECHOHABIENTE: Negados	
LUGAR DE NACIMIENTO: Estado de México	RESIDENCIA HABITUAL: Toluca	
DOMICILIO:	RELIGION: Creyente	

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:** Hábitos alimenticios buenos en cantidad y calidad, higiene buenos. Habita casa propia de cemento, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hacinamiento negativo, promiscuidad negativa. Padres ambos vivos de 76 años de edad. Hermanos 10, actualmente sólo sobreviven 8, cuatro hombres y cuatro mujeres.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:** Alcoholismo (+) llegando a la embriaguez desde los 18 años de edad, tabaquismo (+) desde los 20 años de edad fumando una cajetilla al mes, toxicomanías/drogas (-). Niega algún tipo de alergias y traumatismos.

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente a las 13:30 horas en horario de trabajo, recibe descarga eléctrica sufriendo quemaduras en áreas especiales: cara, cuello de 1er y 2do grado superficial, tórax con quemaduras de 1er y 2do grado al 20 % SCT (superficie corporal quemada). Es auxiliado por trabajadores y terceras personas en el lugar, quedando por un momento inconsciente.

**INSPECCIÓN GENERAL:** Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, orientado en espacio y tiempo, íntegro, bien conformado.

**ATENCIÓN MÉDICA:** Aseo quirúrgico y aplicación de injerto.

**CASO 7:** Maximino es un hombre de 38 años de edad, casado, ayudante de construcción (\$4,000.00). Proviene de familia unida. Vive en el estado de México con su esposa de 38 años de edad (secundaria) dedicada al hogar, un hijo de 17 años de edad (secundaria) ayudante de albañil, un hijo de 14 años (segundo de secundaria) estudiante, y un tercer hijo de 2 años de edad respectivamente. Sufre lesión eléctrica, provocando quemaduras de 1er y segundo grado en cara, cuello y tórax, al 20% SCT. Es trasladado por un familiar al hospital presentando pérdida de conciencia, recibe atención médica a las 16:10 hrs. No presenta complicaciones por el momento. Le es recomendado adquirir malla de licra para proteger áreas injertadas.

**Quemaduras de primer grado:** Estas quemaduras producen un enrojecimiento de la piel y afecta sólo a la epidermis, la capa superior de la piel. Véase glosario para una definición más completa.

**Quemaduras de segundo grado:** Estas quemaduras lesionan la piel con mayor profundidad, produciendo ampollas. Véase glosario para una definición más completa.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 100727

NOMBRE:  
EDAD: 38  
FECHA DE INGRESO 02/02/06  
CAMA: 01

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente a las 13:30 horas en horario de trabajo, recibe descarga eléctrica sufriendo quemaduras en áreas especiales: cara, cuello de 1er y 2do grado superficial, tórax con quemaduras de 1er y 2do grado al 20 % SCT (superficie corporal quemada). Es auxiliado por trabajadores y terceras personas en el lugar, quedando por un momento inconsciente.



CASO 7

Maximino es un hombre de 37 años de edad, desde muy pequeño estuvo acostumbrado al trabajo pesado, pues solía acompañar, cuando era un niño, a su padre a las labores del campo, desde entonces, le tomó gusto a la tierra y todo lo que tuviera que ver con trabajos pesados. Con el paso del tiempo, Maximino logró formar una familia e instalarse en el estado de México, ahí empezó hace unos cuantos años a construir su casa, misma que está por terminar. La alimentación y educación de sus hijos para Maximino, siempre fueron indispensables razón por la cual siempre procuró abastecer del gasto a su esposa para lo que necesitara su familia, por supuesto que el trabajo era una función indispensable para Maximino, y por tal motivo, procuraba trabajar de lo que fuera necesario para cubrir dichos requerimientos, es por esto, que en más de una ocasión, Maximino estuvo laborando en distintos trabajos, aunque le pareciera muy poco lo que le pagaban, o bien, no le gustaba mucho lo que hacía, hasta que por fin un buen día, logró instalarse como ayudante general en una constructora.

Todo parecía perfecto, sin embargo, la vida de Maximino era mucho más complicada debido a que su padre, un hombre mayor de 76 años de edad, padecía desde hace más de 19 años cáncer gástrico, Maximino desde entonces, no sólo se encargaba de su familia, sino también de tratar la enfermedad de su padre. Sin embargo, Maximino se encontraba satisfecho pues su relación con sus hermanos era buena y había comunicación entre ellos. En ocasiones especiales, como navidad, año nuevo o el día del padre, se reunían todos para festejar sin problema alguno, y aunque no siempre, de pronto surgía algún enfrentamiento entre miembros de la familia, en general siempre se resolvieron los problemas.

Maximino siempre tuvo el gusto de “pasarla bien” (como él dice), es decir, salir a tomar unas cervezas en sus ratos libres con sus amigos y compañeros de trabajo, por tal motivo, siempre buscaba la manera de darse tiempo entre el trabajo y la familia para disfrutar de la compañía de sus amistades, no sin olvidar siempre que el trabajo y la superación estaban por encima de todo, pues para Maximino no hay nada en esta vida que no tenga solución o se pueda lograr. Esta aparente tranquilidad, pronto se vio opacada por el accidente que Maximino sufriría en horas de trabajo el 02 de febrero del año 2006. Era la 13:30 horas cuando Maximino mientras pintaba sin explicación alguna, recibe una descarga eléctrica quemándose cara, cuello y tórax, de inmediato es auxiliado por sus compañeros de trabajo y trasladado por un familiar al hospital para su atención. Para Maximino haber sufrido este accidente significó una prueba de vida, una prueba que le brindó la oportunidad de valorarse así mismo y darse cuenta de lo mucho que vale su familia, para reconocer quienes son realmente sus amigos y procurar estar tranquilo con sus hermanos, pero y sobre todo, cambió su forma de ver la vida, cambió completamente su manera de ser (cuenta el entrevistado), empezó a comprender muchas cosas que estando en buen estado no alcanzaría a reconocer, entre ellas que los seres humanos son egoístas por naturaleza, que la vida hay que disfrutarla al máximo y que realmente existen los milagros y la presencia de dios.



**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**  
Secretaría de Salud  
*Historia Clínica General*

DEPARTAMENTO DE QUEMADOS

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 101851

NOMBRE: EDAD: 31 CAMA: 01  
FECHA DE INGRESO 03/03/06 FECHA DE EGRESO 10/04/06 DIAS HOSPITALIZADOS 38  
SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Casado ESCOLARIDAD:  
OCUPACIÓN: Taxista DERECHOHABIENTE: Negados  
LUGAR DE NACIMIENTO: Distrito federal RESIDENCIA HABITUAL: Estado de México  
DOMICILIO: Municipio de Nezahualcoyotl RELIGION: Católica

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Hábitos alimenticios buenos en cantidad y calidad, higiene buenos. Habita casa rentada, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hacinamiento negativo, sin promiscuidad. Padres ambos vivos aparentemente sanos. Padre de familia con dos hijos de 5 y 3 años respectivamente.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Alcoholismo (-) suspendido desde hace seis meses, llegando a la embriaguez, tabaquismo (+) ocasional en cantidad de dos a tres cigarros por semana, toxicomanías/drogas (+) ocasional desde hace seis años. Niega algún tipo de alergias y traumatismos. Cirugía reconstructiva de tendones mano derecha hace tres años.

PADECIMIENTO ACTUAL: Su padecimiento inicia el mismo día del accidente a las 23:00 horas sufriendo quemadura por fuego directo en áreas especiales cara, cuello y tórax, de segundo grado superficial y profundo al 15% SCT (superficie corporal quemada). Es auxiliado por familiares y terceras personas.

INSPECCIÓN GENERAL: Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, orientado en espacio y tiempo, íntegro, bien conformado, con buen estado de hidratación, cooperador.

ATENCIÓN MÉDICA: Aseo quirúrgico y aplicación de injerto.

CASO 8: Genaro es un hombre de 31 años de edad, casado, de oficio taxista (\$3,000.00). Proviene de una familia unida. Vive en el estado de México con su esposa de 22 años de edad (secundaria) dedicada al hogar, un hijo de 5 años de edad (preescolar) y un hijo de 3 años de edad respectivamente. Sufre quemadura por fuego directo mientras se encontraba de bajo de un vehículo automotor revisando el tanque de gasolina el cual se incendió. No presenta actualmente complicación alguna.

**Quemaduras de segundo grado:** Las quemaduras de segundo grado o de tercer grado que afectan a más del 10% de la superficie corporal producen un *shock* con disminución de la presión arterial y aumento del pulso. Véase glosario para una definición más completa.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 101851

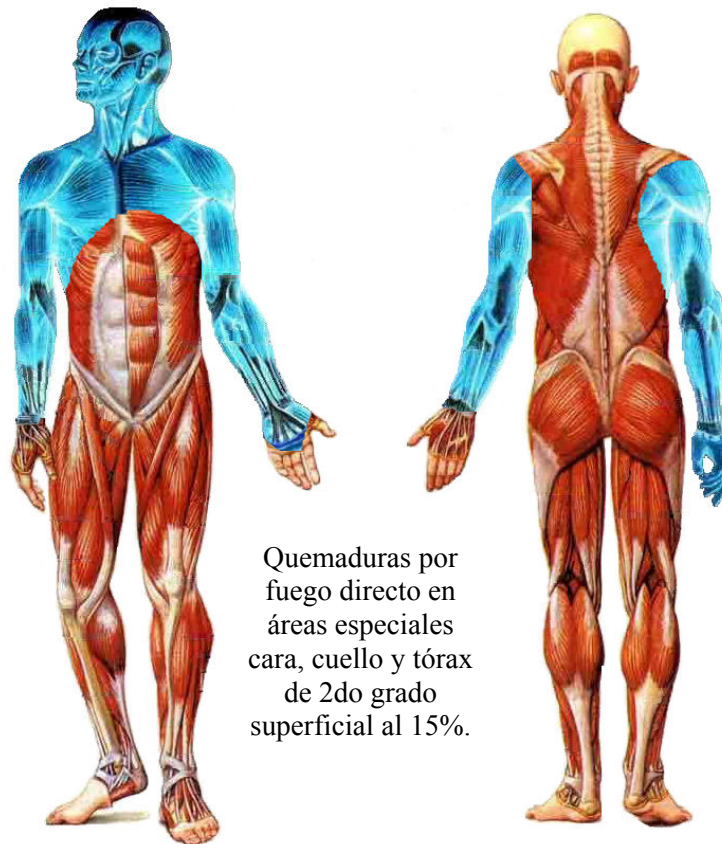
NOMBRE:

EDAD: 31

FECHA DE INGRESO 03/03/06

CAMA: 01

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente a las 23:00 horas mientras se encontraba de bajo de un vehículo automotor revisando el tanque de gasolina el cual se incendió sufriendo quemadura por fuego directo en áreas especiales cara, cuello, tórax y extremidades superiores de segundo grado superficial y profundo al 15% SCT (superficie corporal quemada). Es auxiliado por familiares y terceras personas.



CASO 8

Para Genaro el haber sufrido este accidente, resultó más un castigo de la vida que una prueba o una señal de dios. Así es como Genaro un hombre de 31 años de edad, padre de familia piensa mientras se recupera de sus lesiones físicas en el hospital, como consecuencia de sufrir quemaduras por fuego directo en cara, cuello, tórax y extremidades superiores, mientras se encontraba debajo de un vehículo revisando el tanque de gasolina.

Genaro, de profesión taxista, vive con su familia conformada por su esposa de 22 años de edad y sus dos hijos de 5 años y 3 años respectivamente, en el municipio de Nezahualcoyotl. Antes de sufrir el accidente, Genaro trabajaba diariamente todo el día en un taxi para poder solventar los gastos de su familia, aunque el trabajo de taxista en ocasiones era pesado y mal pagado, Genaro siempre trato de cumplir y mantener su trabajo pues siempre le gustó ver a sus hijos bien alimentados, aseados, vestidos y sin deseos de ninguna especie (comida, juguetes, ropa, etc.), su esposa nunca trabajó (al menos desde que se encuentra casada con Genaro), pues para Genaro, lo más importante es la seguridad y el cuidado de sus hijos y por tal motivo no ve bien que su esposa trabaje o se ausente de la casa sin razón alguna y deje solos a los niños aunque sea por unos momentos. Este miedo e inseguridad que Genaro siente y externa por la seguridad de sus hijos, es producto de las duras experiencias que durante su niñez vivió, experiencias que teme (según cuenta el entrevistado) también puedan vivir sus hijos ahora que se encuentra lejos de su familia recuperándose en el hospital, pues sin su trabajo, necesariamente (comenta el entrevistado) su esposa tiene que salir a la calle y buscar la manera de conseguir algo de dinero para sostener a su familia mientras se recupera, pues los gastos siguen, dice Genaro, entre los cuales están: pagar la renta entre otros gastos de la casa, la manutención de sus hijos y por si esto no fuera suficiente, cubrir los gastos que surgieron ahora a raíz del accidente.

Afortunadamente Genaro cuenta con el apoyo incondicional de su familia, padres y hermanos, quienes, comenta, desde su hospitalización, se han encargado de que su esposa e hijos estén bien y no les falte nada, así mismo, lo visitan y tienen cuidados con su persona, le demuestran su cariño y solidaridad. Sin embargo, Genaro vive con una preocupación constante, preocupación que lo ha llevado en varias ocasiones a perder el control de sus emociones y sentir que no puede permanecer más tiempo alejado de su familia y en especial, de sus pequeños hijos.

Para Genaro el cielo y el infierno no existen y, por lo tanto piensa que el hombre mientras se encuentra con vida, paga y padece por sus errores o bien es gratificado por sus buenos actos, piensa que si alguna vez hizo algo “malo”, lo está pagando ahora mientras se recupera en el hospital.

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**

Secretaría de Salud

*Historia Clínica General*

DEPARTAMENTO DE QUEMADOS

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 101200

NOMBRE: EDAD: 21 CAMA: 03  
FECHA DE INGRESO 14/02/06 FECHA DE EGRESO 23/03/06 DIAS HOSPITALIZADOS 37  
SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Soltero ESCOLARIDAD: Técnico  
OCUPACIÓN: Mesero DERECHOHABIENTE: Negados  
LUGAR DE NACIMIENTO: Distrito federal RESIDENCIA HABITUAL: Estado de México  
DOMICILIO: Valle de Chalco RELIGION: No refiere

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Hábitos alimenticios adecuados en cantidad y calidad, higiene adecuada. Habita casa propia, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hacinamiento negativo, sin promiscuidad. Padres ambos vivos, aparentemente sanos, Hermanos 2, un hombre y una mujer.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Alcoholismo (+) desde hace dos meses llegando a la embriaguez, tabaquismo (-), toxicomanías/drogas (-). Niega algún tipo de alergias y traumatismos.

PADECIMIENTO ACTUAL: Su padecimiento inicia el mismo día del accidente revisando lámpara eléctrica sufre descarga, provocando quemadura por electricidad e ignición de ropa al 19% de SCT (superficie corporal quemada) descartar lesión cardiaca. Lesión entrada en mano izquierda y salida en rodilla derecha más lesiones de primer y segundo grado superficial en tórax, abdomen y brazo derecho, por ignición de ropa. Es Auxiliado por personas que se encontraban en el lugar.

INSPECCIÓN GENERAL: Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, cooperador, orientado, tranquilo, consciente.

ATENCIÓN MÉDICA: Aseo quirúrgico y aplicación de injerto.

CASO 9: Marco es un hombre de 21 años de edad, soltero, sin hijos de oficio mesero (\$1,200.00). Proviene de una familia unida. Vive en Valle de Chalco, con su padre de 56 años de edad (primaria completa) de ocupación obrero (\$3,800.00) su madre de 45 años de edad (primaria completa) se dedica al hogar, hermana de 26 años de edad (secundaria) de ocupación secretaria. Su padecimiento lo inició el mismo día de su accidente que tiene lugar en la delegación Iztapalapa en casa de su tía, alrededor de las 19:30 horas es trasladado al hospital por un familiar y amigo, recibiendo atención médica a las 20:40 horas. Actualmente Marco necesita rehabilitación física, psicológica y presoterapia (aplicación de vendaje especial en zonas lesionadas).

Total a pagar. \$1,925.00

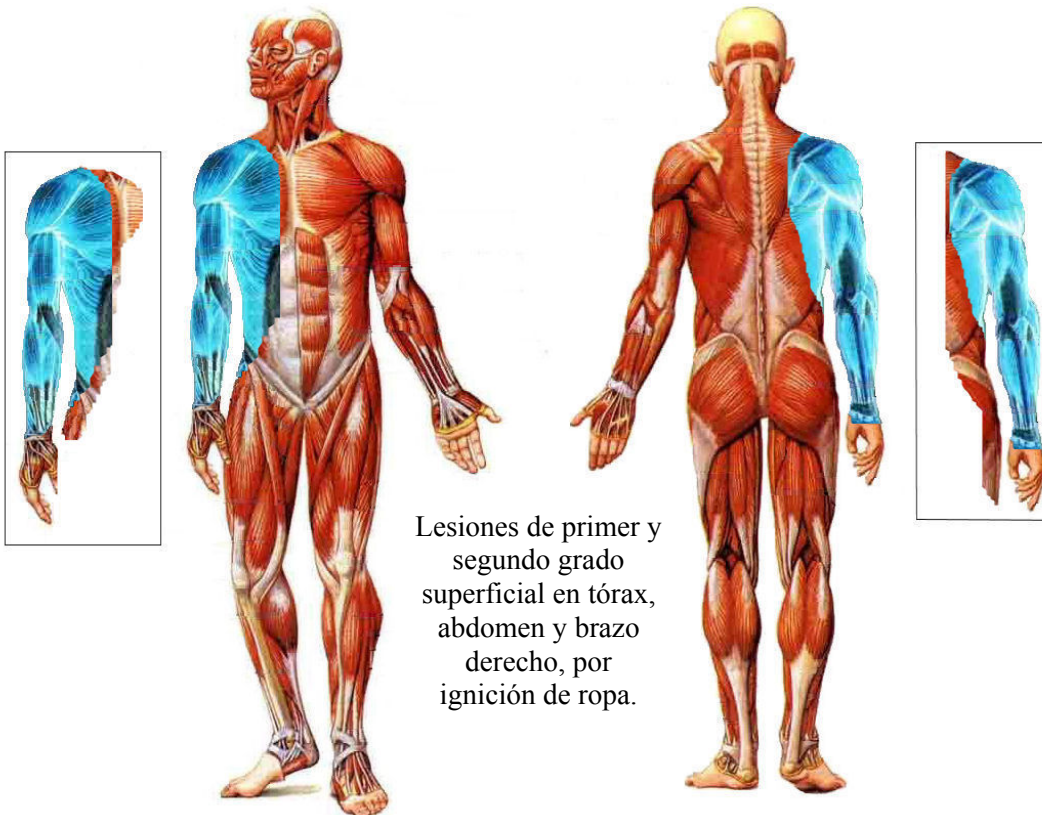
**Ignición:** Estado de los cuerpos que están incandescentes debido al calor desprendido por su rápida oxidación.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 101200

NOMBRE:  
EDAD: 21  
FECHA DE INGRESO 14/02/06  
CAMA: 03

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente revisando lámpara eléctrica sufre descarga, provocando quemadura por electricidad e ignición de ropa al 19% de SCT (superficie corporal quemada) descartar lesión cardiaca. Lesión entrada en mano izquierda y salida en rodilla derecha más lesiones de primer y segundo grado superficial en tórax, abdomen y brazo derecho, por ignición de ropa. Es Auxiliado por personas que se encontraban en el lugar.



CASO 9

Marco comienza diciendo que se accidenta un 14 de febrero del año 2006. Cuando llegó al hospital estaba muy mal, pensó que perdería la mano pues estaba en muy malas condiciones. Al principio sufrió mucho, pues lo tenían con monitor, sonda y otros aparatos. Se siente muy mal emocionalmente, pues antes del accidente él y su familia venían de estar atravesando momentos muy difíciles.

Ante la falta de recursos económicos, Marco fue a pedir trabajo en un antro que se abrió por su casa el 21 de octubre del año 2005, de inmediato lo contrataron y comenzó a laborar. Para finales de octubre y principios de noviembre, su hermana le comentó a la familia que estaban vendiendo plazas en la compañía de luz en 50, 000 pesos para entrar a trabajar a más tardar en 15 días a la compañía, la noticia les entusiasma y entonces la familia decide invertir en la compra de la plaza un dinero que tenían ahorrando para comprarse un coche; su hermana había pensado que la plaza fuera para Marco, el más pequeño de la familia. Marco al saber la noticia se emocionó, pensó que sabía un poco de electricidad y eso le ayudaría en el trabajo, además la ilusión de ayudar a su madre con el gasto, arreglar la casa donde vive con sus padres y hermanos, comprar el coche y continuar con sus estudios (pues Marco llegó a tomar sólo algunos cursos de mecánica en un CECATI), llevó a Marco y a su familia a decidirse sin pensarlo mucho. Todo parecía muy sencillo y bastante bien pagado pues, le habían dicho a su hermana que si le entraba con la plaza, estaría ganando a la semana, 7,000 pesos. Por supuesto que la idea de tener tal cantidad hizo que la familia hiciera todo lo posible por completar el resto del dinero.

Una vez entregado el dinero Marco firmó unos documentos, según él, eran unos contratos. Al parecer todo parecía seguro. Era tanta la seguridad de Marco, que decidió permanecer trabajando los fines de semana por la noche en el antro, pues no veía caso buscar otro trabajo ya que le resolverían en 15 días, según lo dicho. Sin embargo, la espera empezó a prolongarse, un mes, dos, llegó año nuevo y nada. En todo ese tiempo lo único que recibieron Marco y su familia, fueron evasivas como respuesta, por parte de los señores que habían prometido el puesto. La desesperación comenzó a invadir a Marco y su familia, pero la esperanza era más fuerte y no se detuvieron, esperarían el tiempo que fuera necesario. Pero un buen día sin esperárselo, el tipo que les había hecho firmar el supuesto contrato, había escapado con el dinero, Marco y su familia se dieron cuenta de esto pues cuando fueron a buscarlo para preguntar sobre el asunto en la casa donde hicieron el convenio, simplemente la encontraron vacía. Esto molestó mucho a la familia de Marco y al mismo Marco por supuesto. Buscaron por todos lados, la desesperación, el coraje y la impotencia desataron en Marco sentimientos negativos en contra de sus defraudadores. Marco entonces, le dijo a su madre que si encontraba a los tipos que lo habían estafado, los mataría, o algo por el estilo. La madre de Marco al escuchar hablar así a su hijo, le aconsejó diciéndole que eso no estaba bien, que se conformara y que pensara que gracias a dios él y su familia se encontraban “dentro de lo que cabe a salvo” y con salud, de seguir pensando de esa manera, lo único que lograría sería amargarse la existencia, meterse en problemas y preocupar a su familia.

CASO 9

Las palabras de la Madre de Marco surtieron efecto en él, logrando que éste se olvidara del asunto, o al menos que ya no tuviera ese tipo de pensamientos.

Pasó tiempo y cuando apenas la familia de Marco salía del terrible momento que había pasado por el robo de su dinero, una desgracia más se aproximaba a sus vidas. Se trata de la salud de la Madre de Marco, su estado cada vez es más preocupante, la posibilidad de someterse a una operación es más grande cada día, sin embargo, este hecho podría traer consecuencias terribles; perder la voz y acarrearle otros padecimientos físicos, son sólo algunos de los posibles males que atacarían a la madre. Esta noticia embarga a Marco en una terrible angustia.

Para Marco su madre y su hermana, son lo más preciado que tiene en la vida, daría la vida por ellas dice, además su hermana, es para Marco una amiga incondicional a quien puede confiarle todos sus secretos, pues le tiene mucha confianza y un gran amor de hermano. Con su padre y hermano mayor, la relación no es tan estrecha, sin embargo, expresa que mantienen cierta comunicación con ellos.

Tiempo después, la familia de Marco reciben la noticia de la muerte de un ser querido para la familia, esta noticia es motivo de tristeza en todos sus integrantes y Marco sufre una fuerte depresión, piensa que no es justo y por momentos desea mejor haber ocupado el lugar de su pariente. Todos estos acontecimientos tienen lugar en la vida de Marco y mientras pasan, Marco atraviesa momentos difíciles con su novia. Para entonces Marco llevaba una relación de noviazgo de dos meses aproximadamente, al final de este tiempo comenzó a tener conflictos con la chica, pero lo que detonó el enojo de Marco y por consecuencia su alejamiento, fue la acción de su novia al revisar su cartera y quitarle su directorio telefónico, sin embargo, al poco tiempo de este altercado, Marco descubre que le invade un nuevo sentimiento, se trata de una compañera de trabajo; el coqueteo empieza de inmediato y aún cuando la chica tiene novio, Marco decide entablar una relación de noviazgo con ella, la joven al darse cuenta que Marco tiene un interés especial por ella, corta a su novio con el que había llevado una relación de dos años aproximadamente (comenta el entrevistado).

El 14 de febrero estaba muy cerca, sería un buen momento pensó Marco para organizar una fiesta en el departamento de una de sus tías (en la delegación iztapaalapa), pues durante la fiesta pensaba pedirle de manera formal a su compañera de trabajo que fueran novios. Pero sin saberlo, ese día unas horas antes del evento, Marco sería víctima de un fuerte accidente llevándole a permanecer varios días en el hospital y lejos de su familia.

Eran aproximadamente las 19:30 horas del día 14 de febrero del año 2006, cuando Marco sufre un accidente al intentar revisar una lámpara eléctrica en el apartamento donde se llevaría a cabo la fiesta. De inmediato es trasladado por un amigo y un familiar al hospital para su valoración y atención oportuna.

**GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL**

Secretaría de Salud

*Historia Clínica General*

DEPARTAMENTO DE QUEMADOS

EXPEDIENTE CLÍNICO

No. DE EXPEDIENTE 101126

NOMBRE: EDAD: 27 CAMA: 05  
FECHA DE INGRESO 11/02/06 FECHA DE EGRESO 24/03/06 DIAS HOSPITALIZADOS 41  
SEXO: Femenino ESTADO CIVIL: Soltera ESCOLARIDAD: Primaria  
OCUPACIÓN: Hogar DERECHOHABIENTE: Negados  
LUGAR DE NACIMIENTO: Hidalgo RESIDENCIA HABITUAL: Estado de México  
DOMICILIO: Tecamac, Estado de México RELIGION: Católica

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Hábitos alimenticios deficientes en cantidad y calidad, higiene deficiente. Habita casa rentada, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, hacinamiento negativo, sin promiscuidad. Padres ambos vivos aparentemente sanos. Hermanos 3, hombres 1 mujeres 2. Hija de 9 años de edad.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Alcoholismo (-), tabaquismo (-), toxicomanías/drogas (-). Tiene injerto antiguo en muñeca derecha. Portadora de epilepsia desde hace 9 años, suspendiendo tratamiento voluntariamente hace tres años.

PADECIMIENTO ACTUAL: Su padecimiento inicia el mismo día del accidente en casa, al presentar crisis convulsiva y llevar una olla de agua hirviendo, ocasionándole quemadura por escaldadura de 2do y 3er grado profundo en pie, pierna y muslo izquierdo. Ingresó al hospital 48 horas después de sufrir accidente.

INSPECCIÓN GENERAL: Presenta edad aparentemente igual a la cronológica, orientada en espacio y tiempo, inquieta, encamada.

ATENCIÓN MÉDICA: Aseo quirúrgico y aplicación de injerto.

CASO 10: Isabel es una mujer de 27 años de edad, soltera, con un hijo. Proviene de una familia urbana, unida. Vive en el estado de México con su padre de 60 años de edad (primaria) su madre de 57 años de edad (primaria) de ocupación doméstica (\$2,400.00) una hermana de 30 años de edad (secundaria) ocupación obrera (\$2,600.00) y su hija de 9 años de edad (primaria 4º grado). Sufre quemaduras por escaldaduras de segundo y tercer grado, al presentar crisis convulsiva y llevar una olla de agua hirviendo, recibe atención médica a las 48 horas después del accidente, es trasladada al hospital por personal del cuerpo de bomberos. Requiere de rehabilitación física y presoterapia.

Total a pagar: \$1,700.00

**Escaldar:** Quemar con un líquido caliente o con vapor.



FICHA DE IDENTIFICACIÓN

No. DE EXPEDIENTE 101126

NOMBRE:

EDAD: 27

FECHA DE INGRESO 11/02/06

CAMA: 05

**PADECIMIENTO ACTUAL:** Su padecimiento inicia el mismo día del accidente en casa, al presentar crisis convulsiva y llevar una olla de agua hirviendo, ocasionándole quemadura por escaldadura de 2do y 3er grado profundo en pie, pierna y muslo izquierdo. Ingresó al hospital 48 horas después de sufrir accidente.



Quemadura por  
escaldadura de 2do y 3er  
grado profundo en pie,  
pierna y muslo izquierdo.

CASO 10

Isabel es una mujer de 27 años de edad, católica, vive con sus padres (ambos de edad avanzada), dos hermanas y su pequeña hija de tan sólo 9 años. Isabel vive en el estado de México, proviene de una familia urbana y unida, es madre soltera desde hace 6 años aproximadamente y se dedica al hogar.

Era una tarde de febrero, todo transcurría con normalidad en la vida de Isabel y su familia, sin embargo, esa tarde ocurriría un trágico accidente, y como consecuencia, traería muchos cambios a Isabel y su familia. Como todas las tardes, Isabel se ocupaba del arreglo personal de su pequeña hija, ponía agua a calentar para preparar el baño de la pequeña, y prepararla para llevarla a la escuela primaria a unas cuadras de su casa. Mientras la niña buscaba su ropa, Isabel llevaba en una olla el agua hirviendo para el baño de su hija, inesperadamente sufre una ataque de epilepsia provocando que ésta se vacíe el agua hirviendo en el cuerpo ocasionándole quemaduras profundas por escaldadura en pie, pierna y muslo izquierdo. Una vez consciente, con un dolor intenso y sin saber exactamente que le había ocurrido, Isabel de inmediato pide ayuda a su hermana, su hermana al percatarse del accidente pide a sus vecinas (que vive en la misma casa donde rentan) que la auxilien pues sus padres se encontraban fuera de casa trabajando y no había nadie más que las pudiera auxiliar, una de sus vecinas entonces, acude en su ayuda, al darse cuenta de la situación y sin saber que hacer, las dos mujeres (la hermana y la vecina) comienzan a poner en las heridas de Isabel pomadas, fomentos y todo tipo de medicamentos.

El resto de la familia (padres y hermana) al enterarse en la noche del accidente, no prestaron mayor atención pues este tipo de situaciones, desde hace tiempo, eran muy comunes para todos incluyendo a la misma Isabel, pues padece de epilepsia desde hace 9 años (después de tener a su pequeña hija), al percatarse de su padecimiento buscó ayuda médica e inicia tratamiento, sin embargo, lo suspende voluntariamente desde hace tres años, desde entonces, para Isabel su vida cambio por completo, pues vive una situación de aislamiento en casa pues sus familiares no la dejan salir ni tampoco le permiten trabajar, encontrándose la mayor parte del tiempo sola en su hogar con su pequeña hija siempre propensa a sufrir cualquier tipo de accidente, sin embargo, Isabel comenta que le agrada estar en su hogar y que le gusta mucho ocuparse de las labores domésticas. Esta situación también ha influido en la forma de ser de Isabel pues se define como una persona tímida y poco sociable.

No pasa mucho tiempo después del accidente (48 horas para ser más exactos) para que Isabel y su familia busquen ayuda pues no ven mejoría en las quemaduras, es entonces cuando deciden buscar al doctor de la colonia, sin embargo al no encontrarlo deciden acudir con el personal del cuerpo de bomberos que se encuentra cerca de su casa, el personal de la estación al ver las lesiones de Isabel, deciden trasladarla al hospital General Balbuena donde de inmediato le brindan atención médica en urgencias, posteriormente la suben al primer piso y a la semana es canalizada al departamento de quemados.

CASO 10

Una vez en el hospital, Isabel empezó a experimentar muchos estados negativos, tan sólo de pensar que su pequeña hija se quedaría sola en casa mientras ella se recuperaba en el hospital, le ocasionaba mucha angustia y desesperación, además le preocupaban los gastos médicos que pudieran generarse por su estancia en el hospital. Esta situación fue muy difícil para Isabel aún cuando sabía que contaba con el apoyo de su familia.

La recuperación de Isabel no fue nada fácil, aun cuando no fuera la primera vez que era llevada al hospital por sufrir un accidente, pues años atrás, tres para ser más exactos, le fue realizada una cirugía en la muñeca derecha por sufrir quemadura de fuego directo (al sufrir una crisis convulsiva pone la mano derecha en una de las parrillas de la estufa), sin embargo, en aquella ocasión no estuvo, afortunadamente, mucho tiempo hospitalizada, únicamente 20 días aproximadamente, tiempo estimado para aplicación de injerto. Su constante preocupación por el estado de su hija, más aun cuando alguno de sus familiares le comentaba al visitarla que la niña pregunta todos los días por ella y lloraba porque no estaba en casa. Además le mortifica mucho que el padre de la pequeña pudiera aprovechar su ausencia para robársela, pues antes del accidente, el padre amenazo a Isabel con llevarse a la pequeña. La relación con el padre de su hija nunca fue muy buena (comenta la entrevistada) pues desde que nació la niña el padre las abandono. La familia aconsejo a Isabel para que lo demandara, y una vez en la delegación, Isabel tuvo miedo de enfrentarse con él y su familia. Este hecho ocasiono que la juez le concediera la custodia al padre, sin embargo, al poco tiempo el padre regresó a la niña con el pretexto de no poder cuidarla. Desde entonces Isabel y su hija son acechadas todo el tiempo por el padre pues en repetidas ocasiones le han visto caminando cerca de la casa tratando de tener un encuentro con la pequeña.

Sin embargo, la convivencia con los demás pacientes ha ayudado mucho para mejorar el estado de ánimo de Isabel. Ahora no sólo plática sino también sonríe y comparte experiencias con los demás pacientes hospitalizados en el departamento de quemados. Aun cuando sus compañeros de cuarto son todos hombres, esta situación ha incomodado mucho a Isabel sobre todo en los momentos que tiene que asearse u obrar. Con el personal de enfermeras también muestra Isabel una actitud más abierta, platica con ellas y deja que los doctores se acerquen y le traten sus lesiones.

Ahora Isabel sólo piensa en el día que pueda regresar a casa, estar con su niña y con su familia. Piensa en poder realizar de nuevo sus actividades diarias, de encargarse de la casa, de su hija y de su familia, y aun cuando le preocupa no poder recuperar del todo la apariencia física que tenía antes del accidente su pierna, para vestir como le gusta; con sus faldas cortas y entalladas, le interesa más poder moverse y caminar con toda libertad, correr, brincar, saltar pues le gusta mucho jugar con su pequeña hija.

## Capítulo VII

### Análisis de resultados

#### 7.1 Análisis de datos

Al momento de tener las entrevistas, se realizaron de manera total las transcripciones, se ordenó la información acerca del fenómeno que se está estudiando por medio de categorías iniciales: situación socioeconómica, situación personal, afectiva y emocional durante y después del accidente (primeras impresiones y estados emocionales del paciente accidentado), perspectivas futuras del paciente accidentado, situación familiar (el papel de la familia y otros grupos externos durante el proceso de recuperación), medio social hospitalario (relación médico-paciente, relación paciente-institución). Es importante recordar que el objetivo de la presente investigación, es analizar la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación de los pacientes accidentados de forma integral, es decir, tomando en cuenta aspectos subjetivos y socioculturales.

##### 7.1.1 Sistema de categorías

- PERSONAL, AFECTIVA Y EMOCIONAL
  - Primeras impresiones y estados emocionales del paciente accidentado
  - Construcción de espacios y relaciones interpersonales (relación paciente-paciente)
  - Del encierro a la desesperación
- UNA NUEVA IDENTIDAD
  - De paciente accidentado a paciente estigmatizado
- SITUACIÓN FAMILIAR
  - El papel de la familia y otros grupos externos en el proceso de recuperación
- RELIGIÓN
  - La fe ante la adversidad
- PERSPECTIVAS FUTURAS
  - Del dolor a la reflexión y cambio
- EL MUNDO SOCIAL HOSPITALARIO
  - Relación paciente-institución
  - La importancia de la relación médico-paciente

## 7.2 Primeras impresiones y estados emocionales del paciente accidentado (Situación personal, afectiva y emocional)

Inicialmente el paciente accidentado no conoce la gravedad y los daños de sus lesiones físicas como consecuencia del accidente. En medio de una gran confusión, miedo y desesperación, el paciente accidentado es atendido y trasladado al hospital para su pronta atención médica, de estar consciente, su primer pensamiento es “salvar la vida”. Durante su trayecto rumbo al hospital, el paciente accidentado (si está consciente) es invadido por una serie de pensamientos, todos ellos relacionados con su situación física actual (el grado de sus lesiones y la gravedad de las mismas), pero también, el paciente accidentado piensa y le preocupa en gran medida otras situaciones concretas, principalmente, las que tienen que ver directamente con lo familiar.

Al cabo de un corto tiempo y una vez instalado en el hospital, el paciente accidentado recién llegado, reflexiona tratando de encontrar respuestas ante su nueva condición y las posibles causas que propiciaron su accidente.

Mientras son trasladados al hospital, algunos pacientes accidentados reflexionan sobre su condición física, las posibles lesiones que sufrieron y la gravedad de las mismas, pero también, piensan en el impacto y las repercusiones que la noticia de su accidente provocará en sus familiares.

*“Cuando me traía la ambulancia... cuando me traía la ambulancia tenía desesperación, te desconciertas te da..., como diciendo qué pasó, que todo fue tan rápido, por qué no reaccioné, yo quería quitar mi pierna, cuando me caí yo quería hacer las piernas juntarlas ¿me entiendes?, porque vi que venía la llanta, yo quería quitarla, no pude porque en el momento que me caí del golpe ya no pude arrimar la pierna, entonces empiezas ¡ay mi familia!, cuando les hablen (se toca la frente), mi papá en el momento en que escuche que me pasó algo, mis hermanas... todo eso piensas, y entonces te da miedo ¿no? y aparte te da... y dices ¿cómo?, ¿qué les van a decir?, se van a angustiar, cómo van a recibir, a los seres que tú tanto quieres, cómo van a recibir la noticia que tuviste un accidente, también te preocupa, y te preocupa mucho.” (Rocío, 49 años, vendedora).*

Es muy común que en los primeros días de su recuperación, algunos pacientes accidentados muestren consternación por su accidente y sus lesiones físicas, pero y sobre todo, por la situación en la que se encuentran (aislados de su familia o seres queridos sin saber con exactitud por cuanto tiempo, en un lugar poco familiar para algunos y, para la gran mayoría, completamente desconocido, rodeado de personas que se encuentran en su

misma situación pero que le son ajenas, además, dependiendo completamente del personal médico del hospital); esta situación generalmente provoca en los pacientes accidentados miedo, angustia, inseguridad, o desesperación.

*“...lo mío es un caso extraño (hace un gesto), porque a mí..., estaban muy lejos lo cables como para que..., o sea para que se alcance a comprender el grado de que llegan a mí, no, no alcanzas a entender por qué a ti, no alcanzas a comprender..., o sea en lo que vas asimilando que tú estás accidentado, eso es lo difícil en la primer semana, más que nada es lo emocional, el acostumbrarte, el, el aceptar que tú éstas..., que yo estaba en..., accidentado, y pus obviamente ¿no? ahí te entra todo o recuerdas toda la etapa de tú vida, el..., las preocupaciones, el..., los pendientes que tengas afuera, la familia, en mi caso te diré que lo de mi papá, mi papá tiene cáncer gástrico (me mira), yo lo estuve tratando ya mucho tiempo, y este..., esa es una de mis mayores preocupaciones y otra pus son mis hijos, tengo tres hijos, uno de 17 y uno de 14 y el bebé de 2 años y cuatro meses, mi esposa, y pues la familia ¿no?, o sea me preguntaba ¿por qué yo?, y ¿por qué a mí? nada más, al menos en mí eso, y lógico ¿no? empiezas a pensar en tu familia, cómo van a reaccionar, y luego cómo van a tomar lo del accidente, y dentro de eso qué tan grave es, nada más pero pues en sí, en sí lo principal es de..., y que yo me hice a la idea ¿no? que de decir bueno, si estoy consciente, no creo que sea tan grave, eso fue lo que me..., o sea lo que al menos paso por mí, por mi mente en el transcurso de allá y en lo que me recibieron nada más.” (Maximino, 38 años, ayudante de construcción).*

Sentirse en peligro de muerte o saberse vulnerable como consecuencia del accidente y sus lesiones físicas, puede llevar al paciente accidentado a experimentar una serie de estados negativos (angustia, frustración, desesperación, hostilidad, estrés, miedo, ansiedad extrema, etc.) que comúnmente se apoderan de él durante los primeros días de su recuperación y pueden llegar a ser amenazantes para su condición en general.

Investigaciones realizadas sobre esta problemática, han encontrado que las personas que experimentan alguna situación traumática o de peligro llegan a desarrollar trastornos de estrés postraumático (TEPT) o sintomatología asociada, pero también es cierto, que en muchos otros casos esto no llega a suceder (Vera, 2004).

Son los contratiempos, los grandes cambios que se experimentan en la vida diaria, lo que lleva al individuo a experimentar reajustes constantes, sin embargo, hay eventos que suelen tener mayores repercusiones en las personas o ser en un momento dado más estresantes, por tal motivo, hay quienes no logran sobrellevar estos cambios pues, se ha comprobado que el mismo acontecimiento puede desencadenar distintos niveles de estrés y causar diferentes daños (físico, psicológico y emocional) debido a las diferencias individuales que cada persona presenta y como consecuencia, pone en juego al momento de hacer frente a situaciones límites o de peligro (Everstine y Everstine, 1993, Peñacoba

y Moreno, 1998 citado en Vera, 2004). La reacción emocional que presente el paciente accidentado dependerá en gran medida de factores biológicos y sociales. De la combinación de ambos (la constitución biológica y el ambiente social) resultará el modo de actuar de cada individuo ante una situación determinada (De la Fuente, 1992).

*“...¿por qué estoy aquí? ya, pus ya, que me saquen, yo pensé que o tenía nada peor; ya hasta que... llegó los doctores, ya a la hora de la curación, o sea, me descubrieron todo, me quitaron las vendas, jno, pero yo tenía unas heridas pero bien..!, (hace un gesto) todo raspado aquí (señala su brazo), todo abierto de acá (señala su pierna) ¡chale! Luego... luego las sondas, tenía dos sondas, ¿y ora qué?,...” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

En algunos otros casos, estos estados (angustia, frustración, desesperación, hostilidad, estrés, miedo, ansiedad extrema, etc.) se mantienen poco más de una semana e incluso pueden llegar a permanecer durante meses, pueden en ocasiones, acompañar al paciente accidentado durante todo el proceso de recuperación, de ahí su importancia de identificarlos y saber qué los está originando para contrarrestar sus efectos oportunamente; sin embargo, es importante mencionar que este tipo de estados o síntomas, son reacciones normales que el ser humano tiene o manifiesta como consecuencia de haber sufrido alguna situación muy fuerte o poco usual. *“...la angustia puede definirse como una reacción global del organismo ante situaciones que percibe como amenazantes a su existencia y que incluye aspectos emocionales, cognitivos, somáticos y conductuales. La disposición a experimentar angustia es inherente a la condición humana” (De la Fuente, 1992, p. 426).*

Es importante mencionar, que las personas que presenta angustia no logra identificar qué está originando tal estado, de ahí que se sientan en todo momento amenazadas. El miedo, por el contrario, es un estado que el individuo puede reconocer en el momento y saber qué lo está provocando. La angustia como el miedo, son producto de situaciones amenazantes y ambos pueden llevar al individuo a experimentar estados de pánico (De la fuente, 1992). El estrés en cambio, se produce cuando los individuos son expuestos a situaciones poco comunes que usualmente, no están acostumbrados a experimentar poniendo al límite sus capacidades de adaptación humanas (De la fuente, 1992). La ansiedad es considerada como un estado emocional desagradable que se presenta en los individuos ante situaciones de peligro o de amenaza reales o imaginarias.

La ansiedad se caracteriza por tensión, aprensión, nerviosismo, sensaciones de incertidumbre y/o preocupación (Papalia, D., & Olds, S. 1995).

Podemos decir entonces, que los distintos estados emocionales que pudieran presentar en cualquier momento los pacientes accidentados durante su proceso de recuperación, se debe principalmente a factores o estímulos externos concretos.

*“Tuve un accidente y perdí mi brazo y la verdad hoy me siento muy mal (hace un gesto), desde que desperté me entró mucha ansiedad, una desesperación que no sabría cómo explicarle (me mira). Ni cuando me quitaron el brazo me puse así como ahorita (me mira), al contrario me dije, tengo que echarle muchas ganas para salir pronto, voy a salir adelante, pero no sé (reflexiona),... ¿Verdad que ayer estaba muy tranquilo? (pregunta al paciente que se encontraba junto a su cama), ¿verdad que estaba ayer muy tranquilo? (reafirma)” (José Luis, 35 años, comerciante).*

En algunos otros casos durante el proceso de recuperación, el paciente accidentado experimenta sentimientos de culpa y arrepentimiento poniendo en riesgo su integridad psicológica, física y emocional. La culpa es un sentimiento que necesariamente es experimentado ante situaciones específicas, este efecto se produce cuando se violan normas o preceptos morales aceptados como válidos por un grupo social determinado, el sentimiento de culpa se instala y persiste en distintas proporciones, en diferentes grados y en diversas ocasiones (De la Fuente, 1992).

*“... ¡chale, ora qué me pasó!, pero estaba bien arrepentido y desesperado, no hubiera tomado pero ¡pus ya qué!, ya estaban sucediendo las cosas (me mira)... Cada que las curaciones me hacían, ¡como me tallaban! pero, solito se me salían las lagrimas, se me salían solitas, y ahí me puse a pensar ¡chale!, (recuerda) me decía mi mamá “no tomes hijo, que tal si te llega a pasar algo, ¿quién te va ver?”, pero nunca entendí (sonríe y se acaricia sus manos) yo seguía con mis... desmadres, con mis amigos...” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

Las vivencias o situaciones pasadas que han sido particularmente dolorosas o amenazantes, aparecen contenidas de significado durante el proceso de recuperación en algunos pacientes accidentados, y en el caso siguiente en particular, por la falta de control y poder que el paciente accidentado tiene sobre sí mismo. Los estados como la angustia, frustración, desesperación, hostilidad, estrés, miedo, ansiedad extrema, etc. se agudizan debido a la vulnerabilidad que algunos pacientes presentan durante el proceso de recuperación, por desconocer la situación actual de su familia, provocándole miedo por la



falta de seguridad que pudieran experimentar los integrantes de la misma en un momento determinado.

*“...la verdad me preocupa porque están chiquitos (3 años aproximadamente), no quiero que les pase nada, hay mucha gente mala, abusiva, que se aprovecha de ellos como están chiquitos, los engañan, te digo esto porque yo..., uno ve muchas cosas de niño, uno cuando está en esa edad no piensa, me acuerdo cuando vivía..., porque cuando estaba niño vivía en una vecindad entonces yo veía muchas cosas... (le tiembla la voz), veía como la gente se acercaba a ellos... (hace un gesto), cuando estaban los niños solos, veía como... (contiene el llanto), como chiquitos (me mira), abusan de ellos y la verdad te roban la inocencia (llora), te roban la infancia ¿verdad? yo sufrí mucho, a mí me lastimaron (me mira y llora)... y nadie hace nada ni se enteran (hace un gesto), los engañan..., cuando estás chico ves muchas cosas, por eso me preocupa mucho mis hijos...” (Genaro, 31 años, taxista).*

Escenas vividas en la infancia junto con la influencia de personas propias y extrañas se suman para formar parte importante y significativa durante el proceso de recuperación para el paciente accidentado. Para entender la situación y las reacciones actuales del enfermo, es necesario conocer sus experiencias en épocas anteriores de su vida (De la Fuente, 1992).

*“...después en los primeros días me sentí tranquila, me acordé de todas las enseñanzas de mi abuelita materna que siempre nos inculcó fortaleza, este, nuestra fe, y que nos decía que ante cualquier cosa estuviéramos tranquilas y nada de perder la paciencia..., los consejos que hayas recibido en tu niñez, que te hayan orientado de buena manera te ayuda, te ayudan y mucho en momentos como este...” (Rocío, 49 años, vendedora).*

Sin embargo, en el momento del accidente hay situaciones particulares que pueden ser origen de estados como la frustración, el miedo, la impotencia y el enojo durante el proceso de recuperación en el paciente accidentado.

*“Estoy saliendo adelante aunque sea con trabajos pero pus ahí la llevo. Pero sí, mi mami sí es lo que sí me preocupa, tiene un tumor en el estómago y la quieren operar del estómago y la garganta, de la garganta no sé qué tiene, pero hay riesgo de que se quede sin voz. Luego también nos trancearon cincuenta mil pesos; supuestamente yo iba a entrar a luz y fuerza, según iba a comprar esa base y el cuate este que nos pidió el dinero pus se nos fue a la fuga con ese dinero. ¡De por sí estamos jodidos! y luego así, pus como que sí te saca de onda ¿no?” (Marco, 21 años, mesero).*

Está claro que el paciente accidentado independientemente de su condición, es a la vez agente y objeto de cambio. Su cooperación, paciencia, fuerza de voluntad y ganas de seguir viviendo, sirven para su pronta y satisfactoria recuperación.

### 7.3 Construcción de espacios y relaciones interpersonales (Relación paciente-paciente)

Una vez estabilizados por el personal médico de urgencias, los pacientes accidentados son trasladados de acuerdo a las lesiones físicas que presentan, a los distintos departamentos (Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia y Quemados), para su tratamiento y atención especializada, sin embargo, en ocasiones la falta de mobiliario obliga a la administración del hospital a ubicarlos en áreas no especializadas, propiciando así a su lenta recuperación; por ejemplo, Jerónimo es el caso de un paciente accidentado que al llegar al hospital, con quemaduras por fuego directo, es ingresado grave a piso al no haber lugar en el departamento de quemados, por lo que ha requerido larga estancia a causa de lo extenso de sus lesiones (Caso 5 Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva).



Foto: Elizabeth Trujillo  
Sala de Urgencias. Hospital General Balbuena.

Las salas o habitaciones compuestas por seis camas ubicadas en cada departamento (véase anexo B), será el nuevo espacio donde el paciente accidentado permanecerá (casi siempre en cama) hasta su recuperación total y su salida satisfactoria. Desde este momento su tiempo de estancia puede prolongarse semanas y en algunos casos hasta meses (tiempo estimado de permanencia en el hospital por accidente).

\* Fotografía tomada con autorización durante el trabajo de campo en el Hospital General de Balbuena.

Durante ese período el paciente accidentado estará expuesto a una serie de factores internos (propios del hospital) y externos (propios del mundo social circundante). La presencia o ausencia total de dichos factores durante el tiempo que permanezca el paciente accidentado dentro del hospital, serán determinantes para su evolución además de ser generadores de estados emocionales y psicológicos (De la Fuente, 1992).

Al principio de su llegada el paciente accidentado comienza a explorar un nuevo terreno, gradualmente descubre un mundo nuevo; un mundo regido por leyes y normas preestablecidas: un *mundo social hospitalario*. Da cuenta de algunas de sus capacidades y acumula nuevas experiencias; poco a poco establece relaciones con su nueva condición de paciente, se limita a intercambiar algunas palabras con sus compañeros de cuarto y empieza a generar confianza y vínculos afectivos con quienes ahí se encuentran (pacientes y personal médico). Al paso de los días aprenderá un lenguaje diferente (médico), su cooperación y convivencia con el grupo es mayor y mutuo, su presencia crece conforme pasa el tiempo al igual que sus relaciones, al grado de establecer amistad con quienes le rodean, son capaces de crear relaciones armoniosas internas con otros pacientes o con miembros de la institución médica, de expresar pensamientos, sentimientos o estados de ánimo. Vincularse con el mundo y consigo mismo es particularmente una necesidad primordial para cualquier ser humano (Heller, 1985).

*“...después ya pasado de esa semana ya te vas acostumbrando, te vas adaptando, te vas..., vas empezando a platicar con tus compañeros y te das cuenta de que no eres el único que sufre, todos sufren en general, y emocionalmente te empiezas a adaptar a ese tipo de vida... te digo se te hace una rutina, las, este, las curaciones pus son a diario, ves que vas mejorando, vas cambiando tu animo, va..., se te va haciendo más corto el día, se..., eh..., el hecho que te decía, de estar platicando con tus compañeros, de... decirles que ¿se te ofrece un cómodo? (preguntaba), ¿quieres que te dé de comer?, ¿se te ofrece un pato?, dime..., y platicaba con ellos y más que nada con los recién ingresados, yo llegaba y les decía: lo difícil aquí es la primer semana... te vas a dar cuenta de que va a ir cambiando la vida... te das cuenta que ellos sufren igual, te das cuenta que también emocionalmente cambian mucho,... y yo te digo que pus a través del tiempo seguí siendo... a mí a la semana de esto que me pasó dije si no me tiró esta cosa, no hay cosa que me tire ya...” (Maximino, 38 años, ayudante de construcción).*

Es importante mencionar que el ser humano es un ser social, desde que nace, empieza a formar parte de una sociedad, de una realidad ordenada, aprende cómo debe relacionarse y comportarse con sus semejantes, además de desempeñar una serie de funciones y papeles que irán cambiando a lo largo de su existencia, misma que estará la

mayor parte del tiempo compartiendo con otros individuos hasta su muerte, dentro de un grupo o sistema social determinado, mismo que será fundamental para la formación o el cambio de sus creencias, valores, actitudes, pensamientos, etc. Por tal motivo, cualquier ser humano difícilmente puede concebirse fuera de todo grupo o relación social y por consecuencia el paciente accidentado como ser social, necesita de las relaciones interpersonales para su funcionamiento durante el proceso de recuperación.

*“...entonces todas las personas que llegan, que han llegado aquí donde yo estoy en la sala de cirugía plástica, yo les preguntaba, ¿qué le pasó?, ¿cómo se llama?, y la señora por ejemplo me decía, Glenda,” ¡ay me caí de un cuarto piso!, me siento...” yo le decía tranquila, yo empecé a platicar con todas, por eso considero que pues que también he sobrellevado lo mío, porque me he inmiscuido en lo que les ha pasado a mis vecinas pacientes, porque son pacientes también, entonces me decía, “¡ya, me quiero morir!”, y luego decía “¡tengo mucha hambre!”, no le traían, al principio, dos días no le trajeron nada, yo le decía cálmate, a mí también me pasó lo mismo, el primer día me dieron un té, al otro día no me dieron nada porque me operaron, le digo uno tiene que ser paciente y poco a poco se fue tranquilizando, porque estaba desesperada, y luego ya hasta me decía “¡hay comadre!” (se ríe), y pus no, nada de comadres, simplemente conocidas aquí en la sala...” (Rocío, 49 años, vendedora).*

El paciente accidentado comparte experiencias, intercambia ideas y opiniones acerca del hospital y sus integrantes. Habla sobre su tratamiento, lo que siente, quiere o teme y de su condición de paciente. Conversa sobre su familia, sus amigos, sobre sí mismo, platica lo que fue su vida antes del accidente, de sus capacidades y sentimientos y de su relación con el mundo y la vida cotidiana.

Durante este proceso de socialización, el paciente accidentado identifica a quienes lo acompañan pero además, inicia un proceso de búsqueda, pero y sobre todo de identificación, es decir, el paciente accidentado intenta cubrir un amplio abanico de necesidades, entre las cuales se encuentran: la necesidad de ser reconocido, aceptado, escuchado por quienes le rodean, compartir sus experiencias, emociones, temores y dudas, sentirse acompañado y comprendido por las demás personas. En este momento su presencia o ausencia ejercerá una notable influencia en quienes le rodean, además de surgir con frecuencia una comunión entre los pacientes accidentados debido a hallarse en una situación particularmente similar.

*“Sí, fue miedo de que me cambiaran, a lo mejor porque te adaptas a la gente de allá abajo (quemados), al ambiente de allá abajo, pero..., lo que pasa de allá abajo es que te aíslas del mundo, y ese aislamiento es lo que yo te decía te ayuda a convivir con tus*

*compañeros, con, con la poca gente que ves, pero también es algo muy positivo, porque tienes que aprender a convivir.” (Maximino, 38 años, ayudante de construcción).*

Es por tal motivo, que el *mundo social hospitalario*, es un contexto lleno de interacción entre sus miembros, es mediante la acción que el paciente accidentado conoce la realidad en la cual se encuentra, la observa, toma conciencia de ella, trata de dominarla y de trasformarla en tiempo y espacio (Schutz, 1993).

Por tal motivo, las etapas decisivas de la hospitalización, como el ingreso o el traslado a una nueva sala o piso, puede afectar la condición en general del paciente accidentado.

*“...aquí empiezas, hasta si tú quieres con tus compañeros compartes una botella de agua, y no te duele, no te duele porque es, es como sí aquí te descubrieras, aquí no importa lo físico, aquí importa tu..., lo emocional o mental, yo veía curar a mis compañeros, no sé, me dolía, yo quisiera compartir que, que ellos me pasaron un poco de..., (recapitula) yo fui el primero que curaban, yo era el primero, y verlos a ellos curar y llorar y todo lo que, lo que son las curaciones yo no quisiera, no sé, meterme dentro de ellos y que me pasara igual, que estaban haciendo ellos, sabiendo que yo ya había sufrido, es, es una etapa muy difícil pero muy bonita a la vez,... te das cuenta de que no eres el único que sufre, todos sufren en general...” (Maximino, 38 años, ayudante de construcción).*

A causa de ello, sus opiniones, valores y concepciones de sí mismo se verán modificados. Esta expresión es signo de integración y unidad, sin embargo, no significa que pueda darse en todos los casos durante el tiempo de hospitalización, y que se presente habitualmente de la misma forma. La situación física del paciente accidentado (ante pérdidas irreparables) por ejemplo, es un factor que influirá notablemente en su proceso de socialización y para su formación de identidad.

El paciente accidentado que se halla en una situación de inmovilidad, forzado a permanecer en cama y recibir mayor atención médica y especializada, está sujeto a realizar mayores esfuerzos en el transcurso de su recuperación. En estos casos saber qué tratamiento le será aplicado y quién lo realiza, es una de las primeras necesidades que los pacientes accidentados buscan atender en pro de su recuperación. Así, algunos tratamientos tendrán sentido y por consiguiente serán aceptados por el paciente accidentado, mientras que otros sin lugar a dudas, le serán insuficientes, inapropiados o simplemente ridículos.

*“Estoy adolorido, mira como estoy (levanta sus brazos), no puedo moverme, no puedo mover mis brazos bien, me siento incómodo, las curaciones son muy dolorosas, la primer vez que me bañaron aquí, me costó mucho trabajo (mueve la cabeza), hay veces que no aguanto el dolor y les pido a las enfermeras que me den analgésicos o algo para calmar el dolor, pero pus (hace un gesto) dicen que ya me dieron, que en el suero están metiendo el calmante (señala el suero), yo la verdad no siento nada, no les creo. Por ejemplo, cuando llegué pues como tuve quemaduras profundas pus yo decía que de una vez me hicieran lavados quirúrgicos para mí hubiera sido mejor más rápido (me mira), pero no, me metieron a la tina y ya después se dieron cuenta que eran mejor los lavados (hace un gesto) y nada más me hicieron sufrir sin necesidad ¿no? Luego yo veo, por ejemplo, que a mis compañeros (voltea a ver a los demás pacientes) los lastiman al curarlos, no tienen cuidado los doctores con lo que hacen, como no se trata de ellos ¡ni les importa! la verdad...” (Genaro, 31 años, taxista).*

Por otro lado, la influencia negativa de algún otro paciente tendrá repercusión en la imagen de sí mismo y en su recuperación.

*“Ahora ya platico con los vecinos y todo, luego vienen a verme como ahorita que no me puedo parar, vienen y me dicen ándale Isabel no seas floja ya levántate, o sino viene Marco y me dice vamos a bailar Isabel, como luego ponen música, por eso. Antes cuando estaba Ángeles (paciente), estaba aquí donde estoy yo ahorita, y yo estaba enfrente, antes cuando estaba, una vez me dijo, porque ella si podía caminar, “no Isabel te van a quitar la pierna, yo creo, porque se te ve muy feo”, le comenté a mi mamá cuando vino y me dijo: “tú que le haces caso, pus qué ella es el doctor o qué”, entonces dije sí verdad y ya no le hice caso. Ya ahorita estoy más tranquila” (Isabel, 27 años, madre soltera).*

## 7.4 Una nueva identidad

### 7.4.1 De paciente accidentado a paciente estigmatizado

El paciente 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 (piernas, brazos, manos, etc.). Goffman (1963) en su obra *“Estigma: La identidad deteriorada”*, reconoce tres tipos de estigma:

*“En primer lugar, las abominaciones del cuerpo –las distintas deformidades físicas-. Luego, los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Todos ellos se infieren de conocidos informes sobre, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas. Por último, existen los estigmas tribales de*

*la raza, la nación y la religión, susceptibles de ser transmitidos por herencia y contaminar por igual a todos los miembros de una familia” (Goffman, 1963, p. 14).*

En este caso hablaremos de un estigma en particular: en cuanto concierne a la imagen externa del individuo. Presentar alguna marca en el cuerpo y además que sea visible para los demás, como las malformaciones físicas o bien la falta de alguna extremidad, es para el individuo, signo de rechazo entre los miembros de una sociedad, convirtiéndolo en un inhabilitado, *algo malo para el grupo*. Este rechazo se debe a la imagen que los integrantes de una comunidad tienen de sí mismos y de aquellos quienes la conforman. Es decir, todo lo que no sea *normal* a los ojos de la sociedad, es menospreciado, mal visto o rechazado por salirse de los cánones establecidos por sus miembros (Goffman, 1963). En muchos casos, la nueva imagen representa para el paciente accidentado un motivo de desesperación, vergüenza y discriminación. Un primer momento es el desconcierto que invade al paciente accidentado por su nueva imagen corporal. La imagen del cuerpo se ha transformado como consecuencia de las lesiones físicas producidas por el accidente, ahora su nueva condición se caracteriza por algún tipo de pérdida ya sea que se trate de movilidad corporal o apariencia física.

Es importante señalar, que el daño emocional, psicológico y social que los pacientes accidentados tienen que enfrentar como consecuencia del accidente, son daños muy profundos que en la mayoría de los casos, será muy difícil de superar. De igual manera, la recomposición familiar y social que estarán sometidos como parte del proceso de adaptación, constituirá momentos de suma importancia y determinantes para el paciente accidentado.

Por ejemplo, Misael a sus dieciocho años de edad, al sufrir quemadura eléctrica por fuego directo en ambas extremidades superiores y ante la falta de atención médica oportuna, presenta pérdida de brazo izquierdo (Caso 3 Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva).

*“No, pues... no pensé nada, ya sabía que me lo iban a cortar, pero yo creí que nada más hasta el codo pus en el otro hospital el doctor me había dicho que nada más me quitarían esta parte (mira su brazo derecho a la altura del codo) pero pus cuando ya estaba acá y desperté y todo, me quise tocar el brazo y no lo sentí, entonces dije... ¿y ahora qué y mi brazo?! (hace un gesto)... ¿dónde está?... le pregunté al doctor por qué me cortaron hasta arriba si me habían dicho que hasta el codo nada más, el doctor me dijo que estaba muy mal hasta arriba y que por eso me lo amputaron. Yo me puse mal (baja la*

*mirada) porque pus yo me había imaginado hasta aquí nada más (hasta el codo) pero... pus no". (Misael, 18 años, empleado).*

Jerónimo a sus veintitrés años, al recibir un impacto eléctrico cae de un tercer piso, sufre quemaduras en hombro y brazo izquierdo, además fractura de pie derecho presentando deformidad en la extremidad inferior (Caso 5 Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva).



Quemadura por corriente eléctrica en espalda y brazo izquierdo.

Algunos pacientes nos hablan de la fuerte impresión que la nueva imagen del cuerpo ha dejado en ellos y cómo esta nueva imagen afecta su visión de sí mismos.

*"Bueno saliendo del injerto yo no me gustaba, no me gustaba mi pierna, yo decía ¡ay que fea se ve!, ¿así me va a quedar delgadita? (hace un gesto), pero ahora como me he dado cuenta que el tejido va engrosando este... ¡ah! restringí varias visitas de mi familia porque yo no quería que me vieran así, por qué, porque yo sé que algunos de mis tíos o mis tías o algún primo se asusta, entonces como el doctor me dijo que dejará mi pierna que se orea se puede decir, yo les dije que por favor que no vinieran, dije me van a ver sí, pero no quiero que vean mi pierna, porque no por mí por ellos, porque yo pensé que no iban a poder enfrentar la situación al visitarme..." (Rocío, 49 años, vendedora).*

Rocío al momento de cruzar la avenida, es arrollada por un autobús provocándole lesión en pierna derecha y deslizamiento de miembro pélvico derecho (Caso 1 Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva).

\* Fotografía tomada con autorización durante el trabajo de campo en el Hospital General de Balbuena.





Pérdida de tejido y músculo en pierna derecha por atropellamiento.

En este momento, la atención del paciente se enfoca en su imagen, sobre todo en las limitaciones físicas que este hecho le provoca, movimientos torpes, pocos coordinados, lentitud para hacer las tareas habituales de la vida cotidiana (levantarse, comer, caminar, bañarse), se convierten en una dificultad mayor, al mismo tiempo que va desarrollando una imagen de sí mismo deficiente, deteriorada, incapaz de manejarse por sí solo, una imagen negativa del cuerpo contraria muchas veces, a la que tenía antes de sufrir el accidente. Esta situación lleva al paciente accidentado a sentirse excluido y reflexionar en medio de una depresión sobre las posibilidades que tendrá para volver en un futuro a realizar las actividades de la vida diaria, pero y sobre todo a ocupar un lugar en la sociedad, a reintegrarse a sus grupos sociales de pertenencia como: la familia, el trabajo, la escuela, los amigos entre otros.

*“No, pus lo que me preocupa pus es como voy hacer para trabajar, que tal sí no me dan trabajo porque..., yo creo que no voy a trabajar como trabajaba normal, porque yo donde trabajaba cargaba cosas pesadas, como me hicieron... me operaron, ya no voy a poder cargar cosas pesadas yo creo ¿no?, ya no voy a trabajar como antes, eso me preocupa, pus nomás espero en dios que todo salga bien y echarle ganas, juntar un dinero ya, pero ya no agarrar nada de vicio.” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

Mario presenta heridas múltiples, lesión profunda en abdomen, deslizamiento de extremidades, exposición de tejido muscular y óseo, lesión en uretra y/o vejiga, al ser atropellado en estado de ebriedad por un trailer (Caso 5 Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva).



Foto: Elizabeth Trujillo

Lesiones profundas en órganos, exposición de tejido muscular y óseo.

El sólo hecho de imaginarse rechazado, menospreciado no ser comprendido por la familia y ser visto por miembros de otros grupos externos como una persona diferente, inferior, como una persona que tiene un defecto por su nueva apariencia física, provoca en el paciente accidentado temor, tristeza e incertidumbre. En algunos casos, los pacientes accidentados al encontrarse inesperadamente incapacitados, su relación con quienes son parte de su red social más cercana (familia, amigos, conocidos) se verá afectada por su nueva condición física, relacionarse con personas que le son familiares representará un reto mayor, que vincularse con personas que le son ajenas o extrañas (Goffman, 1963). Esto le genera al paciente accidentado sentimientos y/o pensamientos negativos que en la mayoría de los casos mantiene ocultos. Por ejemplo, algunos pacientes nos hablan de su temor a ser rechazados por su familia.

*“¡No!, no sé... no quiero... no (mueve la cabeza, reflexivo) la verdad pues tengo miedo que mi familia no me va a aceptar cuando me vea así sin un brazo (me mira), no quiero que mi mamá me vea, no quiero que se ponga mal, la verdad no sé cómo vaya a ser ahora que salga, cómo me vea la gente, cómo me sienta yo, cómo me sienta con mis amigos... pues si no trabajo luego pus pienso encerrarme medio año en casa pero de mi jefe, para que no me vea mi mamá ni nadie. Tengo miedo de tirarme al vicio, no sé, muchas cosas. Pero yo quiero y ojalá primeramente dios me ayude y trabaje luego, luego, porque tengo cosas que resolver allá...” (Misael, 18 años, empleado).*

Para algunos pacientes este proceso es sumamente difícil, su adaptación al medio social hospitalario requerirá de un mayor esfuerzo y representará un gran reto. Más aún si el paciente accidentado presenta algunos trastornos como depresión, ansiedad extrema,

aislamiento, apatía, llanto excesivo y dificultades para relacionarse durante el proceso de recuperación ya sea como consecuencia de sufrir el accidente o después de padecer la pérdida de algún miembro físico o sufrir un cambio radical en la persona. Goffman (1963) menciona al respecto: *“el aislado grupal, se halla constantemente en situaciones sociales con el grupo pero no forma parte de él”* (p. 164). El individuo entonces se esfuerza por hacer menos evidente algún mal físico o bien por corregir su incapacidad, demostrando que no existe prácticamente limitaciones para su desarrollo dentro de la sociedad ante la posibilidad de ser integrados. Desviar la atención en aquello que es considerado como un defecto o algo malo por los otros, es una de las principales tareas a realizar del paciente accidentado que ha sufrido una pérdida debido a la fuerte presión social a la cual se encontrará expuesto.

### 7.5 Del encierro a la desesperación

En algunos otros casos se encuentran los pacientes que por sus lesiones y/o estado físico, requieren de pocas intervenciones quirúrgicas así como de cuidados médicos, y no necesariamente tienen que guardar reposo en cama, este tipo de pacientes representan a largo plazo un mayor obstáculo para el funcionamiento del hospital.

Se tratan de pacientes mucho más “activos”, “dinámicos” y por consecuencia menos controlados por el personal médico, requieren mayor grado de atención y de respuestas definitivas en su tratamiento. Para estos pacientes, la situación que viven dentro del hospital no es menos alentadora en comparación a los pacientes accidentados que requieren de una movilidad mínima, sin embargo, la manera de experimentarlo y su condición de paciente “activo” no es la más favorable. Después de varias semanas de recuperación, los pacientes que no guardan necesariamente reposo en cama, no recibir tratamiento médico (lavados quirúrgicos, operaciones, implantes) y no percibir un avance en su salud física, entran entonces en una situación de angustia, impotencia y desesperación. El paciente accidentado puede experimentar abandono físico, psicológico y emocional por parte del personal de la institución ante la falta de atención médica. *“Si un paciente espera un gran y rápido efecto de una operación o una medicación y éste no se produce, la caída vertical tiene un aspecto biológico además del psíquico”* (Bruner, 2002, p. 144).

En ocasiones, los pacientes accidentados, se trata de personas que no tienen familiares o conocidos que puedan hacerse responsables de su persona ante el hospital, por tal motivo, su estancia llega a prolongarse durante semanas y en ocasiones hasta meses.

*“La verdad no recuerdo ni cómo llegué aquí, nomás recuerdo que estaba en el hospital y ya voy para más de un mes ¿creo?, si no es que ya los tengo, y nomás no me operan ni nada (se toca los dedos), el doctor viene y me dice que pronto me operan, que ya el lunes según... el lunes me operan pero... (mueve la cabeza) yo ya ni les creo. Según la operación era para que no me quedaran los dientes como de conejo pero pus ya me quedaron así (se toca los dientes), entonces ¡ya para qué! digo yo ¿no? Al principio no podía comer nada, me dolía para masticar pero ahora ya no siento nada, ya estoy bien, ¡ya me aburrí!, ¡ya me quiero ir!, ya les dije que si no me dejan ir... me escapo (me mira), nada más porque no he buscado como pero un día de estos ¡me salto la barda! y a ver que hacen.” (Mauro, 24 años, indigente).*

Privados de su libertad en un lugar cerrado y de actividades recreativas que les permitan desarrollarse ampliamente durante el proceso de recuperación y regidos por un sistema de reglas (guardar silencio durante el día, permanecer quietos dentro de la salas, respetar los horarios de visita, no abandonar la institución médica, entre otros) propias del hospital, el paciente accidentado entra, la mayor parte del tiempo, en un estado de ansiedad, estrés y aburrimiento (abatimiento). Esta condición pone al paciente en desventaja y crea en los otros una imagen de sí mismo negativa, llega a ser percibido como un “desviado” por el grupo, como una persona que por su comportamiento atenta contra su salud física y el bienestar de los demás (Goffman, 1963). Bajo este panorama, se generan muchas veces situaciones poco favorables tanto para el paciente “activo” o “dinámico”, como para el resto de los ocupantes del hospital (otros pacientes y personal médico en general). Si bien es cierto que la manera de adaptarse y conducirse del paciente accidentado durante el proceso de recuperación depende en gran medida de su personalidad, también es cierto que su comportamiento puede estar fuertemente influenciado por la presencia o ausencia de miembros de la institución médica, por sus medidas y/o tratamientos. La personalidad del paciente accidentado, las condiciones del medio social hospitalario y los factores externos del mundo social circundante (familia, amigos y otros) son decisivos para el desarrollo de relaciones interpersonales efectivas o perjudiciales entre los pacientes y para su desenvolvimiento dentro del medio social hospitalario.

## 7.6 Del acompañamiento al olvido y otros factores (Situación Familiar)

### 7.6.1 El papel de la familia y otros grupos externos en el proceso de recuperación del paciente accidentado

Separado de su familia, el paciente accidentado en todo momento busca la oportunidad de sentirse acompañado, cobijado por la presencia de sus seres queridos o más cercanos durante el proceso de recuperación. Es durante este periodo de recuperación, que la familia y sus miembros, seguido de otros grupos sociales de pertenencia (amigos, compañeros de escuela, trabajo, vecinos, conocidos, etc.) cobran un importante sentido para el paciente accidentado, además de ser la influencia más directa y cercana fuera del medio social hospitalario. Es en la familia donde el individuo comienza la socialización primaria, por medio de ella, se convierte en miembro de la sociedad, aprende el lenguaje, las costumbres y las normas que son comunes para él y los integrantes de su grupo. Desde la familia se modela su carácter, su personalidad, adquiere modos de conducta y promueve sus propios valores, mismos que le servirán para enfrentar en un futuro los problemas de la vida diaria (Parsons, 1994). Al tener conciencia de sí mismo, el individuo forma con la ayuda de su grupo de pertenencia relaciones más personales con el mundo y consigo mismo. En este sentido, la familia como sistema social ha adquirido un importante papel a lo largo de la historia, pero sobre todo, es parte fundamental para el origen y desarrollo de sus miembros.

*“La verdad cuando estaba en cama quería salir, quería que me dijeran que me daban de alta, yo quería estar en mi casa, la extrañaba mucho, además que así se me quitarían las preocupaciones por mis familiares, ver a mi hija, pus la extrañaba mucho, además de que no la dejan entrar, y yo que ya la quiero ver, además no quiero que me vea en el hospital pus se va a poner a llorar y no la quiero ver, porque si la veo así me pongo a llorar con ella.” (Isabel, 27 años, madre soltera).*

La presencia o ausencia de la familia y sus miembros, provocará en el paciente accidentado en mayor o menor medida la elaboración de efectos positivos o negativos en sus funciones mentales, psicológicas y corporales, además de desempeñar un papel decisivo durante el proceso de recuperación. Pues sin duda, la familia se encarga de cubrir necesidades básicas como el alimento, la protección, el cuidado, entre otros.

*“...cuando no venía mi hermano, cuando no venía mi tío, cuando no venía nadie..., nomás mi hermanita, me daba miedo que si no quedara mi pie, antonce, entonces, este, me daba un dolor muy duro, y entonces extrañaba yo mucho a mi jefa y más, más me dolía, extrañaba mucho a mi jefa y, y mi, mi, mi papá, quisiera estar con ello, pero es todo lo que, lo que más me preocupaba, si no quedaba mi pie, este, y yo quisiera salir pronto de aquí para estar un rato con ellos, pero... no puedo, todavía me falta un buen tiempo aquí...” (Jeronimo, 23 años, soltero).*

La manera de afrontar el paciente accidentado su padecimiento, de reconocer su nueva condición y de reaccionar a su tratamiento durante su hospitalización, dependerá en gran medida de las relaciones y vínculos afectivos que mantenga con los integrantes de su red social más cercana (familia, amigos u otros grupos externos). Estos vínculos ejercerán una notable influencia en los pensamientos, emociones, creencias y deseos del paciente accidentado.

*“...entonces el trato ya después con tu familia se va dando cuenta uno de que si tú crees que no le importas a nadie, sí le importas a muchos (reafirma), a toda la gente le importas, sirve de mucho unas palabras o una visita, y aquí la alegría que tu recibes es que quisieras que cada día entrara una persona diferente de tu familia en casos como estos, no sabes cuánto te ayudan emocionalmente y pus la verdad, este, en el caso de que llegaba mi familia y me dice “oye que te mandaron a preguntar por ti, que cómo sigues, que le echas muchas ganas”, eso te da ánimos a superarte, eso te hace ver las cosas de diferente manera, emocionalmente y dices: ¡qué egoísta he sido! (hace un gesto y me mira)...” (Maximino, 38 años, ayudante en construcción).*

Cuando el paciente accidentado mantiene contactos significativos durante su hospitalización con miembros del mundo social exterior (familia, amigos, compañeros de escuela, trabajo, vecinos, conocidos, otros), su recuperación o evolución es mayor y relativamente más rápido, es decir, la no escasez de apoyo emocional y psicológico son fundamentales para una pronta recuperación del paciente accidentado.

*“...cuando vino mi tío y gracias a dios me dijo que me va a poyar y, y ahí como que... se me quitó el dolor y todo lo que... lo que pasa mi tío dice que, que me va a poner un negocio, este, me dijo no, no te preocupes hijo, ahí tenemos la casa, ahí te vas a quedar, y este, ya cuando estés bien te voy a poner un negocio, me dijo mi tío (me mira) y por eso ya no me preocupo nada y igual me dice mi hermana: “no hermanito cuando salgas de aquí te vamos a ayudar en todo ¡cabrón! este, tú no te preocupes nada, y, de nada y échale gana para que salgas pronto de aquí, de todas manera en la noche voy a venir para traerte jugo, fruta, agua, lo que tú quieras hijo”, que me dice mi hermanito, si por eso, ya este, no pienso nada, nomás...” (Jerónimo, 23 años, soltero).*

*“...yo de lo que no quería, nunca quise fue que me injertaran, pero piensas, a mí me pasó, pensé, en todas las personas que se preocupan por mí, el sacrificio que está*

*haciendo mi familia, venir desde Toluca, la veo, y la emoción que sentí al hablar con mis padres por teléfono (mueve la cabeza y hace un gesto), o sea... me esté portando egoístamente con ellos, conmigo y les estoy fallando a ellos, dije bueno pues lo que sea, con tal de salir, lo que sea, que al final de cuantas vas a salir pero si lo puedes, lo puedes adelantar lo más que se pueda adelantar pues mejor, mejor.” (Maximino, 38 años, ayudante de construcción).*

Es en la familia y otros grupos externos donde el paciente accidentado encuentra un apoyo integral (físico, emocional, psicológico, económico). El acompañamiento de la familia y otros grupos en este proceso genera en el paciente accidentado un sentido de vida, sin embargo, también pueden ser un generador de angustias y preocupaciones en el paciente accidentado.

*“...y hasta ahorita veo, ¿dónde están los amigos?, ¡pus nadie me viene a ver!, na más mi hermana pero de vez en cuando pero, te digo, como te dije ayer, hasta que le esté yo hablando por teléfono, me dice “sí”, pero no viene, y a veces me pongo triste pero me pongo a pensar varias cosas., que ¿cómo voy a salir de aquí?... cada vez que me dice “sí, sí voy ese tal día” y no viene me quedo pero bien triste, por qué será, ¿será que no me quiere? (piensa), pero siempre me ha dicho que sí...” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

La ausencia de la familia y otros grupos externos, puede llevar al paciente accidentado a experimentar soledad, abandono, rechazo, entre otros muchos sentimientos negativos. Se pueden considerar diferentes factores que intervienen para la ausencia total o parcial de la familia y otros grupos externos durante el proceso de recuperación. Así la familia, como los miembros de los diferentes grupos externos, a menudo puede llevar al paciente accidentado por caminos distintos durante el proceso de recuperación. La ausencia total o parcial de la familia y de otros grupos durante el proceso de recuperación del paciente accidentado obedece a dos grandes dimensiones: La desintegración familiar y la recomposición de funciones al interior de la familia como consecuencia del accidente.

La desintegración familiar en los casos que hemos estudiado, se ha caracterizado por dos razones principales. La primera se relaciona con la migración: ante la falta de empleos y recursos económicos, algunos entrevistados se han visto obligados a separarse de sus familias y abandonar sus lugares de origen en busca de mejores condiciones de vida. Otros miembros de sus familias han emigrado al interior del país o bien hacia el extranjero.

*“Bueno mi papá... está ahorita en el ¡gabacho! con mi hermana. Vivíamos juntos, mi carnalito se fue al pueblo; y ese día todavía estaban aquí cuando me sucedió el accidente,... mi papá ya sabe pero como está en gabacho no puede... venir tan rápido hasta acá y mi jefa porque ahí están mis hermanitos, no los puede dejar solos...” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

La segunda razón tiene que ver con conflictos entre los miembros de la familia, por ejemplo, entre padres, entre padres e hijos, entre hermanos, etc. Situación que orilla en muchas ocasiones el alejamiento del hogar por alguno (s) de sus miembros.

*“De ahí casi nadie me visitaba... porque, porque mi hermano, este, tenía bronca ahí en su casa... porque ellos está, ta nojado, tiene bronca con mi hermano, y entonces no me venía a visitar, este, entonces nomás me visitaba mi tío, mi tío y mi hermana, pero nomás cada ocho días (me mira); cada quince días, y este, pero, pero ahora sí que, que mi carnala y, y mis cuñado ya no viene, ya llegaba mi, mi cuñada y le decía yo que si podía venir, este, mi hermano, y este, ya vino mi hermano, ya lo que viene es mi hermanito, este, y este, pus en el día no puede venir, viene en la noche, a las nueve de la noche viene, ya llegaba mi hermanito y me decía “¡no te preocupes hijo, échale ganas!, sé que te vas a salvar” me decía mi hermanito...” (Jerónimo, 23 años, soltero).*

La recomposición de funciones al interior de la familia como consecuencia del accidente, muchas veces afecta de manera drástica la dinámica familiar y a cada uno de sus miembros. Esta situación es de gran importancia, pues el intercambio de roles entre los miembros de una familia, como consecuencia del accidente, obliga en muchas ocasiones a sus miembros a ejercer funciones que antes no desempeñaba ante la ausencia de uno de sus integrantes y la necesidad de cubrir una serie de expectativas y necesidades distintas de cada uno de los que integran el grupo familiar pero también de sí mismos. El hombre juega en el curso de su vida simultáneamente distintos papeles en su grupo y en la sociedad. Toda persona dentro de un grupo social específico ocupa una posición determinada, esta posición le otorga a la persona derechos y obligaciones que regulan su interacción con los miembros del grupo (Deutsch, M. y Krauss, R., 1974). En la mayoría de los casos que entrevistamos, los pacientes accidentados refieren ser padres de familia o bien hermanos mayores encargados de suministrar recursos necesarios a sus familias. Esta situación impide que la presencia de algunos miembros de la familia sea permanente durante el proceso de recuperación de los pacientes accidentados.

*“...con quién se quedan mis hijos cuando mi esposa sale, cuando tiene que venir a verme pues no dejan entrar con niños al hospital, la verdad sí me preocupa mucho, y le pido a*



*dios que me la ponga lista (su esposa) para que sepa que hacer y pueda conseguir algo, porque pus ella no trabajaba, nunca la dejé que trabajara porque yo decía quién va a cuidar a mis hijos, quién los va a ver,...luego por eso mismo prefiero que no venga ” (Genaro, 31 años, taxista).*

Los hogares ahora recompuestos por el resto de sus integrantes (ancianos, mujeres y niños en su mayoría), asumen roles y actividades que antes no desempeñaban fuera del hogar. Las mujeres, en su mayoría madres y esposas, trabajan durante el día, al mismo tiempo que desempeñan su papel de amas de casa, mientras esperan el retorno satisfactorio de sus hijos, maridos, padres y/o hermanos.

Detectamos entonces, diferentes tipos de abandono durante el proceso de recuperación de los pacientes accidentados entre las cuales encontramos:

- ▶ **Abandono Físico:** las necesidades físicas básicas del paciente accidentado (alimentación, higiene y cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por la familia o miembros de otros grupos (parientes lejanos, amigos, conocidos). Algunos pacientes esperan a sus familiares para ser auxiliados en tareas como: comer, bañarse, caminar, más aún, si el paciente accidentado se encuentra limitado por alguna causa física. El apoyo familiar muchas veces se debe a la falta de recursos humanos del hospital, sin embargo, no siempre obedece a esta causa. Para muchos médicos o enfermeras, el contacto directo que pueda tener el enfermo con sus parientes durante el proceso de recuperación, es de vital importancia para la estimulación de tareas básicas. También son los familiares que, ante la escasez de recursos económicos y materiales del hospital, se ven en la preocupante necesidad de abastecer de medicamentos y/o otros instrumentos a los pacientes accidentados.

*“...yo sentía que mi rodilla, ya se... haz de cuenta que me iba a causar mucho problema, pero llega un momento en que tus articulaciones, pues van forzándose y cediendo a lo que necesitas y tu misma... tu misma ganas de decir bueno ya esto tiene que pasar es parte del tratamiento y me voy a componer, pues órale, vamos, échale ganas y aguanta, y aquí estoy, casi no bajo mi pierna y cuando la bajo que me voy a bañar le digo a mi hermana ¡ay súbemela! (se ríe), súbemela y ya me la sube... porque por ningún motivo puedo ahorita doblar la rodilla, porque aunque vaya y me bañe, me han dicho cuidate la pierna, no dobles la rodilla, porque se rompe el injerto, entonces cuidate...” (Rocío, 49 años, vendedora).*

- ▶ Abandono emocional o psicológico: el distanciamiento entre los miembros de un grupo, ya sea por migración o conflicto, provoca abandono emocional en el paciente accidentado. La falta de vínculos afectivos y el contacto directo con personas que le son significativas durante el proceso de recuperación, lleva en algunas ocasiones al paciente accidentado a prolongar su estancia en la institución médica, aun cuando su condición física sea favorable o bien, a dejar su vida en manos de la institución médica y sus miembros.

*“¡Eh! no pus pienso, bueno pus, como veo que no le echan ganas me a lo mío me pongo triste, luego no tengo familias, nomás tengo una hermana aquí... ya pus a ver como salga entonces, a ver donde me... donde me llevan, donde me echan pus ya que, ya estoy aquí (hace un gesto), pus ahí lo que salga ¿no? si me mandan a la calle pus ni modos, si nadie me echa la mano pus ya así me quedo (me mira).” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

- ▶ Abandono económico: La falta de recursos económicos, muchas veces ocasiona que la permanencia del paciente accidentado se prolongue varios días más en el hospital debido a la falta de material para su intervención quirúrgica, llevando muchas veces a arriesgar la salud del paciente accidentado. No contar con fuentes de ingreso también puede ser un factor importante para la ausencia total o parcial de la familia y otros grupos durante el proceso de recuperación.

*“...subió el doctor, que, que se llamaba doctor Serra de ahí, y de ahí me dijo que en una semana me operaba, de ahí este, no me operaron porque no me trajeron mi material, ya este, hasta, hasta pasado tres semana, tres semana ya me operaro y llegaba operaro, ya no me pudiero hacer nada de mi pie porque ya estaba infectado (después de la operación), se infectó, y este, ya a los, a los quince día ya me bajaron a quirófano otra ve y, este, me pusieron, este, los tornillos y me iban hacer el injerto pero, pero no se pudo porque todavía tenía un hueco, este, de mi pie, entonces estaba muy feo, me dijo el doctor... me preocupaba algo de, de mi pierna, de que, de que era mucho dinero que, que el material que me pidieron..., pero ya cuando me, me lo compraro, luego, luego me operaro, cuando me trajeron el material al otro día me operaro...” (Jerónimo, 23 años, soltero).*

Encontramos que la familia así como los miembros de los distintos grupos externos (amigos, conocidos, compañeros de escuela, trabajo, entre otros), a menudo dirigen la conducta y la situación del paciente accidentado durante el proceso de recuperación dentro de la institución médica. La facilidad que la familia tenga y otros grupos en relación al acompañamiento o abandono del paciente accidentado, representará

un factor de gran importancia para su rápida o prolongada recuperación. Así los pacientes accidentados en su mayoría, tienen que afrontar su situación sin la compañía de familiares, amigos o conocidos, situación que representará a largo plazo una problemática para el paciente accidentado pero también, será generador de tensiones emocionales, psicológicas y sociales para el paciente y su familia.

### 7.7 La fe ante la adversidad (Religión)

En un contexto que le ha sido adverso y frente a sentimientos de inseguridad y miedo, el paciente accidentado busca un aliciente, algo a que aferrarse de manera sólida debido a la terrible incertidumbre en la que se encuentra. Para el paciente accidentado la fe como una expresión simbólica llena de fervor, fundamentalmente, es una forma posible de encontrar alivio a su dolor físico y emocional. El paciente accidentado busca refugio en su fe con la esperanza de hallar consuelo a su pena, recuperar la salud física y tener fuerzas para alcanzar una pronta recuperación y el restablecimiento que le permita salir adelante.

*“...lo que a mí me ha apoyado también mucho es mi fe, tengo una fe muy grande, y la fe como considero desde mi punto muy particular de vista mueve montañas, pues eso me ha ayudado a seguir, a estar fortalecida.” (Rocío, 49 años, vendedora).*

La angustia es cesada por la fe que el hombre tiene ante el poder de ser curado y protegido por un ser omnipotente, por la intervención de una fuerza divina cuyo origen trasciende a lo humano (Swift, 1994). Este sentimiento ayuda a conseguir al paciente accidentado una aparente tranquilidad y en gran medida depende de ella para su bienestar integral. La fe brinda esperanza al paciente accidentado, lo fortalece y se convierte en una vía que le da sentido a su vida, motivos para su existencia, confianza para seguir luchando. La creencia que tiene el ser humano de su relación como hombre con Dios, le da fuerzas para seguir adelante (Swift, 1994). Esta forma de pensar fortalece al paciente accidentado, darse cuenta de la existencia de un ser supremo lo dota de una identidad concreta al encontrar una relación íntima con el mundo divino, al encontrar una relación personal con Dios.

*“...yo era de esas personas de que..., si tú quieres yo no creía en dios, a lo mejor yo creía a mi manera, y me preguntaba siempre dónde estaba dios, ahora veo la gente de aquí, y me doy cuenta ¡aquí está dios!, en cada compañero, en cada cosa que te cuentan, los milagros se realizan dices aquí está dios (mueve la cabeza)... aquí aprendes a hacer humanitario, aquí aprendes a ver que sí existe dios, ¡aquí, aquí!; vuelves a nacer emocionalmente; eso es (mueve la cabeza), uno piensa que son pruebas que nos pone dios para ver de qué estamos hechos (mueve la cabeza), para ver si eres capaz de salir de una de estas o ahí te quedas..., ¡ahora sí creo que existen los milagros!, al ver a mis compañeros, al verme a mí (voltea y mira a su alrededor), ¡sí hay!, ¡sí hay milagros!; pues no, no, no se te, se te manifiestan así directamente, pero pues al ver todo esto compuesto (mira su cuerpo) y ves que todos llegan hechos pedazos y salen caminando ¡pus jeso es un milagro!, jeso es un milagro muy grande!, yo siento que voy a salir caminando y eso para mí es una ganancia (mueve la cabeza), eso para mí ya es un milagro, y ¡pus el milagro más grande es que cambias emocionalmente, que aprendes a dar gracias.” (Maximino, 38 años, ayudante de construcción).*

Algunos otros pacientes accidentados confiesan que mantener un vínculo en aquello considerado como una fuerza divina les proporciona bienestar y paz, capaz de llevarlos a experimentar milagros extraordinarios en relación a su recuperación emocional y físico corporal.

*“...entonces yo cuando entré aquí también le pedí a nuestro dios nuestro señor fortaleza y como tengo tanta fe, el día del accidente cuando caí boca arriba que te cuento, vi la imagen muy grandota de... de... del la imagen del sagrado..., no, de la santísima trinidad, grande, grande, grande, grande (hace un movimiento con sus manos), y ya se detuvo el camión, la vi haz de cuenta, me di que te digo, me di la vuelta y caí así (me enseña como), en ese momento la vi, que me volteo, porque vi que el camión venía, ya pegadito a mi pierna yo sentí que iba a pasar, entonces dije, nada más me hice así (contrae su cuerpo) y me quedé así y se detuvo todo, por eso te digo que tengo mucha fe,...” (Rocío, 49 años, vendedora).*

Reconocer que el poder de Dios y la fe están presentes en los pensamientos de aquellos que pasan por una situación adversa o de peligro, es una clara muestra de la penetración e influencia que, hasta nuestros días, la religión y su imagen tiene en todas sus formas y manifestaciones en las actividades cotidianas del ser humano (ante la vida y la muerte, la enfermedad y la salud, lo adverso y lo favorable). Para Heller (1987), la religión no sólo es una institución encargada de regular y dar orden a la vida cotidiana del hombre, es la forma más sublime de dar sentido aquello que sobrepasa a toda experiencia, todo conocimiento, toda explicación racional del ser humano.



Foto: Elizabeth Trujillo

Capilla. Hospital General Balbuena.

Sin embargo, el alejamiento de dios y la incapacidad para tener fe, también se encuentra presente en los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación.

*“...y no sabe cómo me siento por eso (me mira), yo le pregunto a dios, ¿por qué no me quitaste la camioneta, mis negocios, mi dinero, todo, lo material no importa, como sea va y viene pero..., (reflexiona) ¿por qué... yo?, (se queda callado)...” (José Luis, 35 años, comerciante).*

La influencia de la religión como un sistema de creencias, está presente desde las capas más bajas hasta las más altas de la sociedad. No obstante, y a pesar de que algunos niegan estar ligados o pertenecer a la iglesia católica o cualquier otra, de mantener vigente sus prácticas y rituales y rendir culto a su dios, encuentran en la fe el medio para responder a sus dudas, la seguridad, pero además, sirve también para liberarse de sentimientos y sensaciones que pueden convertirse en una carga y de responsabilidades que les confieren (Swift, 1994). La religión es un sentimiento de dependencia hacia un ser superior que se manifiesta a través de actos de voluntad ante el temor a la muerte, el desamparo o el sufrimiento, pero también, surge para el bienestar de los mismos hombres, para el beneficio de la salud tanto física como emocional. La religión contribuye al funcionamiento de la vida del hombre y por tal motivo, la religión es uno de los factores más importantes que aparecen en el proceso de recuperación de los pacientes accidentados.

\* Fotografía tomada con autorización durante el trabajo de campo en el Hospital General de Balbuena.

### 7.8 Del dolor a la reflexión y cambio (Perspectivas Futuras)

Como he señalado ya, durante el proceso de recuperación, el paciente accidentado sufre una serie de cambios físicos, psicológicos y emocionales tras haber sufrido un accidente. El grado de sus consecuencias y alcances podría resultar para el paciente accidentado mucho más una oportunidad de vida que un castigo divino, una oportunidad para reflexionar, orientarse y modificar su conducta. En su mayoría, los pacientes accidentados se sienten motivados a buscar o encontrar un significado al hecho de haber sufrido o experimentado un accidente.

*“...y a veces me pongo triste, arrepentido de todo lo que..., si no..., a veces pensaba, si no hubiera tomado ese día, no me hubiera sucedido esta cosa, pero a lo mejor fue un aviso, quizá me iba suceder una cosa más peor yo creo ¿no?. pero ¡gracias a dios!, ya estoy... ya me siento un poco mejor, sí, nomás echarle ganas todo eso y lo que me preocupa ahorita es... el abdomen, porque me faltan unos estudios ¡no!, que tal si me hacen otra cirugía (me mira), otra herida más, sí, na más, espero que salga bien todo, ¡primero dios!, que me recupere bien y empiezo a trabajar, y hora sí que ya nada de tomar, porque también me endrogaba...” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

Sin embargo, algunos pacientes accidentados no parecen compartir con otros esta idea de percibir de manera “positiva” el accidente y la situación que viven en el momento. Los acontecimientos “negativos” pueden cambiar el esquema establecido en los actores sociales.

*“...la verdad yo pienso que... yo pienso que aquí todo se paga (reflexiona), todo se paga, nada de que cuando se muere uno se va al cielo o al infierno, no, no, no, nada de eso, yo creo y lo estoy comprobando que el cielo y el infierno está en vida, aquí pagamos todo, aquí estamos padeciendo, aquí está el infierno y el cielo o la gloria (me mira), te digo yo lo estoy comprobando de verdad, pienso que si alguna vez hice algo, lo estoy pagando créeme, lo estoy pagando (reflexiona).” (Genaro, 31 años. Taxista).*

*“...pienso que estar aquí en el hospital también nos da tiempo para pensar en lo que hicimos, en lo que no, en lo que nos falta por hacer y que... y que salgamos mejor, que nos dé tiempo para pensar en nuestros propósitos, lograrlos de la mejor manera...” (Rocío, 49 años, vendedora).*

En la mayoría de los pacientes entrevistados, ver la vida de manera “diferente”, es uno de los múltiples cambios que presenta durante el proceso de recuperación. Planear su futuro inmediato, lograr sus propósitos durante un periodo indefinido y acercarse a sus seres queridos, son tan sólo algunos de sus más deseados cambios.

*“...empiezas a comprender muchas cosas que afuera y mientras uno está sano no, no las ves, ¡estamos ciegos!, ¡no las vemos!, a mí en sí la vida me dio, me dio esta oportunidad de, de verlo y entonces te das cuenta que la gente que dices tú son tus amistades, no son nada, a lo mejor por, pus porque algún día les invitaste algo, por son tus amistades, entonces, eso es lo que te hace madurar aquí, emocional, a valorar a tu familia, a..., haces un análisis de toda tu vida pasada, como me pasó a mí (reafirma), y te das cuenta del egoísmo que haces al, a lo mejor, al no disfrutar a tu familia, a tus hijos, a tu esposa, a tus padres a la familia en general, que porque te das cuenta de que aquí vale mucho la familia, que a veces peleas con tu familia por, por cualquier motivo y dices no le hablo (me mira), aquí se arrepienten, al menos conmigo aquí te das cuenta cuanto valen, cuanto vales tú, y cuanto valen ellos, sí te digo, pus aprendí la primer semana luego de lo que te decía, aprendí que pues que las cosas tienen que pasar o fueron por algo, para algo bueno.” (Maximino, 38 años, ayudante de construcción).*

## 7.9 El mundo social hospitalario

### 7.9.1 La condición del paciente accidentado dentro del hospital (Relación paciente-institución)

Desde el momento que llega el paciente accidentado al hospital, su situación cambia drásticamente, ahora su persona queda bajo el cuidado permanente de la institución médica y de sus miembros, se convierte en un habitante donde no sólo recibirá tratamientos y cuidados especiales, también adquirirá una particular condición durante el tiempo que permanezca dentro de la institución médica: la de paciente en un medio social hospitalario (Levinson, D. y Gallagher, E., 1964).

Su nueva condición independientemente de su padecimiento, lo dota de un significado particular y único (Goffman, 1972). Ahora el hospital llena gran parte de su tiempo por lo largo de su estancia, convirtiéndose poco a poco en un contexto familiar para el paciente accidentado, con el tiempo el paciente accidentado aprende a comportarse y se desarrolla de acuerdo a las exigencias, normas, restricciones y necesidades del medio.

*“...me siento a gusto ¡en lo que cabe! (ríe), porque no hay como estar en tu casita, salir, divertirte, no que estar aquí todo el día encerrado, sí cotorreas, pero no igual, no comes lo que te gusta, tú dices ¡ay otra vez esto! y ¡ay esto y esto que no me gusta!, y ni modo hay que comérselo para salir a delante; a ver qué pasa.” (Marco, 21 años, mesero).*

El medio social hospitalario, mantiene al paciente accidentado alejado del mundo externo, por no decir recluso en un espacio cerrado, lejos del resto de la vida social circundante. Su persona queda bajo la responsabilidad de la institución médica y de sus

miembros y como tal, experimentará una serie de situaciones, todas ellas dentro y bajo la mirada de la institución médica (Goffman, 1972). El paciente accidentado 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 concretas, tiene la posibilidad de aprender y evolucionar en varias direcciones a través de los procesos de socialización e interacción cotidiana.

*“Me gustaría ver más a mi familia, verla unida y ya no sujeta el horario que tenemos en el hospital de tres horas, sino más tiempo, ver a mis sobrinos, ver a mis tíos, ver a mis primos, eso es lo que quiero, poder estar en casa sin nada que nos limite...” (Rocío, 49 años, vendedora).*

Los pacientes accidentados en pocos días ven transformada su identidad, “adquieren una identidad diferente”, ahora se ven a sí mismos y ante los demás como miembros de una institución social hospitalaria, como un habitante más que asume su nueva condición de paciente, al mismo tiempo que experimenta, entiende y responde a nuevos estímulos (Goffman, 1972). Lleva a cabo una serie de actividades y rutinas diarias (horario de visitas, de comidas, curaciones, atención médica y psicológica en algunos casos) como parte de su nueva vida cotidiana, todas ellas reguladas bajo las normas de la institución médica. En este sentido, los sujetos accidentados se verán condicionados y restringidos por las normas establecidas del espacio en que se encuentran y por cada uno de sus miembros (Goffman, 1972). Sus intereses y deseos son truncados, su libertad se verá coartada. La manera de pensar, sentir, comportarse y conducirse, dentro de este contexto en particular (medio social hospitalario), definirá su papel de paciente. El paciente accidentado pondrá en acción su papel de acuerdo con requisitos estructurales del hospital (contexto), pero también, en mayor o menor grado, por características propias de su personalidad como son los valores, creencias, expectativas, capacidades, etc. (De la Fuente, 1992). Es importante mencionar, que la adaptación del paciente accidentado al medio social hospitalario, va siempre acompañada de factores físicos, psicológicos y fuertes estados emocionales, generados por el accidente mismo y por las consecuencias que pudiera esta situación llegar a contraer.

El mundo social hospitalario como mundo organizado, está compuesto por miembros (doctores, enfermeros, auxiliares, residentes, estudiantes, psicólogos,



trabajadores sociales, voluntarios y otros) que trabajan en conjunto para alcanzar un fin común: el mantenimiento de la salud y la vida del paciente en general, su conservación y cuidados durante el tiempo que permanezca dentro de la institución hasta que se le considere sano y fuera de todo peligro, óptimo para su regreso a la vida social fuera del mundo hospitalario. A partir de este momento, el paciente accidentado está en manos del personal médico y general del hospital.

### 7.9.2 La importancia de la relación médico-paciente

El médico y otros miembros del hospital (enfermeros, auxiliares, residentes, estudiantes, psicólogos, trabajadores sociales, voluntarios), al igual que el resto de los ocupantes de la institución, tiene una notable influencia positiva o negativa sobre el paciente accidentado. El primer contacto personal que experimente el paciente con el médico o viceversa, será particularmente significativo para que en un futuro establezcan una favorable relación (De la Fuente, 1992). La personalidad del médico y la imagen que el paciente accidentado tenga sobre su persona (autoritario, respetuoso, simpático), serán definitorios para generar confianza, estimación y respeto, a través de una interacción activa y constante. De la personalidad que tengan tanto el médico como el enfermo, dependerá en buena medida para que pueda darse una notable y satisfactoria relación entre ambos (De la Fuente, 1992). El paciente accidentado ve en el médico la vía para alcanzar su bienestar y su buen funcionamiento físico, pero también, encuentra en él la manera de cubrir necesidades que obedecen a la falta de apoyo emocional, afectivo y psicológico. La relación médico-paciente es de vital importancia para una pronta recuperación del paciente accidentado dentro del tiempo que permanezca dentro de la institución médica.

*“...al recibir el trato de la enfermera que la verdad para mí es..., es muy especiales esas enfermeras honestamente mis respetos para ellas (hace un gesto), yo lo que sí puedo decir para ellas, es que tengo un millón de gracias, no hay con que..., no hay una cosa material que les pague, más que nada no, no por su trabajo sino lo que te inyectan moralmente, su trato, nunca ves a una persona enojada, eso es, eso nos ayuda mucho, que te hagan bromas, que se presten para, para estar conviviendo un rato contigo, eso nos ayuda mucho, a mí me ayudo mucho y me di cuenta que mis compañeros igual, muchísimo...(me mira), tienen un buen trato, la verdad mis respetos...” (Maximino, 38 años, ayudante en construcción).*

Para el paciente accidentado, el encontrarse con un médico, una enfermera o cualquier miembro de la institución médica, que le brinde apoyo emocional además del apoyo físico, al mismo tiempo que un trato más cordial y humano, como parte de su labor, representará una oportunidad de consuelo, de tranquilidad y de desahogo.

*“... ¿usted conoce a la Psicóloga Angélica?...la necesito para hablar, sólo así puedo desahogarme todo lo que traigo, con ella lloro (hace un gesto), con mi familia no puedo, no quiero que me vean así (mueve la cabeza), para no preocuparlos, ¡qué difícil! (exclama).” (José Luis, 35 años, comerciante).*

Sin embargo, no siempre ocurre de esta forma, algunas veces los encargados de la salud física, actúan con indiferencia ante la aflicción de sus pacientes. Surge entonces un gran problema cuando el personal médico no toma en cuenta la forma en que los pacientes accidentados reaccionarán cuando sienten que no son tomados en cuenta o motivados positivamente, cuando no son escuchados y comprendidos ante su padecimiento. Pareciera que el personal médico está más preocupado por cumplir con los lineamientos institucionales (brindar atención médica oportuna) que dar un tratamiento integral adecuado al paciente accidentado. *“No es que sus médicos —por así decir— “no sigan su caso”, porque en cambio controlan escrupulosamente las historias clínicas de sus pacientes: el ritmo cardíaco, los exámenes de sangre, la temperatura y los resultados de los exámenes específicos ordenados por la sanidad. Pero, por citar a uno de los médicos involucrados en este programa, “simplemente no escuchan” lo que sus pacientes tienen para decir, sus historias. Se consideran “médicos que se atienen a los hechos” (Bruner, 2002, p. 143).*

*“Luego que no puedo comer bien y aquí que no le ayudan a uno, no lo escuchan..., como por ejemplo (recapitula), ayer me traen la comida y les digo si nada más eso voy a comer, y me responde de mala gana, “si quiere, si no déjelo”, no pues así cómo, en vez de que le digan a uno; es por su bien haga un esfuerzo, no ¡al contrario! (me mira y mueve la cabeza), y luego al principio casi, que me dejan sin comer días, que porque me iban a operar y no puedo probar nada, mire (me enseña su abdomen) antes tenía una panzota bien grande (se toca su abdomen), estaba bien panzón, (reafirma) y ahora ya ni panza tengo,...” (José Luis, 35 años, comerciante).*

Es importante señalar que la tarea del médico no se reduce sólo en centrar su atención en beneficio de la salud del paciente accidentado con requerimientos exclusivamente médicos: estar pendiente de sus lesiones físicas y el mejoramiento de

las mismas (De la Fuente, 1992). También una de sus tareas primordiales es brindarle apoyo emocional a los pacientes accidentados, es decir, manifestar interés por sus necesidades, así como entender las preocupaciones, miedos y/o angustias que el proceso de recuperación pueda generar de manera distinta en cada uno de los pacientes, más aún; ante la falta o casi nula presencia de la familia, amigos y otros grupos.

*“Las curaciones en sí son muy dolorosas, honestamente es lo más doloroso que pueda existir (hace un gesto), pero pues te digo, después de adaptarte a eso, te vas dando cuenta de que todo lo que van haciendo, en la forma que te van curando es por bien tuyo (me mira), es para tu rehabilitación...” (Maximino, 38 años, ayudante de construcción).*

Maximino es un hombre de 38 años de edad, inicia su padecimiento el mismo día del accidente al recibir descarga eléctrica sufriendo quemaduras en áreas especiales cara, cuello y tórax (Caso 7 Departamento de Quemados).



Foto: Elizabeth Trujillo

Quemaduras en áreas especiales (cara, cuello y tórax) por descarga eléctrica.

El trato cordial y humano que el personal médico tenga con los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación, será de vital ayuda para el óptimo restablecimiento físico del paciente accidentado.

*“...ya hasta los tercer día creo, me fue hablar este... la trabajadora social, preguntó todo, mi domicilio, todos los datos ¿no?, le dije que... fuera avisar a mi hermana, porque no tenía el teléfono de ella, no hay ni como comunicarse, y sí, me hizo el favor la trabajadora social, se fue y vino mi hermana...” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

\* Fotografía tomada con autorización durante el trabajo de campo en el Hospital General de Balbuena.

Es importante que el personal médico tenga en cuenta la necesidad que los pacientes tienen de ser escuchados y comprendidos cuando piden asistencia de cualquier tipo físico, emocional, psicológico y económico. El enfermo está dispuesto a revelar su intimidad, compartirla pero a quien le muestre comprensión y sepa escuchar sin prisa, sin críticas y afectuosamente (De la fuente, 1992).

*“...cuando me dijeron de eso de los donadores y... cuanto se va a pagar ¿no me puse a pensar!, si no consigo los donadores y no tengo dinero ¿con qué voy a pagar?, y lo bueno que... ¡me hicieron un favor!, la trabajadora social, sí... gracias a la trabajadora social que me hizo un favor bien grande, ahora sí que me hizo un favor grande, imagínese si me hubieran dicho, tienes que conseguir... los donadores y tienes que pagar tanto ¡no! me pongo más triste (sonríe) cómo voy a pagar, pero gracias a dios sí me hicieron el favor de no..., bueno, me dijeron que los donadores se pueden quedar pendientes...” (Mario, 22 años, vendedor ambulante).*

El apoyo emocional y psicológico que pueda brindarle el médico al paciente accidentado, puede ayudar a que el paciente se sienta comprendido, acompañado, estimulándole al desarrollo de actitudes positivas (cooperativo, entusiasta, obediente) y, generar en el individuo un equilibrio emocional, de lo contrario, predominará en el paciente accidentado actitudes negativas durante su estancia en el hospital (De la Fuente, 1992).

La manera como el paciente accidentado perciba al médico (como una persona dotada de autoridad, poder y experiencia), dependerá en gran medida para su reacción ante el tratamiento que le suministre durante el proceso de recuperación. De la capacidad del médico para identificar los síntomas y emociones (angustia, temor, estrés, etc.), que aquejan al individuo durante el proceso de recuperación, de comprender las necesidades afectivas y los elementos que intervienen en su interacción, influirá para el estímulo de actitudes y comportamientos positivos en el paciente accidentado.

*“...yo trato de ser lo más paciente, no enojarme con nadie, no disgustarme, y aceptar el tratamiento que me hagan nada de ¡ay, qué me va hacer!, este ¡ay ahora a dónde me llevan!, cuando me hicieron un electro hasta el doctor me dijo, “gracias”, le digo por qué, dice “porque mucha gente...¿dónde me llevan? ¿qué me van a hacer?, tranquila”, digo pues es que yo debo estar paciente, mientras más paciente sea ustedes más se acercan a mí y tan es cierto que casi todos las enfermeras viene y me saludan, casi todos los médicos en la mañana pasan y ¡hola Rocío!, ¡hola Rocío!..., sí, estoy tranquila, para lo que siga, y rehabilitarnos y seguir, no creas que ¡ay dios mío!, ¿por qué me mandas...?, no, no, yo nunca lo he visto así, fue un accidente.” (Rocío, 49 años, vendedora).*

Saber qué y cómo experimenta el paciente accidentado y el significado que atribuye a su proceso, ayudará al médico para el manejo de su tratamiento. Es conveniente agregar que la libertad del individuo para expresar sus inquietudes, depende básicamente del interés que el personal médico tenga sobre el estado subjetivo de los pacientes accidentados. La integración paciente médico, no se logra automáticamente, sino es el resultado de una transformación que ocurre a pasos moderados mediante la socialización y la interacción directa.

## Conclusiones

Experimentar una situación adversa como un accidente, es quizás una de las situaciones más duras que el ser humano tiene que enfrentar, no son solamente las lesiones o heridas físicas provocadas por el accidente un factor de riesgo que el paciente accidentado tiene por su bienestar propio estar tratando para su pronta recuperación, ni tampoco lo son únicamente, los trastornos psicológicos y/o emocionales que surgen como consecuencia de vivir una experiencia traumática, lo que tiene que superar; el accidente implica por su naturaleza misma, desencadenar una serie de situaciones concretas que el paciente accidentado tiene que experimentar mientras se recupera entre las cuales se encuentran: tensiones, crisis, conflictos, frustraciones, pérdidas, abandono familiar, inestabilidad económica, entre muchas otras, todas ellas dentro y bajo la mirada de un sistema sociocultural organizado.

En su mayoría, los pacientes accidentados han sufrido lesiones físicas graves, algunas de ellas marcándolos de por vida, lesiones que requieren de ayuda especializada, no sólo para su tratamiento y recuperación física, sino también, para sanar principalmente, las secuelas emocionales, psicológicas, sociales y personales, que pudiera ocasionar la pérdida de algún miembro físico del cuerpo (personas amputadas), de movilidad corporal (limitaciones físicas) o bien daños “menores” como cicatrices en el físico (estética) de los pacientes accidentados. Ayudarles a vivir en un mundo totalmente nuevo y diferente con una nueva concepción de sí mismo, es parte fundamental del proceso de recuperación, es una tarea que requiere de dedicación, tiempo y la participación total en principio de los pacientes mismos pero también, de las distintas agrupaciones sociales y de sus miembros (familia, escuela, trabajo, comunidad, etc.), para que guíen al paciente hacia una reintegración social óptima. Sin embargo, el paciente accidentado piensa en lo difícil que será reintegrarse a una sociedad donde imagina no tener un futuro, más aún, si las lesiones provocadas por su accidente le dejó serias complicaciones físicas (amputación de extremidades del cuerpo, daños internos considerables de tejidos blandos, daños craneales, de cadera o columna) mismas que le impedirán desarrollarse en las actividades diarias de la vida cotidiana.

Es muy importante tomar en cuenta que quienes han sufrido alguna pérdida física, actuarán siempre en función de como se perciban a sí mismos, pero también, en función de como creen que los demás lo perciben, sin embargo, es muy importante considerar la percepción, el trato y la opinión que los demás tengan de la nueva condición del paciente accidentado. Sin embargo, el paciente accidentado buscará en todo momento ser visto y tratado como una persona “normal”, carente de todo estigma. Por tal motivo, es muy importante pensar que la única terapia que recibe el paciente accidentado durante su proceso de recuperación es ser escuchado por alguien que se encuentra en una condición similar o bien por sus familiares, miembros del personal médico o en su defecto por quien piensa puede ayudarle a superar dicha problemática.

Exponer su testimonio ayuda al paciente a desahogarse a sentirse acogido por quien lo escucha. Son las palabras, las acciones, los gestos, su razonamiento a través del relato, lo que le ayudará a sobrellevar su padecimiento y sus efectos durante el proceso de recuperación. Como vemos, los pacientes accidentados no están exentos de experimentar y expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones durante su hospitalización, mismas que, como es de esperarse, responde a una serie de necesidades y circunstancias muy diferentes y particulares. Estas expresiones son significativas y susceptibles de ser comprendidas por quienes les acompañan durante su estancia en el hospital.

La relación paciente-paciente dentro del medio social hospitalario, es fundamental durante el proceso de recuperación para los pacientes accidentados. Pues recordemos que una característica esencial del ser humano es establecer relaciones con sus semejantes. Estas mismas relaciones estarán definidas por los pacientes mismos, por lo que cada paciente diferirá en sus modos de adaptación, aprendizaje y socialización durante su estancia en el hospital.

La recuperación del paciente accidentado dependerá en gran medida de factores que le rodeen durante su estancia dentro del hospital. El apoyo de la familia y otros grupos externos (amigos, compañeros de trabajo, escuela, vecinos conocidos, otros) serán fundamentales durante el periodo de recuperación. Es la familia quien aporta al paciente accidentado los medios necesarios para su estabilidad física, psicológica y emocional dentro del medio social hospitalario, pues sin duda, propicia a generar en el propio paciente bienestar y tranquilidad, la confianza que necesita para en un principio aceptar

su padecimiento y como consecuencia luchar para conseguir salir lo más pronto posible del mismo. Sin embargo, la situación socioeconómica de los pacientes accidentados y sus familias, es uno de los principales factores de riesgo que tienen que enfrentar durante el proceso de recuperación. Los bajos ingresos económicos, las pocas o casi nulas oportunidades de empleos, así como el imposible acceso a los servicios de salud, han orillado al abandono y descuido de los pacientes mismos, haciéndolos más vulnerables por dichos padecimientos. Por tal motivo, las condiciones sociales y culturales de los pacientes accidentados toman un valor muy importante durante el proceso de recuperación.

El médico, junto con el resto del personal hospitalario, no debe convertirse en un enemigo del paciente accidentado durante el proceso de recuperación, no deben ser considerados por el paciente mismo como un factor de riesgo, en donde su condición se limita a ser de paciente olvidado, descuidado y oprimido. Mas al contrario el médico y el resto de quienes conforman el personal de la institución médica, deben ser un aliado para el paciente durante su permanencia dentro del *medio social hospitalario*. El hospital y sus miembros deben ver a los pacientes como participantes activos, necesitados en la mayoría de los casos de un mayor apoyo emocional y psicológico, pero también, de recursos materiales que permitan una óptima recuperación durante el tiempo que permanezca en el hospital. La asistencia y participación de médicos y enfermeras, para trabajar en el mejoramiento de la estancia de los pacientes en esa dirección, es responsabilidad de la institución médica y de sus miembros, y que debe ser considerada hasta llegar a crear un ambiente seguro, abierto y digno para los pacientes que se encuentran hospitalizados en general. Para lograr esta meta, es importante que los profesionales de la salud consideren en primer lugar, que el problema de la salud-enfermedad, es un problema social y no un fenómeno exclusivo del campo médico, tomen en cuenta la gran diversidad social y psicológica de quienes ingresan, esto permitirá conocer aspectos situacionales y culturales (creencias, costumbres, ideas) de los pacientes en el momento mismo que ingresan al medio, como miembros y participantes activos de la comunidad hospitalaria.

En un sentido muy concreto, la familia del paciente, y el ambiente exterior de la comunidad de la que proviene y a la que volverá, constituyen rasgos contextuales significativos e importantes que el personal médico, desde su posición dentro del



hospital, debe tomar en cuenta, es decir, considerar en cierta medida las influencias del contexto e investigar la relevancia que tiene el aspecto socioeconómico del paciente con respecto a su adaptación al hospital. Llegar a dichos cambios es una cuestión discutible, sin embargo, debe ser tomada en cuenta para el mejoramiento y bienestar en general de los pacientes hospitalizados. Es necesario que los miembros del sector salud tomen conciencia acerca del papel que desempeñan dentro de la institución.

La condición del paciente engloba aspectos subjetivos e interpersonales, en ambos casos considero, se observan aspectos situacionales emanados del medio social hospitalario como la construcción de espacios, relaciones sociales con el personal mismo de la institución médica, hasta aspectos internos del paciente mismo, es esencial tener conocimiento de la importancia que tienen para su tratamiento y un diagnóstico más satisfactorio durante el proceso de recuperación.

El mundo social hospitalario, es un escenario desconocido para la mayoría de los hombres y mujeres que ingresan a él, donde su permanencia será por tiempo indefinido. Durante este tiempo, estarán sometidos a atención, cuidados y tratamiento médico, pero también, el paciente accidentado experimentará una serie de cambios físico, psicológicos y emocionales, y será objeto de influencias y generador de respuestas, tendrá su propio papel e imagen dentro de un medio social organizado (rol e identidad) y desarrollará, una idea significativa sobre la institución médica, sus miembros (doctores, enfermeros, auxiliares, residentes, estudiantes, psicólogos, trabajadores sociales, voluntarios y otros) y el resto de los pacientes en el tiempo que permanezca dentro de la institución. Por tal motivo, la condición del paciente accidentado y su permanencia durante el proceso de recuperación dentro de la institución, debe ser considerada como un tema de suma importancia por los expertos de la salud y los estudiosos de las ciencias sociales. Pues el paciente en recuperación requiere que los expertos de ambas áreas dejen de centrar su atención e interés únicamente en las repercusiones físicas, y en los posibles trastornos psicológicos emocionales, así mismo en sus alcances, tratamiento y el alivio de las mismas, pues sin duda el proceso de recuperación y el padecimiento mismo requieren de un trabajo mucho más versátil y multidisciplinario que se preocupe por tomar en cuenta y considere la condición humana del paciente accidentado, pero también, su subjetividad, sus relaciones interpersonales, los factores sociales que permitan al paciente evolucionar

adecuadamente y también identificar aquellos otros tantos que impidan el crecimiento adecuado del paciente mismo.

Es importante también, que las instituciones y en este caso en particular, las instituciones médicas o de la salud, contemplen y sepan el concepto que los pacientes y la población en general tiene del hospital y de sus miembros, así como también, de los programas y recursos que la misma institución ofrece.

Referencias bibliográficas

**Alvarado y Garrido.** (2003). *La psicología social actual en: Psicología Social, perspectivas psicológicas y sociológicas*. McGraw-Hill.

**Álvaro, Carabaña, Garrido, Jiménez, et al.** (2003). *Fundamentos sociales del comportamiento humano*. Barcelona. Editorial UOC.

**Bruner, J.** (1990). *Actos de Significado*. Más allá de la Revolución Cognitiva. Madrid: Alianza.

**Bruner, J.** (1997). *La Educación, Puerta de la Cultura*. Madrid: Visor.

**Burner, J.** (2002). *La Fábrica de Historias*. Derecho, Literatura Vida. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

**Cantera, Herrero, Montenegro, Musitu.** (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona. Editorial UOC.

**De la Fuente, R.** (1992). *Psicología Médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

**Deutsch y Krauss.** (1974). *Teorías en Psicología Social*. Buenos Aires: Paidós.

*Diccionario enciclopédico Quillet*. Doce tomos (1985). Editorial Cumbre, S. A. México.

*Enciclopedia de la Salud familiar*. Volumen 1-4 (1992). Dr. Tony Smith (editor), Interamericana, S. A de C. V.

**Goffman, E.** (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

**Goffman, E.** (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

**Heller, A.** (1987). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.

**Levinson y Gallagher.** (1964). *Sociología del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

**Lindón, A.** (1999). *Narrativas autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social*. Economía, Sociedad y Territorio, vol. II, número 6, 295-310.

**Manciaux, M.** (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.

**Papalia, D., & Olds, S. W.** (1995). *Psicología*. México: McGraw-Hill.

**Parsons, T.** (1994). *La estructura social de la familia en: La Familia*. Barcelona: Península.

**Pourtois, J. T. & Desmet, H.** (1992). *La recogida y el análisis de la información, en Epistemología e Instrumentación en Ciencias Humanas*. Barcelona: Herder.

**Ricoeur, P.** (1995). *Tiempo y narración, vol. I Configuración del tiempo en el relato histórico*. Siglo XXI.

**Ritzer, G.** (1996). *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid: McGraw-Hill.

**Schutz, A.** (1993). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós.

**Schutz, A.** (1995). *El problema de la Realidad Social*. Buenos Aires: Amorrortu.

**Schutz y Luckmann.** (2001). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

**Swift, A.** (1994). *Los valores religiosos en: La Familia*. Barcelona: Península.

**Taylor y Bogdan.** (1986). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Buenos Aires. Paidós.

### Referencias electrónicas

**Álvarez L.** (2001). 9 de cada 10 casos de discapacidad pueden prevenirse, en (*CREE*). No disponible en la red.

**Bouvier, P.** (2001). *La resiliencia, una mirada que abre horizontes*. Disponible en: <http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/resilienciahorizontes.htm>

**Combariza, H.** (2001). *La resiliencia el oculto potencial del ser humano*. [On line], 13 párrafos. Disponible en: [http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article\\_1916.shtml](http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/article_1916.shtml)

**Kotliarenco, M., Cáceres, I. & Fontecilla, M.** (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Washington D. C.: OPS/OMS, Fundación W. K. Kellogg, CEANIM. Disponible en: <http://resilnet.uiuc.edu/library/resiliencia/resiliencia.html>

**MERCADO-MARTINEZ Francisco J; Robles Silva Leticia; Ramos Herrera Igor M; et al.** *La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico*. Cad. Saúde Pública; Río de Janeiro, 15 (1): 179-186, jan-mar, 1999. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n1/0047.pdf>

**Mercado, F., Villaseñor, M. & Lizardi., A.** (1999-2000). *Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación.* In: Investigación Cualitativa en Salud. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Número 17/ Invierno. Disponible en:

<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html>

**Organización Panamericana de la Salud (OPS).** (1995). *Perfiles de país. Situación general de salud y sus tendencias. México.* Disponible en:

<http://www.paho.org/spanish/sha/prflmex.htm>

**Prada, E.** (2005). *Psicología Positiva & Emociones Positivas.* Disponible en:

<http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf.pdf>

**Secretaría de Salud (SSA).** Programa de Acción: Accidentes. Programa Nacional de Salud 2001-2006. Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/accidentes.pdf>

**Torres, T.** (2002). *Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales.* Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. In: Ciencias Sociales y ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara. Número 23/ Primavera. Disponible en:

<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html>

**Vera, B.** (2004). Resistir y rehacerse: *Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva.* Revista de Psicología Positiva. Disponible en:

<http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>

**Villaseñor, I.** (1999-2000). *Investigación cualitativa en salud y enfermedad.* In: Investigación Cualitativa en Salud. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Número 17/ Invierno. Disponible en:

<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/5anclajes.html>

## Glosario

**Contusión:** Lesión de la piel y de los tejidos subyacentes por un traumatismo no penetrante como una caída; puede haber roces en la piel y magulladuras en los tejidos.

**Crepitación:** Sonido chirriante que se oye y sensación que se siente cuando dos superficies rugosas rozan la una con la otra. Se puede experimentar cuando los extremos de un hueso roto (fractura) rozan el uno con el otro en la *osteoartritis*, cuando el cartílago que cubre las superficies óseas de una articulación se ha desgastado y las zonas rugosas de la articulación rechinan, el enfisema pulmonar y subcutáneo, hidrartosis, neumonía, etc. El sonido suele ser lo suficientemente fuerte como para oírlo sin necesidad de ningún aparato.

**Cruenta:** Superficie desprovista de su revestimiento, capa o cubierta dejando pasar sangre.

**Erosión:** Lesión de la piel o mucosa producida por compresiones, rozamientos, pequeños traumatismos, etc., y acompañada de enrojecimiento, pequeñas hemorragias y pérdida de sustancia.

**Escaldar:** Quemar con un líquido caliente o con vapor.

**Escoriación:** Pequeña interrupción epidérmica consecutiva al rascado o a ligeros traumatismos.

**Hemático, ca:** Relativo o perteneciente a la sangre, hémico, sanguíneo.

**Herniación:** Formación o desarrollo de un tumor blando, elástico sin mudanza de color en la piel, producido por la dislocación y salida total o parcial de una víscera u otra parte blanda, fuera de la cavidad en que se halla ordinariamente encerrada.

**Hidrartosis:** Presencia de un derrame líquido en una serosa articular.

**Ignición:** Estado de los cuerpos que están incandescentes debido al calor desprendido por su rápida oxidación.

**Osteoartritis:** Proceso inflamatorio articular con alteración de los extremos óseos que constituyen la articulación.

**Politraumatizado:** Que presenta heridas o contusiones múltiples.

**Quemaduras de primer grado:** Estas quemaduras producen un enrojecimiento de la piel y afecta sólo a la epidermis, la capa superior de la piel. Cicatrizan con rapidez, pero la piel quemada se descama después de uno o dos días. Un ejemplo típico son las quemaduras solares.

**Quemaduras de segundo grado:** Estas quemaduras lesionan la piel con mayor profundidad, produciendo ampollas. Sin embargo, afectan en cierta medida a la dermis (capa profunda de la piel) y suelen curar sin dejar cicatrices, salvo cuando son muy extensas.

**Quemaduras de tercer grado:** Estas quemaduras destruyen todas las capas de la piel. La zona afectada adquiere un aspecto blanquecino o carbonizado y, cuando las quemaduras son muy profundas, se pueden ver los músculos y el hueso. Este tipo de quemaduras, incluso las muy localizadas, necesitan un tratamiento especializado con injertos cutáneos para evitar la formación de cicatrices.

**Quemaduras eléctricas:** Pueden causar lesiones extensas con una mínima afectación cutánea externa. Teniendo en cuenta que pueden producir lesiones cardíacas, se debe consultar a un médico para que realice una evaluación de quemadura.

**Efectos y complicaciones:** Las quemaduras extensas de primer grado producen dolor, somnolencia, dolor de cabeza y fiebre, pero no ponen en peligro la vida del enfermo. Las quemaduras de segundo grado o de tercer grado que afectan a más del 10% de la superficie corporal producen un shock con disminución de la presión arterial y aumento del pulso. Esto se debe a la pérdida de grandes cantidades de líquido (y de proteínas) en la zona quemada. Pueden ser mortales si no se tratan con reposición intravenosa de líquidos. Cuando la piel se quema, pierde la capacidad de proteger al organismo contra la contaminación de las bacterias aéreas. La infección de las quemaduras extensas puede producir complicaciones mortales si no se administran antibióticos. Las personas que inhalan el humo pueden presentar una hinchazón y una inflamación de los pulmones y pueden necesitar la asistencia de un especialista por las posibles quemaduras oculares. Las personas que mueren en los incendios de los edificios suelen fallecer por asfixia antes que por efecto de las quemaduras. En las quemaduras extensas de segundo grado se pueden utilizar injertos cutáneos para minimizar las cicatrices. Las quemaduras de tercer grado siempre requieren de injertos si se quiere evitar la formación de cicatrices. En ocasiones, las quemaduras extensas requieren la intervención repetida de un cirujano plástico. La estancia en el hospital varía desde unos pocos días en algunos casos a muchas semanas en las quemaduras graves y extensas. Estas últimas se suelen tratar en un centro de quemados.

**Seroso, sa:** Perteneciente o relativo al suero o al líquido que ciertas membranas segregan en estado normal, o semejante a estos líquidos.

**Tratamiento:** Cualquier medida que se tome para impedir o curar una enfermedad o un trastorno o para aliviar síntomas.



**Tratamiento quirúrgico:** La cirugía constituye la principal forma de tratamiento para una amplia gama de enfermedades. Entre los procedimientos quirúrgicos más frecuentes se incluye la extirpación de tejidos u órganos enfermos, la eliminación de obstrucciones, la recolocación de estructuras desplazadas, la implantación de dispositivos mecánicos o electrónicos y el trasplante de tejidos u órganos.

**Tratamiento ambulatorio:** Asistencia médica que se le proporciona a una persona durante el día en una clínica o en otra dependencia.

**Trastornos de la columna vertebral:** Los golpes directos, las caídas o los giros súbitos pueden dar lugar a la fractura de una o más vértebras. El levantamiento de objetos pesados, giros súbitos y malas posturas pueden dar lugar a cualquiera de las siguientes alteraciones traumáticas de la columna: esguince ligamentoso, desgarro muscular, espondilolistesis (dislocación de las vértebras), dislocación de las articulaciones facetadas o hernia discal (rotura de la parte más externa del disco).

**Traumatismo craneal:** Los traumatismos craneales pueden producirse como consecuencia de accidentes de tráfico, deportes, caídas, asaltos, accidentes de trabajo y domésticos o heridas de bala. La mayoría de las personas sufre un traumatismo craneal al menos una vez en su vida, pero muy pocos traumatismos son lo suficientemente graves para necesitar ser tratados por un neurocirujano. El 1% de las muertes se debe a traumatismos craneales, y la mitad de ellos corresponde a accidentes de tráfico. El traumatismo puede lesionar el cuero cabelludo, el cráneo o el cerebro, en cualquier combinación. Los leves no producen lesiones cerebrales. El cerebro puede no tener lesiones incluso en casos de fractura de cráneo o rotura del cuero cabelludo. Sin embargo, un golpe puede sacudir gravemente al cerebro, produciendo lesión cerebral, aun sin signos externos de traumatismo (traumatismo cerebral cerrado). Los golpes pueden producir hemorragias en el cerebro, con necrosis de células en el área de la misma. Cuando un objeto penetra en el cerebro, los cuerpos extraños y la suciedad pueden implantarse en la sustancia cerebral y dar lugar a una infección. Los traumatismos cerrados y las heridas penetrantes pueden desgarrar vasos sanguíneos y producir una hemorragia cerebral. Los traumatismos craneales pueden producir edema (hinchazón) cerebral; esto es especialmente notable con las heridas de bala, ya que por su gran velocidad producen extensas lesiones. Si hay una fractura de cráneo los huesos pueden enclavarse en el cerebro.

Anexos  
**Anexos**

## Anexo A

### **Guión de entrevista**

Se elaboró un guión de entrevista para facilitar la recolección de datos de los pacientes entrevistados. Iniciamos con la descripción sociodemográfica del paciente entrevistado: Lugar dónde vive, con quién vive, a qué se dedica actualmente, cuántos años tiene, su estado civil, qué grado de escolaridad tiene. Estos datos son de gran importancia para la investigación pues refleja la situación sociodemográfica actual del paciente accidentado.

#### **Aspectos sobre el accidente**

¿Cómo sucedió el accidente?

¿En dónde se encontraba?

¿Quiénes estaban con usted cuando sucedió el accidente?

¿Quién lo auxilió?

¿Perdió el conocimiento después del accidente?

¿Cómo llegó al hospital?

¿Cuánto tiempo tardó en recibir atención médica?

¿Cuáles fueron sus primeras impresiones?

¿A quién avisó sobre su accidente?

¿Cómo se enteró su familia?

Es importante conocer cómo sucedió el accidente pues permite tener una idea sobre la situación que estaba viviendo la persona al momento de accidentarse.

#### **Primeros días de hospitalización**

¿Quién lo visitó el primer día en el hospital?

¿Qué pensaba cuando recién llegó al hospital?

¿Cómo vivió esos momentos?

¿En quiénes pensó al momento de estar hospitalizado?

¿Qué le preocupaba en esos momentos?

¿Qué emociones le invadieron?

¿Qué sucedió en los primeros días de su recuperación?

¿Pensó en su accidente?

¿Le realizaron de inmediato algún estudio o le practicaron alguna operación?

¿Sufrió alguna pérdida física?

En los primeros días después del accidente, los pacientes accidentados presentan en algunos casos una serie de síntomas que son comunes ante una situación traumática como lo es un accidente, sin embargo, la experiencia de encontrarse hospitalizado es particular y única en cada persona. Explorar este momento permite conocer la percepción del paciente accidentado en los primeros días de su hospitalización.

### **Momento actual de recuperación**

¿Cómo se siente después de estar un mes hospitalizado?

¿Qué le preocupa?

¿Qué sentimientos experimenta con mayor frecuencia?

¿Qué piensa en esos momentos?

¿Cómo se percibe actualmente?

¿Cómo cree que lo perciben los demás?

¿Quiénes lo visitan?

¿Con qué frecuencia?

¿De qué platican?

¿Cómo calificaría la atención médica que ha recibido hasta ahora?

¿Nota algún cambio no físico a raíz de su accidente?

En este momento los pacientes accidentados tuvieron tiempo para reflexionar sobre su situación en todos los aspectos: físico, emocional, individual, familiar, además de poder tener una visión más clara sobre su padecimiento y los alcances de su accidente.

**Percepción que se tiene para el futuro**

¿Cuánto tiempo piensa estar todavía hospitalizado?

¿Qué piensa hacer cuando salga?

¿Cómo piensa que será su vida después del accidente?

¿Qué sentimientos experimenta cuando piensa en su regreso?

Es importante tener en cuenta, en este momento del proceso, la visión del paciente accidentado a futuro, el tiempo que permaneció hospitalizado no sólo le permitió reflexionar sobre su estado, sino además, adoptar una idea o percepción del mundo y de sí mismo diferente a la que tenía cuando llegó al hospital y antes de su accidente, este hecho influirá de manera significativa en su comportamiento y moldeará su reincorporación al medio social al que pertenece.



# Hospital General de Balbuena

Foto: Elizabeth Trujillo

Fachada principal del Hospital General de Balbuena. Fotografía tomada durante el trabajo de campo.

## Anexo B

**Historia del Hospital General Balbuena**

El hospital General de Balbuena forma parte de la Red de hospitales incorporados a la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Sus inicios datan del año de 1905, su nacimiento y construcción obedecen a la necesidad de brindar servicio y atención de urgencias a la población de la zona oriente de la ciudad de México. Para el año de 1909, el hospital comienza brindando atención médica como primer puesto de socorro a casos de traumatología procedentes de las comisarías más cercanas, los casos de mayor gravedad eran trasladados al Hospital Juárez de México. Es hasta el 24 de abril del año 1962 que se inaugura por el C. Presidente de la República el Licenciado Adolfo López Mateos como Hospital de Urgencias y Traumatología de Balbuena, e inicia su funcionamiento el 01 de Mayo del mismo año con una capacidad, entonces, de 150 camas censables. En el año de 1984 se incorporan al hospital los servicios de Cirugía General, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Atención Primaria, por lo que se convierte en el Hospital General Balbuena. Para el año de 1985 se inaugura la torre de hospitalización, con una capacidad de 204 camas, de las cuales 33 de éstas pertenecen al servicio de Ortopedia, funcionando dos pisos únicamente, se hace entrega también del área Quirúrgica con cuatro salas de quirófano, así como la Central de Equipos y esterilización y la Unidad de terapia intensiva, con una capacidad de 12 camas, en esta misma área se ubica el servicio de Inhaloterapia. En el año de 1986 se crea la especialidad de Urgencias Médico-quirúrgicas siendo el hospital pionero en este campo. Es hasta el año de 1987 que el área de consulta externa, la unidad toco-quirúrgica, así como cuneros y el tercer piso de la torre de hospitalización se encuentran totalmente terminados permitiendo el funcionamiento total del hospital para el año de 1988. Para el año de 1991 se amplía y remodela el área de Consulta Externa y en el siguiente año se inaugura la unidad de Traumatología y choque, para 1994 se inicia la subespecialidad de medicina de Reanimación Cardiopulmonar. En el año 1995 la unidad de Quemados es inaugurada con una capacidad de 6 camas y para el año de 1997 se remodelan los siguientes servicios: Consulta Externa, Banco de Sangre, Admisión, Urgencias, Rayos X, Unidad de Lesiones Dérmicas, etc.<sup>1</sup>

**SERVICIOS DE ATENCIÓN****Atención primaria**

- Consulta externa
- Consulta odontológica
- Consulta de Planificación Familiar
- Atención primaria de la salud
- Detención oportuna y control de enfermedades infecciosas agudas y crónico degenerativas
- Vigilancia epidemiológica
- Lactancia materna

<sup>1</sup> <http://www.facmed.unam.mx/ddf/balbuena/historia.htm>

### Atención de urgencias

- Urgencias médicas y quirúrgicas
- Neumología
- Interconsulta de especialidad
- Cirugía general
- Ortopedia y rehabilitación
- Cirugía plástica reconstructiva
- Cirugía Maxilofacial
- Neurocirugía
- Medicina interna
- Gineco-obstetricia
- Unidad de cuidados intensivos
- Otorrnolaringología
- Paciente quemado
- Cardiología



Foto: Elizabeth Trujillo

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

### Consulta externa

- Curaciones
- Medicina general
- Vacunas
- Psiquiatría
- Psicología
- Electrocardiografía

\* Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Fotografía tomada con autorización durante el trabajo de campo en el Hospital General de Balbuena.





Departamento de Cirugía General. Hospital General Balbuena.

### **Hospitalización**

- Tercer piso: Gineco-obstetricia  
Cirugía Plástica y Reconstructiva
  
- Segundo piso: Neurocirugía  
Cirugía general
  
- Primer piso: Traumatología y Ortopedia  
Medicina Interna
  
- Planta Baja: Cuidados  
CEYE  
Toco cirugía  
Urgencias  
Medicina preventiva  
Quirófano  
Quemados  
Consulta externa<sup>2</sup>

\* Departamento de Cirugía General. Fotografía tomada con autorización durante el trabajo de campo en el Hospital General de Balbuena.

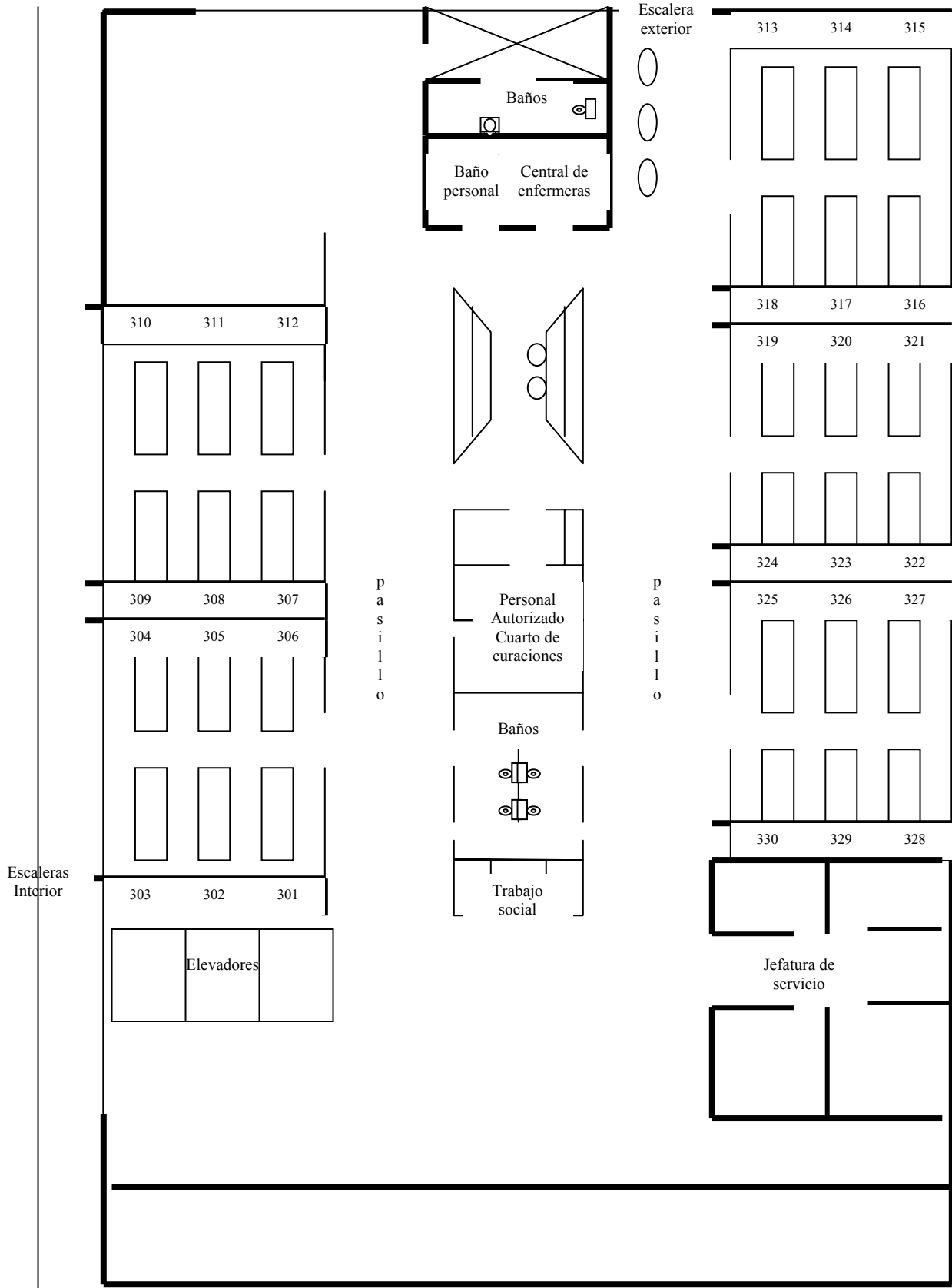
<sup>2</sup> <http://www.facmed.unam.mx/ddf/balbuena/functions.htm>

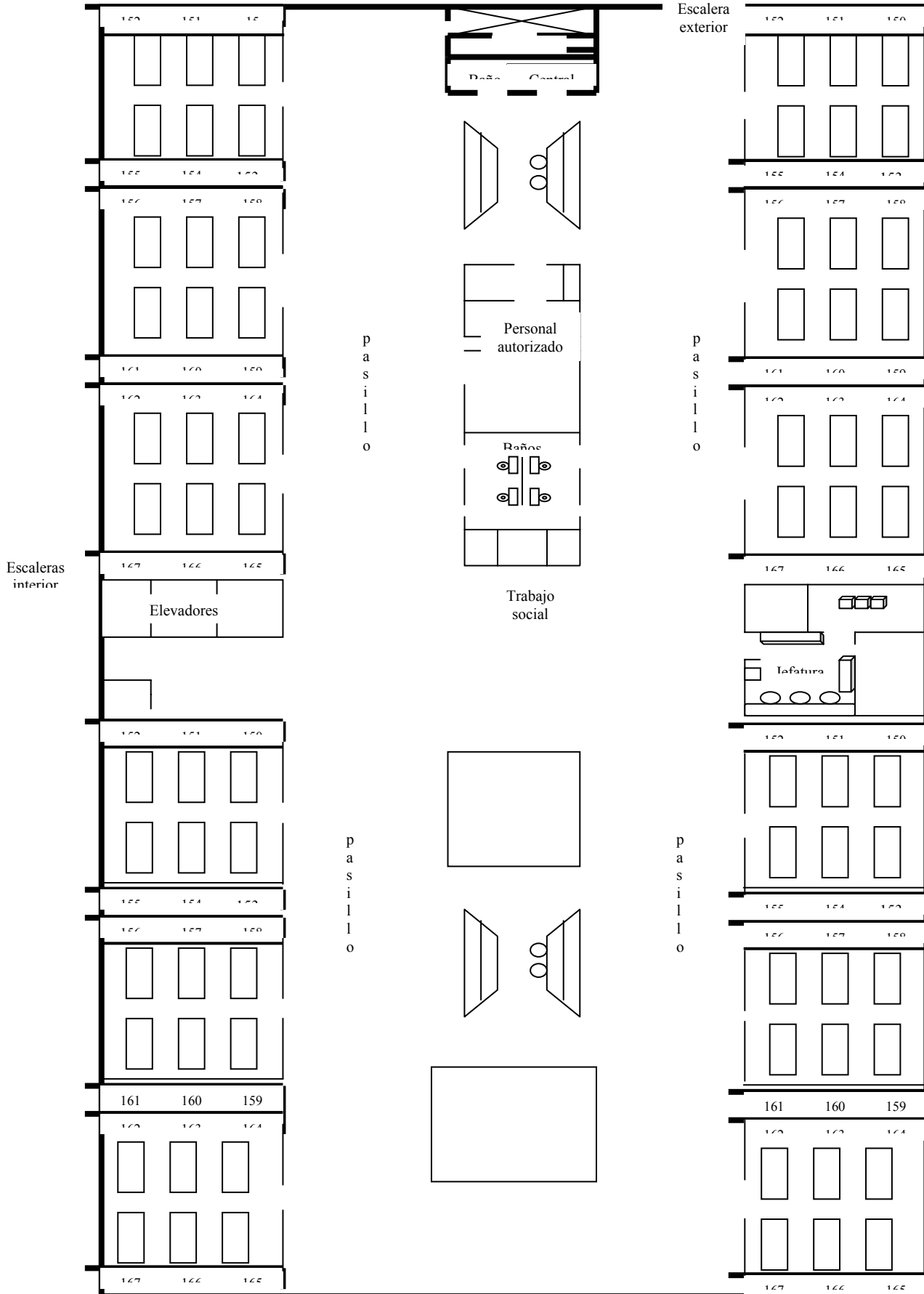
# Hospital General de Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Piso: tercero

Dibujo representativo de espacios.





---

## **Antecedentes históricos del servicio de Ortopedia**

### **Aspectos generales**

El departamento de ortopedia junto con los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal brindan apoyo y proporcionan servicio de manera gratuita y obligatoria a la población en general una vez inaugurado, como el primer puesto de socorros en el año 1909, los primeros casos quirúrgicos que se atienden en esta unidad marcan el comienzo de la cirugía traumatológica y la atención de ortopedia en este hospital. Para el año de 1985 el servicio de ortopedia es ubicado en el primer piso del lado sur de la torre de hospitalización inaugurada ese mismo año y que actualmente todavía ocupa.

### **Atención médica**

El departamento de ortopedia se ocupa de diagnosticar tratar y corregir las enfermedades, lesiones, deformaciones y malformaciones de huesos, articulaciones, músculos y tendones (aparato locomotor). Los cirujanos ortopédicos tratan las lesiones traumáticas óseas (fracturas) y articulaciones (luxaciones, esguinces ligamentosos, lesiones del cartílago articular), las inflamaciones de músculos y tejidos conectivos, las enfermedades de la columna vertebral (lumbalgias, hernias de disco, escoliosis), las deformidades de los pies (pie plano, pie cavo, pie zambo), o los trastornos en el cuello (esguinces cervicales, cervicoartrosis), la especialidad va asociada a la traumatología. En esta especialidad se utilizan muchos dispositivos mecánicos tanto internos como externos. Entre los dispositivos de aplicación interna se encuentran las agujas, alambres, tornillos, placas, clavos, estos sirven para estabilizar fracturas hasta su consolidación, o bien utilizan endoprótesis de cadera, rodilla, hombro o codo, para la sustitución de articulaciones de modo permanente. Entre los dispositivos externos se encuentran los yesos y férulas, vendajes, vendajes funcionales, fijadores externos o prótesis externas estas últimas para miembros amputados.

### **Descripción física del servicio de Ortopedia**

En el primer piso subiendo por las escaleras o bien por el elevador encontramos el departamento de ortopedia, a mano izquierda localizamos cuatro salas para mujeres, cada sala cuenta con seis camas, cada cama muestra en la cabecera un número de identificación y se encuentran distribuidas de la siguiente forma: de sur a norte primera sala, camas: 110-107, segunda sala: 106-101, tercera sala: 182-177, cuarta sala: 176-171, así mismo cada cama cuenta con trapecios o aditamentos para pacientes con lesiones de fracturas, seis burós y seis mesas puentes. Al fondo de sur a norte de derecha a izquierda se encuentran las escaleras que van al exterior, así mismo el sanitario para el personal de enfermería, junto un clóset para personal médico, un cuarto para guardar los materiales e instrumentos y la oficina del jefe de servicio, en el centro del departamento entre los pasillos de sur a norte se encuentra la central de enfermería, en seguida el cubículo de enfermeras, el cuarto de curaciones, el sanitario para pacientes, la oficina de trabajo social, y de nuevo una central de enfermería. Del lado derecho encontramos seis salas para varones, cada sala cuenta con seis camas, trapecios, burós y mesas puente, las camas se encuentran distribuidas de la siguiente forma: de sur a norte primera sala, camas: 116-

121, segunda sala: 122-127, tercera sala: 128-133, cuarta sala: 150-155, quinta sala: 156-161, sexta sala: 162 167. Entre las salas se encuentra la jefatura de ortopedia.

### **Misión**

El personal del servicio de ortopedia tiene como misión otorgar atención de calidad a todo paciente adulto que presente alteraciones en el sistema músculo esquelético. Promoviendo la atención con alto sentido de responsabilidad y compromiso, con la aplicación de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos enfocados a los cuidados y conservación de la salud y limitación del daño. Logrando con esto que el entorno laboral sea satisfactorio para el usuario y para el equipo multidisciplinario del servicio.

### **Visión**

La visión en la unidad de ortopedia es dar un servicio de excelencia en atención especializada, así como en docencia e investigación, fomentando cuidados de calidad y favoreciendo un entorno enriquecedor para sus profesionales, para atender las necesidades del usuario en su entorno Biopsicosocial y así contribuir a la recuperación y restablecimiento del usuario.

### **Objetivos**

Guiar al personal hospitalario de enfermería a tener una mejor comunicación integral y recíproca, con el fin de poder llevar a cabo las actividades y funciones de la institución adecuadamente.

Mejorar la responsabilidad y la organización dentro del área de ortopedia, para poder llevar a cabo las actividades trazadas en el programa de trabajo y así garantizar del desarrollo integral de las funciones.

Lograr que el personal de enfermería pueda llevar a cabo sus actividades y funciones en armonía y con todos los conocimientos actuales tanto en el ámbito laboral como personal.

### **Personal a cargo en la unidad de Ortopedia**

El servicio de ortopedia cuenta con 1 coordinador de hospitalización, 1 jefe de servicio médico, 1 jefe de enfermeras, 1 supervisora de enfermería, 1 coordinador de enfermería, 1 jefe de servicio de enfermería, 14 enfermeras generales y pasantes de enfermería. La atención de enfermería se proporciona de manera integral.

### **Procedimientos específicos que se realizan en el servicio de Ortopedia**

Los procedimientos que se realizan son:

- Recepción del paciente al servicio.
- Aplicación de medicamentos.
- Aspiración de secreciones.
- Toma de signos vitales.
- Baño de esponja o regadera.
- Curación de heridas.
- Asistencia emocional.

### Aplicación de principios básicos del paciente

Principios básicos de enfermería:

- Protección del paciente de causas externas.
- Cuidar la individualidad del paciente sin importar sexo, raza, nivel socioeconómico, etc.
- Protegerlo de infecciones.

### Medidas de seguridad para el paciente

Las medidas de seguridad que se utilizan en el servicio de ortopedia son:

- Cuentan con un expediente clínico con todo el historial sobre el tratamiento del paciente.
- Cuentan con una ficha de identificación en cada cama donde se anotan los datos personales y relevantes del mismo.
- Cuentan con una pulsera de datos personales.
- Cuentan con mobiliario que ofrece el hospital como apoyo a la recuperación del paciente.
- Vigilancia constante de signos vitales por parte del cuerpo médico y enfermería.

Para la identificación del paciente en el servicio de ortopedia es necesario que tenga expediente clínico completo, número de expediente y pulsera con sus datos personales (nombre, edad, servicio y diagnóstico). Dentro del servicio de ortopedia se cuenta con una libreta de registro de los pacientes, en donde se anota hora y fecha de ingreso, reporte del estado general de salud del paciente, número de cama asignada, diagnóstico, médico tratante, entre otros aspectos.



Foto: Elizabeth Trujillo

Departamento de Ortopedia. Hospital General Balbuena.

Fuente: documentos del servicio de Ortopedia.

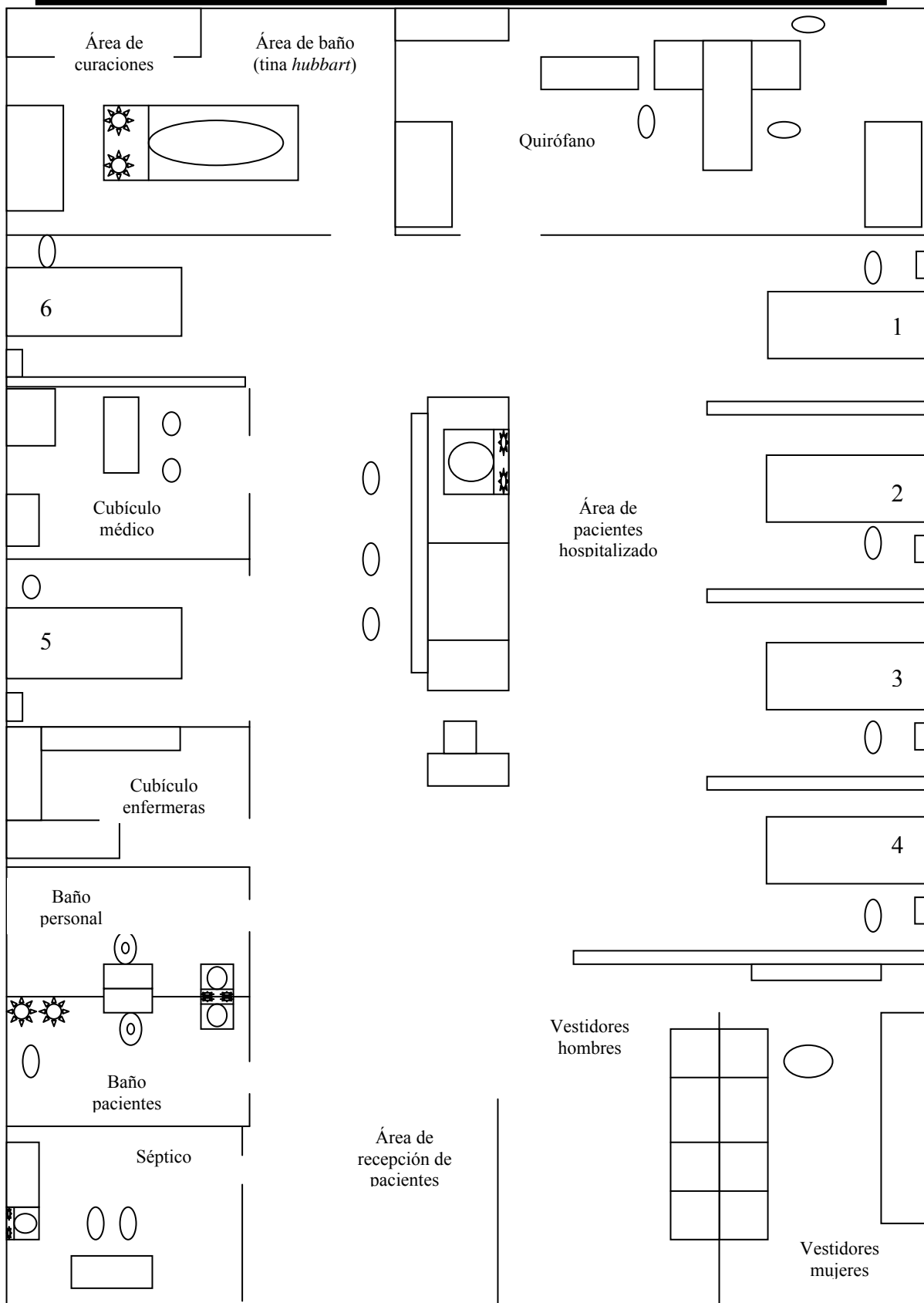
\* Departamento de Ortopedia. Fotografía tomada con autorización durante el trabajo de campo en el Hospital General de Balbuena.

# Hospital General de Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Departamento de Quemados

Piso: Planta baja

Dibujo representativo de espacios.



## **Antecedentes históricos del servicio de Quemados**

### **Aspectos generales**

El servicio del departamento de quemados es un área creada e inaugurada en el año de 1995 debido a la gran demanda de la población, así como sus instalaciones fueron remodeladas y adaptadas al servicio de urgencias. El servicio de quemados se encuentra al este de la unidad hospitalaria, al igual que el servicio de urgencias, banco de sangre y laboratorio; limitada al norte por la dirección general y al oeste con la unidad de cuidados intensivos y quirófano.

### **Descripción física del área de Quemados**

A la entrada del departamento de quemados se encuentran dos vestidores, uno para los familiares de los pacientes y otro para el personal del hospital (enfermeras, médicos, camilleros, personal de intendencia, etc.). Al interior del servicio a mano izquierda se encuentra el cuarto séptico, el baño para los pacientes, el baño para el personal del hospital, el cubículo de enfermeras y el cubículo de médicos, el área de curaciones y baño (esta área cuenta con una tina de *Hubbart* o tina de hidromasaje), al fondo se encuentra la sala de cirugía reconstructiva (quirófano) del servicio de quemados. Entre el cubículo de enfermeras, el cubículo de médicos y área de curaciones se encuentran las camas 5 y 6 respectivamente, hacia la derecha se encuentra el área de pacientes hospitalizados y las camas 1, 2, 3 y 4; es así como la unidad de quemados cuenta con un total de 6 camas, cada cama cuenta con equipo y material personalizado y al centro de la unidad se encuentra el control de enfermería.

### **Misión**

El personal de la unidad de quemados brinda atención con alto sentido de responsabilidad y compromiso. Promoviendo la aplicación de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos enfocados a los cuidados y conservación de la salud y limitando el daño. Logrando que el entorno laboral sea satisfactorio para el usuario y equipo multidisciplinario del servicio.

### **Visión**

Que el personal del servicio de quemados se encuentre actualizado y sea responsable para proporcionar el tratamiento oportuno a pacientes con diversas quemaduras según sean sus necesidades.

### **Objetivos**

Detectar y analizar las necesidades existentes en el servicio de quemados para lo cual se propondrán alternativas de solución contando con la participación de los integrantes del equipo multidisciplinario, así como los recursos físicos y materiales.

### **Personal a cargo en la unidad de Quemados**

El servicio de quemados cuenta con el jefe de servicio de cirugía plástica y quemados, jefe de servicio de quemados, 1 enfermera jefa de servicio, 3 enfermeras generales y pasantes de enfermería. La atención de enfermería se proporciona de manera integral.



### Procedimientos específicos que se realizan en el servicio de Quemados

Los procedimientos que se realizan son:

- Curación de heridas por quemaduras de segundo y tercer grado, así como de amputaciones de miembros tanto inferiores y superiores.
- Aplicación de medicamentos.
- Aspiración de secreciones.
- Baño de regadera y tina.

### Aplicación de principios básicos del paciente

Principios básicos de enfermería:

- Protección del paciente de causas externas.
- Cuidar la individualidad del paciente sin importar sexo, raza, nivel socioeconómico, etc.
- Protegerlo de infecciones.

### Medidas de seguridad para el paciente

Las medidas de seguridad que se utilizan en el servicio de quemados son:

- Cuentan con un expediente clínico con todo el historial sobre el tratamiento del paciente.
- Cuentan con una ficha de identificación en cada cama sobre los datos personales del mismo.
- Cuentan con una pulsera de datos personales.
- Cuentan con mobiliario que ofrece el hospital como apoyo a la recuperación del paciente.



Unidad de Quemados. Hospital General Balbuena.

Al paciente se le identifica con su nombre y su número de cama, al igual que su ficha de identificación que se encuentra a la cabecera de su cama y su pulsera con sus datos personales.

Fuente: documentos del servicio de Quemados.

\* Departamento de Quemados. Fotografía tomada con autorización durante el trabajo de campo en el Hospital General de Balbuena.

## Anexo C

**Notas de campo**

Se visitó las unidades médicas Lomas Verdes del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto Nacional de Rehabilitación y el Hospital General Balbuena. Estos hospitales me parecieron convenientes para realizar mi trabajo de campo pues, gran parte de la población, ingresa a ellos como consecuencia de sufrir algún accidente. Es importante mencionar que en todas y en cada una de las instituciones de salud pública que se visitaron, el personal a cargo del área administrativa indicó de manera detallada, cuales eran los lineamientos para desarrollar cualquier tipo de investigación dentro de las instalaciones de la institución: protocolo de investigación debidamente desarrollado para su revisión por parte de las autoridades correspondientes de la unidad médica (véase anexo D).

Era la segunda ocasión que visitaba el Hospital General Balbuena (en un primer momento, no fue posible obtener mayor información ya que el personal correspondiente al área de enseñanza, en la dirección general del hospital, había terminado su turno y por consiguiente no era posible que en esos momentos pudieran facilitarme cualquier tipo de información, por lo que decidí regresar en un segundo momento). Me dirigí al departamento de enseñanza en la dirección general del hospital, pregunté qué requisitos necesitaba presentar para realizar una investigación dentro de la institución, la persona que se encontraba a cargo me dijo que no podía responder mi pregunta pues el responsable del departamento no se encontraba en esos momentos, si deseaba podía regresar más tarde para informarme. Decidí salir del edificio un momento, mientras esperaba recordé que una compañera de la universidad trabajaba como enfermera en ese hospital, decidí entrar de nuevo al edificio y preguntar cómo podría localizarla pues no tenía teléfono y ningún otro dato de ella, subí por las escaleras y entré a la jefatura de enfermeras, ahí se encontraba una secretaria, la saludé y enseguida le pregunté si de casualidad conocía una enfermera de nombre Evangelina que trabajaba ahí en ese hospital, me preguntó si sabía sus apellidos o tal vez el departamento al que correspondía.

–Ignoro sus apellidos –le dije–, sólo sé que es enfermera.

En eso se me ocurrió que tal vez si la describía físicamente podría reconocerla, la secretaria al escuchar la descripción de Evangelina de inmediato supo de quien se trataba. Me dijo que fuera a la sala de urgencias y que en admisión pidiera la vocearan, salí del departamento, no sin antes agradecerle su ayuda. Al llegar a la sala de urgencias pedí en una de las ventanillas vocearan por favor a Evangelina, pasaron unos minutos para que ella saliera, al momento no sabía quién la buscaba, cuando me vio se quedó un momento quieta –como tratando de recordar quién era–, poco después se sonrió y me indicó que saliera de la sala.

–¿Cómo estás? ¿Recuerdas quién soy? –pregunté ansiosa.

–Al principio no te reconocí pero después recordé que habíamos tomado juntas unas materias en la UAM-I–respondió.

Seguido le expliqué que estaba empezando el año de investigación y que tenía la intención de realizar mi investigación en el hospital, ella me informó que era necesario presentar un protocolo antes de ingresar al lugar, me dijo también, que la autorización tardaba aproximadamente unos quince días, le pregunté si ella podía asesorarme en ese aspecto, entonces me preguntó si tenía ya mis preguntas de investigación y mi marco teórico, le contesté que estaba trabajando todavía en eso pero que de cualquier modo yo tendría listo el protocolo cuando ella me indicara, también preguntó si tenía asesor dentro del hospital, pues es un requisito tenerlo, en caso de no contar con uno, el hospital lo asigna. Le dije que ignoraba ese dato, de inmediato y sin dudarle Evangelina se ofreció a ser mi asesora dentro de la institución, además de ayudarme con el protocolo.

–Pero quiero que me expliques qué piensas hacer de investigación, con quiénes vas a trabajar –me dijo.

Le informé que estaba investigando la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación de los pacientes accidentados, mi intención era realizar 10 historias de vida a personas que se encontraran hospitalizados a causa de un accidente. Evangelina mencionó que las personas que llegan al hospital en su mayoría son accidentados, hombres y mujeres y que por lo regular permanecen alrededor de un mes aproximadamente. Una vez aclarada la información, intercambiamos teléfonos y correos electrónicos, quedamos en ponernos en contacto para trabajar en el protocolo de investigación. Desde ese primer encuentro transcurrió un mes para poder tener el protocolo y empezar su elaboración. Pasaron unos días más para su terminación, una vez listo se hicieron tres copias y se entregaron en el departamento de enseñanza, esperamos una semana aproximadamente para obtener respuesta, sin embargo fue rechazado por no tener el nombre del director de la Unidad Operativa, el retraso causó que se modificaran las fechas de inicio y de terminación de la investigación.

## Notas de campo

Miércoles 22 de febrero de 2006

La fachada, la sala de espera de urgencias y la dirección general del hospital eran los únicos lugares que mis ojos habían contemplado hasta ese momento. El reto por traspasar los muros y las puertas del hospital, parecía una enorme tarea por hacer. Sin saber qué tan cerca estaba por conseguirlo, la angustia crecía conforme pasaba el tiempo, fue el miércoles 22 de febrero cuando por fin el protocolo de investigación había sido aceptado, era el inicio de un proyecto que llevaría largas jornadas de trabajo y sin saberlo, hasta ese entonces, de una gran satisfacción personal.

Guiada por mi asesora de investigación por parte del hospital, la enfermera Evangelina Amador y también compañera de la universidad, entré al interior del Hospital Balbuena, caminamos entre pasillos y llegamos hasta los vestidores de enfermería, donde me dejó esperando por largo tiempo –dos horas y media para ser más exactos–, la espera nunca fue tediosa, más aún emotiva y llena de grandes esperanzas. Revisaba una y otra vez el protocolo, mientras lo revisaba, pensaba lo fácil que había resultado entrar al hospital; de pronto la espera había finalizado pues por fin llegaba Evangelina.

–Vamos a los departamentos para presentarte y conozcas el lugar –me dijo.

Subimos al tercer piso, llegamos con un grupo de enfermeras.

–¡Buenos días! –saludó Evangelina– ¿Y las compañeras del turno de la mañana, ya se fueron? –preguntó.

–Ya salieron.

–Bueno, nos vemos mañana –se despidió.

–Vamos al departamento de ortopedia.

Mientras caminábamos por el pasillo del departamento de cirugía, trataba de ver a los pacientes y poder darme una idea de sus lesiones físicas y cómo se veían de ánimo, al mismo tiempo que me preguntaba quiénes de ellos serían mis informantes. Al llegar al primer piso, nos dirigimos directamente a la jefatura de ortopedia, ahí se encontraban dos doctores, ellos al ver entrar a Evangelina la saludaron y preguntaron que qué hacía ahí todavía en el hospital, ella entonces aprovecho para presentarme e informarles el motivo de su visita.

–Estamos realizando un proyecto de investigación en el hospital, vamos a trabajar con pacientes accidentados, estaremos trabajando en un periodo de seis meses aproximadamente –les explicó–. ¿Tienen pacientes accidentados en piso en este momento?

Ellos sugirieron que revisara al paciente de la cama 132 con ingreso 06 de febrero del 2006, Evangelina me dijo que apuntara los datos en mi cuaderno, también hablaron de otros casos y realizaron algunas observaciones, sin embargo, no entraron en más detalles, pasó poco tiempo para que se despidieran y se marcharan del lugar, Evangelina me invitó a tomar asiento, en eso llegó un doctor, se acerca y saluda a Evangelina, enseguida me mira y en tono despectivo me dice que si le doy “permisito”, yo al escucharlo me levanté de la silla y me hice a un lado, Evangelina le comentó que estaríamos trabajando con los pacientes, él simplemente respondió que no los consintiéramos.

–¡Bastante tenemos con aguantarlos! –exclamó.

Evangelina sonrió y no mencionó ni una palabra, enseguida se despidió del doctor y salimos de la jefatura. La jefatura de ortopedia se divide en tres partes, un cuarto es utilizado como vestidor, adentro hay casilleros; otro es utilizado como oficina por los médicos y el tercero es utilizado para trabajar datos de los pacientes, ahí guardan las bitácoras, un pizarrón grande colocado en una de las paredes, es utilizado para anotar algunos datos de los pacientes: la fecha de ingreso, número de cama, tipo de lesión son sólo algunos datos que figuran en éste, un archivero viejo, una mesa grande donde tienen una máquina de escribir, hojas que sirven como ficha de identificación –éstas una vez llenadas con los datos de los pacientes son colocadas dentro del expediente correspondiente–, placas, papeles y más papeles.

**Notas de campo****Primer día de campo, viernes 24 de febrero de 2006 Hora: 8:00 a.m.**

Acompañada por la titular de la investigación dentro de la institución –Evangelina Amador Amaya, enfermera especialista “A”– y asesora en el trabajo de campo, subí al tercer piso que corresponde al departamento de cirugía plástica y reconstructiva, nos dirigimos con la Jefa de enfermeras del mismo. De inmediato Evangelina inició presentándose como estudiante de la carrera de Psicología Social, explicó la razón de mi presencia, el objetivo de mi investigación y la forma de trabajo en el lugar. También comentó que teníamos la autorización por parte del comité para trabajar dentro de la institución, y que ella era la responsable de mi proyecto así como de mis acciones dentro del hospital, a lo que la jefa de enfermeras respondió dándome la bienvenida y brindándome todo el apoyo para realizar dicha investigación. Una vez hecha la presentación Evangelina le comentó que en un momento más yo regresaría con ella para que me explicara el funcionamiento de ese departamento, pues me llevaría a los otros pisos para presentarme con las personas a cargo y para facilitarme una bata –pues no puedo estar en los diversos departamentos sin portar dicha prenda–, la enfermera afirmó con un movimiento de cabeza al mismo tiempo que me miraba y regresaba su vista a Evangelina.

–Vienes conmigo ahorita para que te enseñe el lugar –añadió dirigiéndose hacia mí la jefa de enfermeras, antes de retirarnos.

Bajamos al tercer piso, en este nivel se encuentra el departamento de ortopedia. Al igual que en el departamento de cirugía plástica, me presentó a la jefa de enfermeras de ese piso, le explicó también el motivo de nuestra presencia así como la forma de trabajo –tiempo de duración de la investigación, los métodos a utilizar: observación directa, notas de campo esto en los primeros días y posteriormente observación participante con los pacientes accidentados–. También le comentó que contábamos con la autorización de los médicos para trabajar ahí y la aprobación del protocolo. La jefa de enfermeras de piso dijo que no había ningún problema. Evangelina le informó que para cualquier situación se dirigieran con ella directamente pues estaba a cargo de mi persona y del proyecto.

–Sí, por si hace algo malo –respondió la enfermera.

–No, para nada –añadió Evangelina riendo–, no es por si hace algo malo, más bien por si se ofrece cualquier cosa.

Cerca de la jefa de enfermeras de ortopedia, se encontraba una persona de sexo masculino –no me pareció ser alguien ajeno al lugar, al contrario, su desenvolvimiento tan natural en el espacio, la confianza con la que se dirigía a la jefa de enfermeras y a Evangelina además de su vestimenta, (un uniforme de color azul), daba la impresión que se trataba de un enfermero, camillero o alguien de intendencia, en ese momento no lograba diferenciar el cargo de las personas dentro del hospital–, quien prestó atención y sin más titubeo también pidió que se le explicara con mayor detalle el estudio porque no quedaba claro eso de la vivencia y percepción de los pacientes.

–Ahorita que suba..., que les explique ella –contestó Evangelina.

Nos retiramos del lugar para continuar nuestro recorrido y presentación en el departamento de quemados. El departamento de quemados se encuentra en la planta baja, para entrar a esta área del hospital es indispensable contar con la autorización del personal a cargo. Evangelina se asomó al interior del departamento al mismo tiempo que llamó por su nombre a la jefa de enfermeras, salió una enfermera a informarnos que aún no llegaba al hospital, pues su hora de llegada era a las 10:00 de la mañana; decidimos entonces regresar más tarde.

Rumbo a los vestidores de enfermeras, Evangelina me explicó que dentro del hospital y más en piso, tenía que traer puesta siempre una bata blanca y llevar siempre de manera visible y al frente una identificación, me explicó que mientras tramitaba la del hospital usara la credencial de la universidad; también me dijo que si alguien me preguntaba algo, que fuera muy amable y le explicara el motivo de mi presencia y enseñara la copia de mi protocolo donde está visible la

autorización para llevar a cabo el trabajo de campo; me dio un número de extensión para marcar en los teléfonos que se encuentran en los diferentes pisos y que son de uso exclusivo para el personal del hospital, esto en caso de tener algún contratiempo y que fuera necesaria su presencia.

Una vez con las indicaciones bien claras y sola, decidí ir primero al departamento de cirugía plástica y reconstructiva, decidí ir primero ahí porque me pareció muy accesible a primera vista la jefa de enfermeras de ese piso, además no quería ser cuestionada el primer día por el personal del hospital, ya que en ortopedia me dio la impresión que tratarían de preguntar todo sobre mi proyecto y el trabajo con los pacientes. Una vez en piso me acerqué a la jefa de enfermeras, ella al verme me dijo que me presentaría primero con los médicos para que me conocieran y así en caso de necesitar su ayuda pudiera acercarme a ellos; salimos en su búsqueda por los pasillos, los encontramos enseguida, pero estaban ocupados con el familiar de un paciente.

—Él ya no quiere estar aquí, pues dice que se siente bien, de no dejarle ir se escapa del hospital —protestó el familiar.

La enfermera al ver la situación se acerca a los médicos para pedirles que cuando terminen pasen con ella para decirles algo, ellos asienten más preocupados por la situación que estaban atendiendo en el momento que por el llamado de la enfermera. Regresamos de nuevo a su lugar —un pequeño mostrador ubicado entre los pasillos del piso— me invitó a tomar asiento.

—¡Ay, es de nuevo ese paciente del 315! —exclamó la jefa de enfermeras— lo que pasa es que es un paciente que viene de...no recuerdo el estado, al parecer es médico y creo que es VIH-positivo y se lesionó la mano, tuvimos que amputar las falanges, y la verdad le fue bien porque se quiso matar cuando se enteró que era VIH, puso su coche en las vías del tren o algo así..., y como no quiere que nos enteremos de su situación pues..., nos esta amenazando con que se escapa si no le dejamos salir. La verdad no es justo para nosotros que no nos digan bien desde un principio por qué llegan, pues así nos meten en problemas.

En eso pasa uno de los médicos que estaba ocupado con el caso del paciente de la cama 315, ella de inmediato lo llamó.

—¡Doctor venga! —exclamó la enfermera— mire ella va estar trabajando aquí en el hospital con nosotros y con los pacientes.

El doctor me da la mano y se presenta conmigo, yo le respondo el saludo.

—Le digo para que sepa por si necesita que la apoyemos con información pues... la podamos ayudar.

—Como no, con mucho gusto, lo que necesite —me dice en un tono amable, al mismo tiempo que me mira y me toma del hombro.

Se va el doctor y enseguida la enfermera se levanta y me dice que vaya para presentarme con la doctora, caminamos hasta el final del corredor y dimos vuelta a la izquierda, entramos a la jefatura, donde se encontraba la doctora, la enfermera me presentó y le informó sobre mi trabajo dentro del hospital, la doctora se presentó al mismo tiempo que se sonrió conmigo.

—¡Qué bueno!, pues que empiece de una vez con el viejito del 322 que no se quiere operar desde que supo lo que le paso al otro paciente —sugirió la doctora.

—¡Sí!

Regresamos de nuevo al mostrador, enseguida de sentarnos la enfermera me da el expediente del paciente indicado por la doctora, empiezo a leerlo y me doy cuenta que no es exactamente lo que yo estaba buscando.

—¿Los pacientes que se encuentran en este piso llegan por accidentes? —le pregunté.

—Sí, la mayoría —respondió.

Yo formulé esta pregunta con la intención de sondear el terreno y dejar claro cual era mi objetivo: pacientes que ingresaran por accidente, entre 15 y 65 años de edad; me era muy importante identificarlos, saber cuándo llegaron, ubicarlos espacialmente, y observar su condición física en esos momentos para posteriormente, saber si eran candidatos para mi estudio y tratar de acercarme directamente a ellos. La enfermera me enseñó un listado, este listado más o menos del tamaño de una hoja tamaño carta, que se encuentra pegada en el mostrador de la central de

enfermería, contiene los nombres y otros datos de todos los pacientes que se encuentran en piso. Empecé a revisar con detalle los datos: nombres, edades, sexo, tipo de lesiones, estado de salud actual, entre otros. Me di cuenta rápidamente que se encontraban 30 pacientes en este piso de los cuales 18 eran de sexo masculino y sus edades oscilan entre los 18 y 75 años; las 12 mujeres que se encontraban en ese departamento en su mayoría rebasaban los 55 años. Empecé a realizar mis anotaciones de campo rápidamente guiándome por los datos obtenidos, en eso llegan dos doctores y soy presentada con ambos por la enfermera.

—¿Cuál es el tema a investigar? —preguntó uno de ellos—, ¿tiene la autorización para trabajar? —cuestionó en tono severo—, ¿quién es su asesor?

De inmediato, pero con nervios, contesté a todas y cada de sus preguntas y mostré la copia de la primer hoja del protocolo donde viene específicamente los siguientes datos: título de proyecto de investigación, investigadores participantes, domicilio, unidad donde se realiza el estudio, periodo de estudio, datos de validación, dictamen de la comisión de ética, bioseguridad e investigación, también figuran las firmas que autorizan la investigación y fecha de revisión y registro.

—¡Muestreme el protocolo de investigación! —exclamó en forma imperativa.

En esos momentos no lo traía conmigo pero le dije que con mucho gusto en otra ocasión se lo mostraría.

—Sí, por favor traiga el documento completo la próxima vez —respondió.

El otro médico preguntó la carrera y la institución de procedencia. De inmediato respondí a sus preguntas. No pasó mucho tiempo para que nuevamente preguntara.

—¿Las personas que son lesionadas por un asalto entran dentro del concepto de accidentes? —continuó preguntando.

—El accidente es un evento repentino, inesperado y que se presenta de manera involuntaria al sujeto —respondí.

—La persona que es asaltada también experimenta algo igual —objetó—, ¿qué sería entonces aquello que hace la diferencia entre unos y otros?

Además comentó, desde su muy personal punto de vista, que estudiar sobre estos casos sería más interesante pues es una situación que, hoy por hoy, afecta a muchos y es un problema social, además sería interesante conocer la perspectiva de estos sujetos. Yo contesté que sí, que tenía razón en ver que es un fenómeno importante, pero en ese momento no estaba dentro de mis intereses, además de que los factores y las variables entre un caso (por accidente) y otro (por asalto) son distintos y por lo tanto no pueden ser considerados como un mismo problema; el médico me dijo no muy convencido, que era posible que tuviera razón. A los pocos minutos de finalizar nuestra conversación, ambos médicos se retiraron del lugar.

Decidí explorar por los pasillos para ver un poco la ubicación, la capacidad, el estado de las personas, y sobre todo para que me fueran conociendo y relacionando con el lugar. Caminaba de un lado a otro varias veces, me quedaba quieta en ocasiones cerca de las ventanas para observar a los pacientes un poco, a todos y más de cerca. Trataba de observarlos, ubicarlos y al mismo tiempo pasar desapercibida ante sus ojos, sin embargo sentía sus miradas puestas en mi persona, llenas de dudas, preguntas, tal vez más en aquellos que tendrían mayor tiempo hospitalizados y por lo mismo conocían mejor al personal del hospital. Me preocupaba mucho que mi presencia llegara a ser molesta no sólo para los pacientes, sino también para los médicos y personal en general. Por momentos parecía que la observada era yo por toda esa gente. No quería romper con el esquema propio del lugar, tenía miedo de echar al vacío un día de trabajo de campo; decidí entonces ir a revisar los expedientes y empezar con mi búsqueda, esto facilitaría, pensé, mi trabajo; lograría tener información directa de manera rápida y precisa, esto a su vez me ayudaría mucho a familiarizarme con los casos y el entorno. Dentro de la jefatura estaba un doctor que ya me había sido presentado, le pregunté si podía ver los expedientes, él me dijo que podía hacerlo e indicó en donde se encontraban; le pregunté sobre casos de accidentados, me dijo que había muchos casos, me hizo algunas recomendaciones.

–Mire, está el paciente del 315, ése sería un buen caso, le cortaron las falanges y está muy mal –me dijo.

–¿Este paciente sufrió algún accidente? –le pregunté–. Porque mi investigación está enfocada en pacientes accidentados.

–¿Por qué no le echa un vistazo a los expedientes? –respondió después de haberse tomado un tiempo para hacerlo.

Yo de inmediato me acerqué y tomé uno de ellos, le pregunté si podía trabajar ahí dentro, me respondió que sí, me indicó que colocara en su lugar los expedientes después de verlos, así como cerrar la puerta con seguro cuando terminara de revisarlos y saliera, pues es ahí donde el personal médico deja sus cosas y por precaución cierran con llave. Se retiró del lugar dejándome sola, al revisar los expedientes traté de llevar una secuencia para no perderme y correr el riesgo de omitir alguno. Comencé con el 301, después el 302 y así sucesivamente hasta llegar al 330; de todos los casos sólo anoté los que me parecieron más interesantes en ese momento y pudieran servir para mi investigación por sus características.

## Caso 1

Hospital General de Balbuena	Servicio: cirugía plástica
Nombre: Ma. del Rocío Velásquez	Accidente: arrollada por vehículo tipo <i>van</i>
Sexo: femenino	Lesión: deslizamiento en miembro pélvico derecho.
Edad: 49 años	Fecha de ingreso: 17-12-05
Cama: 303	

## Caso 2

Hospital General de Balbuena	Servicio: cirugía plástica
Nombre: Mario González	Accidente: atropellamiento
Sexo: masculino	Lesión: heridas en pierna izquierda, muslo izquierdo, lesión vascular en pierna izquierda y antebrazo izquierdo. Pérdida de piel extensa.
Edad: 22 años	Fecha de ingreso: 05-12-05
Cama: 320	

## Caso 3

Hospital General de Balbuena	Servicio: cirugía plástica
Nombre: Mauro Alberto Martínez	Accidente: sufrió caída de azotea altura 3 metros
Sexo: masculino	Lesión: poli-contundido, probable fractura de mandíbula, herida de tejidos blandos y mentón de lado izquierdo.
Edad: 24 años	Fecha de ingreso: 21-01-06
Cama: 314	

Las bitácoras o expedientes son carpetas utilizadas en el hospital por el cuerpo médico y enfermeras, que permiten llevar desde el primer día hasta el fin de su estancia en el hospital la información del paciente, por ejemplo: datos personales, antecedentes heredo-familiares, personales no patológicos, patológicos, gineco-obstétricos, terapéuticos, padecimiento actual, etcétera. Así como anotar intervenciones quirúrgicas, posibles cirugías, observaciones diarias, indicaciones en la aplicación de medicamentos, dieta, mejoras, entre otros. En la portada está indicado el número de expediente, en la primera hoja se registra el número de cama y los datos mencionados arriba, esta forma de trabajo me permitió, efectivamente, conocer en general el tipo de pacientes que se encontraban hospitalizados, su padecimiento, edad, sexo, datos



socioeconómicos, de dónde son originarios, en qué parte del país viven, cuánto tiempo llevan hospitalizados, entre otros datos. Una vez obtenidos algunos informes, decidí bajar al departamento de ortopedia para ver si el panorama estaba más tranquilo.

Cuando llegué a piso, busqué a la jefa de enfermeras de ortopedia, al principio no la encontré, decidí entonces echar un vistazo mientras en el lugar. Caminé de un lado a otro por el pasillo, miraba desde ahí a los pacientes, a algunos no pude percibirles ya que el número de personas en todo el piso era demasiado (médicos, enfermeras, visitantes, internos, estudiantes), esto hizo que el trabajo de campo en este lugar fuera más complicado. Por dentro y por fuera de los cuartos el desorden estaba a todo lo que daba, entraba y salía gente constantemente, el pequeño módulo y zona donde sólo personal autorizado tiene acceso era un verdadero desastre, personas sentadas arriba del mueble, estudiantes reunidos en pequeños grupos platicaban cerca del módulo y en los pasillos, demasiado ruido, había de todo menos tranquilidad y orden, decidí caminar rumbo a la jefatura pensando en encontrar un lugar más tranquilo, para mi sorpresa no fue así, en eso la jefa de enfermeras, a quien buscaba, apareció, sin embargo fue abordada por una de sus compañeras, decidí esperar a que se desocupara, una vez sola le pregunté sobre los expedientes, ella señaló justo la jefatura, no sin antes decirme.

–Para verlos tiene que pedir permiso al doctor –advirtió.

Después de ver todo el escenario y sus condiciones decidí no ir a preguntar y sacar los datos otro día. Me dirigí a planta baja en busca de Evangelina, caminé hacia a los vestidores para esperar ahí a que saliera. Pasaron unos minutos para que ella pudiera estar conmigo, al darse cuenta que me encontraba esperando, se acercó y me dijo.

–¿Cómo te ha ido?

–Bien –respondí.

–No tuviste ningún problema? –preguntó.

–No, ninguno.

–¿Tus notas de campo las tienes?

–¿Qué te pareció el hospital? –cuestionó.

–Aún no las tengo porque me dediqué más a ver los expedientes y el hospital me pareció bien –respondí.

–Estaba bien.

Le recordé que sólo faltaba por conocer el área de quemados, Evangelina dijo.

–¡Es verdad!, vamos de una vez para que te conozcan y veas el lugar.

Mientras me decía esto ella se cambiaba para poder acompañarme al departamento de quemados, abrió su casillero, sacó unas ropas, me miró y me dijo.

–Dame la bata que traes puesta y ahorita te pones esto –me sugirió.

Me dio un traje verde (bata y pantalón), en seguida me dijo que era necesario que cada vez que estuviera en quemados llevara puesto este uniforme.

–Me lo puedo poner de una vez –le pregunté.

–¡No!, cuando estés allá te lo pones.

Salimos de los casilleros caminamos sobre el pasillo, dimos vuelta a la derecha, enseguida a la derecha nuevamente, caminamos en línea recta unos 30 metros aproximadamente, llegamos al final del pasillo y dimos vuelta a la izquierda, caminamos un poco y llegamos al departamento. Abrimos una puerta de madera, entramos a un pequeño cuarto y enfrente estaba otra entrada, podía apreciarse desde ese punto que había dos accesos. Evangelina se asoma en uno de estos accesos y menciona un nombre.

–¡Esmeralda, ven tantito! –le gritó a la jefa de enfermeras.

Enseguida salió una persona, ella saludó a Evangelina y le preguntó qué se le ofrecía, Evangelina me presentó y le comentó que yo era estudiante de la carrera de psicología, que estábamos haciendo un proyecto de investigación con los pacientes, que íbamos a trabajar en los departamentos de ortopedia, cirugía plástica, general y quemados, le explicó también la forma de trabajo y que constantemente estaría en ese departamento, le dijo también que ya teníamos la

autorización de “allá arriba”, y que teníamos nuestro protocolo y todos nuestros documentos en orden. Mientras Evangelina explicaba esto último me pidió la copia autorizada del protocolo, la jefa de enfermeras le pidió se la mostrará. Mientras escuchaba lo que Evangelina decía, la enfermera leía la hoja, al terminar de leer, dijo algo así.

–¡Muy bien!, vas a estar mucho tiempo con nosotros, desde febrero hasta agosto, seis meses –señaló la jefa de enfermeras de quemados.

Enseguida le dijo a Evangelina que no había ningún problema, pero que sí era prudente avisarle a la doctora (dijo un nombre), para que sepa. Evangelina dijo que sí, que por eso no se preocupara, seguido de esto le dijo que si podía pasar para conocer el lugar y los pacientes y saber cual es el procedimiento ahí, ella respondió que sí, y me indicó que tenía que hacer para entrar.

–Te pones el traje (me señaló en donde podía cambiarme), te pones el gorro; cuida que tape muy bien tu cabeza y cabellos, el cubre bocas, y las botas (estos tres elementos son de tela y desechables), únicamente puedes pisar con las botas en esta zona, si no las tienes puestas no debes hacerlo – me explicó en tono amable.

Evangelina se despidió y me dijo que después la veía. Comencé poniéndome el traje encima de mi ropa, la jefa de enfermeras llegó hasta mí con las prendas desechables, me las dio y se retiró enseguida. Mientras me vestía tenía un poco de temor, me pareció que la sala era un lugar bastante restringido, además pensaba en las personas que podría encontrar adentro, me las imaginaba en condiciones físicas terribles. Una vez vestida, entré en el departamento, observé que el lugar era muy distinto a los otros, todo estaba en calma, el movimiento por parte del personal médico era poco, en esos momentos sólo había cinco personas a cargo de la sala. En la entrada estaba un pequeño mostrador, ahí se encontraba sentada una enfermera, le pregunté por la señorita Esmeralda, ella volteó hacia atrás y señaló un pequeño cuarto a espaldas de ella. Enfrente del mostrador se encontraban las camas de los pacientes, alineadas unas con otras. Me acerqué con la enfermera donde se me había indicado, ella al verme salió del cuarto y se acercó.

–Éste es el departamento de quemados, como puedes darte cuenta es un área muy pequeña y los pacientes que tenemos son pocos y créeme son suficientes para trabajar con ellos –continuó hablando–, entre las principales quemaduras que sufren las personas predominan tres principalmente.

–Tenemos seis camas en este departamento, ahorita sólo están ocupadas cuatro de ellas. En la primera cama (comenzó de izquierda a derecha) está un señor que al caer de una barda se quemó, en la segunda cama se encuentra un chico que al cambiar una lámpara se electrocutó quemándole el brazo izquierdo, la descarga salió por la rodilla derecha, la tercer paciente es una joven, ella al sufrir un ataque de epilepsia, en el momento que cargaba una vasija de agua hirviendo, se la echó encima quemándole varias partes del cuerpo. Un cuarto paciente (no se encontraba junto a los tres anteriores), se trata de una señora, que al momento de estar cocinando, la manguera que conduce el gas se rompe provocando una explosión quemándole cara, y ambos brazos.

Termina su explicación y empezamos a caminar hacia otras áreas del departamento. Mientras la enfermera me ponía al tanto de los pacientes, yo los observaba a cada uno de ellos, trataba de identificarlos y ver sus lesiones. Ellos también me observaban y me dio la impresión de que estaban atentos a cada uno de mis movimientos y palabras. Llegamos a un cuarto, en él había una tina enorme, era el cuarto de baño.

–Cuando algún paciente tiene que bañarse sufre y nosotros junto con ellos, en muchas ocasiones no quieren hacerlo pues es un momento muy doloroso, sin embargo, tenemos que darles ánimo para tranquilizarlos y convencerlos que cooperen –comentó la jefa de enfermeras de quemados.

Ella me explicó también, que de todos los traumas que puede sufrir el ser humano, las quemaduras es el más terrible y doloroso que una persona puede experimentar, la recuperación y el padecimiento son extensos a veces, es un mal que se prolonga para toda la vida, las curaciones son delicadas y muy dolorosas, el número de cirugías por las que tiene que pasar un paciente son

más de una, y las secuelas y cicatrices son profundas. Seguimos caminando y entramos a otra habitación, es el quirófano, ahí realizan todas las operaciones. Ella me explicó que es un trabajo que demanda mucho por parte del personal médico y enfermeras. Salimos del quirófano, me señaló donde se encontraban los expedientes si deseaba verlos, le agradecí y caminamos de nuevo a la oficina en donde se encontraba cuando llegué a buscarla, me dio la bienvenida y se retiró no sin antes decirme.

–Me da gusto que pueda colaborar con nosotros y le voy a pedir un favor muy grande, que me pase un reporte sobre su trabajo, una copia, no le pido el original, una copia para poder leerlo y ayudarnos a entender mucho de lo que sucede con los pacientes en este proceso; para nosotros esto es de gran ayuda pues, en varias ocasiones no sabemos como tratarlos ni que decirles, además que el estar aquí adentro con ellos nos ha limitado para ver lo que sucede y poder identificar, como ustedes que vienen de afuera, aspectos que para nosotros son parte de lo cotidiano y por lo tanto no alcanzamos a percibir.

Terminó dándome de nuevo la bienvenida, yo correspondí agradeciéndole y brindándole mi apoyo en el área mientras estuviera con ellos. Salí entonces por los expedientes, empecé por orden de numeración, inicié con el paciente de la cama uno. Mientras caminaba por los expedientes me detuve a observar con más detalle el lugar. Las impresiones que tuve al principio no estaban lejos de lo que mis ojos vieron. En el lugar podía sentirse una atmósfera cálida, segura, armoniosa, ordenada, la limpieza era implacable en cada uno de los lugares dentro del departamento, la atención por parte del personal de enfermería con los pacientes era cordial, respetuosa, cercana, las personas eran llamadas por su nombre, les preguntaban en algunos casos cómo se sentían y si sus familiares llegarían para comer con ellos.

Decidí revisar los expedientes y anotar sólo algunos datos de los pacientes en ese departamento, pues esto me permitiría tener una relación y noción de los pacientes. Al terminar de apuntar los datos de los pacientes, le pregunté a Esmeralda si de casualidad tenía algún libro o material que hablara sobre las quemaduras y sus consecuencias, ella de inmediato me prestó una tesis de licenciatura en enfermería enfocado al paciente quemado, le agradecí la atención y de prisa revisé el índice, cuando localicé lo que necesitaba comencé a anotar en la libreta.

El horario de comida para estos pacientes es alrededor de las 2:00 de la tarde. Los días de visita para familiares son lunes, miércoles, viernes, sábado y domingo de las 14:00 a 15:00 y de 19:00 a 20:00 horas. Los días que no tienen visita (martes y jueves), son atendidos por la psicóloga del hospital con un horario no fijo. Una vez obtenida la información, decidí que era momento de marcharme del lugar e iniciar con las notas de campo, anotando de manera detallada las observaciones, los comentarios y las primeras impresiones del día.

### **Hospital General de Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal**

Departamento de Quemados

Piso: Planta Baja

Lista de pacientes con fecha: datos extraídos directamente de los expedientes.

Cama	Nombre	Edad	Sexo	Fecha	Estado civil	Ocupación
01	Maximino Colín G.	38	M	02/02/06	Casado	Ayudante general en construcción
02	Marco A. Martínez	21	M	14/02/06		Mesero
03	Ma. Isabel Zavala	27	F	06/02/06	Soltera	Hogar
04	Ma. Ángeles Serrano	33	F	08/02/06	Unión libre	Hogar

Cama	Accidente	lesión	Padecimientos
01		Quemadura x electricidad Lesiones x llama al 20% SCT.	Quemadura en áreas especiales cara y cuello de 1er y 2do grado.
02	Revisando lámpara eléctrica sufre descarga	Quemadura x electricidad e ignición de ropa (19% de SCT) NO lesión cardiaca.	Lesión por entrada en mano izq. Y salida en rodilla derecha, más lesiones de ignición de ropa con lesiones en tórax, abdomen y brazo derecho de 1er y 2do grado superficial.
03	Al presentar crisis convulsiva y llevar una olla de agua hirviendo (portadora de epilepsia desde hace 9 años).	Quemadura	Quemadura en pie, pierna y muslo izq.
04	Al estar cocinando en su casa, se desconecta la manguera del gas, generando una explosión en la cara y extremidades superiores.	Quemadura x fuego directo de 1er y 2do grado superficial y profundo 13% Quemadura de áreas especiales de 2do grado superficial 4.5%	Quemadura circulares de antebrazo (ambos).

#### DEFINICION DE QUEMADURAS

Quemaduras: lesión de los tejidos producida por contacto térmico, químico o físico, que ocasiona destrucción celular, edema y pérdida de líquido por destrucción de los vasos sanguíneos. La extensión y profundidad del daño dependerá del tipo de agente, así como de la duración del contacto con él, produciendo desde eritema hasta coagulación proteica y carbonización de los tejidos, de tal manera que los efectos generales de estas lesiones plantean un mayor peligro para la vida, que los efectos locales.

\*En las quemaduras se afecta la superficie de la piel (epidermis) y también, puede dañarse los tejidos profundos (músculos y huesos).

#### ETIOLOGÍA DE LAS QUEMADURAS

Luz solar: exposición prolongada a los rayos solares, en ocasiones aun con protectores solares.

Líquidos: los líquidos a temperaturas elevadas se distribuyen rápidamente por toda la superficie, ocupando los pequeños espacios y se puede filtrar por las vías respiratorias. Más aún los líquidos grasos pueden tener una mayor adherencia que los líquidos claros.

Vapores y gases: producto de la combustión de distintos elementos, la exposición aguda puede producir quemaduras en las superficies expuestas, vías aéreas, nariz, garganta, bronquios.

Fuego directo: el contacto directo con el fuego puede llegar a producir quemaduras de 3er grado, con mucha mayor facilidad.

Sustancias químicas: son aquellas causadas por sustancias cáusticas, ácidos o alcalinas. Si el agente causal es alcalino no lo moje debido a que húmedo puede causar quemaduras.

Electricidad: las quemaduras eléctricas son causadas por el choque eléctrico, la corriente eléctrica de uso domiciliario o industrial, puede producir lesiones internas, además de las quemaduras, ya que al tener contacto con el cuerpo viaja a través de él generando además lesiones de entrada y salida. Debido a que el corazón funciona con pequeños estímulos eléctricos, aun pequeñas cantidades de electricidad durante un periodo suficiente pueden modificar el latido cardiaco y causar un paro cardiaco y respiratorio.

#### CLASIFICACIÓN DE LAS QUEMADURAS POR PROFUNDIDAD.

Las características clínicas de las lesiones pueden orientar con respecto a la profundidad del daño tisular en:

- a) Quemaduras de primer grado: son eritematosas, secas y muy dolorosas. La lesión es muy superficial, abarca la primera capa de la piel y se regenera en un lapso de una semana sin dejar cicatriz. El ejemplo más común son las quemaduras solares.
- b) Quemaduras de segundo grado superficial: cuando presentan flictenas (ampollas), son húmedas, muy dolorosas y al romperse las ampollas muestran un lecho rosado o rojo brillante. La lesión abarca la capa superficial de la dermis (papilar) y se regenera en un lapso de 8 a 14 días sin dejar cicatriz. Los líquidos calientes de baja densidad condicionan este tipo de lesión.
- c) Segundo grado profundo: cuando se aprecian húmedas, dolorosas, con lechos rosados o rojos opacos o grisáceos. La lesión abarca la capa profunda de la dermis (reticular) y se generan a partir de los nexos cutáneos (folículos pilosos y glándulas sudoríparas y sebáceas), con facilidad se infectan y por este hecho se profundizan. Pueden regenerarse en un lapso de 21 días si se optimizan las condiciones locales, pero dejan cicatrices hipertróficas.
- d) Quemaduras de tercer grado: son secas deprimidas e insensibles se puede visualizar el trayecto de los vasos superficiales trombosados a través de la escara. La lesión ocupa el espesor total de la piel y no se puede regenerar por no existir elementos cutáneos para ello. Es necesario cubrirlas por medio de injertos de piel. Las lesiones por electricidad, fuego y químicos pueden provocar este tipo de lesión.

\*Información sacada: UNAM Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Licenciatura en Enfermería. Al paciente quemado.

**Notas de campo****Segundo día de campo, sábado 25 de febrero de 2006 Hora: 10:30 a.m.**

Llegué al hospital a las 10:00 a.m. aproximadamente, fui a la sala de espera de urgencias para pedir que vocearan a Evangelina, esperé unos minutos para que saliera por mí, mientras esperaba me puse a observar el lugar, noté que había muy poca gente en la sala, me sorprendió mucho pues creí que por ser fin de semana habría un mayor número de personas, sin embargo, no fue así, algunas personas que se encontraban en la sala mostraban estar cansadas, otras no tanto, sus vestimentas eran sencillas, en general presentaban un aspecto desaliñado, muchos venían acompañados por un familiar o conocido (era posible llegar a tal deducción por su forma de comunicarse entre ellos). En eso se acercó un enfermero a la ventanilla y gritó.

–¿Quién es la persona que espera la enfermera?! –mirando para todos lados.

–Yo –respondí.

Me indicó que saliera y entrara por un acceso que se encuentra en la parte de afuera del hospital, cuando llegué el policía ya había abierto la puerta, pasé y el enfermero me dijo que lo siguiera, caminamos y tomamos el pasillo que lleva a los vestidores de enfermeras en quirófanos, el lugar estaba prácticamente vacío, muy poco personal podía apreciarse dentro de el hospital, llegamos y me dijo que esperara, en eso salió mi contacto (Evangelina).

–¡Hola!, ¿Estas lista para empezar a trabajar en el hospital? – me preguntó.

–Sí, estoy lista.

–No traigo el traje que me prestaste ayer pues me comentaste que me traerías una bata para mí el día de hoy –le dije.

–¡Ay sí, se me olvido!, no importa déjame ver –comenzó a buscar entre sus cosas–, ¡ten usa mientras esto! –me dio un bata verde, me la puse y también me colgué mi credencial de la escuela–, bueno entonces nos vemos al ratito.

–¿A dónde vas ahorita? –me preguntó.

–Voy a subir a ortopedia para revisar los expedientes y poder identificar a los pacientes y conocerlos –le respondí.

–Muy bien.

Miré mi reloj y calcule cuanto podía tardarme para realizar las actividades que había pensado para ese día.

–Te veo cuando salgas de trabajar para irnos juntas –le dije.

–Sí, está bien, entonces nos vemos al ratito.

–Sí, nos vemos al rato –respondí.

Caminé por los pasillos y subí por las escaleras al primer piso, el lugar estaba casi sin movimiento, había poco personal médico comparado con el viernes, decidí buscar a la jefa de enfermeras pero no la encontré por ningún lado, pensé entonces, que no trabajaba los sábados, fui a la jefatura de ortopedia para ver los expedientes, en el lugar tampoco había nadie, decidí entonces buscar los expedientes y revisarlos, en caso de que alguien llegara y preguntara que hacia ahí, lo único que tenía que hacer era presentarme y decir que estaba trabajando en un proyecto como me indicó mi contacto. El lugar era un verdadero desastre, los expedientes no estaban en su lugar, entonces empecé a buscarlos, estaban en el archivero uno sobre otro, pensé entonces en revisarlos manteniendo el orden como los había encontrado, tomé uno, miré que número tenía, después miré los datos que estaban en la primera hoja, continué con las siguientes páginas al darme cuenta que no era lo que necesitaba lo cerré y busqué donde colocarlo, tomé el siguiente y también revisé los datos y el número en la carátula, en verdad ese lugar era un desastre, pensé en esos momentos, pues hasta los expedientes estaban en unas condiciones bastante malas, hojas revueltas, la escritura poco legible, los datos cambiaban de una hoja a otra, esto provocó que me desesperara un poco, en eso me acordé del caso que me habían comentado el primer día que estuve ahí, revisé mis notas pues había anotado algunos datos, una vez teniendo el número del paciente a la mano lo busqué entre todos los expedientes que se encontraban ahí,

efectivamente ahí estaba, era el mismo, lo revisé con detalle y entonces anoté los datos que me faltaban.

**Hospital General de Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal**

Departamento de Ortopedia

Piso: Primer piso

Lista de pacientes con fecha: datos extraídos directamente de los expedientes.

Cama	Nombre	Edad	Sexo	Ingreso	Estado civil	Ocupación	Residencia
123	José Luis H	35	M	06/02/06	Casado	Comerciante	Del Estado

Antecedentes personales no patológicos	Paciente el cual habita en casa propia, cuenta con todos los servicios intra y extra domiciliarios, con hábitos higiénicos, dietéticos normales no refiere hacinamiento ni promiscuidad tabaquismo y alcoholismo positivo cada 8 días, toxicomanías negados con escolaridad primaria completa.
Padecimiento Actual	Paciente el cual inicia padecimiento el mismo día de su ingreso tras presentar accidente automovilístico con lesión directa de antebrazo izquierdo con presencia de herida cruenta la cual presenta exposición ósea por lo que es llevado al hospital para su valoración.
Pronóstico	Malo para la función y preservación de la extremidad.

Al terminar tomé otro expediente, pero éste al igual que los demás no se entendía, entonces decidí no anotar más y mejor echar un vistazo. Mientras estaba en la jefatura leyendo los expedientes, el personal del hospital comenzó a aumentar considerablemente, enfermeras, doctores, personas que se encargan del aseo, camilleros, estudiantes, sin embargo; el movimiento no era tanto en comparación del día anterior y el miércoles, las enfermeras en repetidas ocasiones entraban por algún expediente y al darse cuenta que estaba revisando algunos, me pedían en tono amable que les permitiera buscar algunos, cuando se acercaban lo hacían con mucho respeto pues creían que era doctora, pues en repetidas ocasiones me llamaron así, los doctores en realidad nunca entraron, durante el tiempo que estuve ahí dentro los veía pasar y salir del piso, sólo pude intercambiar algunas palabras con uno de ellos, de forma inesperada cuando estaba revisando los expedientes, salió de uno de los cuartos que forman parte de la jefatura, en ese momento no me preguntó nada, salió completamente y se dirigió al parecer a ver a los pacientes, entraba y salía constantemente de la jefatura de ortopedia, yo no pude reconocerlo de inmediato, pero se trataba de uno de los médicos que Evangelina me había presentado el día que subí por primera vez; era el mismo que me dijo ese día cuando me vio sentada en una de las sillas cerca del escritorio, “me da permiso por favor” en un tono despectivo, pensé ¡ay no puede ser!, falta que me diga algo, después de un rato entró y empezó a colocar los expedientes en su sitio.

–¿Usted es trabajadora social? –me preguntó.

–No doctor, soy la persona que esta trabajando con la enfermera (Evangelina) en el proyecto de los pacientes..., –no me dejo terminar cuando me dijo.

–¡Es verdad, ya me acordé!, y...pero a ver cuénteme otra vez de qué se trata –me dijo mientras tomaba asiento y acomodaba la máquina de escribir para llenar una hoja.

–En estudiar la experiencia del padecimiento en el proceso de recuperación de los sujetos accidentados –le respondí.

–¿Pero cómo la experiencia?, ¿cómo le piensan hacer? –Preguntó enseguida.

Le dije que las historias de vida es un método de mucha ayuda en este tipo de trabajo, que mediante la narración de historias podríamos saber o encontrar precisamente la forma cómo las

personas reconstruyen su vida a partir del accidente, sus relaciones familiares, con sus amigos, cómo es afectado por el suceso traumático (accidente), cómo vive su experiencia en el hospital, cuando escuchó todo esto movió la cabeza como si entendiera lo que le explicaba pero además, como si él supiera de todo esto por su relación con los pacientes y la experiencia de trabajar tan cerca de ellos, le expliqué que este tipo de trabajo se realiza mediante el método cualitativo y éste en particular sería tratado con la teoría fenomenológica del doctor Schutz.

–¿De quién?, ¿qué es eso de fenomenolo...qué? –preguntó enseguida.

Entonces le expliqué que era la fenomenología y le dije quien era el doctor Schutz.

Muy interesante, suena muy bien y dígame, si está encontrando algo o de plano no tiene nada –cuestionó.

–Sí doctor, hay mucho material –respondí.

En eso entró un persona, talvez un camillero, no sé, no pude distinguirlo, llevaba puesto un uniforme (bata y pantalón en color guinda), un cubre bocas, gorro y botas desechables.

–Ahorita te preparas al chamaquito del...para bajarlo a cirugía –le indicó al doctor que se encontraba conmigo.

El doctor le contestó y empezó a preguntarle algunas cuestiones sobre el paciente, fue entonces cuando la conversación que teníamos terminó por completo. Me sorprendió mucho que reaccionara de esa forma pues había dejado en mí una muy mala impresión el primer día que lo conocí, me pareció que era uno de esos doctores déspotas y enojones que se encuentra uno muy seguido en las clínicas y centros de salud, más aún cuando en esos ratitos que entraba y salía de la jefatura de ortopedia, en más de dos ocasiones tuvo un comportamiento bastante reprochable con algunas personas que estaban en el lugar y lo buscaban para pedir informes sobre sus pacientes o bien para realizar un trámite o consultar alguna cosa.

Caminé por el pasillo, en varias ocasiones me topé con pacientes que caminaban por todo el departamento de ortopedia, otros aprovechaban la mañana para darse un buen baño, muy pocos salían por momentos a tomar el sol en el descanso de las escaleras que están por la parte de afuera del edificio, todos con batas blancas, cubriendo parte de su cuerpo pues, brazos, manos, espalda y piernas, quedaban al descubierto, también en los cuartos caminaban algunos pacientes, pero no se alejaban demasiado de sus camas, había quien prefería estar acostado, en algunos casos estaban siendo atendidos por las enfermeras y médicos, los revisaban físicamente y también revisaban el suero en algunos casos, aplicaban medicamento en otros, en fin, nadie se salvaba de ser revisado. Al estar atenta me percaté que algunas camas estaban vacías, camas que el día anterior habían estado ocupadas, esto me angustió mucho pues, por un momento pensé que talvez había perdido algún caso para mi estudio. Los miraba atenta tratando de reconocer las caras que había visto un día antes, pensaba y veía el número arriba de la cabecera tratando de recordar algunos datos que había leído en los expedientes y cerciorarme que no fuera alguno de ellos, en eso un fuerte quejido salió de una de las habitaciones.

–¡Ay, dios mío!, ¡dame fuerzas para resistir este dolor, tú que todo lo puedes, ayúdame a soportar! –decía un paciente angustiado.

Caminé deprisa a la habitación de donde provenían los gritos, llegué y me detuve para mirar a través de la ventana, miré el número, después traté de fijarme en el paciente y descubrir que le estaban haciendo, para mi sorpresa, alcancé a notar que le estaban limpiando del lado que no tenía brazo, en eso me acordé del caso del paciente que llegó por accidente automovilístico y como consecuencia había perdido el brazo izquierdo, revisé mis notas en el cuaderno, efectivamente era el paciente del que me habían hablado la primera vez en ortopedia. ¡ay de mí! dije, ya me imagino cuando lo esté entrevistando, espero que no sea muy difícil, me pareció que era alguien muy apegado a la religión, bueno; en su hoja de identificación decía que era católico, pero nunca me imaginé algo así, decidí caminar y cuando pasaba frente a uno de los cuartos, el de a lado para ser más exactos, alcancé a escuchar voces.

–Yo creo que ése ha de ser cristiano o algo por el estilo –comentó un paciente.



Este comentario venía de uno de los pacientes del cuarto, entré a donde se encontraban y en seguida me dicen.

–¿Trabaja aquí?

–Apenas estoy empezando, pero estaré muy cerca de ustedes por largo tiempo –le expliqué.

–¿Es doctora? –me preguntaron ambos pacientes.

–Soy psicóloga social –les dije.

–No pues..., empiece con el de allá entonces –comentó uno de ellos, al mismo tiempo que señalaba la cama del paciente con un movimiento de cabeza.

Era un paciente que se encontraba en una de las camas junto a la ventana, por cierto, era el único en todo el piso que tenía la cortina cerrada que divide a cada una de las camas.

–Se va estar un montón de tiempo, está loco, nos arremete, se la pasa diciendo puras groserías –comentó un paciente.

–Sí, en la noche no nos deja dormir se la pasa haciendo sus perversiones sexuales, ya no lo aguantamos –arremetió el otro paciente.

Parecía que le gustaba estar aislado, inclusive mientras estaba en el pasillo observando, el doctor que se encontraba en piso, tuvo que entrar y decirle que se calmara pues estaba muy inquieto y sus alaridos asustaban a los demás pacientes, claro lo hizo atrás de la cortina, sólo asomando la cabeza, sus gritos también se escuchaban de repente a lo lejos, la mayoría eran palabras grotescas y ofensivas, me marché no sin antes despedirme de los pacientes con quienes había intercambiado una palabras por unos minutos. Anoté algunas cosas, salí al pasillo y seguí caminando, recorrí varias veces todo el piso, miraba a las mujeres que se encontraban en cama, algunas eran adultas mayores, casi no se movían, se veían agotadas, su cara mostraba un semblante triste, de abandono en muchos de los casos. Las más jóvenes simplemente dejaban escapar su vista por las ventanas, parecía que no veían hacia ninguna parte, completamente perdidas en espera de que pasara el tiempo simplemente, pensé, seguramente extrañan su vida allá afuera, a sus familiares, a sus amigos y conocidos.

Mientras pensaba en todo esto, se me ocurrió dibujar el lugar pues eso me ayudaría a identificar los espacios, la ubicación de las personas, y más adelante a mis informantes. Fue entonces cuando me atreví a entrar a los cuartos pues, necesitaba ver bien la numeración y saber en que orden estaban, esto me permitió empezar a interactuar más de cerca con los pacientes, comencé por los extremos, al entrar saludaba y enseguida dibujaba en el cuaderno, algunos sólo se dedicaron a mirar lo que hacía, otros por el contrario preguntaban lo que estaba haciendo, entonces me presentaba y les decía que estaría en el hospital trabajando con ellos, que era psicóloga social y que seguido estaría visitándolos, ellos al saber esto se quedaban tranquilos, y dejaban que continuara, antes de retirarme en uno de los cuartos uno de ellos me dijo.

–¡Ay señorita!, fíjese que ya me quieren dar de alta, pero no tengo ni ropa, ni familiares que vengan por mí, lo que pasa es que me caí en la calle y me rompí la pierna y por eso estoy aquí, llegué anteayer creo, la verdad estaba tomando y pues que me caigo, mire -me enseña sus manos- todavía ando crudo, mire como me tiemblan, y pues vino la trabajadora social y le dije que no tenía a donde ir pero pues ya no me dijo nada y ya no regresó, usted no me podría hacer el favor de buscarla y preguntarle.

–¿No tiene a nadie a quien recurrir? –le pregunté.

–Sí, pues tengo a mi mamá pero esta delicada y no quiero ponerla mal, lo que pasa es que estaba tomando y que me caigo mire -me señaló su pierna descubierta- y llamaron a la ambulancia y todo y mientras venía pues seguí tomando, y pues me da preocupación que me vea así, por eso no quiero molestarla –contestó.

Le dije que trataría de buscar a la trabajadora para preguntarle y saber que pasaba en esos casos, el paciente era un señor de aproximadamente 50 años, talvez me pareció más grande pues daba la impresión de ser de esas personas que por su estilo de vida se ven muy acabadas sin tener en realidad tantos años. Continué con mi recorrido por los cuartos, hasta llegar con el paciente del

brazo amputado, al ver que estaba muy atenta observando los números y apuntándolos en la libreta me preguntó.

–¿Para qué esta haciendo eso? –en un tono serio.

Me acerqué, lo saludé y le expliqué que era necesario para mí poder saber como estaban acomodadas las camas, me pareció oportuno presentarme con él y el resto de los pacientes ahí presentes, al terminar me acerqué un poco, y le llamé por su nombre, José Luis, le pregunté entonces qué le había pasado.

–Tuve un accidente y perdí mi brazo, y la verdad hoy me siento muy mal, desde que desperté me entró mucha ansiedad, una desesperación que no sabría como explicarle. Ni cuando me quitaron el brazo me puse así como ahorita, al contrario me dije, tengo que echarle muchas ganas para salir pronto, voy a salir adelante, pero no sé..., me preocupa mi familia, mi esposa, mis hijos, yo soy comerciante, tengo mis negocios, pero ahora no sé..., me preocupa que mi esposa no sepa manejar, ella no sabe nada de negocios, como se manejan, yo sé que hago falta, que me necesita, los negocios se están viniendo para abajo porque no sabe trabajarlos, y no sabe cómo me siento por eso, yo le pregunto a dios, ¿por qué no me quitaste la camioneta, mis negocios, mi dinero, todo, lo material no importa como sea va y viene pero..., por qué .....?, -se queda callado-, ahorita me duelen mis piernas, toda esta parte -se toca ambas piernas de la rodilla para abajo-, ahorita estoy esperando a mi familia, cuando llegue les voy a decir que me soben todo, porque ya no aguanto, me duele donde me quitaron mi brazo, -hace una pausa y enseguida me pregunta- ¿usted conoce a la Psicóloga Angélica? –preguntó angustiado.

–No la conozco – le respondí.

–La necesito para hablar, sólo así puedo desahogarme todo lo que traigo, con ella lloro, con mi familia no puedo, no quiero que me vean así, para no preocuparlos, ¡qué difícil! -exclama- luego que no puedo comer bien y aquí que no le ayudan a uno, como por ejemplo ayer me traen la comida y les digo si nada más eso voy a comer, y me responden de mala gana, si quiere, si no déjelo, no pues así cómo, en vez de que le digan a uno, es por su bien haga un esfuerzo, no, al contrario, y luego al principio casi que me dejan sin comer días, que porque me iban a operar y no puedo probar nada, mire -me enseña su abdomen- antes tenía una panzota bien grande, estaba bien panzón, y ahora ya ni panza tengo, oiga, -me dice- no podría ver si vino la psicóloga y decirle que suba a verme, ella ya me conoce.

–Talvez como es fin de semana no habría ido a trabajar, pero trataré de averiguar y le aviso de cualquier cosa –le contesté.

También le dije que yo podía ayudarlo, y que de hecho estaba ahí para platicar con él, sobre su familia, y muchas otras cosas, no menciono palabra alguna.

–Verdad –llamo por su nombre al paciente de junto–, que ayer estaba muy tranquilo –le dijo a su compañero de cuarto.

–Sí –le contesta.

Este paciente estaba acompañado por una mujer, ella le dice entonces a José Luis que no se ponga triste, que le eche ganas para que salga pronto, mientras el familiar del paciente de junto trataba de apoyar a José Luis, yo me acerqué a este otro paciente.

–¿Qué le pasó? –le pregunté.

–En un asalto me hirieron, pero ya casi me dan en el hospital de alta –contestó sonriente.

Le dije que me daba gusto que pronto saliera del hospital y que era muy importante tratar de estar tranquilo, ser paciente y muy positivo porque eso influye para estar bien físicamente y para recuperarse rápido, me agradeció y me dijo que era cierto y además muy importante. Hasta este momento había conocido de dos casos en el mismo piso que estaban ahí por asalto, sin embargo, los dos tenían muy poquito de estar hospitalizados tres, cuatro días por mucho, por suerte la recuperación sería en casa con sus familias.

También visité la sección donde se encontraban las pacientes mujeres, la presentación con las pacientes fue muy distinta, ellas no preguntaban que estaba haciendo, al menos no hasta ese momento, algunas reaccionaban muy bien al saber que estaría con ellas y que trabajaríamos

juntas, les comenté que con algunas pasaría más tiempo, ellas lo tomaron bien y simplemente me dejaron ir sin preguntar más.

En este piso tuve un pequeño mal encuentro, precisamente en el área donde se encuentran las habitaciones de las pacientes mujeres, estaba muy cerca de la puerta, acababa de entrar saludé y seguí dibujando, en eso una voz fuerte escuché diciéndome.

–¿Usted quién es?

–¿Qué hace aquí?, ¿cómo entró? –en un tono grosero.

Yo dejé la pluma, levanté la mirada y dije, buenas tardes, estoy trabajando en un proyecto, mi asesora es y antes de que continuara me dijo.

–¿Quién?, no sé quien es –respondió, mirándome.

Entonces le dije que Evita (así le dicen en el hospital a mi contacto, pensé que talvez así la ubicaría), era mi asesora, no terminé de explicarle cuando la enfermera me había interrumpido.

–¿No sé quién es? –dijo molesta.

–Tengo autorización para trabajar, y estoy viniendo diario con los pacientes, empecé apenas esta semana –terminé explicándole.

Después de esto, ya no dijo nada, una paciente sin embargo al percatarse de lo sucedido comentó.

–Tienen que preguntar, porque luego así pasa ¿verdad?, que se meten y no son de la clínica, luego se los roban o se escapan como el paciente de arriba, del trescientos.

–Sí, como ayer que se escapó, se puso feo –contestó la enfermera.

Mientras escuchaba el comentario de la enfermera, continuaba dibujando, su comentario me pareció verdaderamente inapropiado pues lo único que consiguió es infundir en las pacientes temor, hace que puedan sentirse desprotegidas, en peligro y también logra intimidarlas, más aún, por su condición de enfermera o trabajadora del hospital, pues de alguna u otra forma representa una autoridad, alguien con credibilidad. Otra paciente dijo.

–¡Ay!, como en el hospital de Morelos, que se aparece una enfermera verdad, el otro día yo estaba acostada y clarito sentí que se acercaron y me picaron, cuando volteé no había nadie, me toqué para ver si no estaba mojada, que tal si le inyectan a uno algo y lo duermen o cualquier cosa, también sentí como se sentaban en la cama el otro día –comentó muy sorprendida.

Me despedí de ellas y les dije que las vería pronto. También presencié como se llevaban a una mujer joven de aproximadamente 27 ó 30 años talvez mucho menos, cuando estaba en uno de los cuartos, tenía la pierna derecha vendada, lo interesante de este caso fue ver las reacciones de las personas ante el dolor de alguien, es decir, cuando el camillero ayudado por el familiar de la mujer, un hombre joven, aproximadamente de la misma edad que ella, querían subirla a la camilla para sacarla del hospital y llevarla a casa, parecía aquella sala de parto, ¡unos gritos!, bueno, para desesperar a cualquiera, sus compañeras de cuarto ponían cara de horror nada más de escucharla, lo bueno es que una vez acostada en la camilla se calló y al conducirla hacía la puerta, se despidió de todas sus compañeras de cuarto por sus nombres, les deseó buena suerte y que se recuperaran pronto, el joven también se despidió y les agradeció a todas. Cuando estaba ya afuera del cuarto, una de las pacientes dijo.

–¡Ay!, yo antes era así con mi marido, lo tenía aquí siempre conmigo, pero no, la verdad eso esta mal porque no los deja uno.

Me presenté y les dije, que no se preocuparan que todo había pasado, ella esta bien, hay que tratar de no desesperarse ni ponerse tenso porque entonces es más difícil para uno mismo y para los demás y entonces no pueden ayudarnos, de acuerdo. Ellas se quedaron más tranquilas después de escuchar el comentario, me despedí y salí del cuarto. Una vez recorrido todo el lugar y dibujado, decidí subir a cirugía plástica.

En este piso me sentí con más confianza de entrar a los cuartos, la experiencia de la mañana había sido muy buena pues me di cuenta que me permitió acercarme a los pacientes, conocerlos mejor, y en algunos casos, saber por qué estaban ahí. Realicé el mismo procedimiento, pasé cuarto por cuarto, me presentaba y les preguntaba por qué estaban ahí, en la primera

habitación en la cama 315 se encuentra un paciente que llegó por sufrir un accidente provocando lesión en dedo de mano derecha, enseguida se encuentra Mauro, él sufrió una caída de 3 metros de altura, esto dañado parte de su quijada, eso me comentó cuando le pregunté que le había sucedido, de inmediato lo identifiqué pues era uno de los casos que había anotado en la libreta como posible informante, me di vuelta y miré al paciente de la cama número 316, en esos momentos tenía puesto unos audífonos, cuando vio que lo estaba observando se sonrió conmigo.

–¡Hola! ¿Cómo estas? –le dije.

–Bien –contestó al mismo tiempo que retiraba los audífonos de su cabeza.

–Dime qué pasó contigo.

–Me caí y me electrocuté –me dijo.

–Te accidentaste entonces.

–Sí eso pasó –respondió.

–¿Cuánto tiempo llevas en el hospital?

–Estoy desde enero, el 16 de enero llegué –me comentó.

–Ya tienes más de un mes.

–Sí, pero el martes ya salgo –contestó sonriendo.

De inmediato pensé en entrevistarlo pues presentaba todas las características para el estudio, además me pareció una persona muy abierta al diálogo, y bueno, por la falta de tiempo decidí entrevistarlo al siguiente día, pues en ese momento no llevaba grabadora ni la carta de consentimiento.

–Me gustaría mucho que habláramos sobre tu accidente, y además me contarás cómo te has sentido en el hospital, qué has pensado, cómo te sientes al saber que pronto saldrás, y bueno, mañana comenzaremos pues queda muy poco tiempo, te parece bien la idea –le dije.

Él confirmó moviendo la cabeza, parecía que todo estaba claro.

–Te veo mañana entonces –le confirme.

–Sí está bien –respondió.

Aún me encontraba observando el estado físico del paciente, sus lesiones le habían causado mucho daño cuando en eso un paciente inesperadamente me dijo.

–Y nosotros ¿también platicaremos con usted? –preguntó.

Sí, claro con todos voy a hablar pero empezaré con..., cómo te llamas le pregunté al paciente que entrevistaría, el paciente enseguida me dijo su nombre, con Misael pues el martes lo dan de alta y entonces necesito trabajar primero con él, de acuerdo.

–¡Ah!, sí, está bien –me respondió el paciente.

El rostro de este paciente me llamó mucho la atención, pues estaba completamente hinchado y morado, parecía que lo habían golpeado o algo así, la verdad me impresionó y decidí no preguntarle en ese momento que le había ocurrido, me despedí no sin antes recordarle a Misael que hablaríamos al día siguiente, salí del cuarto y entré al siguiente, saludé sin embargo muchos estaban durmiendo y decidí entonces no molestarlos y salir de inmediato, no sin antes dibujar las camas y anotar el número de arriba, solamente un señor más o menos de unos 50 años, que se encontraba en la habitación me pidió una cobija, pues sentía mucho frío en una de sus piernas, la derecha creo, le dije que no podía proporcionarle en esos momentos lo que pedía pues no sabía a quien pedirle la prenda, le dije que no se preocupara que un familiar había ido a buscar, creo, una cobija, pude percatarme de ello pues al poco rato de estar con los pacientes, decidí detenerme un momento para empezar con las notas de campo, me dirigí entonces al mostrador en la central de enfermería, me encontraba sentada anotando unas cosas, cuando alcancé entonces a mirar a una persona que salía del cuarto y enseguida se acercó a la jefa de enfermeras para pedirle una cobija, ella le respondió que no tenían, entonces el señor le preguntó si era posible que en otro de los pisos le prestaran una, ella simplemente contestó, pues vaya, a ver si se la dan, él al escucharla le agradeció y se retiró, no terminaba de comentarle al paciente sobre la cobija cuando en eso, repentinamente llega una señora, se acercó a él y le preguntó dulcemente, ¿cómo estás viejito?, en esos momentos decidí retirarme y dejar que estuvieran a solas, cuando salía del cuarto entró una

enfermera preguntando a la señora que acababa de llegar, quién le había autorizado a subir, mientras tanto la jefa de enfermeras estaba hablando por teléfono no sé con quién pero estaba quejándose de la vigilancia pues no habían pasado quince minutos que se acababa de ir el joven, cuando llegó la señora, alegó que no era todavía horario de visita para que estuvieran entrando y saliendo, seguido de esto dijo, si siguen así, les vamos a prohibir el paso, la enfermera que entró al cuarto le pidió a la señora que la acompañara, después no supe, ya que continué con mi trabajo.

Faltaba el último cuarto del pabellón de hombres, caminé al final del corredor, entré y de inmediato sentí un ambiente denso, saludé y comencé a dibujar, uno de ellos dijo algo así.

–Es para traernos la comida.

–No, no es para eso, ya tienen hambre ¿verdad? -mire mi reloj, las manecillas marcaban 14:00 hrs. aproximadamente-, o me vieron cara de espagueti, les dije.

–¡No, de cocinera!” –gritó el paciente que había dicho sobre llevarles la comida.

Me reí al igual que los otros que se encontraban en el cuarto, de pronto estaba siendo bombardeada por preguntas por parte de los ahí presentes, no les entendía nada pues todos hablaban al mismo tiempo, bueno aquello comenzó a ser un verdadero escándalo, uno pedía a gritos su medicina, otro me preguntaba si estaba casada y si tenía marido, bueno, esto no me extrañó mucho pues en el piso de ortopedia un chico que estaba en el cuarto del paciente que gritaba todo el tiempo groserías me preguntó lo mismo como en plan de coqueteo, sin embargo en este caso era distinto, me sentí agredida e incómoda, seguido de esto comenzaron a preguntar si sabía cocinar, uno de ellos comentó.

–Pues tienes que saber, eres mujer o qué a tu novio, o esposo no le cocinas –dijo en tono irónico.

Luego empezó a contar un chiste o algo así, no le entendí muy bien pero la verdad en esos momentos estaba realmente incómoda y decidí no tomarlos en cuenta y salir, ellos al ver que caminaba rumbo a la puerta dijeron.

–¡No se vaya!, quédese para que platiquemos un rato y para cantar –pedían que me quedara a gritos.

En eso uno de ellos empezó a cantar cielito lindo o algo así ya no recuerdo, pero que digo cantar, estaba gritando, no había pasado medio minuto cuando los demás, excepto el señor que seguía pidiendo a gritos su medicina y un joven que parecía no participar con el resto del grupo, comenzaron a cantar la misma canción también gritando, me salí y no volví a entrar durante todo ese día, ese cuarto en particular me llamó mucho la atención pues era muy diferente a todo lo que había visto desde el primer día que entré al hospital, y los siguientes días de campo, los pacientes se comportaban como si no se encontraran en un hospital, no les importaba hacer ruido, decir groserías, gritar miles de cosas, reír a carcajadas, al parecer no les preocupaba si alguien llegaba y les llamaba la atención, y bueno, las enfermeras no se molestaban en ir a callarlos, me consta porque ya casi al final de mi jornada, estaba platicando con la enfermera encargada ese día del departamento cuando de pronto se empezó a escuchar escándalo en esa habitación, ella simplemente dijo.

–Otra vez son esos, no entienden, la verdad no saben lo que es el respeto, no tienen educación, pus son puros drogadictos, ya les dijimos que se fueran pero no entienden siguen aquí –comentó seria.

En eso pasó uno de ellos, de hecho es el único que durante todo el tiempo que estuve ahí en ese piso salía y entraba del cuarto, se paseaba por los pasillos, entraba y salía del baño, visitaba a Mauro el paciente que se cayó de 3 metros de altura, cuando entraba a verlo, entraba bailando y cantando canciones de protesta tipo molotov o algo así, traía consigo siempre un radio y los audifonos puestos, Mauro al verle también bailaba y cantaba la canción, se quedaba unos minutos y salía de nuevo, cantaba en el pasillo, al verlo la enfermera le hizo un gesto con la cara.

–¡Ay! pero si se sienten galanes o algo así, pero la verdad están bien feos, quién les va hacer caso –dijo.

Yo me quedé callada y seguí revisando la lista de los pacientes, antes de que nos interrumpiera el paciente con su caminata por el pasillo, la enfermera estaba respondiendo a mi pregunta.

–¿Esta lista la cambian todos los días? –pregunté pensando cómo sabrían qué paciente era dado de alta o bien cambiaban de piso o sección, además de cómo registraban a los de nuevo ingreso, pues en la lista aparecía una leyenda que decía así: lista de pacientes con fecha: 23 de febrero de 2006.

Ella respondió que sí, que todos los días cambiaban la lista.

En este piso también pude visitar a las pacientes mujeres. En uno de los cuartos no pasó nada, me presenté y simplemente continué con las anotaciones y el dibujo, en el siguiente cuarto, encontré un caso especial, y bueno, después comprendí por qué, al entrar noté algo que en ningún cuarto había visto hasta entonces, un gran televisor que estaba cerca de la cama 305, no me detuve a averiguar simplemente continué, centré mi atención en la paciente de la cama 303 ella estaba ahí desde el año pasado, desde diciembre para ser más exactos, fue arrollada por una *van* provocando heridas en la pierna, muslo, y antebrazo izquierdo y pérdida de piel extensa; desde el primer momento que entré al hospital me llamó la atención pues sus heridas realmente se veían impactantes, después porque era candidata a entrar en mi muestra, aparentemente parece ser alguien de carácter fuerte, no lo sé con certeza pero pareciera que es muy enojona y que no le gusta que se acerquen a ella, la miré y anoté el número, me dirigí con la paciente del televisor, su lugar era diferente, aun cuando tenía igual que las otras camas sábanas, almohada, y una colcha, lucía más personal, el mueble que se utiliza para poner la charola de la comida y en otros casos sirve para colocar los medicamentos y las hojas con indicaciones diarias y demás, -este mueble, queda enfrente del paciente, y es colocado junto a la cama del lado donde ponen sus pies-, estaba cubierto con una sabana, me pareció extraño, las cosas que estaban arriba, estaban ordenadas, tenían un aspecto diferente al resto de las cosas que se encontraban en el lugar.

–¿Quién es usted? –preguntó, no sin dejar de mirarme y sonreír por un momento.

Me presenté, no terminaba de presentarme cuando me interrumpió diciendo.

–Le pregunto porque yo trabajo aquí, pero ahora me tocó estar de paciente –me dijo.

Me dejó continuar, le dije que era psicóloga y que trabajaría con los pacientes.

–¡Qué bien!, para que platiques con ellas porque están muy mal, pero preséntate para que te conozcan y sepan que haces aquí, que sepan que vas a trabajar con ellas, continuó diciendo, y bueno, ¿qué estas buscando? –finalmente preguntó.

Al explicarle mi proyecto me dijo.

–Imagínate todo lo que vas a encontrar, la verdad no es por nada pero el servicio está muy mal, los tienen abandonados aquí dentro, si no mira, no hay personal, no los atienden, digo hay que ser parejos, yo aunque trabajo aquí no busco preferencias, al contrario me preocupo de ver como los tienen, yo la verdad le tengo mucha fe a mis doctores, y no es por nada ni por hablar mal de nadie, ni tampoco porque yo trabaje aquí le voy a decir mentiras, pero todo está mal, no hay medicinas, yo -señala el mueble cubierto por la sábana-, porque puedo me compro mis medicinas que necesito, pero ellas, no tienen, por eso están aquí, imagínate que hablaras en tu trabajo de abandono de pacientes en hospitales, la verdad sería un golpe para aquí, para los directivos, te recomiendo que lo tomes en cuenta – me explicó.

Cuando la escuchaba, decidí no entrar más en detalles con ella pues me pareció que su discurso era en contra de la institución y podría meterme en problemas o algo así, sólo la escuché pero no hice eco a lo que me comentaba, en eso entra una de las personas de intendencia, ella le llamó por su nombre de una manera muy familiar, con mucha confianza, le hizo la observación que los baños estaban muy sucios, papeles en el escusado, el bote de basura lleno de papeles, gasas y vendas llenas de sangre, el piso sucio, manchado, en eso la paciente arrollada por la *van* dijo.

–Si están muy mal, la verdad asco me da entrar a bañarme y poner mi pierna así como esta ahí –comentó molesta la paciente.

La señora de limpieza salió, no tardó mucho para que regresara y les dijera que el baño estaba limpio, listo para usarse, este comentario especialmente se lo hizo saber a la trabajadora internada, cuando entré al cuarto había seis personas, la paciente del 303, del 301, 305 y un familiar que por cierto estaba desde que subí a piso, y la paciente del 306 y su familiar también, dos camas estaban desocupadas, estaban hablando sobre la señora que sufrió el accidente, decían algo así como –ella debe ver por su pierna, es su vida –, en realidad nunca supe bien por qué lo decían, continuaron comentando más cosas no recuerdo bien pero creo que una de ellas decía –mi hija está loca, le estoy pidiendo esto y no lo hace –, me llamó mucho la atención ver como se expresaban, que decían ,de que hablaban, era distinto, aun cuando no sabía bien sobre que estaban dialogando, su conversación se manejaba diferente en comparación con los hombres, y también con el resto de las mujeres de ambos pisos, no sé que era con exactitud, pero la intencionalidad no era la misma, cuando hablaban de su padecimiento, lo hablaban fuerte, duro, con autoridad, de hecho, cuando llegó la persona encargada de la limpieza, la forma de pedirle que limpiara el baño fue imperativa, exigente, talvez la presencia de la trabajadora hospitalizada influía, no podría asegurarlo, sin embargo, fue interesante encontrarse con algo así.

Regresé al mostrador, me encontraba sola, miré para todos lados, en eso regresaba la señora que había sido sacada del cuarto unos minutos antes, pero en esta ocasión venía acompañada de un doctor, ella se adelantó y entró al cuarto, el doctor buscó el expediente del paciente, lo leyó y dijo como pensando en voz alta.

–Con razón se queja si lo acaban de operar –mencionó.

Deja los papeles en el mostrador y entra al cuarto, se acerca al paciente y levanta la sabana para revisarlo, sin decir nada sale acompañado de la señora.

–¿Ya le habían dado informes? –le pregunta el médico al familiar del paciente.

–No –responde la señora.

–¿Entonces quién firmó este documento?, -le enseña unas hojas.

–Aquí donde esta la firma dice -comienza a leer en voz alta el médico- se dio informes sobre el estado del paciente a su familiar –termina y mira a la señora.

–No doctor –sorprendida responde el familiar del paciente.

–Entonces ¿de quién es la firma? –Pregunta el médico.

La señora mira el documento y dice que la firma es de su esposo, el doctor continúa, mire los doctores ya corrigieron el problema de su esposo al parecer recibió un impacto de bala en la pierna lesionándole vasos importantes que ayudan a la circulación de líquidos, sangre y demás cosas, pero siempre se corre el riesgo, en estos casos, de presentar reacciones secundarias, entonces si su esposo no responde favorablemente le vamos a cortar el pie, la señora de inmediato cambia la expresión de su rostro, ¡no doctor! no, decía moviendo la cabeza, hay que esperar, mañana vengo con otro doctor vemos como se encuentra y ya veremos, consternada regresa con su paciente, el doctor simplemente se va, no podía dejar de ver la escena, la señora se acerca a su paciente, le acaricia el cabello, se inclina un poco y comienza a hablarle, pasan unos segundos, y entonces el paciente comienza a llorar, la señora lo abraza es todo lo que puede hacer, pasa un tiempo y lo deja, a partir de ese momento el paciente mantuvo sus ojos abiertos, fijos mirando hacia el techo, estuvo muy quieto, nada lo distraía, en eso llegaron unos sujetos, la enfermera ya se encontraba conmigo.

–Son del ministerio público –me dijo.

Entraron y fueron justamente con el paciente que acababa de recibir la noticia, desde afuera no se escuchaba nada, pero por los movimientos que hacía uno de los señores que entraron a verlo, representaba más o menos una escena donde había violencia, un altercado, me pareció que hablaban de un asalto, o una riña, sólo alcancé a escuchar que hablaban del metro o algo así, el paciente también hablaba y hacía muchos movimientos con sus manos, estuvieron alrededor de media hora y se marcharon, también entró con ellos una enfermera, al parecer era también del ministerio público.

Finalmente llegó la hora de la comida, las 15:00 hrs., una señorita con un carrito lleno de charolas repartía la comida en cada una de las habitaciones, antes de entrar miraba unas tarjetas verdes, arreglaba las charolas y las dejaba en el mueble frente a la cama, era curioso ver como repartía, entraba con los vasos y dejaba algunos, salía por más y entraba en el cuarto de junto, llenaba una charola y la dejaba, llenaba otra y se metía al otro cuarto, algunos pacientes de inmediato, los que podían, se levantaban a lavar las manos, casi todos al momento de tener sus comidas las tomaban y empezaban a comer.

**Hospital General de Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal**  
Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Piso: tercero  
Lista de pacientes con fecha: 23 de febrero de 2006

301	Catalina Sánchez Landa.	51	F	28/01/06	Úlcera MPI
302	Blanca E. Lozano López.	32	F	15/02/06	Quemadura por fuego directo
303	Rocío Velásquez Castillo.	49	F	17/12/05	Po Delizám
304	Dulce Cristina Ferrer.	19	F	20/02/06	Mordedura por humano
305	Edna Ledezma Limón.	42	F	22/02/06	
306	Severiana Mondragón Q.	72	F	21/01/06	Quemadura MPD Po
307	María Aurora de José Vázquez.	40	F	19/02/06	Mordedura por Humano
308	Catalina Rivera Ruiz.	75	F	04/12/05	Quemadura Infectada
309	Gloria Fabela Vargas.	79	F	18/12/05	Escara Infectada/ accidente
310	Juana Enríquez Miguel.	52	F	26/01/06	Pie Diabético
311	Francisca Salazar O.	92	F	21/02/06	Úlceras de Decúbito
312	Magdalena García García.	27	F	24/02/06	Infección en la garganta
313	Salvador Flores González.	50	M	21/02/06	Dedo mano derecha
314	Mauro Alberto Martínez.	24	M	21/01/06	FX. Mandibular
315	Marcos Baeza Herrera.	33	M	24/01/06	Amputación mano derecha d
316	Misael Vázquez Pérez.	18	M	16/01/06	Quemadura Eléctrica
317	Mariano de la Paz Hipólito.	36	M	01/02/06	Asalto a mano armada
318	Víctor Nicolás López.	42	M	18/02/06	Hda. Cruenta Mpo
319	Carlos Meléndez Razo.	65	M	30/01/06	Escaras de presión
320	Mario Girón López.	22	M	05/12/05	Heridas desliza Po
321	Ernesto A. Juárez.	44	M	23/01/06	Mandibular
322	Alfredo Mariano Ramón.	71	M	08/02/06	FX Mandibular
324	Jerónimo Hernández V.	23	M	22/12/05	Quemadura eléctrica Po
325	Ricardo Ambriz del Rosal.	22	M	20/02/06	FX mandibular
326	Juan Pineda García.	80	M	01/02/06	Quemadura no reciente
327	David Flores Rinón.	22	M	21/02/06	Fx dedo mano izquierda TCE
328	Efrén Hernández Decelso.	27	M	10/02/06	Quemadura
329	Roberto Nieto Núñez.	28	M		Quemadura
330	José Chávez Leiva.	18	M	04/02/06	FX Exp Mano Izquierda

\* La información puede cambiar de acuerdo a las altas, bajas y cambios que se registren por día.

Rojo: casos de pacientes que son descartados para trabajar por no cubrir las características del protocolo (menores de 15, mayores de 65 años de edad, padecimiento que no sea por accidente, fecha de ingreso menor a 30 días).

Amarillo: pacientes entrevistados.

Blanco: posibles pacientes para trabajar (datos no claros).



**Notas de campo****Tercer día de campo, domingo 26 de febrero de 2006 Hora: 12:00 a.m.**

Subí al departamento de cirugía plástica y reconstructiva por las escaleras, todo estaba muy tranquilo, el personal médico que se encontraba en el hospital era poco en comparación del viernes. Estaba muy cerca de encontrarme con mi primer entrevistado, lo cual me causaba gran nerviosismo pero mucha alegría. Cuando llegué al tercer piso me dirigí al cuarto donde se encontraba la persona con quien trabajaría ese día, no sin antes buscar a la enfermera que estuvo conmigo un día antes para avisarle que había llegado. Desde un principio me pareció una persona accesible, alguien que podría ayudarme o al menos facilitarme el trabajo dentro del hospital. Caminé hacia el mostrador, sin embargo, sólo me encontré con una de sus compañeras, en esos momentos lo que me interesaba más era empezar con la entrevista, por lo que decidí no buscar a la enfermera que conocía para avisarle de mi llegada y que trabajaría con los pacientes, sin embargo, creí prudente seguir las indicaciones de Evangelina y decidí de inmediato presentarme con quien se encontraba ahí en esos momentos, ella me escuchó y sin pedir mayor información me dejó pasar. Al entrar al cuarto los pacientes estaban en sus camas, algunos al verme entrar se incorporaron al mismo tiempo que respondían a mi saludo.

–¡Buenos días! –les dije.

De inmediato uno de los pacientes me dijo.

–Lo prometido es deuda, ¿hoy va a platicar con todos?

–¡Claro que sí!, siempre y cuando quieran y puedan hacerlo –les respondí.

Sin embargo, les recordé que ese día empezaría con Misael como habíamos quedado. Mientras caminaba sentía las miradas de todos, me acerqué a la cama donde se encontraba acostado mi entrevistado, lo saludé y le pregunté cómo se encontraba, él respondió que bien, dejé mis cosas en el piso, miré alrededor de la cama y a Misael, pensando en la posición más adecuada para entrevistarlo, visualmente preparaba el lugar donde pensaba me llevaría más o menos dos horas trabajando, seleccioné el sitio donde creí sería más cómodo para ambos además de que me permitiera estar lo más cerca posible del paciente, empecé moviendo algunas cosas de la zona, retiré una silla de color azul que se encontraba en un pequeño espacio entre la cama y el muro, pues Misael ocupaba una de las dos camas que se encontraban cerca de las ventanas con vista hacia el exterior.

–¿Primero trabajaría conmigo? –preguntó el paciente.

–Sí, en realidad voy a platicar con todos, pero voy a empezar contigo –respondí.

Además le expliqué que hablaríamos de muchas cosas, y por lo tanto pasaríamos más tiempo.

–Con todos voy a trabajar, pero no de la misma manera –le dije

Pensé que si le decía esto, podría evitar que Misael sintiera en algún momento miedo o al menos de sentirlo disminuirlo, también le comenté que como el martes salía del hospital era necesario que fuera el primero, pues después ya no tendría oportunidad de seguirlo viendo. Hasta ese momento Misael parecía que todo lo estaba entendiendo, todo indicaba que lo estaba tomando de buena manera y sin mayor problema. El resto de los pacientes parecía que también estaban interesados con el trabajo y entendiendo el procedimiento, ellos al igual que Misael aparentaban tranquilidad, esto me hizo pensar que veían todo muy natural y que era parte de mi profesión.

Metí bajo la cama un pequeño banco que se encontraba cerca del lugar, encima estaban puestas unas chanclas de plástico color negras, supuse que eran de Misael, no sin antes preguntarle a mi entrevistado si podía mover algunas cosas.

–¿No hay ningún problema si muevo el banco? –le consulté.

–No, ninguno –respondió al mismo tiempo que movía su cabeza reafirmando el permiso.

Misael al verme realizar todos estos movimientos también comenzó acomodarse en su cama.

–¿Ya desayunaste? –le pregunté.

–Sí ya había desayunado –contestó.

–¿El día de hoy alguien te visita un familiar o quizá un amigo?  
–Sí, un familiar pero dijo que llegaría como a las 12:00 de la mañana.  
Miré mi reloj y enseguida él preguntó.  
–¿Qué hora tiene?  
–Las 12:20, ¿tu familiar estaría contigo mucho tiempo? –le pregunté.  
–Por ratitos, es alguien que siempre se queda conmigo día y noche en el hospital, pero a veces sube a verme –me explicó.

Le dije entonces si podíamos trabajar mientras estábamos solos pues para poder platicar era necesario que estuviéramos únicamente los dos, Misael me dijo que sí. Una vez lista el área de trabajo, me senté en la silla, muy cerca de él, puse junto a la silla la mochila donde estaban todas mis cosas de trabajo (grabadora, cassette, carta de consentimiento, cuaderno, pluma, entre otras cosas), saqué la tabla donde se encontraba la hoja de autorización que necesitaba me firmara el paciente, pues es necesario cumplir con este requisito por seguridad y por cumplir con las normas y medidas del hospital. Antes de mostrarle la carta decidí de nuevo explicarle cuál era el procedimiento y qué necesitaba que me dijera.

Como recordarás estoy realizando un proyecto en el cual necesito me cuentes como una historia lo que te pasó, por ejemplo, me cuentes cómo sucedió tu accidente, cuánto tiempo tienes en el hospital, qué pensaste cuando te traían en la ambulancia, qué sentiste en los primeros días de tu recuperación, cómo te has sentido en todo este tiempo hasta el día de hoy, qué sentimientos experimentas con mayor frecuencia, qué piensas en esos momentos, qué te preocupa, en quiénes piensas, qué te duele, cuánto tiempo más necesitas estar en el hospital, qué piensas hacer cuando salgas. Éstas fueron las preguntas que hice para que tuviera una idea sobre lo que necesitaba, además pensé que esto ayudaría un poco para que recordara todo lo que le había ocurrido durante todo este tiempo y empezara a hablar.

Nuevamente le pregunté si había entendido lo que necesitaba que hiciera, Misael permaneció algunos instantes callado, parecía que seguía pensando las preguntas que le había hecho, sin embargo, el movimiento de su cabeza me indicaba que estaba respondiéndome con un sí. Fue entonces cuando le mostré la carta y le expliqué que era un procedimiento normal pedir la autorización de la persona para grabarlo, la importancia de la grabación le dije, es porque muchas veces la información es demasiada y no podemos anotar todas las cosas que nos cuentan, al grabar la información, podemos poner más atención a su relato y además, nos permite después tener la oportunidad de escuchar de nuevo la conversación y darnos cuenta si es necesario vernos de nuevo en el caso de que no quedaran claras las cosas o faltaran algunos datos. También le aseguré que todo lo que me dijera quedaría entre nosotros y que nadie más tendría acceso a la información que pudiera facilitarme. Terminé diciéndole que este tipo de trabajo permite que podamos encontrar elementos para que en un futuro podamos ayudarlos en este proceso. Hasta aquí todo estaba en calma y marchaba normalmente.

Inicié la lectura de la carta a manera que él también pudiera verla. Cuando comencé a leer las preguntas que vienen redactadas en el documento, la reacción del paciente fue contraria a lo que había presentado en todo momento. Su semblante cambió, en su cara podía verse una gran angustia por no entender lo que se le preguntaba. Al notar este cambio, decidí dejar de leer y preguntarle si necesitaba que le explicara de nuevo el procedimiento para trabajar. Al no contestarme le dije entonces, lo que te estoy preguntando es lo mismo que te acabo de explicar hace un momento, el llenado de la hoja es un procedimiento que se acostumbra a hacer en este tipo de estudios, pero no es para algo malo, Misael dejó que continuara después de la explicación, seguí con la lectura, al pedirle que firmara el documento para tener su validación y consentimiento, de inmediato tuvo una reacción poco violenta.

–¡No, no!, para qué –exclamó acompañado de un movimiento de cabeza–, de todas maneras no sé escribir –dijo el paciente.

### CARTA DE CONSENTIMIENTO

**NOMBRE DEL PROYECTO:** Vivencia y percepción del proceso de recuperación de pacientes accidentados: la resiliencia en pacientes de ortopedia, cirugía plástica y reconstructiva, traumatología y quemados.

**INVESTIGADOR:** Elizabeth Trujillo Jiménez Estudiante de Psicología Social.

**DIRECCIÓN:** Capulín 8, Col. Consejo Agrarista, 09760; México D. F. Teléfono. 5518475568

**PROPÓSITO:** Conocer a través de los relatos de vida, la experiencia del padecimiento y su resiliencia en el proceso de recuperación (sentimientos, estados de ánimo, etc.), ante la ausencia/presencia de síntomas, atención médica, apoyo familiar y de otros grupos externos.

**PROCEDIMIENTO:**

**HISTORIAS DE VIDA:** Estas entrevistas se realizarán durante la estancia del paciente en los diferentes departamentos de cirugía plástica y reconstructiva, ortopedia, quemados y traumatología. La duración dependerá en gran medida de la participación del entrevistado y el tiempo que tenga disponible (visitas familiares, entrada a cirugía, visita médica). Las entrevistas serán grabadas.

**CONFIABILIDAD:** Las entrevistas serán elaboradas de manera respetuosa y anónima. No se pedirá direcciones, teléfonos, así como aspectos que sean ajenos a la investigación. La información será manejada y conocida únicamente por el investigador.

**LIBERTAD PARA RETIRARSE:** El entrevistado estará en total libertad para decidir no continuar con la entrevista dejando claro sus motivos, sin correr riesgo a ningún tipo de represaría o consecuencia.

¿Entiende que le ha sido solicitado estar en un estudio para investigación?	SI	NO
¿Se le ha explicado el tema de la confidencialidad de la información?	SI	NO
¿Entiende quién tendrá acceso a sus grabaciones?	SI	NO
¿Entiende que usted es libre para rehusar participar o retirarse del estudio en cualquier momento?	SI	NO

Este estudio me fue explicado por: \_\_\_\_\_

Estoy de acuerdo en participar en el estudio. Estoy de acuerdo de ser entrevistado para los propósitos descritos en la carta de información. Entiendo que mis datos personales no aparecerán en las grabaciones y mi identidad estará en el anonimato.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre

La persona que firma esta forma entiende que esta participando de manera voluntaria como entrevistado en el estudio y expresa su conformidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre

Le expliqué que de esa manera él estaba asegurando que respetaría lo dicho y yo tendría su consentimiento para grabarlo y trabajar con él. Sin embargo pienso que no fue sincero con su respuesta y que contestó de esa manera para no verse presionado a firmar, yo decidí respetar su decisión y no investigar si mentía, escribí en el espacio que dice firma del paciente lo siguiente “no sabe escribir”, lo anoté para que viera que no dejaba vacío el espacio, tratando con esto de generar de nuevo confianza, pues para entonces, parecía que la confianza o al menos la poca empatía que había logrado con él se estaba rompiendo. Continuamos de nuevo, guardé la tabla no sin antes anotar los datos que faltaban, saqué la grabadora, revisé que todo estuviera en orden, y en eso el paciente me dijo en un tono sorprendido.

—¿Me va a grabar de verdad?

En ese momento pensé que no estaba funcionando este método, de seguir así con seguridad que no saldría del hospital con la entrevista, me dije; esta situación me hizo sentir muy mal, sin embargo pensé que todavía podía lograr hacer algo, le volví a decir que era parte del

trabajo grabar las entrevistas, que no se preocupara por nada, que todo lo que me contara estaría a salvo, trate de ganar de nuevo su confianza sin embargo no fue así.

–No, mejor ya no –respondió de inmediato.

Al mismo tiempo que me daba a conocer su respuesta, percibí que empezó a alterarse, movía la cabeza en señal de negación, se incorporó logrando quedar casi sentado, movía todo su cuerpo, parecía que estaba en una mecedora, seguía moviendo la cabeza.

–No, señorita, no, no, no –decía el paciente a gritos.

Volteaba para todos lados, esta situación comenzó a darme miedo sin embargo tenía que actuar y pensar cómo salir de este momento, pensé en tranquilizarlo de inmediato, pues esta situación podría ocasionar problemas dentro del hospital, además no quería infundir en sus compañeros de cuarto un temor o cualquier sentimiento negativo hacia mi persona.

–Tranquilo no te alteres, no pasa nada, si no quieres que grabemos no lo hacemos de acuerdo –respondí preocupada.

Una vez controlada más o menos la situación le pedí a Misael me dijera sus motivos para no querer ser grabado.

–Tranquilo, no pasa nada, si no quieres que grabemos no lo hacemos, de acuerdo –reitere nuevamente–, pero sí necesito que me digas por qué motivo no quieres que te grabe, en verdad quiero que me digas, pues es importante.

–No pues, yo no quiero, porque si mi jefe se entera que estoy diciendo cosas a lo mejor no le va a gustar y no, mejor no, ahí le dejamos –me explicó alterado todavía.

Le pregunté por qué le preocupaba tanto que su jefe se enterara, le dije que nadie iba saber algo, fue entonces cuando me contó que la persona que lo estaba viendo en el hospital no era su familia, era un sujeto que su jefe había mandado para cuidarlo y ver que se recuperara.

–Que tal si sube y nos encuentra hablando y le dice a mi jefe o algo así –continuó–, y es... que me caí cuando estaba trabajando entonces pues... que tal si digo algo que no le guste y... si me deja sin trabajo por eso..., no, mejor no –explicó preocupado pero más tranquilo.

–No quieres entonces que hablemos de tu accidente –lo cuestioné.

–No, no quiero hacerlo –respondió sin fuerzas.

Teniendo esta información comprendí su temor y no continué, pensé entonces en proponerle no hablar de su accidente y que me contara sobre su recuperación y experiencia dentro del hospital nada más. Cuando le propuse esta opción al principio no parecía muy convencido sin embargo, seguí insistiendo sobre hablar nada más de la recuperación, sin grabación, sin firmas y nada. Para entonces ya estaba más tranquilo, escuchaba lo que le decía sin alterarse. La grabadora y todo aquello que pudiera molestarle, estaban fuera del alcance de sus ojos, sólo así pude lograr que hablara un poco. Inicié preguntándole datos sociodemográficos, con la intención de saber al menos en dónde vivía, con quién vivía, cuántos años tiene, estos datos son de gran importancia para conocer quienes son las personas que entrevistamos y que características tienen.

La conversación inició alrededor de las 12:40 hrs. Empezó diciéndome su nombre (Misael Vázquez), su edad (18 años), así como de dónde era originario (Iguala, Guerrero), mencionó también a sus padres (ambos vivos) y tres hermanos mayores. Después de darme estos datos, comenzó hablando de todo un poco, de cuándo llegó al hospital, cuándo perdió su brazo izquierdo, de cómo se sentía y curiosamente habló de su accidente. Al principio todo era muy confuso, trate de poner orden a todo lo que me platicó.

–El 16 de enero de este año llegué aquí a este hospital, llegué a urgencias como a las 2:00 p.m. no recibí atención de inmediato, me tuvieron abajo en urgencias un rato, después de tiempo me atendieron, me hicieron un lavado y me subieron a piso.

–¿Qué pensaste y qué sentiste cuando estabas esperando en urgencias?

–No, pus nada –mueve la cabeza–, lo que yo quería era salir rápido de aquí del hospital, yo nunca había estado en un hospital, yo no sabía que era estar en uno, y la verdad espero nunca volver a estar adentro de uno. Pero pus ya me operaron y me quitaron todo mi brazo y pues ya.

–¿Qué te dijeron de tu brazo, qué pensaste cuando te dijeron sobre cortarlo?

–No, pues... no pensé nada, ya sabía que me lo iban a cortar, pero yo creí que nada más hasta el codo pus en el otro hospital el doctor me había dicho que nada más me quitarían esta parte –mira su brazo derecho a la altura del codo– pero pus cuando ya estaba acá y desperté y todo, me quise tocar el brazo y no lo sentí, entonces dije... ¿y ahora qué y mi brazo?! –hace un gesto– ¿dónde está?... le pregunté al doctor por qué me cortaron hasta arriba si me habían dicho que hasta el codo nada más, el doctor me dijo que estaba muy mal hasta arriba y que por eso me lo amputaron. Yo me puse mal –baja la mirada– porque pus yo me había imaginado hasta aquí nada más –hasta el codo– pero... pus no. Hasta mi amigo el que le digo que está conmigo, que viene a verme, también creía que me iban a quitar nada más esa parte pero no.

–Entonces no te accidentaste aquí en la ciudad.

–Bueno, lo que pasa es que yo no me accidente aquí sino en mi pueblo, lo que pasa es que –recapitula– estaba trabajando y me caí del poste de teléfono. Me subí al poste para arreglar unas cosas entonces este... yo tenía un desarmador en mi mano izquierda y en eso ¡qué me caigo! y cuando caí alcancé a tocar con el desarmador unos cables que no me fije que estaban ahí y fue cuando me electrocuté, ya después no supe nada –mueve la cabeza–, no recuerdo nada, me quedé inconsciente, mis compañeros de trabajo y mi jefe fueron los que me platicaron después que pasó, cómo había pasado todo, ellos fueron los que me llevaron a hospital allá en Iguala.

–¿Cuánto tiempo tienes trabajando con tu jefe?

–No, pus... ya cinco años que estoy con él.

–¿Trabajas cerca de tu casa?

–No, lo que pasa es que yo no vivo con mi familia, lo que pasa es que fui a pedirle trabajo a él, como yo sabía que trabaja en la compañía de teléfonos pus lo busqué, me preguntó si sabía trabajar de eso (en teléfonos) le dije que no, pero él me dijo que me enseñaría con el tiempo el trabajo, entonces me aceptó y empecé a trabajar con él.

–Entonces ¿no ves seguido a tu familia?, ¿estás muy lejos de ellos?

–Sí, mi familia vive también en el mismo pueblo pero en diferentes casas, lo que pasa es que cuando comencé a trabajar, mi jefe me dijo que si quería podía irme a vivir a su casa para que no gastara en pasaje y eso, yo lo dije que sí y me fui a vivir con él, desde entonces ya no vivo con mi familia.

–Bien, entonces ¿tú te accidentaste en Iguala trabajando?

–Sí.

–¿Cuándo te accidentaste?

–El 10 de enero me accidenté –recapitula–, entonces me llevaron al seguro social de allá pero no me quisieron recibir, entonces ya después estuvieron viendo dónde me atendían, ya hasta el 13 de enero me llevaron al Hospital General de allá de Acapulco, ahí sí me aceptaron, pero no me hicieron nada, nada más me lavaron y ahí me tuvieron, después me trasladaron para acá, mi jefe estuvo viendo eso (el traslado) y mandaron por mí, una ambulancia fue por mí y ya fue cuando llegué aquí el 16 de enero.

–¿Entonces estuviste tres días en el Hospital General, del 13 de enero al 16 de enero?

–Sí.

–¿Te operaron llegando luego, luego?

–No, fue hasta el 23 de enero que me operaron, me quitaron mi brazo izquierdo y pus ya.

–¿Qué piensas ahora?, ¿cómo te ves tú afuera, dices que sales el martes?

–No, pus nada –mueve la cabeza–, yo sólo me quiero ir ya, apenas el jueves el doctor creo me dijo que ya el martes salía y desde entonces es lo único que pienso –mira hacia la ventana–, ya me fastidió de estar aquí, quiero regresar, trabajar de nuevo y pus no sé todavía voy a hablar con el jefe pus para ver si trabajo otra vez con él, porque pus creo que no sabe que me quitaron todo el brazo.

–Bueno pero..., aparte de trabajar, ¿en dónde piensas vivir?, ¿qué sientes de regresar a tu pueblo?, ¿llegarías con tu familia?

–¡No!, no sé... no quiero... no –mueve la cabeza– la verdad pues tengo miedo que mi familia no me va a aceptar cuando me vea así sin un brazo –me mira–, no quiero que mi mamá me vea, no quiero que se ponga mal, la verdad no sé cómo vaya a ser ahora que salga, cómo me vea la gente, cómo me sienta yo, cómo me sienta con mis amigos... pues si no trabajo luego pus pienso encerrarme medio año en casa pero de mi jefe, para que no me vea mi mamá ni nadie. Tengo miedo de tirarme al vicio, no sé, muchas cosas. Pero yo quiero y ojalá primeramente dios me ayude y trabaje luego, luego, porque tengo cosas que resolver allá...

–¿Eres soltero?, ¿tienes amigos?

–Sí, soy soltero y tengo un amigo al que le pienso contar todo lo que traigo dentro, muy dentro –mueve la cabeza– y nada más a él, le voy a contar un secreto –mira el techo–, como me siento, pero nada más a él... y pus ya me esta haciendo recordar muchas cosas –agacha la cabeza, al mismo tiempo que la mueve– y no... me... mejor ahí le dejamos –me mira angustiado– ya no quiero hablar, por favor, ya no.

–Bueno Misael, es todo y agradezco tu ayuda, te deseo lo mejor y trata de estar tranquilo.

–Sí.

\*Esta entrevista fue construida a partir de los datos y fragmentos que pude anotar durante la conversación con el paciente, por lo que es preciso puntualizar, que no está en su totalidad y que no figuran muchos aspectos que salieron en la misma, sin embargo, puse mayor atención y anoté aquellos datos que podían ser significativos e importantes para la investigación. Entrevista realizada el domingo 26 de febrero de 2006 a las 12:40 hrs. Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Observaciones e impresiones generales. El paciente durante la conversación estuvo muy inquieto, nervioso, angustiado, temeroso, a la defensiva. Su dicción por lapsos muy cortos no era clara, el tono de voz siempre se mantuvo fuerte, la conversación en todo momento fue dolorosa y difícil para el paciente, no expresaba abiertamente sus emociones, preocupaciones, sentimientos, en todo momento evadía las preguntas, en general se trató de una conversación muy cerrada, poco fluida. La mayor parte del tiempo mantuvo la cabeza en alto y su mirada siempre distraída. Durante la conversación no hubo interrupciones de ningún tipo.

Pensé que era tiempo de retirarme, y decidí terminar la conversación, le agradecí el tiempo y traté de motivarlo diciéndole que fuera fuerte, que pusiera mucho de su parte para lograr salir bien de todo, que era muy importante tener esa actitud y que me daba gusto saber que pronto saldría del hospital, él me dijo que sí, que gracias. No salí de inmediato del cuarto, pues estaba terminando de anotar algunas cosas en mi diario de campo, de pronto.

–¿Todavía va andar por aquí? –preguntó el paciente entrevistado.

–Sí, un ratito nada más –respondí.

En eso un compañero de cuarto le preguntó a Misael si escucharía el partido de fútbol, Misael respondió.

–¿Hoy es cuando juegan?

–¡Sí!, es hoy –contestó.

Entonces Misael le ofreció su radio para que escuchara el partido, su compañero de cuarto se acercó, como yo todavía me encontraba sentada me pidió de favor que le pasara la radio, mientras sucedía todo esto trataba de echar un vistazo al lugar, trataba de sentir el ambiente pues durante toda la entrevista, estuvieron muy callados, atentos desde su cama a lo que sucedía y preguntaba, algunos me miraron durante toda la entrevista sobre todo los pacientes que se encontraban frente a nosotros, pude percatarme de esto pues por instantes durante la entrevista miraba a mi alrededor rápidamente, no sólo quería percibir la reacción de mi entrevistado, también me interesaba observar las reacciones de los demás pacientes, más aún cuando Misael empezó a alterarse, todo estaba muy quieto, por un instante sentí que lo del partido había sido sólo el pretexto para romper la tensión que por momentos se había vivido durante la hora y media que duró la entrevista.

–¿Qué es lo que estas estudiando? –preguntó él paciente de la cama de a lado.

–Psicología social –le respondí.

–¿Estudia a la sociedad o algo así? –cuestionó.

–Sí, eso es lo que estudio –le dije.

–Piensa hablar con todos –dijo.

–Si quieres hablar podemos hacerlo –le contesté.

Sólo movió la cabeza en señal de que había entendido la respuesta. Después de esto comencé a guardar mis cosas, luego acomodé la silla y el banco donde los había encontrado.

–Ya dejé todo en su lugar –le avisé al paciente.

–Sí, está bien –respondió.

Caminé y Misael me pidió le dijera qué hora era, es la 1:30 p.m., en eso el paciente que me había preguntado qué estudiaba, se acostó en su cama y me empezó a platicar lo que le había ocurrido.

–No pues a mí me asaltaron, y me golpearon la cara y la cabeza, me abrieron el ojo –señaló su ojo derecho–, me cosieron pero no quedé bien, el lunes me van a operar otra vez, pero pues quién sabe, porque pues no quedé bien de mi ojo... no veo, si me tapo –cubre con su mano el ojo izquierdo– este ojo y la miro así de frente, nada más veo una mancha negra, pero no te veo bien, nada más veo tus ojos, si miro a los lados –descubre su ojo– sí veo bien, pero no, la verdad ni te hacen bien las cosas, pero no les importa, yo le pregunté a la doctora, le dije que no veía bien pero ni me dijo nada, ahora mira como me cosieron; no se ponen a pesar que es tu cara, que todo el mundo te ve, me quitaron piel de aquí mismo –señala a un lado de su ojo lastimado– para poder cerrar esta parte y la verdad yo pienso que no esta bien, cómo te van a quitar de ahí carne para ponerte en otro lado si no hay, se hace el ojo más chiquito, quién sabe ahora con la operación, luego en toda esta parte –se toca su cara a la altura donde inicia su oreja y baja hasta el maxilar aproximadamente– me pusieron placas pero también me las van a quitar, mi familia ya no quiere que esté aquí, que mejor ya me vaya a la casa, pero quién sabe cuando salga, ya tengo aquí un mes más o menos, pero bueno... –se quedó callado un rato–, a ver dios que dice –susurra.

–Dice que lo operan el lunes, me imagino que en la mañana y después lo suben de nuevo aquí a piso –intuí.

–Pues yo creo que sí –me respondió.

–Bueno entonces lo vengo a ver después para saber cómo le fue –le dije.

–Sí, bueno –me dijo.

Estaba cansada y aunque logré rescatar algunos datos de la historia de Misael me sentía abatida por no haber conseguido la entrevista y recordé que las cosas no siempre salían como uno esperaba, pensé que no había sido del todo responsabilidad mía y que recordara cuántas veces en trabajos anteriores de campo las personas ya no querían después ser entrevistadas, que siempre estábamos expuestos a correr este tipo de riesgos, así que me despedí de todos y salí del cuarto. Estaba solo el módulo, decidí tomar asiento y revisar las notas, pensar en lo que había ocurrido y tratar de sentirme mejor conmigo misma, pasaron unos minutos, un señor vestido de civil entró al cuarto que se encuentra cerca de las escaleras exteriores, se quedó cerca de la puerta y les empezó a hablar a los pacientes en tono fuerte y claro, los saludó y después continuó hablándoles de dios y lo fuerte que tenían que ser para sobrellevar su sufrimiento, después de esto les agradeció y salió, esta acción la realizó en cada uno de los cuartos, regresé de nuevo a mis asuntos, revisé la lista de los pacientes, miré desde donde me encontraba el cuarto de enfrente, decidí echar un vistazo, me levanté y caminé por el pasillo, recorrí unos cuantos metros, no sabía si entrar y platicar con los pacientes en particular con el paciente de la cama 324, que se trata de un joven de 23 años que al parecer estaba ahí hospitalizado por quemaduras provocadas por accidente, me arriesgué y regresé para entrar al cuarto, me acerqué con el paciente, no sin antes revisar la lista anotada en mi cuaderno y fijarme en el nombre del chico.

–Buenas tardes ¿tú eres Jerónimo? –pregunté temerosa.

–Sí –me miró y contestó desde su cama.

–¿Cómo te sientes?

–Bien.

–Podemos platicar un ratito –le dije.

–Sí –contestó.

Se acostó de lado y empezó a escucharme. Inicié presentándome como psicóloga social y que estaría un tiempo trabajando con ellos, permaneció callado así que continué, me acerqué lo más cerca posible.

–¿Qué pasó Jerónimo, por qué estás aquí? –le pregunté.

–Me caí de un tercer piso, me fracturé la pierna y me quemé la espalda, parte de mi brazo –me señala su brazo izquierdo– y esta pierna –me enseña su pierna izquierda– la pierna también me quemé.

–Bien, te voy a pedir unos datos que necesito, ¿de acuerdo? –le dije, él sólo movió su cabeza en señal de que estaba de acuerdo.

–Me dices tu nombre completo.

–Jerónimo Hernández –contestó.

–¿Cuál es tu edad? –le pregunté.

–Tengo 23 años.

–¿Dónde naciste? –le pregunté.

–En Veracruz, pero actualmente vivo en el Distrito Federal con mis padres y todos mis hermanos –dijo.

–¿Desde cuando vives en el Distrito Federal?

–Llegué desde hace siete años aproximadamente –respondió.

–Tus padres, ¿cuántos años tienen?

–Tienen como 60 años de edad –contestó.

–¿Cuántos hermanos tienes?

–Son 8 en total (4 hombres, 4 mujeres) yo soy el más chico de todos.

–¿Estudiaste? –pregunté.

–Pues nada más hasta 5 grado de primaria –respondió.

–¿Trabajas?

–Sí, trabajo en... en una pollería despachando –contestó.

–¿Eres soltero o casado? –pregunté.

–Soltero.

–¿Cuándo te accidentaste?

–Me accidente el 22 de diciembre del 2005 –respondió.

–¿Cómo te accidentaste?, ¿qué te pasó? –le pregunté.

–Me caí desde... de la azotea de un tercer piso.

El paciente realmente estaba muy lastimado, pues sufre caída de tercer piso al subir a barrer en la azotea. Sus lesiones eran demasiadas, quemadura en espalda, ambas piernas, brazo izquierdo, fractura en pierna derecha. Desafortunadamente me comentó que su operación de la pierna derecha tuvo que prolongarse, fue hasta la tercera semana de ingresar al hospital que pudieron operarlo, le pusieron clavos, y actualmente espera le sean retirados en los próximos días para injertar tejido. En realidad todo su tratamiento ha sido por las lesiones ocasionadas por las quemaduras y actualmente espera salir pronto del hospital aproximadamente le dan tres semanas más de recuperación para darlo de alta.

Le pedí enseguida a Jerónimo me platicara con más detalle cómo había sucedido su accidente y me platicara sobre su experiencia en el hospital, pues hasta ese momento no había profundizado mucho en el tema y los detalles. Comienza diciendo que se encontraba desocupado ese día, fue entonces que su hermano llegó y le pidió que subiera a la azotea a barrer el agua que había ahí, se trataba de un tercer piso; sube, comienza a barrer pero en eso se agacha y accidentalmente su hombro izquierdo toca unos cables de luz, el choque lo avienta y cae de la azotea encima de grava y maderas; no perdió el conocimiento pero no sabía muy bien qué era lo



que le había ocurrido, de inmediato comenzó a ver como la gente lo rodeaba y escuchaba que le hablaban.

–¡No te muevas!, ya le llamaron a la ambulancia para que venga por ti, no te preocupes todo va a salir bien –le decían.

Él solamente recuerda eso y cuándo llegó al hospital, en el hospital lo tuvieron sin hacerle nada, aproximadamente tres semanas, según porque hasta que sus familiares llevaran el material para operarlo, no podrían practicar ninguna cirugía en su pierna derecha, pues como consecuencia de la caída sufrió una fractura; fue hasta que su familia llevó los clavos que en el hospital pudieron practicarle la operación. Durante su proceso de recuperación dice que se ha sentido muy tranquilo pues sabe que cuenta con el apoyo de su familia, al menos así lo ha sentido pues, lo visitan, hermanas y cuñados, cada tercer día o por lo menos cada semana por las tardes o noches, y le dan ánimos siempre que van a verlo, le dicen que le eche muchas ganas, que todos en la casa lo están esperando y que no se preocupe por nada, incluso, su jefe le dice que no se apure por nada, que cuando salga se lo llevará a trabajar con él y quizá hasta le ponga un negocio.

También me dice que antes de que sufriera la caída, había pensado en dejar el vicio, pues tomaba mucho al grado de embriagarse. En algún momento, decide platicarle a uno de sus hermanos sobre la decisión de dejar de tomar alcohol, pero éste no le cree.

–Mi hermano me dice que no me cree, que pus a ver si es cierto, que quiere ver –comenta.

–Yo le digo que sí, le digo vas a ver que sí estoy hablando en serio –

–Yo que pensé que era momento de dejar de tomar, pero cuál, ya cuando decidí no tomar que me pasa esto ¡chingada! –expresó molesto y continúa–, y ahora míreme como estoy, pero de verdad cuando salga ya no voy a tomar nada y menos después de lo que me pasó.

Me pareció que está muy confiado en salir adelante y dice que si dios quiere será muy pronto. Lo que sí le preocupa es su pierna, dice que tiene temor de no caminar bien o que no quede su pie como antes.

–No pus yo creo que no estoy tan mal, yo creo que si me duele el pie es bueno..., porque así ya quiere decir que voy a estar bien, si no me doliera entonces sería malo porque eso sería porque no está mejorando, lo único que me preocupa sí es, este, que no camine bien, pero yo creo que si y dios quiera que me recupere pronto y entoncesirme ya. También mi espalda me dolía mucho al principio, pero ya no me duele, mi pierna estaba bien fea, pero gracias a que la doctora... la doctora me puso pomada en mi pierna todo el tiempo, se me quitó lo feo y ya está mejor.

–Estabas saliendo con alguien al momento de accidentarte –le pregunté.

–Soy soltero, me había juntado hace tiempo con una mujer pero tuve problemas con ella, no nos llevamos bien y mejor nos separamos –dijo.

–¿Tienes hijos?

–No, no tengo hijos y tampoco estoy casado –respondió.

Terminé la conversación pues miré por la ventana que estaban sirviendo la comida, observé entonces mi reloj y eran cuarto para las tres, me despedí de Jerónimo, le dije que tuviera muchos ánimos, me sonrió y me dio las gracias. Enseguida salí del cuarto y dejé el banco que había pedido prestado a las enfermeras. Guardé mis cosas, enseguida me lavé las manos, esperé un momento y entonces decidí marcharme, no sin antes despedirme de las enfermeras que se encontraban en piso. El horario de comida es de tres a seis (3:00 p.m. a 6:00 p.m.) de la tarde. La visita entra en este horario todos los días esto permite que puedan los pacientes comer acompañados de sus familiares.

**Notas de campo****Cuarto día de campo, sábado 04 de marzo de 2006 Hora: 8:00 a.m.**

Llegué al hospital aproximadamente a las 8:15 de la mañana. Enseguida envié un mensaje a Evangelina (mi contacto dentro de la institución médica) para que fuera por mí a la sala de urgencias en admisión, esperé unos minutos, mientras tanto, observé el panorama, en la sala se encontraban personas todavía durmiendo en las sillas, algunos sentados y otros acostados ocupando tres lugares, parecía que habían permanecido ahí toda la noche, en espera de noticias de sus pacientes; otros, estaban despiertos, pero sus rostros mostraban cansancio y todo su arreglo en general se veía descuidado, parecía de un día anterior, en las ventanillas el personal que da informes era mínimo, únicamente se encontraban dos personas, por lo general, entre semana el personal que atiende en admisión son aproximadamente cuatro o cinco personas. Al interior de las oficinas, se alcanzaba a notar unas personas, se trataba de tres jóvenes de aproximadamente 18 ó 20 años, uno de ellos presentaba golpes en la cabeza, rostro y cuerpo, al parecer era el más lastimado, su rostro estaba totalmente hinchado, se alcanzaba a apreciar arriba de la ceja del ojo derecho una herida de aproximadamente cinco centímetros, el labio superior se encontraba todavía abierto, también en pómulos había lesiones; las manchas de sangre en su ropa parecían recientes; los otros dos no presentaban mayores lesiones, la impresión que tuve de inmediato fue que las heridas fueron producto de una pelea. Una mujer se encontraba cerca de los jóvenes, parecía que los acompañaba, al poco rato salieron las cuatro personas del interior del inmueble, no pasaron cinco minutos para que la mujer se acerca a la ventanilla y preguntara en dónde se localizaba la delegación, la persona que en ese momento se encontraba atendiendo le indicó como llegar, una vez informada agradeció la atención y se marchó del lugar.

Mientras veía como se marchaban, llegó Evangelina, me hizo señas de que pasara, una vez adentro caminamos por el corredor, llegamos a los vestidores de enfermeras.

–¿Cómo estas? –le pregunté.

–Bien –respondió.

Mientras ella se cambiaba para entrar a quirófano, yo me ponía la bata que me había prestado, junto con el gafete de identificación, una vez listas, nos despedimos y quedamos de vernos a las 15:00 hrs. en punto; mientras me dirigía a los departamentos, pensé en visitar primero el departamento de ortopedia, en realidad ya lo había pensado, pues me interesaba mucho platicar con el paciente que a causa del accidente automovilístico había perdido el brazo izquierdo, subí por las escaleras, caminé por el pasillo, observé que los cuartos en su mayoría se encontraban casi en su totalidad desocupados, muchos de los pacientes que había conocido el sábado pasado ya no estaban, y los que se encontraban en cama me eran totalmente desconocidos, imaginé que se trataban de pacientes que habrían llegado en el transcurso de la semana, esto me puso a pensar que quizá la persona que yo buscaba no se encontraría en el lugar, seguí caminando, cuando llegué miré con asombro, en efecto, el paciente ya no estaba, rectificué el número de cama, de inmediato caminé al cuarto de junto para revisar que no me hubiera equivocado de sitio, después en mi desesperación, comencé a buscarlo por todos los cuartos del piso, con la esperanza de encontrarlo, no había ningún error, el paciente ya no estaba e incluso la cama que ocupaba estaba sin sábanas, pensé que había pasado mucho tiempo, una semana para ser exactos, desde la primera y última vez que lo vi, no creí que fuera a pasarme esto, más aún cuando los médicos me habían dicho que todavía este paciente pasaría un largo tiempo hospitalizado, me di cuenta entonces que no podía confiarme mucho y que era preciso que trabajara cuanto antes con los pacientes, pensé que era una importante lección y que no podía arriesgarme a que pasara de nuevo; un poco preocupada y desanimada, decidí subir al departamento de cirugía plástica, pensé que sería bueno trabajar con los pacientes de ese piso y darle continuidad a aquellos con quienes había platicado.

Al llegar a piso, saludé a las enfermeras que se encontraban ahí, les dije que trabajaría con los pacientes, ellas contestaron a mi saludo y simplemente me invitaron a pasar; comencé por

entrar al cuarto donde Misael había estado, cuando entré la mayoría de los pacientes estaban dormidos y no era para menos pues apenas serían las 9:00 de la mañana, miré la cama donde había estado Misael, no era sorprendente darse cuenta que ya estaba ocupada por alguien más, no pasó mucho tiempo para que notaran mi presencia y comenzaran algunos a incorporarse de sus camas, me sorprendió mucho que me reconocieran, pues de inmediato comenzaron a hablarme.

–Misael ya se fue –me dijo.

–¡Buenos días, ¿cómo están? –les pregunté.

–Bien gracias –respondieron.

–Siempre sí se fue Misael el martes.

–No, se fue hasta el jueves 02 usted cree –contesto un paciente.

Para entonces casi todos se encontraban despiertos, excepto el paciente de la cama 317 que se encontraba ahí por lesiones de asalto.

–Sí, ¿tú crees Elizabeth, te llamas Elizabeth verdad? –me preguntó uno de ellos.

–Sí, así me llamo –le respondí.

–Me da gusto verlos bien y díganme cómo lo vieron, se fue contento.

–Sí, la verdad estaba bien contento el compañero, por la mañana se fue, a Mauro le dejó su dirección para que lo fuera a visitar hora que salga, allá donde vive –respondieron.

–Me da mucho gusto y qué bueno que estaba muy contento de regresar a su pueblo, ahora que se reúna con su familia espero que esté mucho mejor.

–¿Por qué no habías venido? –preguntaron enseguida.

–Bueno lo que pasa es que tuve que asistir a otro lado y me fue imposible poder visitarlos, –en realidad no había ido en toda la semana porque Evangelina no estaría en el hospital, por lo que me pidió asistir hasta que le fuera posible a ella presentarse a trabajar–, la verdad los extrañé mucho, ya tenía muchas ganas de verlos y platicar con ustedes, saben me hubiera gustado despedirme de Misael y estar aquí cuando se fue.

Mientras platicaba con ellos buscaba las hojas donde había anotado sus nombres y el número de cama según les correspondía. Enseguida comencé a nombrarlos, parecía que estaba pasando lista, pues iniciaba nombrando el número de cama y enseguida el nombre de la persona y la lesión o la causa de su hospitalización, nombré al primero, no había terminado de mencionar todo el nombre cuando en eso me interrumpe la persona que se encontraba en esa cama.

–No, yo no soy –me dijo.

–Entonces dígame ¿cuál es su nombre?

Antes de que me pudiera contestar el paciente, Mauro interrumpió.

–No, ese que dices es el paciente que estaba antes, era el doctor que le amputaron los dedos de la mano derecha –recordé entonces a aquel paciente que amenazaba con escapar del hospital si no le dejaban ir –dijo.

–Entonces ¿cuál es su nombre? –le pregunté al paciente.

–Me llamo José Jorge Martínez, tengo 44 años –me respondió.

–¿Cuándo ingresó al hospital?

–El 24 de febrero del 2006, pero ¿qué cree?, ya me voy hoy –era 04 de marzo– si ya me voy –respondió.

–No me diga pues que bueno –le respondí.

–Y dígame ¿qué fue lo que le pasó? –le pregunté.

–No pues trabajando con una compresora me corte el dedo –señala el dedo medio–, así me corte.

–¿En qué trabaja Jorge? –le pregunté.

–Pues en una pastelería, hubiera visto, como me accidente trabajando pues... los compañeros luego, luego me trajeron para que me revisaran y todo, la verdad ya los extraño, cuando alguien de ellos viene a verme, me dice que todos allá preguntan por mí, que cómo estoy, que cuándo regreso, y la verdad eso ayuda mucho –me dijo.

–Pues sí, eso ayuda y por eso mismo hay que estar muy animado para poder salir lo más pronto posible, lo felicito mucho y le deseo lo mejor.

Le pregunté a qué hora saldría del hospital.

–Por la mañana, a las 10:00 más o menos me marchó –me dijo.

–Por favor en caso de que no esté aquí con ustedes me buscan en este mismo piso para despedirme.

–¡Claro Elizabeth! me va a dar mucho gusto despedirme de usted –me contestó.

El paciente de la cama 316, que era precisamente donde había estado Misael, estaba atento a todo lo que ocurría en el lugar. Me acerqué, me presenté y enseguida le pregunté su nombre.

–Soy Sergio Contreras Díaz, tengo 38 años y llegué el 27 de febrero –respondió.

–También yo me accidente trabajando, me accidente con un esmeril, se salió de su lugar y me alcanzó a pegar en el pie, no me cortó el hueso afortunadamente ni los nervios ni nada de eso pero..., sí me abrió y pues necesito que me cosan o algo –continuó–, pues la verdad yo estoy tranquilo, y mi esposa pues sí se preocupó cuando me vio así pero... yo le digo que esté tranquila que pronto voy a salir; pero... no se crea, sí me preocupa, mis niños están todavía chiquitos y pues nada más dependen de mí, así que no puedo estar mucho tiempo aquí, pero mientras, hay que echarle ganas ¿verdad? –preguntó temeroso.

Al estar escuchando lo que comentaba, recordé que se trataba de la misma persona que había visto caminando, cuando llegué a piso, ayudado por una andadera ese día por la mañana.

–¡Claro que sí!, esa actitud es muy importante para tener una pronta recuperación y entonces salir rápido del hospital–le dije.

Enseguida continué con Mauro, él se encontraba acostado en su cama, me acerqué y leí sus datos, él confirmó que estaban bien con un movimiento de cabeza, le pregunté entonces qué había pasado, Mauro comenzó diciendo.

–Pues... me caí de una barda, lo que pasa es que estaba en la noche con unos valedores, ese día nos juntamos pues para cotorrear y todo pero..., ya estábamos tomados y todo y pus nos metimos..., nos drogamos y todo y entonces no sé cómo inició pero uno de ellos comenzó a pegarme o algo así, la verdad ni recuerdo bien, pero estaba poniéndose pesado y yo me levanté y también le empecé a pegar y todo, pero no me di cuenta... yo creo... que ya estaba muy tomado o pasado ¡quién sabe! –exclama al mismo tiempo que hace un movimiento con el brazo– y no me fije y estaba en la orilla de la losa..., una como losa, es que pus..., estábamos en un lugar que nadie ocupa y entonces ahí nos juntamos y todo para hacer nuestros desmadres, lo que pasa es que yo soy... vivo en la calle –me mira–, entonces mis valedores y todo son también de la calle, ya tengo tiempo ahí y ya me acostumbre la verdad, pero entonces te digo –continúa– que estaba en la orilla y no me fije y este... ¡qué me caigo! –exclama y me mira– y me alcancé a pegar en la cara –señala su cara–, aquí en esta parte –se toca la quijada– y entonces me quedé ahí, ya no pude hacer nada, ni levantarme. La verdad no recuerdo ni cómo llegue aquí, nomás recuerdo que estaba en el hospital y ya voy para más de un mes ¿creo?, si no es que ya los tengo, y nomás no me operan ni nada –se toca los dedos–, el doctor viene y me dice que pronto me operan, que ya el lunes según... el lunes me operan pero... –mueve la cabeza– yo ya ni les creo. Según la operación era para que no me quedaran los dientes como de conejo pero pus ya me quedaron así –se toca los dientes–, entonces ¡ya para qué! digo yo ¿no? Al principio no podía comer nada, me dolía para masticar pero ahora ya no siento nada, ya estoy bien, ¡ya me aburrí!, ¡ya me quiero ir!, ya les dije que si no me dejan ir... me escapo –me mira–, nada más porque no he buscado cómo, pero un día de estos ¡me salto la barda! y a ver que hacen. Luego fijate me piden que venga un familiar pero pus ¿cuál? si vivo solo en las calles.

–Nadie sabe que estás hospitalizado –le pregunté.

–No –mueve la cabeza–, nadie y lo peor es que ni mi chava sabe que estoy aquí, yo creo que ha de pensar que ya me fui a otro lado, que ya la abandoné, o a poco dime –me mira–, ¿tú qué pensarías si de repente alguien te deja de ver así mucho tiempo y ni siquiera te dicen donde

está ni nada? Tengo una novia... bueno es la mamá de mi hijo, ella también vive en la calle, pero ella no es de aquí, es de Honduras. La verdad la extraño, extraño mucho a mi hijo, ¡está bien chiquito! y aunque no vivimos juntos pues, los veo, luego cuando ando ahí... con mis valedores en la calle tomando y todo, lo veo –mueve la cabeza–. Una vez fijate, estaba así como te digo en la calle tomando y todo, yo creo que estaba pus ¡ya tomado! y en eso que lo veo con su uniforme, que iba a donde estaba yo, ¡hasta creí que me lo estaba imaginando! –se ríe–, pero no, llega y me dice... “papá ¡te quiero!” y no sé que otras cosas, lo quiero ¡un chingo! la verdad, no sé cómo está, si está yendo a la escuela y eso. Extraño la calle, para mí la calle es mi casa, extraño estar cotorreando, estar viendo como sacar para el día, ir con los que venden y decirles que un paro y que te den cosas para vender y todo. Pero eso sí, cuando salga voy a buscar al desgraciado que me hizo esto, primero voy a buscar ahí a uno que tiene una fusca y se la voy a pedir o que me la venda, y entonces voy a buscar al cabrón ese y cuando lo vea, ¡le voy a soltar unos plomazos en la pata! Para que sepa lo que se siente, para que lo traigan también al hospital y se pase un rato aquí, así como yo, y vea lo que se siente estar encerrado, que nadie te visite, ni sepa donde estás. Mis compañeros aquí me dicen que estoy mal pero pus ¡a mí no me importa! –hace un gesto–.

–O tú ¿como ves...? –me pregunta.

–¡Ay Mauro! –exclamo.

–Así es..., así es la vida... y aunque yo no viva en una casa y eso, tengo por quien salir y me gusta... me gusta allá afuera, ya me cansé y si no me operan, me escapo o a ver que hago ¿no? –me dice.

–Bien Mauro, trata de ser paciente, yo sé que estás desesperado pero qué podemos hacer, no le has preguntado a nadie, no ha venido a verte la trabajadora social –le pregunté.

Mauro simplemente comentó que había venido al inicio de su llegada, que le preguntó si tenía alguien que le ayudara, pero nada más eso y no regresó después. Decidí terminar la conversación pues el desayuno había llegado, casi al inicio de mi conversación con Mauro y estaba enfriándose.

–Bien Mauro, te agradezco me contaras tu historia.

\*Esta entrevista fue construida a partir de los datos y fragmentos que pude anotar durante la conversación con el paciente. Entrevista realizada el sábado 04 de marzo de 2006 a las 9:00 a.m. Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Observaciones e impresiones generales. El paciente durante la conversación se mantuvo rígido, nervioso y angustiado, las manos le temblaron todo el tiempo, su dicción no era clara y el tono de voz siempre lo mantuvo bajo, sin embargo, el discurso siempre fue fluido y rápido. La mayor parte del tiempo mantuvo la cabeza agachada y su mirada siempre enfocando sus manos. Durante la conversación no hubo interrupciones de ningún tipo.

–Muy bien Mauro, pues luego seguimos platicando y mientras desayuna –le sugerí.

Entonces Mauro se levantó de la cama y empezó a comer, entre bocado y bocado mencionó algunas cosas.

–¡Ya llegó el carrito de la felicidad! –exclamó.

–¿A qué te refieres?

–El carrito de la felicidad es el de la comida, y el carrito del terror es cuando las enfermeras entran con las medicinas –me explicó.

Una vez aclarada mi duda y corroborada por sus compañeros continuó con sus alimentos, en eso José un paciente me dijo.

–¿Ya desayunó? –me preguntó.

–Sí, gracias.

–Le agradezco su atención –le respondí.

No sé si no me creyeron, si querían ser corteses conmigo, o tal vez querían deshacerse de sus plátanos, porque José, Mauro y Salvador de inmediato me dieron sus frutas, les agradecí de nuevo y no tuve más que aceptar la invitación, pues no aceptaron un no como respuesta. Mientras

desayunaban, Mauro me preguntó si alguna vez había leído El perfume de Patrick Suskind, seguido de enseñarme el libro, pues lo tenía con él y lo estaba leyendo.

–Sí, alguna vez hace mucho lo leí –le dije.

–Está muy padre verdad –continuó–, se trata de una historia de un asesino, apenas voy en la parte donde le quiere quitar sus esencias al alquimista este... ¡ay! la verdad no se bien pronunciar el inglés.

–No te preocupes –contesté.

–¿Alguna vez han estado en Bellas Artes?, es muy bonito ¡verdad! –exclama.

–Alguna vez fui a ver La Traviata, es una historia de unos enamorados pero es así este... muy dramática y todo.

Mauro contó la historia, parecía gustarle mucho y que además tenía un particular agrado por las artes, le presté atención, y una vez terminado su relato les agradecí mucho su amabilidad y les dije que tenía que dejarlos por un momento pues tenía que ir a entrevistar a los otros pacientes, ellos lo entendieron y también me agradecieron que los fuera a ver, antes de retirarme platicué con Salvador, él me comentó que tenía 11 días hospitalizado y que al igual que sus compañeros, había sufrido un accidente en el trabajo, pero que estaba bien, únicamente se había lesionado un dedo de la mano derecha; no terminé de hablar con los demás pacientes del cuarto pues, ya había entrevistado al paciente de la cama 317 y el paciente de junto no se encontraba en el cuarto, de hecho era la primera vez que lo había visto, supuse que había llegado en el transcurso de la semana. Dejé mis cosas con los pacientes, pues al saber que trabajaría en ese piso, se ofrecieron para cuidar de mi mochila, por supuesto acepté pues no pude despreciar la ayuda. Una vez lista salí de la habitación para continuar con el trabajo de campo de ese día.

Al entrar al siguiente cuarto, saludé a todos los pacientes, la mayoría se encontraba para entonces despiertos, me dirigí con Jerónimo, me reconoció y se sonrió conmigo.

–¿Cómo te sientes? –le pregunté.

–Bien, gracias –respondió.

–Todavía no me hacen nada –me enseñó su pie–, usted cree.

–No te preocupes, que pronto seguramente te quitarán los clavos para injertarte piel.

–¿Cómo estás de la espalda y el brazo? –le pregunté.

–Bien, ya estoy mejorcito.

–¿Ya desayunaste? –le pregunté.

–Sí, gracias –respondió.

–Bueno te veo al ratito voy a platicar con tus compañeros ¡eh!

–Sí, ajá.

Continué con mi recorrido por el cuarto, me encontré con un paciente nuevo, se trataba de Marco Antonio Conde, edad 23 años, ingresó al hospital el día 21 de febrero de 2006 y se encontraba en la cama 323. Me presenté y le pregunté por qué motivo estaba en el hospital.

–Me asaltaron, me lastimaron la quijada y por eso estoy aquí –contestó.

–Bueno te dejo, pero nos vemos al rato.

–Está bien, gracias –respondió.

Antes de retirarme y continuar entrevistando a los demás pacientes, Marco se acercó.

–Disculpe ¿cómo me dijo que se llamaba? –preguntó.

–Elizabeth es mi nombre.

El siguiente paciente se trataba de un señor de 71 años, se encontraba ahí desde el 08 de febrero, se quejaba de que no lo visitaban sus hijos, pero que no era motivo para no seguir y salir adelante, sin embargo, esta lejanía por parte de ellos le afectaba y lo ponía triste, se expresaba bien, se entendía lo que hablaba teniendo en cuenta su edad, podía hacer las cosas por sí mismo, comer, bañarse, lavarse los dientes, pude darme cuenta de esto desde los primeros días, pues lo había observado y pude apreciar estos detalles, inclusive, era uno de los primeros que se levantaba a lavarse las manos cuando veía llegar la comida. Bien, continué mi recorrido; el paciente de la cama 321 al ver que me aproximaba a él, dejó de leer el libro que tenía y empezó a

observarme, rectificué sus datos, sin embargo, los datos que tenía registrados, no coincidían con los suyos, entonces le pregunté su nombre.

–Me llamo Maximino Colín –respondió.

–Me dice su edad por favor.

–38 años –me dijo.

En la cabecera había una hoja que decía *Identificación del paciente*, en esa hoja además había un dibujo representando el cuerpo humano por ambos lados pintado de rojo en las partes, con lesiones, revisé con detalle los datos, el nombre, la cama, el número de expediente, la edad, la fecha de ingreso, el servicio, y el diagnóstico eran tan sólo algunos datos que figuraban en la hoja, al estarlos leyendo de pronto recordé a los pacientes del departamento de quemados, en ese momento había descubierto algo.

–¿Usted estaba en el departamento de quemados verdad? –le pregunté.

–Sí, ¿cómo lo supo? –me dijo el paciente.

–Yo estuve ahí la semana pasada pero no me vio porque se encontraba dormido y después ya no pude acercarme porque estaba comiendo junto con su familiar –le expliqué.

–Fíjese nada más, y yo ni por enterado.

–¿Cuándo lo subieron? –le pregunté.

–El jueves, apenas... el jueves me subieron, sí... el día 02 de febrero para ser más exactos –me dijo.

–¡Qué bien!, entonces ya estamos mejor.

–Eso quiero pensar –respondió.

–¡Pues qué bien que está usted aquí! y al ratito lo vengo a ver, tal vez podamos platicar de su accidente, hablar de su proceso de recuperación aquí en el hospital, sus impresiones y de muchas otras cosas –le expliqué.

–¿Para qué era esa información? –enseguida preguntó.

Entonces le expliqué que estaba realizando un trabajo de investigación y precisamente estaba investigando el proceso de recuperación en pacientes accidentados con la finalidad de conocer el padecimiento en esta etapa, pues la persona accidentada le dije no sólo vive un padecimiento físico, también emocional, en eso Maximino me interrumpe para decirme que su padre está muy enfermo, tiene cáncer gástrico y que desafortunadamente es el único hijo que lo atiende y cuida, antes del accidente lo acompañó a realizarse unos análisis, de hecho comenta que lo han tratado varios médicos, pero que es muy poca la mejoría en su padre.

–Eso que comenta es verdad, pues ahora que estoy aquí me preocupo por mi salud, mi familia y además estoy angustiado por mi padre, porque no sé cómo se encuentre de salud –me comentó.

–Pues de todo esto hablaremos al rato de acuerdo –le dije.

–La veo hasta entonces.

Antes de retirarme revisé que los datos del paciente en mi cuaderno fueran correctos, miré de nuevo al paciente y para entonces se encontraba leyendo un libro (era un libro no muy grueso, con un título un tanto extraño que figuraba en la portada, algo así como *¿De quién es esta bata? o ¿Quién ensució mi bata?*, además tenía dibujado la caricatura de un doctor) no quise interrumpirlo y decidí continuar con mi inspección.

–¡Hola!, ¿tu nombre es Mario verdad? –le pregunté al paciente de la cama 320.

–Sí, así me llamo.

–¿Qué fue lo que te pasó Mario? –le pregunté.

–Pues... tuve un accidente y por eso me encuentro aquí.

–Entonces también contigo vamos a platicar sobre tu experiencia en este proceso de recuperación –le dije.

El paciente me dijo que sí, que estaba bien, no preguntó para qué era necesario hacer esta entrevista, supongo que había escuchado todo lo que comenté con Maximino y tal vez por eso se quedó callado, también había visto cuando platiqué con Jerónimo una semana antes, así que

pienso que por eso no mencionó nada. Salí del cuarto no sin antes decirles que los veía más tarde, todavía faltaba por visitar el último cuarto de pacientes de sexo masculino; en realidad no me agradaba mucho visitar esta última habitación, pues el primer encuentro que tuve con sus ocupantes no había sido del todo agradable, sin embargo, tenía que hacerlo, comprendí que era parte de mi trabajo dejarles bien claro a los pacientes cual era mi posición dentro de la institución.

Decidida entré y pude observar que estaban tranquilos en comparación a otros días, los saludé y ellos respondieron al mismo tiempo que se incorporaron pues la mayoría se encontraba acostado y en algunos casos dormidos todavía. Comencé con el paciente que se encontraba parado junto a su cama, se trataba de Ricardo, a simple vista no presentaba algún tipo de lesión física, le pregunté qué le había pasado, empezó diciendo que lo habían asaltado porque le habían querido robar y entonces al golpearlo le fracturaron la mandíbula, ahora sólo esperaba que lo operaran pronto pues tenían doce días en el hospital sin hacerle nada. Cuando me encontraba platicando con Ricardo los demás internos estaban despiertos, todos ellos callados, daba la impresión que se encontraban muy atentos a lo que escuchaban, al ver que no se encontraba el paciente de la cama 326 les pregunté si sabían en dónde estaba, de inmediato uno de los pacientes empezó hablar.

–Al parecer se puso mal y lo bajaron, desde entonces no regresó y no sabemos nada de él –comentó.

Les agradecí por la información y continué. El siguiente en entrevistar era el paciente de la cama 327, curiosamente también se encontraba hospitalizado por sufrir un asalto, al menos eso era lo que decía, presentaba golpes en la cara y por lo mismo un poco de hinchazón, también tenía lesionado un dedo de la mano izquierda, mientras lo entrevistaba sus compañeros de cuarto hacían bromas y todo tipo de comentarios.

–Lo trajeron porque se quiso robar unas cosas –mencionó un paciente.

–¡No es cierto!, lo encontraron fichando –respondió otro.

Sin hacer caso a los comentarios terminé de entrevistarle y continué con el paciente que se encontraba enfrente, al acercarme se sonrió conmigo, enseguida le pregunté su nombre pues la descripción que tenía en lista no correspondía con la del paciente que se encontraba en esa cama.

–Me llamo Horacio Galván y me accidenté trabajando con el disco de un esmeril el 23 de febrero del 2006.

El accidente le lesionó los dedos pulgar, índice y medio de la mano izquierda; la intención de los doctores hasta ese momento era operarlo, sin embargo, comenta Horacio que únicamente le habían hecho lavados y curaciones. Por último estaba el paciente de la cama 329, su aspecto en verdad era sorprendente (cuando entre a la habitación me fue imposible no notar su presencia, su aspecto me impresionó mucho, en realidad había sido el primer paciente que hasta esos momentos me había asustado verle) su rostro estaba totalmente de color negro, no podía distinguir sus labios pues también estaban de este color, el blanco de sus ojos hacía que sobresalieran, pues sus parpados, cejas y pestañas no se notaban, y sus manos estaban totalmente vendadas, durante todo el tiempo que estuve ahí, el paciente se mantuvo quieto, acostado boca arriba era la posición que presentó todo el tiempo, no hablaba y parecía que se encontraba en una situación muy dolorosa e incómoda, no sólo por las lesiones, sino también porque en cada brazo tenía agujas que estaban conectadas a sueros por medio de mangueras que permitían el paso de los medicamentos, éstos colgaban de arriba sostenidos por un tripié, antes de terminar de conversar con Horacio pensaba en cómo abordaría al paciente que se encontraba justamente en la cama de junto, al terminar la entrevista, me dirigí lentamente hacia donde estaba, al llegar junto a él le pregunté si podía hablar, el contesto que sí podía hacerlo.

–¿Cómo te sientes? –le pregunté.

–No muy bien.

Enseguida empezó a decirme qué le había ocurrido.

–Estaba trabajando en una construcción y entonces toqué unos alambres pensando que no pasaría nada, pero en eso sentí una descarga y yo sentí como me alcanzó y entró por mi mano



derecha y salió por la izquierda, me aventó y nada más escuchaba como mis compañeros que se encontraban ahí me hablaban y pedían ayuda, sí pues... ahora estoy aquí preocupado porque no me hacen nada, bueno cuando llegué me tuvieron abajo, ahí me hacían mis curaciones y todo, pero... ahora que estoy aquí arriba nadie viene a verme, es la hora que no me han hecho curaciones y me preocupa pues que tal si me hace mal o algo; mi familia, me pongo a pensar en ellos, mis hijos que están chiquitos y mi esposa, pues yo soy el único que trabaja y que les lleva dinero a la casa, por eso lo que me urge... es que me vean y me curen para que pronto regrese a casa y al trabajo –me comentó angustiado.

–Está bien Fernando –continué–, tranquilo... es muy necesario ser pacientes y mantener la calma –le dije.

Entiendo que es una situación sumamente preocupante y difícil pero lo mejor será permanecer tranquilo, me escuchó y al final me dijo que trataría y que gracias por hablar con él. Me despedí no sin antes decirles que estaría en piso por si necesitaban algo, salí del cuarto y de inmediato fui con las pacientes mujeres, al entrar al cuarto saludé a las pacientes, miré el número que se encontraba arriba de sus camas y conforme a mi lista empecé a mencionar los nombres, inicié con la paciente que se encontraba al fondo de la habitación, se trataba de una señora de 52 años de edad, ella se encontraba ahí porque tenía problemas para que cerrara una herida que tenía en el pie, pues era diabética, me comentó que estaba bien pero que según el médico había tenido complicaciones y entonces tenía que estar en observación. Continué con la paciente de la cama 309 ella, por ejemplo, tuvo un accidente, fue atropellada por un vehículo provocándole lesiones afortunadamente no de gravedad, sin embargo, por la falta de atención y cuidados, presenta en una de las heridas provocadas por el accidente, una fuerte infección que de no ser tratada podría tener grandes consecuencias, es así como ahora su estancia en el hospital se ha ido prolongando ante esta situación. Después viene el caso de doña Catalina, ella es una mujer de 75 años de edad, sin embargo, su aspecto pareciera ser de una persona de edad mas avanzada, ella llegó por sufrir quemaduras en cabeza, hombros y espalda, según doña Catalina se encontraba bañando cuando el agua empezó a salir caliente y no pudo hacer nada para evitar que se quemara, vive sola y dice no tener familiares que la vean; doña Catalina a diferencia de las demás pacientes, desde el primer día de mi visita la encontraba todo el tiempo fuera de su cama y del cuarto, se pasea todo el tiempo por los pasillos, se detiene, mira hacia todas partes y enseguida continúa con su caminata, adentro y afuera de la habitación pide que le lleven su vestido y se queja porque ya se quiere ir, también pide constantemente de comer, le gusta platicar, pero no que la toquen, todas sus compañeras de cuarto tratan de hablarle y tranquilizarla cuando empieza a gritar, las enfermeras no le hacen mucho caso, al contrario la ignoran y a veces cuando está muy inquieta la regañan y le dicen que se vaya acostar; doña Catalina tiene una compañera de cuarto que al sufrir una mordedura de humano tiene que ser hospitalizada, me acerqué a ella y traté de ver su herida.

–¿Qué le sucedió? –le pregunté.

–Donde trabajo había una muchacha que estaba drogada y cuando entré al baño la chica se me fue encima mordéndome la mano.

Me retiré después de tener sus datos y saber por qué se encontraban hospitalizadas, no sin antes darles ánimo y decirles que podían contar conmigo, me agradecieron y salí del cuarto. Sólo faltaba de entrevistar a las pacientes del último cuarto, en éste se encontraba la paciente que había sufrido un accidente y como consecuencia se encontraba totalmente inmovilizada pues su pierna derecha estaba completamente sin masa muscular por la pérdida de piel que tuvo, al principio me pareció alguien fuerte de carácter y por lo mismo difícil de abordar, entré con miedo a sufrir un rechazo, pero decidida me acerqué a platicar con ella y de ser posible más adelante realizar la entrevista. Al entrar a la habitación me dirigí con ella, su cama estaba justo junto a la ventana que tiene vista hacia la calle, sin embargo, su condición no le permite ver totalmente el paisaje y tiene que conformarse con mirar un poco desde su cama acostada, cuando me acercaba a ella, se sonrió y me saludó, yo respondí el saludo y me presenté, de inmediato me dijo que me reconocía se acordó del día que estuve ahí la primera vez platicando con Edna (una paciente que se encontraba

hospitalizada pero que en el transcurso de la semana había sido dada de alta), me preguntó en que podía ayudarme, le expliqué que estaba realizando una investigación para conocer el proceso de recuperación que viven los pacientes accidentados en el hospital (no sin antes corroborar todos sus datos personales).

–Yo me accidenté y estoy aquí recuperándome –continuó–, pero dime en qué puedo entonces ayudarte.

–Necesito que me hables de tu recuperación en el hospital, de tu experiencia, cómo viviste tu accidente, que sentimientos experimentas con frecuencia, en realidad estoy interesada en esos aspectos –le expliqué.

Sin dejar que le explicará más sobre la investigación y sin pedirle aún su autorización para grabar la entrevista, me dijo que cuando quisiera podía empezar y que le preguntara lo que quisiera, me sorprendió mucho en realidad su respuesta más aún por la impresión que tuve días antes de su persona, le agradecí y le dije que si no habría inconveniente podríamos iniciar en ese momento con la entrevista, también le hice saber que en este tipo de investigación es recomendable utilizar una grabadora pues las entrevistas llegan a ser muy extensas y difícilmente se puede recuperar en su totalidad lo que se habla cuando no se recurre o cuenta con una herramienta como lo es una grabadora. Por un momento tuve miedo de un ¡no! como respuesta, pues ya había tenido una primera mala experiencia, además le expliqué que importante era su narración, pues no era el caso de manejar pregunta y respuesta, sino que ella sería quien llevaría su historia, pero en algunas ocasiones cuando lo ameritara entraría a auxiliarla para guiar la entrevista.

Mientras le explicaba se veía pensativa, atenta a mis indicaciones, no pasó mucho tiempo cuando me estaba diciendo que aceptaba y con gusto podía realizar la grabación, fue entonces que comencé con la entrevista, no tardé mucho para iniciar pues la grabadora estaba lista y además tenía a la mano un cuaderno y pluma para cualquier eventualidad; inició hablando de su accidente, las lesiones que había sufrido, cuanto tiempo llevaba hospitalizada, la atención del personal médico en general, lo difícil que ha sido su tratamiento y recuperación, también habló de la fe, de su familia y lo importante que ha sido para su rehabilitación.

Durante la entrevista la paciente se mostró muy tranquila, se preocupaba mucho por describir con detalle su historia, en varias ocasiones reía y vacilaba después de contar un hecho en específico, también se acercaba mucho a mi persona y en la mayoría de las ocasiones lograba tener contacto conmigo (me tocaba la mano, el brazo y en una ocasión acarició mi rostro), nunca puso resistencia para contestar alguna pregunta, la entrevista tuvo una duración de aproximadamente una hora, antes de guardar la grabadora decidí revisar la grabación, había quedado perfecta, se escuchaba todo muy claro, después de terminar la entrevista, mi informante empezó a relatarme otras situaciones muy interesantes y que en un futuro podrían servir de apoyo para en el análisis de esta investigación, por ejemplo, me platicó que ella era gemela prematura, al parecer nació a los seis o siete meses, nació después que su hermana, y además tuvo que permanecer en incubadora por algunos meses después del nacimiento, ella y su hermana son las mayores de un total de cinco hijos, todas mujeres; habló sobre lo importante que para ella ha sido saber que el hospital se encuentra a unos cuantas cuadras de su casa.

–Lo que no sabes es que yo vivo muy cerca de aquí, haz de cuenta, pasas la avenida que está luego, luego –me señaló con su brazo por donde–, caminas, atraviesas el puente y en esas unidades que se ven ahí, vivo, eso me ayuda mucho pues no me preocupo porque mi familia tenga que venir de muy lejos, no tengan para los pasajes, tarden mucho para venir hasta aquí a verme –continuó–, cuando venía en la ambulancia les pregunté algo así como oigan y ¿a qué hospital me piensan llevar?, cuando me dijeron que al Balbuena, pensé, ¡ay qué bueno, voy a estar cerca de mi casa! –me comentó.

También me contó que no era la primera vez que pasaba por una situación así, que tiempo atrás para ser más exactos en el año 1983 a la edad de 27 años, había sufrido un accidente, sin embargo, en esta ocasión las cosas no habían sido muy afortunadas para ella; en ese tiempo

estaba estudiando, estaba cursando cuarto semestre de medicina, ese día había quedado con una amiga de verse y salir de compras o algo así, Rocío esperaba en la avenida Miguel Ángel de Quevedo, su amiga llegó al poco rato en un vehículo, avanzaron y al llegar a Carrillo Puerto son impactadas por la parte de atrás por un automóvil, al parecer el chofer del otro vehículo se pasó el alto, este accidente provocó lesiones profundas en Rocío, me cuenta que golpeó fuertemente su cara contra el tablero del carro provocándole hinchazón y una abertura en la frente de lado izquierdo, este hecho dejó una visible y marcada cicatriz en esta zona, sus ojos al momento del impacto y por traer lentes, fueron seriamente lastimados, necesariamente tuvo que someterse en varias ocasiones a cirugías de retina, sin embargo, no logró recuperarse del todo, el ojo izquierdo, a raíz de este accidente presenta actualmente el parpado caído.

Recuerda que este accidente sí logró tener un mayor impacto en su vida pues estuvo en recuperación por mucho tiempo en el hospital de Xoco. Rocío piensa que el haber sufrido un primer accidente, le ayuda mucho para salir adelante en esta ocasión, le da fuerzas, piensa que es muy resistente y jamás ha visto o significado estos hechos como algo negativo, es decir, que se trate de un castigo de la vida o que en algún momento se sienta culpable, responsable ante la situación. También habla de lo afortunada que se siente de ser una persona tan querida, de ver como los demás están al pendiente de su recuperación desde el accidente, familiares, amigos, vecinos, todos y lo más importante, ver unida a su familia. Me habló, también, un poco de su abuela materna y lo mucho que le había enseñado, de su hermana y los cuidados que su familia en general tienen con ella.

Rocío tiene muchas esperanzas de salir la próxima semana, de hecho, de no ser porque el doctor que la atiende está de vacaciones, ella estaría en casa recuperándose, para Rocío es muy importante que la den de alta pronto, por los cuidados que debe tener con su pierna, me contó que por las malas condiciones del baño contrajo una infección y que ahora la estaban tratando, pues una colonia de parásitos o algo así estaba creciendo en una parte de su herida, inclusive me enseñó los análisis que el mismo hospital mandó a realizar con muestra tomada de su pierna; por mi falta de conocimiento en esa materia, no podía entender nada de lo que decía en los resultados, sin embargo, sí puede ver directamente en su pierna la infección, este problema a Rocío le ha afectado mucho al grado de pedirme que revisara los baños, y de ser posible hiciera un reporte de las malas condiciones en que se encuentran y lo incómodo que resulta el lugar, pues cuando la bañan sufren mucho ella y la persona que le ayuda, pues con trabajos cabe ella en la silla de ruedas y para bañarse tiene que sacar el agua del lavabo pues no llega hasta la regadera. Rocío me decía que cuando estaba Edna hospitalizada, (Edna trabaja en el hospital en la sala de urgencias en el área de admisión), le pedía que avisara a sus jefes sobre las condiciones del hospital y la falta de atención, en ocasiones, del personal médico.

Me comentó también que a veces no le gusta la actitud de los médicos y las enfermeras pues le parecía poco respetuosa y con una falta de calidad moral y humanitaria, este comentario empezó porque recordó que durante su estancia en este cuarto, había una paciente que desafortunadamente había perdido la vida, la tuvieron por más de una hora sin vida en el cuarto, en ese lapso de tiempo, entraron varios médicos a revisar el cuerpo, mientras pasaba esto los médicos empezaron a bromear, este hecho la indignó mucho, en ese momento lo único que hizo fue sacar de su buró un rosario y comenzar a pedir por el descanso de la paciente fallecida.

—Saqué mi rosario, es más te lo voy a enseñar —abrió el cajón del buró y sacó una cajita transparente, la abrió y sacó un rosario de color guinda— está precioso ¿verdad?, lo saqué y comencé a pedir, como todavía tuve oportunidad de conocer a la señora pues supe su nombre y cuando empecé a rezar pedía con su nombre.

Después de unos momentos, se me ocurrió pedirle a Rocío me permitiera tomarle una fotografía, ella sin mayor problema aceptó con gusto, (con las manos trato de acomodar un poco su cabello), le dije que tomaría sólo las lesiones, pues ante todo era importante guardar la identidad del paciente; ella entendió y solamente acomodó la sábana, una vez tomada la fotografía con el teléfono, le pregunté si quería verla, ella me dijo que sí quería y le mostré la

toma, Rocío me pidió que abriera su buró y buscara una bolsa rosa de plástico y se la diera, al entregarle la bolsa ella revisó y sacó varios productos, galletas, barritas, dulces, me pidió que escogiera alguno, creí que no sería muy bueno negarme pues sería muy descortés, así que tomé unas galletas, me dijo que cada vez que su papá la visita en el hospital, le lleva cualquier cantidad de cosas para comer, claro que lo tiene que meter a escondidas pues en la entrada revisan las cosas que los visitantes llevan consigo a la hora de entrar, adentro es más fácil guardar las cosas, pero también tienen que cuidarse del personal del hospital porque también les prohíben consumir aquello que no sea la comida que les dan adentro.

Después de permanecer con ella más de una hora, decidí que era tiempo de retirarme, le agradecí de nuevo su apoyo no sin antes tener su dirección y teléfonos pues me pidió que los anotara y los tuviera a la mano para cualquier información que necesitara en el futuro y también porque le gustaría verme afuera del hospital, platicar y salir a tomar una limonada o algo por el estilo. Antes de retirarme me pidió que hablara con la paciente de la cama 306 se trataba de una adulta mayor que al sufrir quemaduras tuvo que ser hospitalizada, la veía muy deprimida y le preocupaba mucho, guardé mis cosas y me acerqué con la paciente, me pidió le sirviera un poco de agua, arriba de su buró había una botella de agua, le di a tomar un poco, ella agradeció, le dije que después regresaría para verla y platicar con ella, movió la cabeza y me agradeció, la paciente de la cama 301 se encontraba durmiendo por lo que decidí retirarme del cuarto.

Estaba realmente contenta, mientras caminaba rumbo al mostrador pensé en realizar otra entrevista, pensé en Maximino pues me imaginé que saldría pronto del hospital, además se trataba de un paciente que venía del departamento de quemados, así que era mi oportunidad para abordarlo, preparé la grabadora, revisé que todo estuviera en orden, y me dirigí con mi siguiente informante, cuando entré al cuarto encontré a Maximino leyendo el mismo libro que tenía por la mañana, al darse cuenta de mi presencia lo cerró y lo dejó encima de su buró, se sonrió conmigo.

–¿Podemos realizar la entrevista? –le pregunté.

–Claro, no hay problema.

Comencé a explicarle cómo sería el procedimiento, le dije que necesitaba que me dijera cómo habían ocurrido las cosas, me platicara sobre su experiencia en el hospital, su recuperación, las emociones y sentimientos que durante este periodo había experimentado, él comprendió y me dijo que estaba dispuesto, antes de iniciar le expliqué que era necesario grabar la entrevista, por un momento se quedó pensativo, pero finalmente aceptó sin ningún problema, saqué la grabadora y me senté cerca de Maximino, le indiqué que podía iniciar cuando quisiera, comenzó hablando de lo extraño que había sido su accidente, de cómo se sintió la primer semana en el hospital y del dolor físico que experimentó en el momento de las curaciones, habla del cambio que el accidente provocó en su persona y de la preocupación que le genera saber que su padre está enfermo. Durante la entrevista Maximino se mostró tranquilo, pero también, podía notar su emoción al momento de narrar su historia, sobre todo cuando hablaba de su familia (padres y hermanos) y del cambio que vivió durante su hospitalización a raíz del accidente. La entrevista tuvo una duración de hora y media, al terminar le agradecí su tiempo y verifiqué que la grabación hubiera quedado lista, seguí por unos instantes junto al paciente, me comentó lo bien que se sentía pues, desde hace mucho no platicaba, que era el más chico de diez hermanos.

–Éramos diez pero ya fallecieron dos, quedamos cinco hombres y tres mujeres, de hombres soy el más chico y hay dos mujeres más chicas –continuó– terminé la secundaria y bueno soy ayudante en construcción pero incluso estuve ocho años en mantenimiento y ahí me especialicé en montajes, en montajes de exposiciones, pero me salí porque te das cuenta de que no avanza nada y la verdad; a mí siempre me ha gustado tener cosas, me ha gustado superarme entonces... pus donde haiga dinero tienes que estar –me dijo.

Cuenta también que tuvo un accidente en el año 1989, en ese entonces contaba con 16 años de edad. En este accidente sufre caída provocando lesión en columna, se recupera pero presenta recaída. Se mantiene tranquilo, su evolución es favorable, se muestra optimista todo el tiempo pues sabe que su esposa e hijos tienen el apoyo de su familia, de amigos y conocidos, esto le ha permitido enfocarse en gran medida a su recuperación, y despreocuparse en cierta forma por la solvencia económica de su familia durante este tiempo de su hospitalización.

### Hospital General de Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Piso: tercero

Lista de pacientes con fecha: 03 de marzo de 2006.

Jefa de servicio: Doctora Rosa Maria Arteaga.

301	Catalina Sánchez Landa	51	F	28/01/06	Úlcera MPI
302					
303	Rocío Velázquez Castillo	49	F	17/12/05	Po Delizam
304					
305					
306	Severiana Mondragón Q.	72	F	21/01/06	Quemadura MPD Po
307	María Aurora de José Vázquez	40	F	19/02/06	Mordedura por Humano
308	Catalina Rivera Ruiz	75	F	04/12/05	Quemadura Infeccionada
309	Gloria Fabela Vargas	77	F	18/12/05	Escaras Infeccionada / accidente
310	Juana Enríquez Miguel	52	F	26/01/06	Pie Diabético
311	Francisca Salazar O.	92	F	21/02/06	Úlceras de Decúbito
312					
313	Salvador Flores González	50	M	21/02/06	Dedo mano derecha
314	Mauro Alberto Martínez	24	M	21/01/06	FX. Mandibular
315	José Jorge Martínez Alvarado	44	M	24/02/06	FX 2o. Met. Mano izquierda
316	Sergio Contreras Díaz	38	M	27/02/06	
317	Mariano de la Paz Hipólito	36	M	01/02/06	Asalto a mano armada
318	Edgar Legorreta Peña	16	M	13/02/06	FX mandíbula
319	Carlos Meléndez Razo	65	M	30/01/06	Escaras de Presión
320	Mario Girón López	22	M	05/12/05	Heridas desliza Po
321	Maximino Colin Gallardo	38	M	02/02/06	Quemadura por corriente eléctrica
322	Alfredo Mariano Ramón	71	M	08/02/06	FX Mandibular
323	Marco Antonio Conde	23	M	21/02/06	FX mandibular trauma
324	Jerónimo Hernández V.	23	M	22/12/05	Quemadura eléctrica Po
325	Ricardo Ambriz del Rosal	22	M	20/02/06	FX mandibular
326					
327	David Flores Rinón	22	M	21/02/06	FX dedo mano izq.
328	Horacio Alejandro Galvan	28	M	23/02/06	Mano izquierda
329	Fernando Franco Vazquez	27	M	01/03/06	Quemadura x corriente eléctrica
330					

\* La información puede cambiar de acuerdo a las altas, bajas y cambios que se registren por día.

Rojo: casos de pacientes que son descartados para trabajar por no cubrir las características del protocolo (menores de 15, mayores de 65 años de edad, padecimiento que no sea por accidente, fecha de ingreso menor a 30 días).

Amarillo: pacientes entrevistados.

Blanco: posibles pacientes para trabajar (datos no claros).

**Hospital General de Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal**  
 Departamento de Quemados. Piso: planta baja  
 Lista de pacientes con fecha: 24 de febrero de 2006.

Cama	Nombre	Edad	Sexo	Ingreso	Lesión
01	Maximino Colín G.	38	M	02/02/06	Quemadura por electricidad
02	Marco Antonio Martínez	21	M	14/02/06	Quemadura por electricidad
03	María Isabel Zavala	27	F	06/02/06	Quemadura
04	María Ángeles Serrano	33	F	08/02/06	Quemadura por fuego directo

\* La información puede cambiar de acuerdo a las altas, bajas y cambios que se registren por día.

Rojo: casos de pacientes que son descartados para trabajar por no cubrir las características del protocolo (menores de 15, mayores de 65 años de edad, padecimiento que no sea por accidente, fecha de ingreso menor a 30 días).

Amarillo: pacientes entrevistados.

Blanco: posibles pacientes para trabajar (datos no claros).

**Hospital General de Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal**  
 Departamento de Quemados. Piso: planta baja.  
 Lista de pacientes con fecha: 10 de Marzo de 2006.

Cama	Nombre	Edad	Sexo	Ingreso	Lesión
01	Genaro Zarate Macias	31	M	03/03/06	Quemadura
02					
03	Marco Antonio Martínez	21	M	14/02/06	Quemadura por electricidad
04					
05	María Isabel Zavala	27	F	06/02/06	Quemadura

#### Pacientes entrevistados e historias de vida

Rango de edad	Edad	Sexo	Padecimiento	Departamento	Cama
15-20	18	M	Quemadura eléctrica	Cirugía plástica	316
20-25	21	M	Quemadura por electricidad	Quemados	02/03
	22	M	Politraumatizado, deslizamiento de extremidades	Cirugía plástica	320
	23	M	Quemadura y fractura de pie derecho	Cirugía plástica	324
	24	M	Fractura mandibular	Cirugía plástica	314
25-30	27	F	Quemadura en pierna, muslo y pie izquierdo	Quemados	03/05
30-35	31	M	Quemadura en brazos y cara	Quemados	01
	35	M	Lesión directa en antebrazo izquierdo	Ortopedia	123
35-40	38	M	Quemaduras por corriente eléctrica	Quemados/Cirugía plástica	01/321
40-45	49	F	Deslizamiento miembro pélvico derecho	Cirugía plástica	303

Quinto día de trabajo de campo, domingo 05 de marzo de 2006 Hora: 11:30 a.m. Cirugía Plástica.

Sexto día de trabajo de campo, viernes 10 de marzo de 2006 Hora: 10:00 a.m. Quemados.

Séptimo día de trabajo de campo, domingo 12 de marzo de 2006 Hora: 12:30 p.m. Quemados.

Octavo día de trabajo de campo, martes 14 de marzo de 2006 Hora: 10:30 a.m. Quemados.

Noveno día de trabajo de campo, viernes 07 de abril de 2006 Hora: 13:30 p.m. Biblioteca.

Décimo día de trabajo de campo, viernes 12 de mayo de 2006 Hora: 15:30 p.m. Archivo.

Onceavo día de trabajo de campo, miércoles 24 de mayo de 2006 Hora: 15:30 p.m. Urgencias.

Doceavo día de trabajo de campo; miércoles 07 de junio de 2006 Hora: 13:00 p.m. Hospital General.

Anexo D

- Recomendaciones para la elaboración del proyecto de investigación (INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Hospital de Traumatología Lomas Verdes).
- Formato simplificado para presentación del protocolo de investigación (SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL, Hospital General Balbuena).



**Anexo 1**  
**“Recomendaciones para la elaboración del proyecto de investigación”**





### RECOMENDACIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

Es requisito indispensable que toda investigación científica que se realice en el Instituto Mexicano del Seguro Social, esté sustentada en un proyecto autorizado por un Comité Local de Investigación en Salud o por la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS.

El investigador principal debe tomar en cuenta para la elaboración del proyecto de investigación, las siguientes recomendaciones:

1. **Título:** Debe ser conciso pero suficientemente informativo y ajustarse a los límites del proyecto. Debe permitir identificar la naturaleza del trabajo.
2. **Identificación de los autores:** Nombre completo con la adscripción de cada uno de ellos, lugar de trabajo, teléfono, fax y correo electrónico.
3. **Resumen:** Debe seguir las normas de un resumen estructurado. Incluir: Título del proyecto, antecedentes, objetivo, material y métodos, recursos e infraestructura y experiencia del grupo y tiempo a desarrollarse. No incluir referencias.
4. **Marco Teórico:** Esta sección debe incluir información directamente relacionada con el problema en estudio, ser concisa y actualizada. Debe proporcionar una visión clara del estado actual de los conocimientos sobre el problema a estudiar.
5. **Planteamiento del problema y/o justificación:** Se debe explicar claramente cual es el problema en el que se enmarca el estudio y cual será la contribución y el beneficio para los participantes, la comunidad y el IMSS.
6. **Objetivo:** Incluir un objetivo general y los objetivos específicos operacionalizados que sean necesarios. El objetivo general debe ser congruente con el título del proyecto, hipótesis, objetivos específicos y métodos. Los objetivos específicos deben ser congruentes con el objetivo general y con el o los métodos propuestos para alcanzar cada uno de ellos.
7. **Hipótesis de trabajo (en caso pertinente):** Es recomendable que la hipótesis prediga lógicamente la respuesta a la pregunta que se hizo en el planteamiento del problema y que sea congruente con el objetivo principal. Debe plantear en forma clara y sucinta, cuál es el resultado esperado. La hipótesis debe plantearse como una afirmación, de preferencia en términos cuantificables que permitan su evaluación con base en la teoría de la probabilidad, puesto que es una verdad provisional que será o no descartada por los resultados.

Clave: 2810-018-005



**8. Material y métodos:** De acuerdo con el tipo de estudio los apartados que sean pertinentes (universo de trabajo, lugar donde se desarrollará el estudio, descripción general del estudio, procedimientos, procesamiento de datos y aspectos estadísticos).

**9. Aspectos éticos:** En las investigaciones en que participen seres humanos es indispensable su consentimiento informado por escrito. Es importante indicar si los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica. Cuando se realicen experimentos con animales, el investigador principal debe hacer explícito que se apegará a las normas y reglamentos institucionales y a los de la Ley General de Salud.

Además de todos los aspectos arriba señalados en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se deberá hacer una declaración escrita de que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

**10. Recursos, financiamiento y factibilidad:** Se describirán con detalle los recursos humanos (labor a desarrollar en el proyecto y capacitación de la persona para desarrollar el proyecto), físicos (lugar y condiciones) y materiales. La descripción del financiamiento deberá detallar los rubros en los que el mismo será aplicado. Se debe incluir un apartado en donde se detallen los costos totales del proyecto, así como el desglose de cada apartado. En caso de financiamiento por más de una entidad se deberá especificar claramente qué parte financiará cada una de ellas.

La factibilidad deberá incluir tanto la relacionada con los recursos y el financiamiento, como la relacionada con el universo de trabajo.

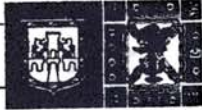
**11. Cronograma de actividades.**

**12. Referencias bibliográficas:** Deberán redactarse de acuerdo a los lineamientos internacionales ya establecidos para la redacción del escrito médico, siguiendo el estilo que aparece en las instrucciones para los autores en la revista Archives of Medical Research. Es recomendable abstenerse de usar como referencias los datos de resúmenes, observaciones no publicadas y/o comunicaciones personales.

**13. Anexos.**

- > Carta de consentimiento informado escrito en caso pertinente.
- > Deberá incluir los pertinentes de acuerdo a las características específicas de cada estudio.

**Clave: 2810-018-005**



## Formato Simplificado para Presentación del Protocolo de Investigación

### Instructivo

El presente formato está fundamentado en la Normatividad en Materia de Investigación para la Salud y su llenado en aspectos específicos tiene como respaldo el Manual de Información Básica para la Elaboración de Protocolos de Investigación de la Dirección de Educación e Investigación de la SSDF, donde el investigador interesado encontrará la información adicional para su llenado completo y correcto. La aclaración correspondiente en cada espacio es importante, tanto de no aplicable como de la información necesaria, para lo cual se pueden utilizar hojas anexas para complementar los apartados.

### I. Ficha de Identificación

#### 1.1 Título del proyecto de investigación

Vivencia y percepción del proceso de recuperación de pacientes accidentados.

#### 1.2 Investigadores participantes

Nombre	Puesto o cargo	Firma
I. Investigador principal: Elizabeth Trujillo Jiménez	Estudiante de Psicología Social	
II. Investigador titular en la institución: Evangelina Amador Amaya	Enfermera Especialista "A"	
III. Asesor de la investigación o investigador asociado: Martha de Alba González	Profesora de Psicología Social, UAMI	

Domicilio y teléfono del investigador titular:

Capulín 8, Col. Consejo Agrarista, 09760; México D. F. Tel. 5518475568

Unidad(es) donde se realiza el estudio:

Hospital General Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno D. F.

Periodo de estudio: / 16 / 02 / 06 / al / 08 / 08 / 06 /

#### 1.3 Datos de validación

Fecha de revisión	Nombre	Firma
I. Jefe de Enseñanza e Investigación:	Doctor Héctor Sánchez Aparicio	
II. Director de la Unidad Operativa:	Doctor Francisco Javier Carballo Cruz	
III. En caso de tesis Profesor Titular de la Especialidad:		

Dictamen de la Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación:

Fecha de revisión: 200206

Número de Registro: 2011011106

## II. ASPECTOS CONCEPTUALES

### 2.1. Antecedentes

Síntesis de la base de revisión bibliográfica sobre estudios referentes al tema en los últimos 5 años (15 referencias como mínimo).

### 2.2. Planteamiento del problema

### 2.3. Justificación

Principales aspectos que sustentan la necesidad de realizar la investigación (panorama epidemiológico, trascendencia, magnitud, vulnerabilidad del problema y factibilidad del estudio, entre otros).

### 2.4 Hipótesis y consecuencias verificables

Respuesta tentativa de la pregunta de investigación (cuando sea pertinente) y aspectos específicos para su verificación ante la realidad.

### 2.5. Objetivos Finalidad por alcanzar con la investigación.

#### 2.5.1. General

#### 2.5.2. Específicos

## III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 3.1. Diseño del estudio:

Indagatorio	Estudio observacional			Causal	Experimentales
	( ) Descriptivo	( ) Comparativo	( )		
( ) Estudio de caso	Transversal	( )	( )	Casos y controles ( )	Preexperimental ( )
( ) Dx. situacional	Longitudinal	( )	( )	Cohortes ( )	Cuasiexperimental ( )
( ) Metanálisis	Retrospectivo	( )	( )		Ensayo clínico controlado ( )
( ) Inv. Bibliográfica	Ambispectivo	( )	( )		Experimental ( )
( ) Inv. Histórica	Prospectivo	( )	( )		

### 3.2. Definición del Universo

Identificación de la población universo, objetivo y de estudio.

#### 3.2.1. Tipo: Finito ( ) Infinito ( )

#### 3.2.2. Definición de unidades de observación

Características biológicas, psicológicas y sociales de los sujetos para participar en el estudio (en estudios de dos o más grupos debe establecerse los criterios del grupo de estudio y grupo(s) testigo por separado).

1.2.2.1. Criterios de Inclusión:

1.2.2.2. Criterios de Exclusión:

1.2.2.3. Criterios de Eliminación:

#### 3.2.3. Ubicación temporal y espacial

Precisar periodo (fecha de inicio y término) y lugar de realización del estudio.

#### 3.2.4. Diseño de la muestra

Cuando la población requiera muestreo, por las características de estudio, se anotará la información en los espacios correspondientes, de lo contrario sólo se anotará "no aplica".

##### 3.2.4.1. Tamaño

Expresar la fórmula matemática que se aplicó para su determinación, sustitución y el resultado.

3.2.4.2 Tipo de muestreo:  
Probabilístico: aleatorio simple ( ) sistemático ( ) estratificado ( ) por conglomerado ( )  
Determinístico: intencional ( ) por cuota ( ) accidental ( )

### 3.4. Determinación de Variables

Propiedades de los sujetos u objetos de estudio a medir.

3.4.1. Definición conceptual de las variables

3.4.2. Definición operativa de las variables

VARIABLES	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES

3.5.3. Variables a controlar (de confusión).

Propiedades no relacionados con el estudio, pero ante cuya presencia o influencia pueden presentarse modificaciones, debe anotarse su forma de control.

3.6. Procedimientos para recolección de datos

3.6.1. Prueba piloto: SÍ ( ) NO ( )

3.7. Fuentes e instrumentos para recolección de datos

Mencionarlos en forma genérica y anexar copia de los instrumentos para recolección de datos.

## IV. ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

4.1. Riesgo de la Investigación

Sin riesgo ( ) Riesgo mínimo ( ) Riesgo mayor al mínimo ( )

4.2. Cobertura de aspectos éticos

Anote la forma como se observarán los principios éticos en la investigación y el por qué de su clasificación, en caso necesario anexar Carta de Consentimiento.

4.3. Medidas de seguridad para los sujetos de estudio

4.4. Medidas de seguridad para los investigadores o personal participante

4.4. Otras medidas de seguridad necesarias

## V. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO

5.1. Plan de tabulación

Describir procedimiento para recuento de datos y esquemas de tabulación.

5.2. Plan de análisis estadístico:

Mencione el tipo de medidas de resumen, gráficos y pruebas que se ocuparán de acuerdo al tipo de variables.

5.2.1. Estadística Descriptiva:

5.2.1. Estadística analítica o Inferencial:

## VI. ASPECTOS LOGÍSTICOS

6.1. Etapas del estudio

Describir en forma genérica las actividades por etapa de la investigación.

6.1.1. Cronograma

Anexar esquema de las actividades por fechas en que se habrán de desarrollar

## 6.2. Recursos humanos

Número de personas que van a participar y actividad en el estudio (investigador, encuestador).

## 6.3. Recursos materiales

Anexar listado de material y equipo con la cantidad que será empleada en el estudio.

## 6.4. Recursos físicos

Descripción de las instalaciones donde se llevará a cabo la investigación.

## 4.5. Financiamiento: interno ( ) externo ( ) mixto ( )

Anexar lista detallada de costos y fuente patrocinadora.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Relación de la bibliografía consultada y acotada en el protocolo, reportándola en orden de presentación, de acuerdo a la Norma Internacional de Índices.

## VIII. ANEXOS

Relación y presentación de documentación que acompañan al protocolo como Cronograma, Instrumento de medición, instructivos, mapas, fotos y todo aquello que el investigador estime pertinente.

Nombre y firma del Investigador:

Fecha de entrega a la Secretaría Técnica de la Comisión:

Sello y firma de recibo en la Secretaría Técnica de la Comisión: