



**UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO**

---

**División de Ciencias Sociales y Económico  
Administrativas**

**Dramaturgia de la espera:  
El caso del IMSS en Chetumal Quintana Roo**

**TESIS**  
Para obtener el grado de  
**LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**Presenta**  
**Karen Alejandra Medina Canul**

**Directora de Tesis**  
**Dra. Eliana Cárdenas Méndez**

**Chetumal Quintana Roo, México, Octubre de 2011**



## UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de Tesis del programa de Licenciatura y aprobada como requisito para obtener el grado de

### LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL COMITÉ

**Directora:**

---

**Dra. Eliana Cárdenas Méndez**

**Asesora:**

---

**Dra. Ligia Aurora Sierra Sosa**

**Asesor:**

---

**Dr. Martín Ramos Díaz**

**Chetumal Quintana Roo, México, Octubre de 2011**

## **DEDICATORIA**

A Rosa Isais y Socorro Martínez.

## AGRADECIMIENTOS

A los resilientes, interlocutores clave, que tuvieron la disponibilidad para compartir su situación biográfica.

A mi familia: Manuel Alamilla y Marleny Canul cuya fuerza y sombra hacen de esto una realidad.

A mis compañeros y amigos intergeneracionales.

A todos los profesores que contribuyeron en mi formación como antropóloga.

A la Dra. Ligia Sierra, al Dr. Julio Robertos y al Mtro. Julio Teddy, quienes formaron parte del comité de tesis, y especialmente al Dr. Martín Ramos por la sensibilidad, la mirada científica y literaria con la que leyó este trabajo.

Y por supuesto a la Dra. Eliana Cárdenas por: creer en mí, sembrar la inquietud, y el deseo de aprender y comprender. Así como ayudarme a cruzar mis fronteras y enseñarme a amar nuestra sublime y holística disciplina.

# ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN.....   | 1  |
| FRAGMENTOS DE LA COTIDANEIDAD EN LA SALA DE URGENCIAS.....        | 9  |
| Capítulo 1. ANTECEDENTES.....                                     | 11 |
| 1.1 Complejo salud-enfermedad-enfermo.....                        | 11 |
| 1.1.1 Aproximaciones al concepto de Salud.....                    | 12 |
| 1.1.2 De eso que llamamos Enfermedad.....                         | 13 |
| 1.1.3 ¿Quién es el enfermo?.....                                  | 15 |
| 1.2 Antropología clásica en torno a la Salud y la Enfermedad..... | 16 |
| 1.3 El jardín de las ideas.....                                   | 20 |
| 1.4 Genealogía del hospital.....                                  | 27 |
| 1.4.1 Del hospicio al Nosocomio.....                              | 33 |
| 1.4.2 El hospital Novohispano.....                                | 35 |
| Capítulo 2. MARCO CONTEXTUAL.....                                 | 37 |
| 2.1 Transición del Mal de Ojo a la Diabetes Mellitus.....         | 37 |
| 2.2 Quintana Roo.....   | 41 |
| 2.3 IMSS.....   | 46 |
| 2.3.1 La urbe.....  | 51 |

|  |     |
|--|-----|
| Capítulo 3.COORDENADAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....  | 59  |
| 3.1 El problema, la hipótesis y los objetivos..... | 59  |
| 3.2 Vida cotidiana.....                            | 61  |
| 3.2.1 Emergencia.....                              | 63  |
| 3.3 Interaccionismo simbólico.....                 | 67  |
| 3.3.1 La metáfora teatral de Erving Goffman.....   | 69  |
| 3.4 Arqueología cualitativa.....                   | 71  |
| Capítulo 4. ESCENOGRAFÍA.....                      | 77  |
| 4.1 Cotidianeidad vs Emergencia.....               | 87  |
| 4.2 Urgencias, espera y hospitalización.....       | 83  |
| 4.3 La institucionalización del milagro.....       | 89  |
| 4.4 Post Emergencia.....                           | 90  |
| CONCLUSIONES.....                                  | 93  |
| ANEXOS.....  | 97  |
| I.Biografías.....                                  | 98  |
| i.La familia “funcional” a perpetuidad.....        | 98  |
| i.i Vida Bohemia.....                              | 112 |
| ii. Soledad Pocavida.....                          | 119 |
| ii.i Dolores de Pocavida.....                      | 123 |
| iii Este brazo es mío y nadie me lo va quitar..... | 125 |
| iv. El destino es el destino.....                  | 129 |
| iv.i Defecto de fábrica.....                       | 148 |

|   |     |
|---|-----|
| II. Boletín Informativo IMSS.....                 | 156 |
| ii. Tabla de defunciones.....                     | 157 |
| III. Panorama epidemiológico de Quintana Roo..... | 158 |
| IV. Registros gráficos.....                       | 160 |
| BIBLIOGRAFÍA.....                                 | 162 |

## INTRODUCCIÓN

La primera vez que escuché la palabra Antropología, estaba en el camión -de la ruta de Proterritorio-, rumbo a la preparatoria Eva Sámano de López Mateos, un estudiante comentó que su deseo era poder estudiar esa carrera, él parecía muy entusiasmado, en ese entonces no tenía idea de lo que estudia la llamada Antropología. En quinto semestre de la preparatoria llevé mi primer curso de Antropología, recuerdo que en la primera clase el profesor nos habló de los estereotipos, e hicimos un ejercicio en donde teníamos que explicar lo que entendíamos por Antropología, a la hora de la lluvia de ideas un suerte de definiciones descabelladas todas asociadas a la Arqueología hicieron su aparición. Por otra parte los profesionales de la Antropología fueron descritos ataviados con un sombrero, chaleco y botas, como un explorador al estilo Indiana Jones, sin el látigo por supuesto.

El profesor dijo que nuestras ideas eran un reflejo, producto de la cultura hegemónica un estereotipo ajeno al contexto mexicano, y que en concreto los antropólogos en México no visten así. Explicó que el antropólogo mexicano tenía por tradición el uso de ropa étnica, huaraches, morral; y que además se les atribuye el consumo de la mariguana, el peyote, los hongos entre otras plantas psicoactivas. Enfatizó que no necesariamente tiene que ser así, dado que el antropólogo se encarga de estudiar la cultura y el vivir del ser humano, una raigambre anclada en los estudios de corte indígena posibilita que los estudiantes al irse formando valoren la producción artesanal, y no fácilmente se dejen guiar por tendencias, en donde el consumo y la moda son el imperio de lo efímero como lo ha denominado Lipovetsky.

Desde luego no todos los antropólogos externalizan en la ropa estas cuestiones, que te adscriben al arquetipo de la cofradía antropológica.

En el ámbito universitario estos estereotipos los vi reafirmados. Los estudiantes de carreras como Derecho, Economía entre otros nos reconocen o clasifican como “hippie” o “rastafarai”. Sin embargo no todo hippie es

antropólogo, ni todo antropólogo es hippie, en realidad vestimos o usar determinada ropa no nos hace más antropólogos, empero refleja, guardando las proporciones, que no aceptamos con los brazos abiertos el proceso de asimilización social.

Al terminar el semestre me quedé con el concepto de Antropología que por etimología significa el estudio del hombre. El profesor señaló que un antropólogo se debía enseñar para fomentar el respeto a la otredad. Al concluir los dos cursos de Antropología, creí erróneamente que esta disciplina se focalizaba en el estudio de la etnografía de México, y decidí que lo mío iba por ahí. Estaba convencida de que haría mi trabajo de campo con los Rarámuri de la Sierra Tarahumara.

La elección de esta carrera como mi proyecto profesional no ha sido fácil, siempre hay presiones y expectativas; familiares, amigos y conocidos piensan imposible que alguien pueda realizarse como profesional estudiando Antropología; ya que el éxito se mide, por la posibilidad de insertarse con solvencia en el consumo, y el imaginario social apuntala al Derecho y la Medicina como puente hacia esos objetivos. Sin embargo considero que la elección de tú proyecto profesional y el “éxito” no depende de lo que estudias, sino de estudiar lo que te guste, para que estudiar no se traduzca en simplemente venir a la escuela, y te limites a socializar, sino coadyuvar lo académico con la socialización en aulas y zonas de esparcimiento.

Cuando por fin supe que había quedado en la licenciatura empecé a investigar, sólo recuerdo encontrar datos que coincidían con lo llamado “exótico”, en ese momento pensaba en grupos sociales lejanos, muy lejanos, pensaba en lo exótico como algo ajeno. Ya en la licenciatura comprendí, que desde quien observe el otro siempre va ser el exótico, me percate que si bien la antropología estudia los grupos étnicos, los estudios antropológicos no se remiten a una aislada comunidad, el espectro es un océano temático.

Recuerdo que en los primeros años se nos señaló una y otra vez la importancia de despojarnos de la mirada etnocéntrica, y abrirnos a la heterogeneidad, así como que los escenarios para efectuar trabajo de campo son incuantificables.

**A**ctualmente sé que la Antropología es por excelencia la ciencia de los signos, estudia los fenómenos culturales, los cuales son análogos en su estructura al lenguaje y funcionan como códigos; es decir la cultura funciona como un sistema de comunicación y producción de significados<sup>1</sup>. El interaccionismo simbólico plantea como estos significados se construyen en la dinámica social creando su propio corpus de símbolos<sup>2</sup> y significados que utilizan y organizan durante el proceso dialéctico en función de la interacción entre las personas y de las personas con los objetos, estos significados en definitiva no son monolíticos dado que en la interacción con la otredad se modifican.

En Teorías Antropológicas II conocí a la Dra. Eliana Cárdenas, es la profesora con la que más clases tomé –cada que veía su nombre en una clase me inscribía- y aunque muchas veces ni entendía lo que veíamos en clase, siempre incrementé mi capital simbólico, debo aceptar que si no comprendía fue por ausencia de determinación. Puedo decir con entera satisfacción que agradezco haberla conocido, ya que desde esa primera materia, comenzó a jalarme las orejas. Siendo sincera en muchas cosas no seguí sus recomendaciones, las cuales me habrían fortalecido anímicamente, pero sobre todos en mi formación como antropóloga.

Puedo afirmar que la Dra. Eliana le dio el giro a mi perspectiva de la antropología; jamás se me habría ocurrido hacer una investigación en un escenario hospitalario, ni tampoco desde el marco de la antropología simbólica. En cada una de sus clases fue sembrando inquietudes y estimulando mi interés por salir de los temas trillados, aclaro que no menosprecio otras temáticas, porque he aprendido que toda investigación es interesante, sólo depende desde el punto del cual se aborde.

Siempre he tenido dificultad para elegir, mi capacidad de decisión es relajada, en una de sus clases escuché por primera vez el nombre de Erving Goffman teórico que hablada de la dramaturgia de la vida cotidiana, y las máscaras que utiliza el ser humano para presentarse en la vida cotidiana, como el hombre utiliza múltiples disfraces en su cotidianidad, la forma en la que el rol o

---

<sup>1</sup> Lévi-Strauss, C. (2008) Antropología Estructural: Mito, Sociedad y humanidades. México: Siglo XXI.

<sup>2</sup> Cabe señalar que la facultad de representación simbólica es exclusiva del ser humano, ya que requiere el lenguaje.

actuación se modifica según el contexto en el que se encuentre, y cómo el escenario incide en la conducta de los sujetos y cómo es que la interacción le da significado al propio escenario.

Después de una larga y productiva plática con mi directora, se sembró la intención por estudiar la interacción en la sala de urgencias y como la institución hospitalaria influía en la conducta de los pacientes, de aquí se partió.

Al principio estaba muy entusiasmada, dado que es un tema novedoso, pionero en los estudios antropológicos de la UQROO, pero esta investigación se me dificultó. En más de cuatro o cinco ocasiones pensé seria y detenidamente en desertar, sentí que el tema ya no me agradaba, o más bien que era muy complicado, por lo menos para mí; la idea de estar tanto tiempo en el hospital dejó de resultarme amena, nunca me ha gustado ir ni cuando estoy enferma, por lo que me preguntaba ¿cómo voy a pasar poco más de tres meses ahí?

Así estuve oscilando ;hasta me llegué a deprimir! porque pensé que en mi afán por no trabajar en lo mismo, había elegido un tema del que no tenía referencias, y que mi capacidad intelectual no dada para la investigación; o más bien simplemente me había bloqueado, ahora sí, que de tardes negras. Hasta que un buen día con ayuda de una amiga me di cuenta que, podía elegir y decidir, si quedarme o desertar. Ya más tranquila y después de otras conversaciones con mi directora decidí continuar, ella me dijo -así es la investigación ;nunca es trabajo fácil! siempre conté con su apoyo, el tema no fue novedoso únicamente para mí, sino para ambas<sup>3</sup>.

En la elaboración del protocolo decidí que trabajar exclusivamente en urgencias no era suficiente, dado que es un escenario fronterizo, en el que se recibe al derechohabiente para dar atención inmediata y luego lo canalizan al área de hospitalización, al ser ingresado las redes familiares tienen que soportar los horarios y disposiciones de la institución, debido a que de asignar pase permanente al paciente, un familiar debe estar con él las 24 hrs. La emergencia es un evento transitorio, que fractura la cotidianidad, pero está se reestructura; el parto, los síntomas, el accidente, traen consecuencias que resignifican el contexto de los involucrados pero la vida después del hospital continúa y los

---

<sup>3</sup> La Dra. Eliana me acompañó a realizar trabajo de campo para aprender a recabar datos etnográficos.

sujetos se adaptan a su nueva condición. Sin embargo ante esta disrupción nada vuelve a ser igual.

Llegar a la sala de urgencias es un suceso en el que no hay planeación, la emergencia suele ser intempestiva, se presenta en cualquier momento y cada enfermo y/o acompañante interpreta y actúa de acuerdo a lo que Alfred Schtuz llamó situación biográfica, la vida individual depende de la totalidad de la experiencia que una persona construye en el curso de su existencia (Natanson, 2003). En este contexto la pregunta sería ¿Cómo se desarrolla la comunicación en el escenario de la sala de espera entre el paciente y el acompañante? ¿Cómo interactúan las redes sociales frente a la emergencia médica? ¿Cuál es el rol que desempeña el acompañante? y finalmente ¿Cómo se establece la ruptura de la cotidianidad por la emergencia?

La presente tesis responde al producto de la segunda práctica de campo, que se efectuó del 01 de septiembre al 30 de noviembre del año en curso, dentro de las instalaciones del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1 “Lic. Ignacio García Téllez” (clínica del IMSS) en Chetumal Quintana Roo. Esta investigación tuvo el objetivo de caracterizar a los actores, el rol que cumplen y el drama en el escenario hospitalario, así como el proceso de desubjetivización por el que el paciente pasa al ser ingresado y como convulsiona la estructura familiar y se activan las redes que mantienen la subjetividad del hospitalizado.

Se trabajó exclusivamente en dos escenarios: a) la sala de urgencias y b) la sala de espera –área de admisión hospitalaria-, ¿cómo se da el cambio de escenarios?, el motivo de la canalización, así como, los diagramas y estrategias familiares que se tejen entorno a una situación de emergencia médica y lo que significa anímicamente para los allegados.

Teniendo como resultado la reconstrucción de la interacción de los grupos sociales en una situación intempestiva por causas vitales.

A pesar de que el hospital se encuentra en la categoría de espacio público, al intentar formalizar la investigación con la institución, es decir tener una libre estancia, participación y desarrollo de entrevistas, la autorización de la investigación “formal” se me negó, tanto por parte de la delegación y la clínica propiamente. Argumentando que la ropa sucia se lava en casa, y que la

permanencia u observación por parte de alguien ajeno al gremio médico, no sería aceptada, ni bien vista por el personal médico.

Con el paso de los días caí en la cuenta, que establecer el rapport<sup>4</sup> no era tan fácil como esperé, aunque el escenario suele estar saturado y hay una gama de dramaturgias, algunas personas riendo, otras llorando, platicando, simplemente esperando; en general los sujetos no quieren hablar con un extraño acerca de la situación que los trajo al hospital. Si bien están ahí por decisión propia, no es evento planificado, esperado, y mucho menos agradable, salvo en los casos de alumbramiento. Se encuentran mínimo de dos o tres personas, es poco común encontrar a una sola persona esperando a su familiar, los grupos son de seis o más, hay una clara evidencia de la solidaridad ante una situación en la que esté en juego la vida.

La cuestión es que el acercamiento fue muy lento y efímero, apenas unas cuantas palabras, las preguntas semi-estructuradas que tenía en mente no tenían mucha validez estando ahí, lo que hice fue escuchar y dejar que hablaran libremente. Aunque las respuestas eran breves, y sin detalles. Aclaro que estos obstáculos se debieron a que no insistí, no supe como acercarme, ni establecer la tan anhelado empatía.

Sin embargo y a pesar de las limitaciones, la investigación se efectuó en las instalaciones de la clínica, sólo que nunca conseguí el apoyo por parte del pulpo burocrático, que consideré importante, ya que tener el respaldo del hospital podría darme o favorecer mi acercamiento con los derechohabientes, al asignarme un rol que me permitiese ser vínculo u apoyo entre los pacientes y el personal médico.

Para la investigación utilicé herramientas de la metodología cualitativa, la cual no busca números, ni es deductiva, sino que busca las cualidades de un fenómeno, profundizar y escudriñar un pequeño número de casos; producir datos etnográficos, descripciones densas a través de las palabras y el drama observable de los interlocutores, y finalmente reproducir lo más puntal y limpiamente las anécdotas.

---

<sup>4</sup> También conocido como empatía. El rapport es uno de los ingredientes imprescindibles para establecer una comunicación efectiva con los demás.

De la sala de urgencias y espera extraje 4 casos, y los trabajé desde la perspectiva del paciente y un familiar, para poder analizar como la emergencia médica, llámese: enfermedad, accidente, intento de suicidio entre otros cambia la vida cotidiana y reposiciona la vida familiar, la selección se debió en gran medida a la disponibilidad de los interlocutores clave, pero sobre todo elegí casos en los que la biografía se rompió por un suceso intempestivo, disruptivo; que produjo secuelas para toda la vida de los involucrados. Porque si bien el trabajo se centra en caracterizar a los actores, el rol que cumplen y el drama en el escenario hospitalario, este se desarrolló y tuvo por objetivo general caracterizar ¿cómo se establece la ruptura de la cotidianidad por una emergencia médica? En base a esto seleccioné a mis interlocutores clave. Trabajé con dos que padecen enfermedades crónicas, uno que sufrió un accidente automovilístico y una suicida.

La tesis está dividida en cuatro capítulos y un apartado de anexos en donde están las biografías, fotografías y algunos referentes en cuanto a la mortalidad en la República Mexicana y concretamente en el estado Quintanarroense. El derrotero de la tesis se estructura de la siguiente manera:

El primer capítulo está dedicado a los antecedentes, en donde hago una exploración de los autores que han trabajado la temática antes que yo. Contiene dos apartados, el primero tiene por objetivo identificar las investigaciones previas y posicionamiento de la antropología ante el complejo salud-enfermedad y enfermo, así como los significados que orientan y determinan la acción de los enfermos en el campo hospitalario. Y el segundo tiene por objetivo describir la transformación del hospicio hacia el hospital contemporáneo. Es decir intento elaborar una breve genealogía del hospital, hasta su consolidación como escenario exclusivo para el tratamiento de la salud.

El segundo capítulo tiene como objetivo describir el escenario, desde los cambios en los perfiles patológicos, y las causas de muerte a nivel estatal, así como los tratamientos previos y/o complementarios a la incorporación del hospital y en concreto la situación del Hospital General de Zona No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” (IMSS) en Chetumal en donde interactué con el

personal de la institución hospitalaria, los acompañantes y por supuesto los pacientes.

El tercer capítulo tiene por objetivo describir el apuntalamiento teórico de la investigación, desde el paradigma del interaccionismo simbólico acuñado por Erving Goffman, y la fenomenología de Alfred Schtuz, así como la interpretación de los significados y las interacciones de los sujetos; los discursos en torno a la vida cotidiana y la emergencia, la elección de la metodología y el desarrollo *in situ*. Inicialmente parto del planteamiento del problema y mis objetivos, después defino las variables: vida cotidiana y emergencia, para finalmente articular la teoría con la realidad.

El cuarto y último capítulo tiene por objetivo exponer las interpretaciones obtenidas durante el trabajo de campo, el análisis, los resultados y la conclusión del proceso de investigación.

Al final, en el apartado de anexos se encuentran 7 casos biográficos, relatos<sup>5</sup> divididos en dos: la perspectiva del paciente y la de un familiar. Ya que no es sólo el enfermo y/o accidentado, quien sufre las secuelas de dicho evento, sino la familia nuclear en concreto debe organizarse para la mejoría, recuperación y bienestar del familiar en cuestión.

Creo que la novedad de este trabajo consiste en la temática de la ruptura de cotidianidad, es decir el trabajo se centra en la emergencia médica, y en caracterizar los fenómenos y dinámicas que se activan para brindar apoyo al paciente, el cual es instalado en una situación liminal, a la espera del dictamen médico, perdiendo independencia, singularidad y manteniendo su subjetividad a través de sus redes sociales, quizá como propone Eliana Cárdenas, en hacer, paradójicamente camino hacia una Antropología de la Incertidumbre.

---

<sup>5</sup> Excepto el tercer caso, Este brazo es mío y nadie me lo va quitar. Del que sólo tenemos la versión del accidentado.

-¡la inquisición! pero ¿qué le pasa? ¿estamos en pleno siglo XXI! ¿por qué no puedo entrar en short? es absurdo- son políticas, sólo sigo ordenes, -te entiendo pero mi amiga está sola muriéndose de dolor y no hay nadie más para que pase a verla, ella no tiene familia aquí,- lo siento pero tiene que cambiarse,-fíjate que ¡no! ¿dónde está la dirección? y no me grites, ahora sí me jodiste ¡ni en mi casa me levantan la voz!

-afortunadamente lo trajeron pronto, pero no les voy a mentir, su situación es muy crítica, -¿mi papá se va morir?, -¿cuándo vamos a poder verlo?, -todavía no podrán verlo, su corazón sufrió demasiado, ¿conocen ustedes la causa del evento cardíaco?, -es que ha tenido muchas presiones últimamente, -bueno por el momento sólo queda esperar a que reaccione, estamos haciendo todo lo posible, es necesario que alguien esté aquí en todo momento.

-¡cómetela! ¡cómetela! que la noche es larga, y noticias pronto no vamos a tener, -gracias, pero no tengo ni hambre, recién hablé con mi prima, apenas salga del trabajo vendrá, -¿qué ha pasado? -nada ¡aún sigue en urgencias! aún no sabemos nada.

-señorita, buenas noches, -un momento, -sí gracias (...), -su carnet, -no mire lo que quiero es tener informes acerca de, -por ahora no hay informes, ¿qué no ve que estoy ocupada? ¡es cambio de guardia! pregunte en un rato, -¿en cuánto tiempo?, -dentro de una hora o más, -¿qué te dijo?, -lo mismo, -ya ves sólo fuiste a perder tú tiempo, -no queda más que esperar.

-sí buenas noches a mi marido le están doliendo las rodillas, no soporta el dolor, -su carnet, espere a que le llamen, -pero no se puede ni sentarse, -¡espere a que le llamen!

-y ¿qué noticias hay?, -pues seguimos en lo mismo ya van dos veces que vamos a preguntar, ahora nos dijeron que hasta después de las 11, cuando el médico en turno la valore podremos saber, -y ¿qué haremos? Ya tengo hambre, sueño, -que más esperar, por lo menos yo me quedé, Micaela dice que si le dan pase permanente ella se quedará de guardia, pero a ver, sólo queda esperar, -y

---

<sup>6</sup> Notas del trabajo campo otoño de 2010, extractos acerca de la cotidianidad en una sala de urgencias.

¿qué le dijo el médico en su última consulta?, -pues dijo que puede ser prematuro, pueden ser gemelos o estar muy gordo, -pregúntale a Hilario lo que dijo, -¡a ver -que va ser prematura, serán dos y estarán muy gordos! jajajaja, -no manches te pasaste

-Ezequiel Chuc adelante, -ayúdale mijo, -con cuidadito, -¡sí! aquí te esperamos, tú tranquilo, cálmate.

-¿cómo está?, -no sabemos, aún no tenemos noticias, -Dolores fue donde una conocida para ver si ella puede entrar y ver ¿qué está pasando?, -¡me muero con esta angustia! no tenemos ni idea de ¿cómo pueda estar? -mira cálmate, bien sabes que las noticias malas son las primeras en llegar, -es verdad, gracias por estar aquí ¿quién les avisó? -pues Nacho iba para su casa y paso donde el accidente, la reconoció y nos llamó, -el colmo es que ella ni celular llevaba, ahí le prestaron uno y le llamó a su amiga, ya ella me hizo el favor de ir por mí, por cierto ¿qué dijiste en tú trabajo, no tienes que regresar?

-me acaban de avisar, estuve marcándole a mi papá, pero jamás me respondió, ¿y a mí tía alguien ya le avisó?, -se pasan, que les costaba decirle desde el principio, si ella no quería venir ese sería su problema ustedes tendrían que haberle informado, -a mí ni me metas ¡eh!, -es que ¿cómo se les ocurre no avisarnos? -¿qué tiene en la cabeza?, -pero se me hacía bien extraño que no lo veía, bola de mentirosos, que me decían, se fue a Mérida, de ahí no los sacaba, -al menos tú si hablaste con él por última vez, yo ni siquiera pude venir a visitarlo, -el día que yo vine lo vi muy mal, pero como dijeron que ya se estaba recuperándose me la creí, aun no lo puedo creer, -ahora sí ya se quedaron huérfanos, -pobrecitos.

## ANTECEDENTES

**E**ste capítulo tiene dos objetivos: primero exponer una visión somera ante el complejo salud-enfermedad-enfermo e identificar las investigaciones previas y posicionamiento de la Antropología clásica estructuralista en torno a esta temática. Así como los significados que orientan y determinan la acción de los enfermos en el campo hospitalario de donde nace el segundo objetivo describir la transformación del hospicio hacia el hospital contemporáneo, la transición de espacio de apoyo al menesteroso, mujeres, niños, ancianos, enfermos, hacia la atención exclusiva del cuidado y prevención de la salud constituyendo el nosocomio actual, esto para poder ubicar a los actores y el escenario de investigación.

### 1.1

#### COMPLEJO SALUD-ENFERMEDAD-ENFERMO

Los términos de salud y enfermedad son construcciones culturales, que varían en coordenadas espacio-temporales, en términos de Bajtín Cronotípicas. Cada cultura clasifica la salud, la enfermedad, el enfermo y por supuesto el sistema sanitario, dependiendo de su bagaje simbólico. No podemos hablar del binomio salud-enfermedad, dado que es un complejo que involucra diversos estratos y actores de la vida cotidiana, sin enfermo-paciente no pueden existir estos conceptos. Términos que se circunscriben entre dos dimensiones, una orgánica y otra sociocultural.

Por ello es pertinente definir ¿qué se entiende por salud-enfermedad-enfermo y dónde? Los siguientes autores han abordado analíticamente la temática.

### APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE SALUD

La salud sigue siendo uno de los tesoros más preciados, la usencia de ella significa una cierta invalidez parcial o completa. La salud puede vislumbrarse desde dos focos de análisis, el primero de carácter individual y el segundo en lo social. Como científicos sociales sabemos que ambos conceptos son complementarios, la salud más que una noción que le atañe al paradigma médico, es un concepto predominantemente social. A lo postre la salud es el reflejo de la dinámica social en donde interactúan lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad; lo público y lo privado.

Etimológicamente **SALUD** es el estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas sin embargo la no salud no es entendida como la mera ausencia de infecciones o enfermedades, sino como algo positivo que supone para el individuo la recuperación de su anatomía, responsabilidad y el control sobre su propio cuerpo (Rodríguez,1990).

La salud es, además un medio para la realización personal y colectiva, fomenta la seguridad general de la sociedad, es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como un elemento indispensable para la reproducción de la vida social (Frenk, 1993)

La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: “El completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”.

Maglio<sup>7</sup> encuentra tres inconvenientes en esta definición:

- 1) Es utópica “el completo estado de bienestar...” es imposible, al menos en esta vida,2) Es retórica no sirve operativamente para planificar un programa de salud y 3) Es “medicalizante”<sup>8</sup> siendo lo más grave, ya que todo aquello que no sea “completo estado de bienestar”, que es la propia cotidianeidad requerirá un proceso de medicalización.

<sup>7</sup> Francisco Maglio Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica. Disponible en <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/co74/maglio.php>

<sup>8</sup> No es una función de la medicina científica, más bien es un requisito funcional de los sistemas dominantes con el objetivo de control social, a través de funciones de normatividad, disciplinamiento y estigmatización

La salud es un complejo en que se articulan las diversas esferas en las cuales gravita la vida de un ser humano, su funcionamiento biológico, sus ideas, sentimientos, historia, estatus socio-económico y por supuesto su interacción social.

Payan señala que lejos de ver la enfermedad como un ESTADO, debe analizarse como un proceso ya que no sin duda un fenómeno estático. Ese proceso vital que es la salud surge como una resultante de los sucesos nombrados, y se expresa como la sensación de bienestar en la vida que al ser singular e interdependiente no permite que se la reduzca a normas o modelos prefijados.

Los valores "normales" que desde la tecnología, o la biología, sustentan el modelo de salud ortodoxo, se pueden tener como referencias o aproximaciones pero solo como una parte del proceso dialéctico que es la salud, y solo servirán si se evalúan dentro de todo el amplio referente que es el ser humano holístico.

#### 1.1.2

#### DE ESO QUE LLAMAMOS ENFERMEDAD

En el Medioevo, así como en sociedades no occidentales la **ENFERMEDAD** es explicada como castigo, impureza o posesión demoniaca. Algunas de las explicaciones sobre la incubación y desarrollo de dolencias<sup>9</sup> culpan a agentes externos, tales como hechiceros, brujas, fantasmas y/o espíritus ancestrales.

Para la biomedicina la enfermedad responde a reacciones biológicas ante una lesión o cambio que afecta la estructura interna del cuerpo, opera como un hecho científico externo al individuo. La medicina hegemónica conceptualiza la enfermedad como un fenómeno esencialmente biológico e individual, construido como un proceso de adquisición de técnicas y saberes.

Ciertamente la enfermedad incide en el organismo, pero no sólo en el aspecto biológico sino que presenta una triple situación etiológica: física, social y cultural. Por lo que las ciencias sociales cuestionan el paradigma biomédico, ya

---

<sup>9</sup> Desde un punto de vista antropológico es más adecuado utilizar la palabra "dolencia" vista como la condición de falta de salud sentida por el individuo (Flores, 2004)

que la enfermedad tiene una dimensión histórico-social, no se trata de un proceso individual, sino colectivo, la naturaleza social de la enfermedad no sólo se verifica en el caso clínico sino el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos, es decir los perfiles patológicos<sup>10</sup>, cuando alguien cae enfermo se activan las redes sociales para apoyarlo.

La enfermedad es el fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico; y por dolencia un fenómeno subjetivo por el cual el individuo se da cuenta que no se siente bien, y que, consecuentemente, puede tender a modificar su comportamiento normal (Coe, 1973:114)

Actualmente la incidencia de enfermedades infecciosas ha disminuido, por el contrario ha habido una explosión en las tasas de enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, diabetes y accidentes. Cambios que se originan de las condiciones materiales producto de las dinámicas sociales, el patrón social de desgaste y reproducción biológico determina el marco dentro del cual la enfermedad se genera (Laurell<sup>11</sup>, 1981: 2-11). Hoy en día vivimos en la era del estrés, gran parte del dictamen médico encuentra la justificación de muchas patologías en este padecimiento.

Charles Rosenberg, destacó que la enfermedad es una entidad esquiua, que constituye al mismo tiempo un acontecimiento biológico, y una ocasión de legitimar el sistema público; un aspecto del rol social y de la identidad individual, así como, una sanción de valores culturales, y un elemento estructurador de las interacciones médico/paciente (Arrizabalaga<sup>12</sup>, 2000: 71).

La enfermedad es la descripción de un fenómeno vital que se define como un conflicto, como un proceso a través del cual se hace evidente la pérdida o el debilitamiento, la alteración de la capacidad de decisión y ejecución personal. La enfermedad es un locus vitae, que refleja las condiciones materiales sobre las cuales se erige el argumento de la comunidad, a la cual pertenece el sujeto

---

<sup>10</sup> Constituido tomando en cuenta el tipo de patología y su frecuencia en determinado grupo.

<sup>11</sup> Coordinadora de la Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco (México).

<sup>12</sup> Arrizabalaga, Jon “Cultura e historia de la enfermedad”, en Perdiguero, E., y J.M. Comelles (eds) Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina, Barcelona, Ediciones Bellaterra, serie General Universal 8, 2000, PP. 71-79

enfermo, es un espacio vital provocador de preguntas, de dudas, de silencios, de esperas, de reflexión, desengaños e ilusiones.

La enfermedad es una experiencia de dolor y sufrimiento (Boixareu, 2010:216-235). Es un suceso que cruza la biografía humana, que refrenda que la vida no es eterna, y que la muerte es nuestra única certeza, si bien se manifiesta como una breve experiencia<sup>13</sup>, resignifica y trastoca la situación biográfica de los que la padecen.

### 1.1.3 ¿QUIÉN ES EL ENFERMO?

Desde el paradigma biomédico Sanz Ortiz<sup>14</sup> expresa:

Cuando la persona enferma, lo hace de forma integral, no en parcelas ni a plazos. Todos los componentes del ser humano quedan alterados y cada uno de ellos demanda sus propias necesidades. De tal forma que la enfermedad genera síntomas físicos como el dolor; síntomas psicoemocionales como miedo, ansiedad, ira, depresión; necesidades espirituales como sentimientos de culpa, de perdón, de paz interior; y demandas sociales como consideración y no abandono.

El **ENFERMO** puede quedar totalmente despojado, la vulnerabilidad humana se pone ostensiblemente de manifiesto demostrando: debilidad, dependencia, indecisión, y caducidad del ser humano. El status de enfermo lo transforma en actor, protagonista de un espectáculo no deseado<sup>15</sup>.

Parson manifiesta que el rol de enfermo figura como una desviación estratégica, ya que el estar enfermo libera al paciente de sus responsabilidades sociales y no lo culpabiliza de sus faltas y/o errores, teniendo como única obligación el desear mejorar, buscar quien lo cure y seguir cuidadosamente las indicaciones dadas por el médico quien está en capacidad de darle una legitimidad a ese rol, pues no se trata de estar enfermo físicamente, sino de ser socialmente reconocido como tal por una decisión del sistema médico. Sin

---

<sup>13</sup> Es importante hacer hincapié en la distinción entre enfermedad “común” que puede ser grave pero curable, a una crónica y aún más una crónica degenerativa.

<sup>14</sup> Farreras-Rozman ¿Qué es un enfermo? En Medicina Interna

<sup>15</sup> V. Von Weizsacker (1886-1957) introduce la reflexión filosófica en el ámbito de la medicina y entiende que hay una relación esencial entre enfermedad y el itinerario personal del enfermo (Boixareu, 2010: 233)

embargo en muchos casos el enfermo no sólo tiene que cargar con los efectos orgánicos que la enfermedad pueda producirle, sino también con la carga social que genera el colectivo al criminalizar<sup>16</sup> al paciente.

Augé y Zempleni se refieren a la enfermedad como un suceso que desarrolla grandes cargas afectivas e impulsa complejos procesos sociales. Ante la enfermedad las redes sociales se activan ya que la presencia del enfermo implica un gasto y consumo que no es absorbido en su totalidad por él, deberá ser entendido como un gasto colectivo, ya que más que dicotomías sujeto-enfermedad, o diálogos paciente-médico, es hablar de un triálogo, debido a que ante cualquier episodio de enfermedad, se da la presencia de un triángulo formado por los profesional de la salud, la familia y por supuesto el paciente (Kotow, 2005).

## 1.2

### ANTROPOLOGÍA CLÁSICA EN TORNO A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

**Lévi-Strauss** en *El hechicero y su magia*<sup>17</sup> uno de los textos clásicos y célebres que trata la temática desde una perspectiva estructuralista, explica los mecanismos psicofisiológicos<sup>18</sup> de la muerte por conjuro o sortilegio, muerte que transita de lo social hacia lo físico, debido a que una vez que se identifica al individuo como enfermo y/o condenado, se encuentra profundamente persuadido, actitud compartida por familiares y amigos; el individuo es instalado como fuente de peligro, se le aísla y excluye de todas sus funciones sociales, con las cuales se mantenía la identidad del sujeto tomando conciencia de sí mismo. Siguiendo con Cannon explica la manera en la que el fenómeno de muerte social se materializa en el plano fisiológico, partiendo de que el miedo y la rabia intensifican la actividad del sistema nervioso simpático<sup>19</sup>, esta amplificación

---

<sup>16</sup> Algunos familiares culpan al enfermo ya que consideran que se han ganado o buscado la enfermedad, o clasifican el padecimiento como psicósomático.

<sup>17</sup> Lévi-Struss, C. (2001) *El hechicero y su magia* en *Antropología Estructural: Mito, Sociedad, humanidades*. México: Siglo XXI

<sup>18</sup> W. B. Cannon, «"Voodoo" Death», *American Anthropologist*, n,s, vol. XLIV, 1942.

<sup>19</sup> Es estimulado por el ejercicio físico ocasionando un aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, dilatación de las pupilas, aumento de la respiración y erizamiento de los cabellos. Al mismo tiempo,

afectiva pueda causar una desorganización a nivel orgánico en el individuo, por lo que la presencia del hechicero se hace indispensable para reincorporar al sujeto socialmente.

No obstante, se plantea que la eficacia de las prácticas mágicas se articulan en el concepto de complejo chamanístico que tiene tres aspectos complementarios: 1) la eficacia de las técnicas del hechicero, 2) la creencia del enfermo en el hechicero y 3) la confianza del colectivo.

En el apartado de la eficacia simbólica Lévi-Struss hace una comparación del ritual del shamán y el del psicoanalítica aproximando la Antropología y el Psicoanálisis ya que la estructura se instala en el plano colectivo e individual; ofrece un ejemplo publicado por Wassen y Holmer<sup>20</sup> entorno a la cura shamanística entre los indios **Kuna** de la República de Panamá. Muestra el rol de paciente como pasivo y al médico como la parte activa de la tríade, describe la intervención del shamán para ayudar a una mujer a parir, señalando que las mujeres indígenas de América Central y del Sur dan más fácilmente a luz que las occidentales, por lo que la ayuda del shamán se da con poca frecuencia. El shamán durante el ritual elabora un canto en el que narra la lucha entre espíritus contradictorios, pasando de la realidad trivial al mito donde él vincula y reintegra a la parturienta al grupo; la cura consiste en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos y hace aceptable para el espíritu los dolores que el cuerpo rehusaba tolerar. La magia refrenda los significados, orienta el sentido y permite formular lo informulable, resuelve contradicciones y da tranquilidad. Señala que a diferencia del psicoanalista, en esta cura es el shamán quien realiza la abreacción<sup>21</sup>, él es quien crea el mito permitiendo repetir con la misma intensidad un suceso traumático, cura una perturbación orgánica con un método psicoanalítico, llevando a la conciencia

---

se reduce la actividad peristáltica y la secreción de las glándulas intestinales. El sistema nervioso simpático es el responsable del aumento de la actividad en general del organismo en condiciones de estrés. Es especialmente importante durante las situaciones de emergencia y se asocia con la respuesta de lucha o huida.

<sup>20</sup> Nils M. Holmer y Henry Wassen, *Mu-Igala or the Way of Muu, a medicinesong from the Cunas of Panama*, Göteborg, 1947,

<sup>21</sup> Descarga de emociones y afectos ligados a los recuerdos.

conflictos del inconsciente<sup>22</sup>. Esta cura se consigue sin tocar al paciente sólo mediante la palabra.

Lévi-Strauss explica, la manera en la que se reintegra al sujeto a la cotidianidad, es decir cuáles son los rituales con los que se recupera y devuelve al sujeto a un estado saludable, socialmente aceptado.

**Víctor Turner**<sup>23</sup> realizó un compendio exhaustivo entorno a investigaciones previas entre los **Ndembu**, señala que gran parte de sus métodos curativos, son prestamos culturales, es decir cultos importados, hace una división entre los cultos para curar la enfermedad y los que contrarrestan la brujería. Menciona que algunos cultos se caracterizan por la presencia de temblores histéricos, glosolalia y otros síntomas de disociación muy poco gratos de contemplar. Así como el uso de las hierbas curativas, aceite de castor, huesos de perro loco, escarificaciones entre otros. Incluso hay rituales en los que se imita e intenta reproducir la vida del grupo, que se cree ha provocado la enfermedad, como es el caso de los que padecen Tuberculosis, y se asegura que las sombras del otro son la causa del malestar. Para esto el tratamiento consiste en dar al paciente las comidas, usar de la indumentaria, bailar y cantar las canciones de moda, es decir recrear la cosmovisión del patógeno.

No se ha relacionado suficientemente la estrecha relación de las creencias sobre brujería con las altas tasas de enfermedad y mortalidad que afligen a la mayor parte de las sociedades tribales. La enfermedad como la lluvia, presenta frecuentes distribuciones fuertemente localizadas. Los análisis sobre brujería deberían incluir en el futuro estadísticas locales de muertes y enfermedades, ya que es muy probable que el carácter repentino e imprescindible de las afecciones graves explique en parte el carácter azarosamente maligno e inmotivado atribuido a muchos tipos de brujería (Turner, 1980: 125-126)

Los Ndembu conciben la mala salud o la enfermedad como una especie de desgracia, pero no vista como un accidente o infortunio, ya que consideran que toda calamidad o adversidad tiene un origen místico generado por agentes conscientes, los cuales pueden estar vivos, muertos, ser humanos o

---

<sup>22</sup> Eliana Cárdenas profesora-investigadora UQROO: Notas de clase Teorías III primavera 2011.

<sup>23</sup>Turner, V. (1996) La selva de los símbolos: aspectos del ritual Ndembu. México: Siglo XXI

supraindividuales, pero en definitiva alguien tiene que provocar el mal, incluso pueden ser las sombras de los familiares muertos.

Entre las principales causas de la enfermedad encuentran tres grupos las originadas por rencillas, por la violación de una prohibición ritual y las importadas por los blancos.

La brujería o la hechicería suelen estar en el trasfondo de toda enfermedad, causadas por la violación de una prohibición ritual, que queda develada por la naturaleza de los síntomas. El proceso terapéutico está dirigido a dañar la agencia maléfica, más que curar o actuar contra la enfermedad como tal, ya que como vimos este agente consciente es quien provoca el mal, si se logra debilitarlo la salud se recuperará.

Los trabajos de Lévi-Strauss y Turner ejemplifican las diversas concepciones en torno al complejo salud-enfermedad, explican la etiología de la enfermedad caracterizada y categorizada como negativa, y sus métodos terapéuticos para restablecer la positividad, es decir la salud que representa la cotidianidad.

Podemos entender el binomio salud-enfermedad como un complejo holístico, dado que son diversos factores los que influyen o definen el encontrarse en uno u otro estado. La Salud puede ser entendida y ubicada como parte de la cotidianidad, como algo positivo; y la enfermedad como el aspecto negativo. Para llegar a la enfermedad, al diagnóstico como tal, primero se manifiestan algunos síntomas, que indican que algo a nivel orgánico no está funcionando adecuadamente, sin embargo los síntomas suelen ser tomados a la ligera, y en el caso de la enfermedad hasta que el dolor es insoportable los derechohabientes acuden a urgencias. El diagnóstico brinda certezas, aunque el panorama no sea alentador, el saber que se tiene, y las posibles consecuencias, asignan un margen de certidumbre.

A la disrupción que provoca la enfermedad corresponde una respuesta colectiva desde la salud pública (reacción de la sociedad). Los hospitales como expresión simbólica de la legitimidad social representan, los escenarios idóneos para tratar la “patología”<sup>24</sup> de la enfermedad.

Gonzalo **Aguirre Beltrán** habla de los distintos lugares que se eligen para escenificar el drama diagnóstico y terapéutico, mencionando al más común el domicilio del enfermo, y al sacro por excelencia la iglesia; dentro de la medicina hegemónica al consultorio y por último al hospital el cual considera como un lugar neutral, ya que en sus orígenes era un espacio de refugio para el transeúnte que no dispone de parientes o amigos a quienes pedir alojamiento.

El paciente al ingresar como interno al hospital, tiene un rol caracterizado por la forzosa pasividad a la que se le somete, desde el momento de su admisión pierde el vestido, la alimentación acostumbrada, los objetos que forman su medio habitual, los afectos de sus allegados, la oportunidad de cualquier acción discrecional, el poder de tomar la iniciativa en las relaciones interpersonales y finalmente su identidad como persona (Groog, 1963).

**Baber**<sup>25</sup> menciona que en el mundo occidental el **hospital** es el espacio privilegiado de la atención de la enfermedad, constituye un núcleo central para los análisis de los procesos salud-enfermedad. Sin embargo los estudios antropológicos en hospitales, y en particular, las etnografía hospitalarias son relativamente escasas, tanto en la producción local e internacional. Entre los posibles motivos del poco entusiasmo mostrado por los antropólogos para este tipo de estudios se ha señalado las dificultades que suele presentar el ingreso a

---

<sup>24</sup> Estudio del sufrimiento o daño, en medicina es la parte encargada del estudio de las enfermedades. Por su parte la nosología es el estudio/descripción y sistematización de la enfermedad.

<sup>25</sup> Licenciada en Ciencias antropológicas. Doctorada del Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Profesora adjunta interina carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. email: [nelidabarber@hotmail.com](mailto:nelidabarber@hotmail.com)

una institución hospitalaria con el fin de llevar a cabo una investigación antropológica (Van der Geest y Finkler, 2004).

En este sentido, algunos autores (Mathews, 1987, citado en Shahaduz, 2004; Van der Geest, 1989) han señalado dos razones que estarían en la base de esta dificultad: las resistencias de los médicos a ser observados en sus prácticas y a que éstas sean analizadas o revisadas críticamente por "extraños" a su campo profesional, cuestión señalada ya por Friedson en 1970 y el control ejercido ya sea por los comité de Ética y Docencia, o de modo más informal por los médicos, sobre el acceso a los potenciales entrevistados y a determinadas áreas o información, en virtud de la existencia de unidades con cierta autonomía en la estructura organizativa que suelen tener los hospitales.

La institución hospitalaria, entendida como una comunidad de relaciones, admite múltiples enfoques en el análisis de las mismas. Es un marco de relaciones binomial basado, en gran medida, en principios de derechos y deberes, en dar y recibir cuidados y curación en salud-enfermedad. El paciente está en el hospital para ser curado, es decir para que se le hagan las cosas, no para hacerlas, al estar hospitalizado se tienen que acatar las instrucciones del personal, ¿qué, cómo y a qué hora? según el itinerario indicado por sistema médico.

El teórico Michel **Foucault** se interesó por saber cómo se había institucionalizado la mirada médica, señala que su nacimiento tuvo su nacimiento bajo el principio de la observación centralizada: evitar contactos, contagios, amontonamientos y así asegurar la ventilación y circulación del aire. Este escenario debía ofrecer una vigilancia global e individualizante. En esta época los proyectos nuevos coincidían con el dispositivo de Bentham "el panóptico"<sup>26</sup> el cual postulaba que siguiendo su modelo, sólo sería indispensable colocar a un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda: a un loco, a un enfermo, a un reo, a un obrero o un escolar. Se da una reivindicación en la arquitectura, acorde al contexto; población, salud y urbanismo. Hablar de una historia de los

---

<sup>26</sup> En palabras de Foucault una utopía programada.

espacios, es hablar de una historia de los poderes. Señala cuatro grandes procesos a través de los cuales la práctica médica deviene:

- 1) Aparición de la autoridad médica, con poder de decisión en materia social y política;
- 2) apertura de un campo de intervención distinto de la curación de enfermedades: la sanidad;
- 3) desarrollo del dispositivo hospitalario como apartado de medicalización colectiva; y
- 4) introducción de mecanismos de administración y control médicos (Foucault, 1974)

En 1979 **Zerubabel** realizó un estudio dentro del marco clínico, sin enfocarse en el proceso salud-enfermedad; dirigió sus observaciones a un sólo aspecto de la vida del hospital, “el tiempo”. En este estudio reveló los diferentes patrones y actividades en función de los turnos y de acuerdo al día de la semana; por ende los cambios de atención que brindaba el personal de enfermeras y/o médicos, omitiendo la historia del hospital, su reputación, la calidad del cuidado entre otros (Hammersley, 1994:61).

Augusto **Pérez** y su equipo de trabajo se basaron en el Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC) y lo aplicaron en una sala de emergencias, arrojando que un porcentaje alto de los casos atendidos están relacionados con el consumo abusivo de sustancias psicoactivas (SPA), así como las secuelas que éstas adicciones producen y a su vez generan un gasto financiero que quizá pudiese canalizarse a fines por situaciones involuntarias. Muchos de los casos atendidos se deben accidentes automovilísticos, en los que el conductor estaba bajo el influjo de alcohol y otras drogas.

**López Cisneros** en su investigación en torno a la IRC<sup>27</sup> describió el requisito universal de autocuidado, mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social del adulto con estancia hospitalaria prolongada, concluyendo que el Mantenimiento del Equilibrio, entre la Soledad y la Interacción Social (MESIS), como tal solo lo presenta un pequeño porcentaje, es decir perciben la soledad como una experiencia positiva.

---

<sup>27</sup> Insuficiencia Renal Crónica, es una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales, los cuales pierden la capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar electrolitos en la sangre.

**Pintado** estudió el sistema del cuidado de la salud, los factores ambientales en el equilibrio entre la soledad y la interacción social. El apoyo de la familia y/o los amigos da certeza y seguridad, cuando el paciente hospitalizado permanece por varios días, y se le recomienda reposo total, necesita la compañía de una familiar o amigo de confianza, ya que al requerir ayuda para bañarse, hacer del baño, comer entre otros, dificulta el proceso de recuperación al no sentirse a gusto al pedirle ayuda a alguien con quien no se siente cómodo, el esfuerzo y no cumplir con las recomendaciones puede afectar física y emocionalmente al paciente, y prolongar la estancia en el hospital, desde luego se genera un sentimiento de impotencia por no desarrollar actividades de la vida cotidiana sin molestia

**Briones**<sup>28</sup> en su estudio acerca de la muerte materna, realiza la investigación en dos hospitales: el Hospital General de Ixtlahuaca ISEM y en el Hospital de Ginecoobstetricia IMSS en el Estado de México, este trabajo tuvo por objetivo mostrar el cambio observado en la mortalidad materna, paralelamente a los cambios de administración y política pública en salud, contrastándolos con resultados obtenidos en los dos últimos años de desempeño de las dos unidades médicas antes mencionadas, teniendo como resultado que las principales causas de la muerte materna son: la eclampsia, hemorragia e hipertensión arterial, este trabajo se realizó desde un enfoque cuantitativo, valiéndose de datos duros obtenidos en las instituciones sanitarias, sin contacto directo con los pacientes. El autor analizó los resultados de las instituciones para después emitir un juicio.

En un trabajo de 1984, **West** argumenta que la relación asimétrica entre los médicos y el paciente, es invertida cuando es una mujer la que ocupa el papel de médico. Para la investigación usa el método cualitativo usando la transcripción de cintas audio grabadas en el momento en que tenía lugar la cita clínica. En este trabajo sostiene que los médicos hombres interrumpen mayor número de veces a sus pacientes que al revés. En cambio, cuando el doctor es una “dama” los hombres pacientes interrumpen un mayor número de veces en las

---

<sup>28</sup> Jesús Carlos Briones Garduño Los paradigmas en la muerte materna  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2010/ti104f.pdf>

conversaciones de estos encuentros. Con lo anterior West sostiene la tesis de que la identidad de género interviene en la relación médico-paciente, por ello la definición de la situación esta acotada por la etiqueta del género. En general la investigación guarda parentesco con el modelo de crisis al considerar al proceso interaccional como parte de la asignación de atributos sociales deseables o indeseables.

Con énfasis en la teoría fundamentada<sup>29</sup>, Katharine **Charmaz** (1983) encuentra que la experiencia de la enfermedad crónica<sup>30</sup> en individuos de clase media estadounidense está mediada por el impacto que generaban la comunidad, los amigos y familiares en que se desenvolvían cotidianamente. La manera de atenderse estaba determinada por la transformación del *self*, por el aislamiento social, los procesos de desacreditación y las constricciones de que eran objeto. La familia actúa como soporte importante para el cumplimiento de la prescripción médica, pues contar con el apoyo de los suyos facilita el camino para enfrentar la enfermedad. Al vivir con la enfermedad, se tiene que generar una amistad y aprender a sobrellevarla dado que no tiene cura lo mejor es buscar adaptarse y estar informado, por supuesto que el rol de los familiares es indispensable, ya que los cuidados no cesan, a veces el enfermo se deprime y quiere dejar los tratamientos pero la familia brinda el apoyo y motiva al paciente para continuar luchando contra la enfermedad.

**Quero**<sup>31</sup> en su investigación el trabajo de los cuidadores en familiares hospitalizados tiene como propósito delimitar un espacio de encuentro que favorezca el establecimiento de “alianzas terapéuticas”<sup>32</sup> entre familiares y

---

<sup>29</sup> "Es una metodología de análisis, unida a la recogida de datos, que utiliza un conjunto de métodos, sistemáticamente aplicados, para generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva. El producto de investigación final lo constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es el objeto de estudio". Virginia Carrero P (2002). La teoría fundamentada enfatiza el descubrimiento y el desarrollo de una teoría y no se basa en un razonamiento deductivo apoyado en un marco teórico previo. La teoría se desarrolla durante la investigación y esto se logra mediante una continua interpelación entre el análisis y la recogida de datos. Strauss señale que la teoría fundamentada es leída, a través de sus “descubrimientos” y se construye a partir de la interacción entre el investigador y los datos que la sustentan.

<sup>30</sup> Son aquellas que no tiene curación, pero que necesitan un control adecuado, para no presentar efectos graves en el desarrollo de las mismas.

<sup>31</sup> Quero Rufián, Aurora: Los cuidadores en el hospital Luis de Alda de Granada (Tesis de Doctorado) España, 2007.

<sup>32</sup> Es el grado de relación positiva entre el consumidor y la enfermera. Su objetivo es promover la satisfacción del usuario (Alfaro, 2003)

personal médico. Apoyándose en la teoría del cuidado, manifiesta que el ser humano nace y muere en un proceso de cuidado continuo, siendo indispensable el rol del familiar como cuidador en el proceso de rehabilitación del paciente, ya que la institución sanitaria tiene el objetivo de curar no de cuidar; la parte sentimental le corresponde a la familia. Esta autora hace énfasis en que el protagonismo recae en el género femenino, rol que históricamente se ha asociado a la reproducción y el cuidado; teniendo como antecedente el cuidado de los niños y ancianos.

Su Tesis gira en torno al costo que se ahorra la institución y la remuneración que deberían recibir por su trabajo los cuidadores, ya que al volcar su tiempo, dedicación, y sentimientos en el mejoramiento del paciente, subordinan su rol original. Menciona que la familia constituye un sistema formado por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan de tal modo que cualquier cambio o interacción en uno de ellos repercute en todos los demás. Aparece el costo invisible de la enfermedad y las cargas sobre la cuidadora familiar, las horas de trabajo pérdidas, el tiempo de ocio no disponible, la necesidad de contratar a terceras personas, la ansiedad por la responsabilidad de los cuidados y otros costo tangibles e intangibles.

La enfermedad origina una crisis familiar, y debe contar con el apoyo de las instituciones y del personal sanitario (Santos, 1991) la autora dice que cuidar no es únicamente gastar dinero, sino conlleva un sufrimiento para la familia, por lo que precisa la construcción de una red potente de apoyo social. Esta sobrecarga tiene numerosas secuelas en las cuidadoras, estrés, deterioro de la calidad de vida, disminución de las expectativas de desarrollo personal, profesional, el aumento de los problemas de salud, mayor consumo de medicamentos así como el abandono propio del autocuidado (Álvarez y Aguilar, 2002). Las necesidades básicas como el ocio y el descanso se minimizan.

En palabras de Fengler y Goodrich (1979) el cuidador es un “paciente oculto” que precisa de un diagnóstico precoz de su patología e intervención inmediata antes de que el deterioro sea difícilmente reversible. Quero hace hincapié en la importancia de la división del rol de cuidador ya que el desgaste

físico y mental es incuantificable por lo que la construcción de un sistema de apoyo entre familiares y amigos se vuelve una necesidad para que nadie atraviese esa experiencia en soledad (Furman, 2001). Señala que el sistema formal de cuidados (institución hospitalaria) debe involucrar al sistema informal (familia) ya que el cliente de los cuidados no es únicamente la persona hospitalizada, mostrarse sensible a la carga de los cuidadores, darles soporte y parte activa en las decisiones. La hospitalización ejerce un papel que detona una alteración en el entorno familiar, ya que al ingresar el enfermo, en ese mismo momento ingresa un familiar. Ante este acontecimiento es menester adaptarse, aunque es más profunda y genera más contrastes cuando el familiar procede del ámbito rural, ya que se ve obligado a permanecer día y noche dentro de la institución médica, condicionado por la evolución de la enfermedad y por la fragmentación del grupo familiar.

Para la investigación utiliza la Teoría fundamentada la cual es sustentada mediante datos empíricos, siguiendo un procedimiento de análisis inductivo, Strauss<sup>33</sup> señala que esta teoría es leída a través de sus “descubrimientos” y se construye a partir de la interacción entre el investigador y los datos que la sustentan. Desde la perspectiva del interaccionismo, pretende conocer el significado y la naturaleza de las interacciones en el hospital, los símbolos se utilizan y organizan durante el proceso dialéctico entre las personas y los objetos que las rodean, es decir es en función del escenario el rol que desempeña, y a su vez el escenario se resignifica en la interacción. Parte de la hipótesis de que la solución a los problemas de salud, o sea curar y cuidar, está basada en la armonía de la relación entre los que curan y los que cuidan; la interacción entre ambos, tanto en el plano verbal como no verbal, está repleta de significados.

Comelles investigó las relaciones entre práctica médica, autoatención, atención institucionalizada y religión en el servicio de quemados, de un hospital de Madrid (1991), posteriormente en Barcelona y Galveston (1993-1998). Demuestra que en plena posmodernidad la presencia de la religión es de vital

---

<sup>33</sup> Anselm Strauss fue un sociólogo estadounidense, quien trabajó en el campo de la sociología médica. Es conocido por ser el co-fundador de la teoría fundamentada.

importancia para la recuperación, cuando no está en manos del hombre, desde luego el milagro se le encomienda a Dios, y cuando hay una notable mejoría en el hospitalizado, la labor médica se ve subordinada ante la oración y eficacia de la gracia divina.

Las investigaciones anteriores permiten explorar dos ejes primordiales en los procesos salud-enfermedad: la adjudicación de etiquetas según la definición de la situación de la enfermedad, que tiene como escenario el hospital; y el conjunto de respuestas de la persona enferma ante los nuevos escenarios que amenazan la normalidad de su vida cotidiana.

#### 1.4

#### GENEALOGÍA DEL HOSPITAL

Realmente existían sólo dos motivos a los que se pudiera apelar la fundación de un hospital: filantropía y protección. Nadie pensaba en un hospital para pacientes privados, tales instituciones eran sólo para los pobres, los desprovistos de hogar y los extranjeros. Además estaban los locos, que si se internaban serían menos peligrosos para la comunidad (Ranson: 1943,528)<sup>1</sup>

Coe en Gallent<sup>34</sup> menciona que para una comunidad disponer de un hospital es uno de los recursos de mayor importancia, destinado a brindar servicios que devuelvan la salud. En la actualidad se ha convertido en un espacio para la rehabilitación física, donde los ancianos pueden reponerse y el escenario protagónico cuando se presenta una crisis vital. El hospital moderno es un centro de aprendizaje y de investigación científica de las enfermedades. En el sentido sociológico es una gran y compleja organización, con una jerarquía de status y roles, derechos y obligaciones, actitudes, valores y fines. Afirma que no se puede comprender adecuadamente la estructura social del hospital, sino se le sitúa en

---

<sup>34</sup> Gallent, Mercedes, Historia e historia de los hospitales, Revista d' Historia Medieval 7, págs. 180-181. Disponible en <http://centros.uv.es/web/departamentos/D210/data/informacion/E125/PDF166.pdf>

su perspectiva histórica<sup>35</sup>. Las instituciones hospitalarias como espacios socio-sanitarios son una construcción social.

La etimología de hospital proviene del latín hospes, "huésped" o "visita", así como de "hospedador". De hospes derivó hospitalia, "casa para visitas foráneas". Posteriormente hospitalia se transformó en hospital para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos.

A lo largo de la historia el término hospital ha variado, su nacimiento está vinculado a brindar apoyo a los menesterosos, eran centros de acogida donde se ejercía la caridad a personas pobres, enfermos, huérfanos, mujeres desamparadas, ancianos y peregrinos.

Entre los hindúes la literatura relata que en el siglo VI a C. Buda nombró un médico por cada diez aldeas y construyó hospitales para los inválidos y los pobres; por su parte su hijo, Upatiso, construyó refugios para los enfermos y las mujeres embarazadas. Los médicos egipcios fueron probablemente los primeros en usar drogas tales como alumbre, menta, aceite de castor y opio (Turnes, 2009:4-6)<sup>36</sup>. El tratamiento médico era usualmente dado en el hogar. La terapia fuera del hogar era dispensada en los templos, los que funcionaban como hospitales por ser también centros de curación por la fe<sup>37</sup>.

En Grecia los templos de algunos dioses destinaron una sección como casas refugio para enfermos y la enseñanza de la medicina, sus prácticas médicas eran abundantes en misticismo y superstición, para ellos las serpientes eran sagradas y encerraban poderes mágicos, por lo que jugaron un importante papel en el tratamiento del enfermo. Se rendía culto a Apolo como al dios al que se le atribuye la enseñanza del arte de curar. Su hijo Esculapio fue un alumno de Quirón, el más sabio de los centauros, aprendió tan bien el arte de la curación, que llegó a resucitar muertos, lo que provocó la ira de Zeus, quien lo fulminó con un rayo. El símbolo de la Medicina, el bastón con la serpiente enroscada, se hereda de esta mitología.

---

<sup>36</sup> Turnes, Antonio: Historia y evolución de los hospitales en las diversas culturas, 2009: 21-25. Disponible en <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>

<sup>37</sup> La enseñanza de la Medicina comenzó siendo un arte o vocación relacionada con lo mágico-religioso.

En los templos atendían los asclepiades, sacerdotes que practicaban el arte de la curación. En la isla de Kos, un asclepiade llamado Hipócrates<sup>38</sup>, contribuiría a la historia de la medicina y la educación médica de una manera que perdura en el tiempo. Es posible que en esa época, la medicina desvinculada de lo divino, haya sido una corriente importante, paralela a la ligada a los sacerdotes. Hipócrates logró imponer la idea de la enfermedad como un fenómeno natural, susceptible de ser observado y analizado racionalmente. Comprendió que la cicatrización era parte del proceso natural de enfermedad (Palma<sup>39</sup>, 2009). Planteó que el desarreglo de uno o varios de los cuatro humores, sangre, flema, bilis y atrabilis, podía ser armonizado por el médico, mediante intervenciones oportunas, basadas en la experimentación observada (Turnes, 2009).

Komyo, emperatriz devota, consagró un enorme templo, para la asistencia pública, contaba con un orfanato, un hospital y un dispensario para indigentes (730). Tal fue la primera institución para enfermos que existió en el Japón<sup>40</sup>. Los persas tenían casas de enfermos, llamados maristán o bimaristán, donde se asistía a los enfermos y se practicaba la docencia. El más grande y mejor dotado de los hospitales musulmanes fue el fundado en Damasco en 1160 y el del Cairo en 1276<sup>41</sup>.

Las dinámicas religiosas fueron la principal influencia para el establecimiento de hospitales durante la Edad Media, bajo el fundamento de dos nociones y valores centrales de la espiritualidad cristiana: la caridad y la enfermedad. Agrini y Crisciani<sup>42</sup> definen al hospital medieval como el espacio instruido para realizar concreta, pública y gratuitamente la obligación de la

---

<sup>38</sup> 400 a.C. Hipócrates de Kos (460-377), se impone a la medicina mítico-religiosa de la época, introduciendo a la medicina técnica: es decir, con un fundamento etiológico o basada en la observación. Es autor de un código ético conocido como “juramento hipocrático”. La llamada “escuela hipocrática” refleja su pensamiento y punto de vista constituyendo el “corpus hipocraticum”

<sup>39</sup> Palma, El hospital público campo clínico. Disponible en [http://elpulso.med.uchile.cl/26112007/el\\_hospital\\_publico\\_campo\\_clinico.pdf](http://elpulso.med.uchile.cl/26112007/el_hospital_publico_campo_clinico.pdf)

<sup>40</sup> Laín Entralgo, Pedro: Historia Universal de la Medicina. Tomo 1. La Medicina en el Antiguo Japón. Período Nara. En Turnes, Antonio: Historia y evolución de los hospitales en las diversas culturas, 2009: 21-25. Disponible en <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>

<sup>41</sup> *Ibíd.* 10.

<sup>42</sup> Gallent, Mercedes, Historia e historia de los hospitales, Revista d’ Historia Medieval 7, págs. 183 Disponible en <http://centros.uv.es/web/departamentos/D210/data/informacion/E125/PDF166.pdf>

caridad<sup>43</sup>. El hospital que funcionaba en Europa no se había concebido para curar, sino como espacio de reclusión al pobre, visto como sinónimo de peligro y posible portador de enfermedades.

El decreto de Constantino en 335 d. C. clausuró el culto a Esculapio y estimuló la construcción de hospitales cristianos, muchos fueron erigidos por romanos ricos recién conversos, esto en pro de las doctrinas predicadas por Jesús. Estas instituciones eran eclesiásticas, no instituciones médicas.

La función del hospital era dar asistencia material y espiritual a los necesitados, con precaria asistencia médica. El aislamiento físico se caracterizaba por brindar alivio, con insipientes técnicas para curar al enfermo, ponderaba el deseo de caridad hacia el prójimo. Este espacio privilegiaba la salvación personal de quien brindaba el cuidado, el personal no estaba destinado a curar al enfermo sino a conseguir su propia salvación era un centro destinado a morir, mientras más muertos, mayor puntaje a favor de los que cuidaban al desahuciado, intentar curar al enfermo requería más tiempo debido a que el personaje ideal no era el enfermo al que había que curar, sino al pobre moribundo. El cristianismo fue ganando renovado ardor en Europa y encontró expresión en un gran movimiento de hospitales que se originó en el siglo IX. Una cantidad de órdenes religiosas crearon “hospicios”, o albergues para viajeros y enfermerías, junto a los monasterios, para proveer de comida y refugio a los agotados viajeros y peregrinos.

Estos espacios privilegiaron su atención a la restauración de la salud del alma, buscaban la comunión con Dios, no intervenir el cuerpo. La peste y la enfermedad eran más potentes en la derrota de los cruzados que las espadas de los Sarracenos. Un cuerpo de cruzados organizó los Hospitalarios de la Orden de San Juan, que en 1099 estableció en la Tierra Santa un hospital capaz de dar atención para 2.000 pacientes. Caballeros de esta orden tomaron personalmente a su cargo el servicio a los pacientes y a menudo sostuvieron ellos mismos que el enfermo debía tener alimento y cuidado médico. Durante años estas

---

<sup>43</sup> La caridad, no tenía su origen sólo en paliar las necesidades del pobre sino también controlar sus posibles desmanes, mantener la estructura ordenada de la sociedad y dentro de ese contexto conseguir la salvación eterna.

instituciones fueron los mejores ejemplos de los hospitales de este período. La Orden de San Juan ha sobrevivido a través de los siglos y es conocida en Inglaterra ahora como el Cuerpo de Ambulancias de San Juan. El primer hospital inglés, de San Juan, construido en York en 1084, fue fundado durante los tempranos años de este movimiento hospitalario. De lejana y rica influencia fue la fundación en Berlín en 1070 del Hospital del Espíritu Santo, un precursor de otras construcciones más tardías bajo el mismo nombre.

Un activo período para el crecimiento de los hospitales vino durante fines del siglo XII y comienzos del XIII, cuando varios países en Europa comienzan a construir refugios para los enfermos. El estímulo más directo fue aportado por el Papa Inocencio III, que en 1198 urgió que los hospitales del Espíritu Santo fueran soportados por la ciudadanía de las más importantes ciudades. Él sentó un ejemplo fundando un hospital modelo en Roma, conocido como el Santo Spirito in Sassia, construido en 1204, el cual sobrevivió hasta 1922, cuando fue destruido por el fuego. En Roma, otros nueve hospitales fueron fundados poco tiempo después de completar la construcción del de Sassia, y se ha estimado que solamente en Alemania 155 ciudades tenían hospitales del Espíritu Santo durante los primeros tiempos de la Baja Edad Media. El papado ayudó a obtener recursos por un impuesto sobre cualquier artículo de comercio en cada ciudad.

Con la expansión de la lepra durante los siglos XII y XIII, los lazaretos<sup>44</sup> proveyeron facilidades hospitalarias adicionales. Éstas eran estructuras toscas, usualmente construidas en las afueras de las ciudades y mantenidas por segregación de los leprosos condenados al ostracismo<sup>45</sup> en lugar de hacerlo para su tratamiento. Los pacientes eran cuidados por grupos especiales de asistentes, miembros de la Orden de San Lázaro. En Inglaterra y Escocia había al mismo tiempo alrededor de 220 y en Francia alrededor de 2.000, de estos lazaretos.

---

<sup>44</sup> Lucas 16:20: Había también un mendigo llamado Lázaro, que estaba echado a la puerta de aquél, lleno de llagas.

<sup>45</sup> Fórmula o método por el cual se podía desterrar durante un cierto tiempo a un ciudadano no grato o peligroso para el bien común. La palabra griega *οστρακισμος* (*ostrakismos*) significa exactamente "destierro por ostracismo". La palabra *οστρακον* (*ostrakon*) quiere decir cáscara de huevo, caparazón de tortuga, caparazón en general, incluso las que están hechas de barro. También se refiere a un trozo de terracota en forma de concha donde se escribía el nombre de aquellos ciudadanos de la antigüedad que serían desterrados después de una votación.

El Hôtel Dieu de París, fue probablemente uno de los mejores hospitales de la Edad Media. Reconstruido en un nuevo lugar a comienzos del siglo XIII, fue provisto con cuatro salas principales para pacientes en diversos estadios de enfermedad, así como uno para convalecientes y otro para pacientes de maternidad. Ilustraciones de artistas contemporáneos muestran que dos personas generalmente ocupaban una cama. Pesados cortinados colgados de doseles ocultaban la cama para darle privacidad, pero esta ventaja era más que compensada por el hecho de que las telas, nunca lavadas, expandían la infección y evitaban la libre ventilación. Enormes fogones y estufas de carbón vegetal suministraban calor a las habitaciones, y había cantidad de mantas de lana cubriendo las camas, que eran necesitadas por los pacientes que usualmente no tenían ropas excepto turbantes de lino. Las prendas de los enfermos eran guardadas en un cuarto cerrado, donde ellas eran limpiadas, arregladas y retornadas inmediatamente antes de su partida. En caso de muerte las pertenencias del fallecido eran dadas a sus parientes si ellos las reclamaban. Esta práctica permanece vigente en el hospital contemporáneo, ya que al ingreso de la institución te desprendes de tus objetos personales, empero el allegado es quien recibe las pertenencias.

La organización de servicios en el Hôtel Dieu era similar a la de los hospitales modernos. Cada departamento tenía un jefe. Alguien compraba los alimentos, otro era responsable por las drogas, una hermana tenía a su cargo la lavandería, y otra miraba que se hicieran los vendajes. A pesar de que este hospital contó con una administración notable, la mayoría de los hospitales de esta época se encontraron en situaciones paupérrimas, provocando muchas veces la propagación de infecciones y deterioro en pacientes, ya que no existía un control de sanidad apropiado, era común despertar con un muerto a un costado.

#### 1.4.1 DEL HOSPICIO AL NOSOCOMIO

El hospital como objeto histórico presenta múltiples aristas, desde sus inicios tuvo como eje central el apoyo al necesitado, a través de la historia la sociedad ha aceptado el cuidado del enfermo como una responsabilidad comunitaria, por lo que ha creado diversas instituciones para proporcionar estos servicios, la caridad aparece profundamente arraigada en la dinámica social fundamental para el nacimiento del hospital. El hospital como espacio terapéutico es un concepto relativamente moderno que data de fines del siglo XVIII, alrededor de 1760, se crea una conciencia de que el hospital puede y debe ser un espacio destinado a curar al enfermo (Foucault, 1978:20).

La aparición del hospital, además de un centro de beneficencia, debe ser entendido como un espacio de segregación social (Laín, 1992). Terrada explica que la concepción negativa de la pobreza, valorada como una amenaza y peligro para la sociedad influyó en la represión de la mendicidad aspecto común de la política de las ciudades europeas. La autora puntualiza que a partir del siglo XV se inicia un proceso de separación en lo que fue el hospital medieval, la creación de dos instituciones diferenciadas: el hospital *sensu stricto* destinado a la asistencia de enfermos, y los albergues para pobres (Piñero, 1979). A mediados de este siglo se produjo una verdadera medicalización de los centros hospitalarios, siendo así partir de esta época se da el tránsito de este espacio destinado exclusivamente a la promoción de la salud.

Foucault afirma que el hospital se transformo no por una acción positiva sobre el enfermo, sino con el fin de anular los efectos nocivos del desorden que ocasionaba, ya que era visto como un foco perpetuo de propagación de enfermedades. En el período de 1780-1790 esta institución además de ser un lugar de cura, se destino a la formación médica, permitiendo registrar, capacitar y acumular conocimientos.

Laín<sup>46</sup> elaboro un modelo en el cual manifestaba que la asistencia médica se diversificaba en tres niveles uno para cada estrato social. Los poderosos contaban con sus médicos probados, los grupos intermedios recibían asistencia domiciliaria, y las clases más desprotegidas eran las que acudían a los hospitales. Esto evidenciaba que el hospital había sido legitimado como un espacio de mendicidad, para el pobre<sup>47</sup>, el enfermo y el desvalido.

Actualmente se reconoce socialmente al hospital como la institución central de la atención médica, independientemente del status social y económico del enfermo. Sin embargo, hasta hace poco tiempo, mucha gente intentaba no ser internada en un hospital en especial si estaban enfermos: el hogar era donde el enfermo debía ser tratado, y los hospitales estaban asociados con el pauperismo y la muerte (Granshawn, 1989) en (Terrada, 1990:195). Aunque la asistencia domiciliaria sigue siendo objeto exclusivo de la clase alta, los hospitales ya no son sólo para el pobre, sino para todo aquel que desee atención médica y tratamiento, es el escenario central de recuperación de la salud primordialmente.

Cuando el hospital se institucionalizó como un espacio para la curación, fue posible implantar mecanismos para el tratamiento de las patologías, que con anterioridad habían sido tan frecuentes, y que hasta el siglo XVIII los hospitales no habían cumplido ese rol al propagar más enfermedades que curar.

---

<sup>46</sup> En Terrada María, El hospital como objeto histórico, acercamientos a la historia hospitalaria. Revista d'História Medieval 7, pág. 194

<sup>47</sup> La pobreza es un locus vitae en el cual se desarrolla “la mala salud”, entendiendo que las causas de aquella son diversas: políticas, educativas, culturales, económicas... como las causas de la salud y la enfermedad. La pobreza es una enfermedad social que es vivida como tal por las personas afectadas. No sólo comporta dolor físico (hambre, trabajo) sino también moral (dependencia, falta de recursos). (Boixerau, 2000:220)

## 1.4.2

**HOSPITAL NOVOHISPANO**

En el contexto del dominio colonial y de las frecuentes y mortíferas epidemias, aparecen los hospitales en la Nueva España como centros de curación y ejercicio de la beneficencia, paralelo al objetivo de evangelizar a los grupos étnicos política e ideológicamente. Mantener una población sana era de vital importancia, ya que formaban el esqueleto de fuerza laboral<sup>48</sup>.

El modelo de hospital transferido a la Nueva España incorporaba ideas renacentistas, pero mantenía el carácter de las hospederías medievales, recibiendo a pobres, enfermos y necesitados, brindándoles alimento, cuidados médicos y asistencia religiosa.

Los primeros hospitales en México fueron fundados por el propio conquistador Hernán Cortés hacia 1523. El hospital de la Purísima Concepción de Nuestra Señora (hoy llamado de Jesús) inició sus labores para la atención de españoles, sin embargo debido a la situación sanitaria terminaron aceptando a los indios, exceptuando a los sifilíticos y leprosos. Este hospital tenía un gran edificio con amplias enfermerías, Cortés dejó instrucciones que se siguiera el modelo administrativo del hospital de Las Cinco Llagas de Sevilla<sup>49</sup>. En el siglo XVII llegó a tener una capacidad para cuatrocientos enfermos anuales, disponiendo de setenta a ochenta camas. Los hospitales del Amor de Dios y de San Lázaro estaban especializados para aislar<sup>50</sup> a los atacados de la lepra y otras enfermedades contagiosas (Viqueira, 1970:363). El hospital de San Lázaro se

---

<sup>48</sup> Villanueva, Luis, El sistema hospitalario en la Nueva España del siglo XVI, disponible en <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-2/RFM47210.pdf>

<sup>49</sup>El Hospital de la Sangre o el también conocido como Hospital de las Cinco Llagas, se fundó en el año 1500 por Doña Catalina de Ribera y su hijo Don Fadrique, aunque no se trasladó a su ubicación definitiva hasta el año 1540 por motivos de insalubridad. El hospital estuvo dotado de unas condiciones higiénicas excepcionales, contando incluso con un sistema de cloacas y abastecimiento de agua a través de un acueducto. Durante su existencia realizó una gran labor asistencial, no sólo como hospital sino también como albergue y hospicio. Desde su apertura estuvo en manos privadas hasta la Desamortización de Mendizábal.

<sup>50</sup> Las sociedades humanas pueden ser grandes o pequeñas, pero no incluyen a todos. En todo el mundo, hay gente que vive al margen de la sociedad. En Nepal, se segrega a los leprosos a quienes se los hace vivir en colonias separadas.

## ■ ANTECEDENTES

construyó a las afueras de la ciudad, en un sitio llamado Tlaxpana, para evitar que el aire llevara los agentes nocivos a la ciudad.

Los franciscanos en 1529 fueron los primeros en establecer una enfermería para los indígenas más pobres, para el año de 1553 se convirtió en el Real Hospital de San José de los Naturales. Todos los hospitales novohispanos contaron con un servicio religioso regular, la celebración de misas era imprescindible, así como, la atención médica y la dotación de medicamentos. En 1573 con un enfoque epidemiológico se ordenó que los hospitales dedicados a enfermos contagiosos se edificaran fuera de las ciudades. Los hospitales antes mencionados tuvieron la característica novedosa, de consagrarse en exclusiva al cuidado de los enfermos.

En 1539 se edifica un hospital destinado a los enfermos de mal de bubas, lo que hoy conocemos como sífilis, llamado Hospital del Amor de Dios, sin embargo fue clausurado en 1786 después de que el arzobispo Alonso Núñez de Haro trasladara a todos los pacientes a la sala de enfermos venéreos del Hospital de San Andrés. Hospital destinado al cuidado y tratamiento de enfermedades contagiosas, como lo fue años atrás el hospital de San Lázaro. Esta medida era fundamental debido a que las posibilidades para el control de infecciones eran bastante precarias.

Vasco de Quiroga estableció un modelo diferente- basado en organizaciones autogestoras de grupos sociales para la asistencia y desarrollo de la comunidad, mediante atención médica para pobres y enfermos, así como educación y herramientas para desarrollarse en el plano económico, estas organizaciones involucraban al colectivo en su totalidad, y se les denominada hospitales-pueblo.

**E**ste capítulo tiene como objetivo describir el escenario, desde los cambios en los perfiles patológicos, y las causas de muerte a nivel estatal, así como los tratamientos previos y/o complementarios a la incorporación del hospital y en concreto la situación del Hospital General de Zona No. 1 “Lic. Ignacio García Téllez” (IMSS) en Chetumal, escenario en donde interactué con el personal de la institución hospitalaria, los acompañantes y por supuesto los pacientes.

## 2.1

### TRANSICIÓN DEL MAL DE OJO A LA DIABETES MELLITUS

Cuando la hegemonía científica del paradigma positivista expulsó de la realidad todo aquello no verificable, muchas preguntas angustiosas suscitadas por la enfermedad quedaron sin respuesta (Canals y Romaní, 1996)

Si bien hoy en día el hospital es reconocido como el escenario privilegiado para la atención de la salud, ¿cuáles eran los sistemas socio-sanitarios previos a la incorporación de la clínica?, si la enfermedad es un constructo socio-cultural ¿qué enfermedades tuvieron mayor incidencia?

Dentro de la medicina tradicional encontramos la presencia de los curanderos, parteras, hueseros, sobadores y hierberos principalmente, quienes ya tenían elaborado y clasificado las diversas plantas medicinales para el empleo en la enfermedad según fuese el caso. En Chiapas, Nuevo León, Oaxaca entre otros estados, los nombres de ciertas enfermedades se repetían insistentemente, refrendando la existencia de un sistema médico tradicional uniformemente<sup>51</sup> distribuido, previo a la instauración de la medicina hegemónica (Zolla, 1992:73).

---

<sup>51</sup>Según Ackerknecht (1963) es posible observar un elevado nivel de uniformidad en las prácticas médicas y de la salud de los pueblos indígenas sudamericanos.

| Las diez principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional en las áreas atendidas por el programa IMSS-COPLAMAR. |                          |
|---|--------------------------|
| (Datos nacionales)  |                          |
| Causa de demanda de atención  | Porcentaje <sup>52</sup> |
| Mal de ojo  | 55.03                    |
| Empacho   | 49.26                    |
| Susto-espanto   | 33.81                    |
| Caída de mollera  | 30.75                    |
| Disentería <sup>53</sup>  | 22.57                    |
| Aires   | 20.95                    |
| Diarrea   | 18.72                    |
| Torceduras (musculo esqueléticas)   | 18.41                    |
| Daño (Brujería)   | 14.04                    |
| Anginas   | 9.98                     |

Concretamente en la península Yucateca, los especialistas de la salud son diversos y la gente los consulta alternativamente de acuerdo al padecimiento que presente; entre ellos están los h-men'ob, los hierbateros, los sobadores, las parteras y los doctores (médicos alópatas). Ambos sistemas son complementarios dado que los padecimientos de filiación cultural como: la santiguada, la caída de la mollera, el susto, y el mal de ojo, le competen al médico tradicional, mientras que con el alópata van por enfermedades gastrointestinales y bronco respiratorios (Chávez y Ramos, 2010<sup>54</sup>).

Las enfermedades antes mencionadas son tratadas por los curanderos, quienes forman parte de la comunidad, a los que se les tiene mayor confianza, empatía, al compartir el mismo habitus<sup>55</sup>, por lo que la relación entre paciente y médico es muy distinta a la que se vive con el médico alópata con quien el paciente se mantiene al margen, distante. El tiempo real de consulta de un

<sup>52</sup> Obtenido conforme al número de menciones en la encuesta a los terapeutas. Fuente Zolla, C. y cols.: Atlas de la medicina tradicional de México, México, IMSS (en preparación). Datos 1984. En Campos, La Antropología Médica en México.

<sup>53</sup> Enfermedad infecciosa asociada a dolor abdominal, fiebre, diarrea, inflamación y ulceración de la boca.

<sup>54</sup> Chávez, N. & Ramos, J. (2010) Cosmovisión y prácticas curativas en Xocén, Yucatán, en Suplemento de Ciencias Sociales de la Alianza de Difusores del Pensamiento del Sureste A. C. (ADIPES) Disponible en <http://icorantropologico.files.wordpress.com/2011/03/revista-icor-antrop-2.pdf>

<sup>55</sup> El *habitus* es la "estructura estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas, el *habitus* es también estructura estructurada: el principio de división en clases lógicas que organiza la percepción del mundo social es a su vez producto de la incorporación de la división de clases sociales" (Bourdieu, 1979:170). Los esquemas provistos por el habitus son aprendidos de manera no consciente, organizan nuestra visión del mundo y dialécticamente concierten nuestro cuerpo en un cuerpo habituado.

médico general o familiar trabajando en atención primaria en el IMSS se ha reducido a una media de seis minutos, proceso que excluye cada vez más la palabra del paciente y ello sobre todo por factores de carácter institucional o familiar. (Menéndez, 2000: 179)

Las consultas se restringen a un intercambio de síntomas por parte del paciente y un diagnóstico por el médico, quien autoriza estudios, y recetas para surtir en la farmacia. Antes de la institucionalización del hospital, el tratamiento se daba en el hogar, la familia era la encargada de los cuidados, por supuesto siguiendo las recomendaciones y la visita esporádica del curandero, no había una supervisión constante ni permanencia en un espacio ajeno al familiar.

La medicina occidental focaliza el tratamiento de la enfermedad y el cuidado de la salud como respuesta a un desorden biológico, por su parte los grupos étnicos tienen un amplio espectro entorno a este binomio, debido a que toman en consideración su medio natural, social y cultural, desarrollando un conjunto de prácticas y conocimientos complejos y estructurados en armonía con estas tres categorías. Algunas de sus prácticas fueron juzgadas como simples supersticiones carentes de eficacia, sin embargo el corpus de conocimiento de los grupos estaba íntimamente ligado a la nosología contextual, preparados para contrarrestar las enfermedades que se pudiesen denominar endémicas.

Debido a la heterogeneidad étnica la incorporación y la aplicación de modelos únicos de atención de salud no ha sido tarea fácil, aún hay una distinción de una nosotaxia<sup>56</sup> popular entre las “enfermedades del médico” y las “enfermedades del curandero”, lo cual tiene vigencia no sólo en las comunidades rurales, en las ciudades también hay una presencia histórica del uso de plantas, tisanas y elementos terapéuticos alternos.

Aunque las enfermedades del cuadro anterior siguen siendo comunes, ha habido una explosión y mayor variedad de patologías, como las enfermedades de las vías respiratorias, las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, así como las enfermedades de transmisión sexual, y aunque con menor incidencia también hay la presencia de las enfermedades neuromusculares, como esclerosis

---

<sup>56</sup> Clasificación de enfermedades.

múltiple, miastenia gravis, lupus entre otras. Sin olvidar las enfermedades mentales tales como la esquizofrenia, y los trastornos depresivos con los cuales se ha relacionado el elevado índice de suicidios en el estado quintanarroense.

Si bien en el estado se conserva el uso ancestral de hierbas curativas, ya es más bien una práctica complementaria. Porque los enfermos siguen las prescripciones médicas, y paralelo a esto consumen algún producto natural. Es común combinar el fármaco con alguna recomendación familiar: orégano para el dolor de oídos, tisana de mazorca para la infección en los riñones, y la sábila con miel ampliamente recomendada para combatir el cáncer y la diabetes.

Los pacientes con enfermedades crónicas, suelen incluir como parte del régimen cotidiano de medicamentos, algún remedio natural, tisanas, infusiones, decocciones según sea el caso para contrarrestar o equilibrar el desgaste y/o posibles secuelas de las pastillas y jarabes.

Quintana Roo es la puerta Este de la República Mexicana, es la única entidad federativa de México que tiene frontera con dos países, debido a que limita con Guatemala y Belice. Se localiza al Sureste de la República Mexicana en la parte Oriental de la península de Yucatán, cuenta con una superficie territorial de 50,843 km<sup>2</sup>, dividida en 10 de municipios.



En Quintana Roo el 61.31% de la población es menor de 30 años, siendo el grupo de edad predominante el de menores de 10 años, además de que el 29.06% del total de la población lo conforman las mujeres en edad fértil (15 a 49) años. La esperanza de vida es de 73.9 años para los hombres y 77.9 para las mujeres.

En relación a su distribución, el 82.5% del total de la población del estado se concreta en área urbana y solo el 17.54% en área rural.

Su densidad de población es de 22 habitantes por Km<sup>2</sup>, con 1,138,958 habitantes, de los cuales el 51.29% (584,127) son hombres y el 48.71% (554,834) mujeres, de acuerdo al Consejo Estatal de Población de 2001. Con una tasa de crecimiento demográfico del 8.05%, un crecimiento social de 6.14% y crecimiento natural 1.19%.

Es el estado más joven de la federación, el 8 de octubre de 1974 se decretó la conversión de territorio a estado, convirtiéndolo en el número 31 de la república (Velázquez, 2006:184)

El estado Quintanarroense, se encuentra dividido en 2 zonas: La Zona Norte, que tiene como característica su gran desarrollo turístico representado por la Ciudad de Cancún, Playa del Carmen y Cozumel, y la Zona Sur, en donde se encuentra la ciudad capital de Chetumal.

**CHETUMAL** es cabecera del municipio de Othón P. Blanco y capital del estado de Quintana Roo ubicada en los 18°30'15" de latitud norte y 88°18'19" de longitud oeste a una altitud de 10 m sobre el nivel del mar. De acuerdo al conteo del INEGI<sup>57</sup> en 2010 en el estado de Quintana Roo hay un total de 1,325,578 habitantes de los cuales el municipio de Othón P. Blanco representa el 19.35% con un total de 244,553, concretamente Chetumal cuenta con 244,553 habitantes de este total 121,906 son hombres y 122,647 son mujeres. Su nombre proviene de Chactemal, que en lengua maya significa "El lugar donde crecen los árboles rojos."

Ciudad fundada el 5 de mayo de 1898 con el nombre de Payo Obispo, entonces perteneciente al estado de Yucatán<sup>58</sup>. El territorio que actualmente conocemos como Chetumal fue en sus inicios una pequeña localidad, dedicada fundamentalmente al comercio libre de impuestos, la venta de importaciones conocida como fayuca (Velázquez, 2006:185)

En 1927 el Dr. José Siurob fue designado gobernador del territorio, entre sus prioridades se encontraron el acercamiento con los mayas asentados en la zona central de Quintana Roo y la dotación ejidal. En su administración se

---

<sup>57</sup> COESPOQROO, consultado en mayo de 2011.

Disponible en <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=23>

<sup>58</sup> Xacur, Juan Ángel: Enciclopedia de Quintana Roo, México 2005. Pág 11

construyó cerca del mar el campo de aviación Morelos (hoy campo del CREA), que recibió los primeros aviones de servicio postal y de pasajeros, lo que amplió las posibilidades de comunicación con el exterior, así mismo se inició la apertura de líneas telefónicas y la construcción del malecón, el mercado Leona Vicario e inició la edificación de un **hospital** civil.

En enero de 1935 electo presidente, el general Cárdenas envió una iniciativa de reforma para que Quintana Roo fuese una entidad federativa independiente en la península de Yucatán. En febrero de ese mismo año asume el poder Rafael E. Melgar, promovió el desarrollo de la ciudad. Se transformaron las condiciones en que se llevaba a cabo las actividades forestales y de extracción del chicle al ponerse en marcha el cooperativismo. Las primeras edificaciones con mampostería fueron: el aljibe<sup>59</sup> Lázaro Cárdenas, paliativo frente a la carencia de agua potable. A estas se sumaron el Palacio de Gobierno, el Hospital Morelos, el Hotel los cocos, un mercado público, el parque Josefa Ortiz de Domínguez – mejor conocido como el parque de los caimanes- la Escuela Belisario Domínguez y se construyó la primera explanada de la bandera. De acuerdo con los postulados de la época, Melgar resolvió retirar todos los nombres de origen religioso a los pueblos y ciudades del territorio, siendo rebautizado Payo Obispo el 28 de septiembre de 1936 con el nombre de Chetumal.

En el año de 1957 se marca una etapa en el desarrollo sanitario del territorio de Quintana Roo, ya que en ese período se iniciaron los trabajos intensivos en la campaña de erradicación del Paludismo.

El 5 de abril de 1975 y con una inversión de 75 millones de pesos, iniciaron los trabajos para la edificación del Hospital General de la ciudad, que fue inaugurado en 1980 dentro del gobierno de Jesús Martínez Ross, Gerardo Amaro Santana era el Jefe de los servicios Coordinados de Salud Pública y José Hidalgo Rodríguez fue el primer director de este nosocomio. El 7 de octubre de 1980 se inaugura la clínica del ISSSTE. En 1985 entra en función el Hospital General de Felipe Carrillo Puerto, el cual fue creado por el programa de IMSS-COPLAMAR<sup>60</sup> y,

---

<sup>59</sup> Aljibe cisterna para el agua llovediza.

<sup>60</sup> En 1974 se implementa el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. En 1977, el gobierno crea la Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

posteriormente, con el Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud, cedido junto con todas las unidades de este programa, a la Secretaría de Salud.

El 23 de diciembre de 1987, se firmó el Convenio de Descentralización de los Servicios de Salud en el Estado de Quintana Roo. El mismo año se crea el Servicio de Salud Mental a un lado del Hospital general de Chetumal. A partir del 16 de febrero de 1988, se transfieren las Unidades IMSS-COPLAMAR a la Secretaría Estatal de Salud y Bienestar Social.

En 1958 se inicia la **Seguridad Social** en Quintana Roo, con la creación de la primera unidad médica en la Ciudad de Chetumal. Para ser inaugurado posteriormente en 1978 el Hospital General de Zona con Medicina familiar N° 1 Lic. Ignacio García Téllez.

La Delegación Estatal en Quintana Roo perteneciente ahora a la Región Sur, cuenta con 13 unidades médicas de las cuales 8 corresponden a Unidades de Medicina Familiar, 1 Hospital General de Zona con Medicina Familiar, 1 Hospital de Sub Zona con Medicina Familiar, 1 Hospital General de Zona; 1 Hospital de Gineco - Pediatría y 1 Hospital General Regional. De acuerdo a su ubicación geográfica 10 de estas unidades médicas se encuentran localizadas en la Zona Norte y 3 en la Zona Sur.

Actualmente la ciudad Chetumaleña cuenta con 11 clínicas-hospitales, 70 consultorios y 20 laboratorios, de los cuales 7 pertenecen al sector salud distribuidos en: una clínica hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), otra al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), una a la Armada de México, una a la Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA) Y dos a la Secretaria Estatal de Salud (SESA). Además cuenta con cinco consultorios periféricos y un Banco de Transfusión Sanguínea. Las otras

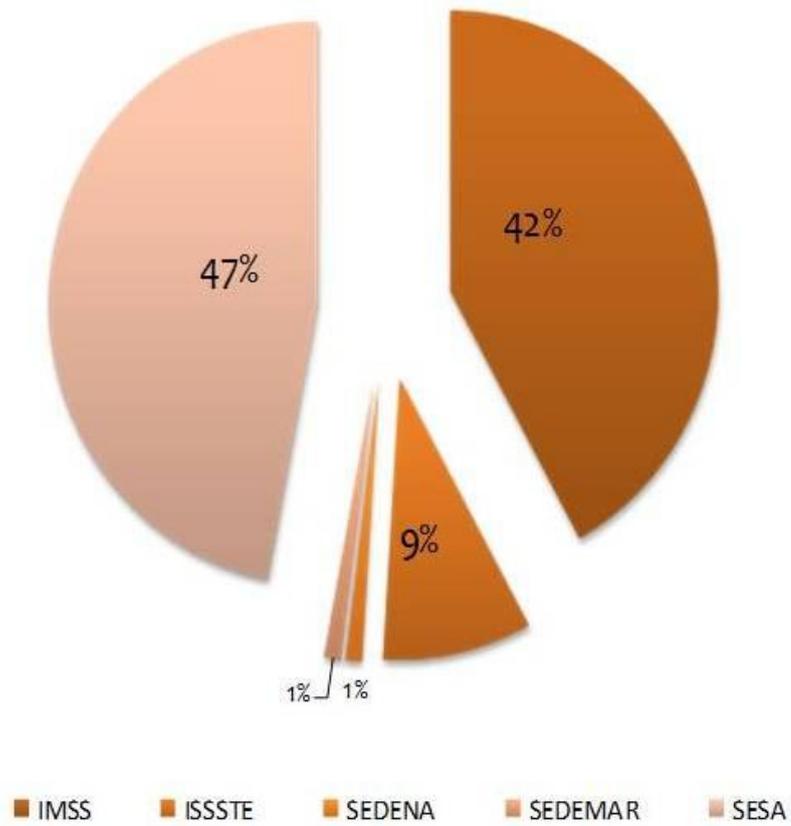
---

(COPLAMAR). El programa IMSS-COPLAMAR actualmente descentralizado parcialmente en algunos estados del país, fue creado el 25 de mayo de 1979 con el propósito de “extender sustancial y significativamente la cobertura real de los servicios de solidaridad social” al campo de la salud, a “efecto de resolver el problema de la atención médica a los grupos marginados” en todo el territorio nacional. El sistema es una estructura en tres niveles de acuerdo a prioridades, recursos y tecnología disponible. (...) El primer nivel se orienta a resolver frecuentes problemas de salud que requieren de una tecnología sencilla, aunada a la participación activa de la comunidad, y en él se establece contacto directo médico-paciente y las acciones de salud se otorgan a todos los habitantes del área de influencia de cada unidad de atención, denominadas unidades médicas rurales. CIESS-OIT, Atención primaria en la seguridad social en México, México, 1987, pp. 15-17. En Campos, Roberto, La Antropología Médica, México. Instituto Mora pág. 72.

**MARCO CONTEXTUAL**

cuatro clínicas hospitalares, 65 consultorios médicos y 20 laboratorios pertenecen al sector privado (INEGI 2000).

**Cobertura actual de servicios de Salud en el Estado de Quintana Roo**

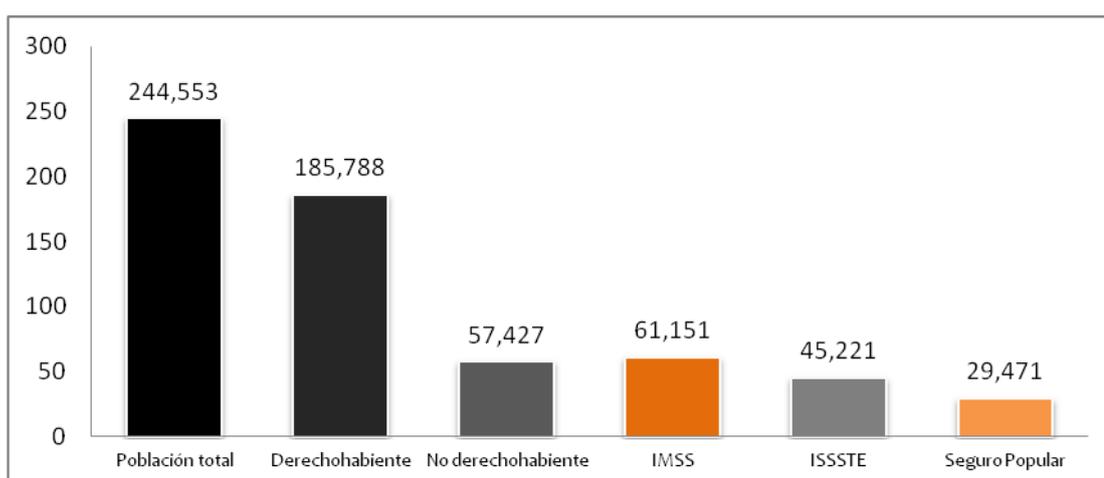


Fuente SESA

**2.3  
IMSS**

El Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS es la institución de seguridad social más grande de América Latina, pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana y “principal elemento redistribuidor de la riqueza en México” (IMSS, 2010)

La investigación se efectuó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Chetumal Quintana Roo, la elección del escenario se debe a que un número significativo de la clase trabajadora se encuentra afiliada a este sistema siendo así, este trabajo involucra distintos sectores de la población y amplía el inventario temático de Antropología en la UQROO.



Fuente COESPOQROO consultado en mayo de 2011.

Las reivindicaciones en materia de salud para la clase trabajadora se plasmaron en la Constitución en el año de 1917, en donde se establece, las responsabilidades de los patrones en accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como también obligación de observar los preceptos legales sobre higiene y seguridad.

Empero no fue sino 26 años después que el Presidente Ávila Camacho logró llevar a la realidad este mandato.

El 19 de enero de 1943 nació el Instituto Mexicano del Seguro Social, con una composición tripartita para su gobierno, integrado, de manera igualitaria por representantes de los trabajadores, de los patrones y del Gobierno Federal.

El IMSS tiene un mandato legal derivado del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que tiene por misión ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias. Es decir, el aumento en la cobertura de la población se persigue como un mandato constitucional con sentido social.

Por su parte el artículo 2 de la Ley del Seguro Social (LSS) establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión, que en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el estado, en ese sentido el instituto proporciona a sus derecho habientes una gama de seguros que permita cumplir con lo establecido en la ley y brindar tranquilidad y estabilidad a los trabajadores y sus familias ante el acaecimiento de cualquiera de los riesgos especificados por la LSS.

El Seguro Social comprende el Régimen Voluntario y el Régimen Obligatorio<sup>61</sup>. Esta se despliega en dos vertientes:

---

<sup>61</sup> Una persona puede ser afiliada al Instituto por su patrón, al tener una relación laboral a la cual la LSS obligue a su aseguramiento por el IMSS, en los términos que se detallan más adelante (Régimen Obligatorio); o bien, por una decisión individual o colectiva que no sea producto de una obligación patronal, a través del Régimen Voluntario<sup>5</sup>. Los esquemas de prestaciones, requisitos y contribuciones para tener acceso a estos regímenes son diferentes en cada caso. Casi la totalidad de los afiliados al Régimen Voluntario son estudiantes. La LSS establece que el Régimen Obligatorio comprende los seguros de: i) Riesgos de Trabajo; ii) Enfermedades y Maternidad; iii) Invalidez y Vida; iv) Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez<sup>6</sup>; y v) Guarderías y Prestaciones Sociales. La LSS establece también que voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento por el Régimen Obligatorio: i) los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados; ii) los trabajadores domésticos; iii) los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; iv) los patrones de personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio; y, v) los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la Federación, Entidades Federativas y Municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de la seguridad social.

🗣️ Como institución administradora de riesgos:

Administra los distintos ramos de seguro que prevé la LSS, requiriendo de una adecuada gestión de las contribuciones y los recursos financieros para proporcionar las prestaciones en especie y en dinero.

🗣️ Como entidad prestadora de servicios:

Fomenta la salud de la población trabajadora asegurada y de sus familias, de los pensionados y de los estudiantes de manera integral, a través de la provisión de servicios preventivos, curativos médicos, prestaciones económicas y sociales previstos en la LSS<sup>62</sup>.

En las vértientes que refleja el IMSS podemos observar que no sólo actúa como entidad prestadora de servicios curativos, sino que también se encarga de proteger y brindar una estabilidad para el futuro, ya que funge como administradora de los ingresos para las pensiones y prestamos al trabajador o pensionado. A pesar de que la atención o el número de trabajadores no sea el suficiente y límite la atención a los pacientes, contar con este servicio te asigna un rango de certezas, da seguridad ya que las consultas, estudios o medicamentos son cubiertos por la institución. Por supuesto que la tardanza en los estudios, limitaciones, esperas propias de la de la dinámica intrahospitalaria orillan al paciente y su familia a buscar otras alternativas.

*Nos tienen dando vueltas, ya lleva un mes ingresada, y seguimos con lo mismo, sólo le dan unas pastillas para el dolor, necesitamos hacerle un estudio en la columna, pero dice el director que por el momento no hay espacio tenemos que esperar, pero mientras tanto el tiempo pasa y no hay ni una mejoría, ni esperanzas, ni buenas noticias, mientras yo tengo que estar aquí más de 16 horas al día, mi familia está en mérida y no he podido ir a verlos, es mi hermana no tiene a nadie más. Fui al congreso para ver si me daban un apoyo para el estudio, pero me dijeron que sólo pueden darme*

<sup>62</sup> Información disponible en <http://www.imss.gob.mx/instituto>, última modificación 2010/06/03

*\$500, mi cuñado y yo estamos viendo quien nos presta, porque ella no puede quedarse así, sin saber que tiene o que va pasar (Aurelia)<sup>63</sup>*

El IMSS es la institución gubernamental que brinda o tiene mayor número de derechohabientes en Quintana Roo. Sus afiliados son trabajadores del sector privado. El delegado del IMSS en el estado Jorge Río Pérez destacó que se han superado las metas en el IMSS, e incluso se están generando fuentes de empleo en el Estado, aunque el único punto negativo es que los salarios que están reportando los patrones ante el organismo son menores a los que se pagaban antes de la crisis de 2009. Él afirma que ha existido un mayor número de cotizantes ante el IMSS, pero con menor salario base, que si bien se puede señalar que no es muy significativo, sí llama la atención, porque quiere decir que los trabajadores están cobrando menos, comenta que en la entidad el salario base promedio antes de la crisis económica de 2009 era de casi cuatro salarios mínimos, mientras que en la actualidad es de 3.5 salarios mínimos-

Resalta que lo positivo de estas cifras es que en Quintana Roo prácticamente no existen cotizantes del IMSS con salario mínimo, e incluso afirmó que cuando un patrón reporta esta base de cotización para sus empleados, de inmediato es auditado, porque se trata de un sueldo que no es creíble.

Por cierto, el delegado del IMSS asevera que la cifra que sí no se ha logrado recuperar luego de la crisis de 2009, es en cuanto al número de patrones, ya que ese año era de un promedio de 13 mil 300, al cierre de 2010 era de 13 mil. Si bien comenta que la cifra pareciera no ser importante, pero sí resulta significativa, dado que demuestra que no se están emprendiendo nuevos negocios en el Estado.

Por su parte el ISSSTE es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado, afiliando únicamente a los trabajadores de gobierno, por ende el número de derechohabiente es menor al IMSS. En Chetumal cuenta con una delegación, una clínica-hospital y recientemente se inauguró el CLIDA.

---

<sup>63</sup> Sala de espera IMSS, notas de campo 2010.

En ocasiones cuando la clínica está saturada, los pacientes tienen que dormir en camillas, o permanecer sentados mientras que se les asigna una, el área de urgencias es concreto se ve en la necesidad de tapizar sus pasillos con paciente en camillas.

*De suerte que por el dolor de espalda no tuvieron más opción que asignarme una cama, pero una pobre viejecita durmió, bueno pasó la noche en una silla, no había camas disponibles (Norma)<sup>64</sup>*

El mayor porcentaje de Defunciones en Quintana Roo, es a causa de la Diabetes Mellitus, seguido por las enfermedades del corazón y los tumores malignos.

| Defunciones por principales causas <sup>65</sup>      |        |       |
|---|--------|-------|
| Diabetes Mellitus                                     | 488    | 11.9% |
| Enfermedades del corazón                              | 470    | 11.5% |
| Tumores malignos                                      | 448    | 10.9% |
| Accidentes  | 417    | 10.2% |
| Enfermedades dl hígado                                | 325    | 7.9%  |
| Cerebrovasculares                                     | 199    | 4.9%  |
| Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | 187    | 4.6%  |
| Lesiones autoinflingidas intencionalmente             | 152    | 3.7%  |
| Agresiones  | 137    | 3.3%  |
| VIH   | 105    | 2.6%  |
| Las demás causas                                      | 1, 169 | 28.5% |

Fuente INEGI

<sup>64</sup> Sala de urgencias IMSS, notas de campo otoño de 2010.

<sup>65</sup> Fuente <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-qr.pdf>

El estado Quintanarroense registró un total de 368 132 urgencias otorgadas en 2009, el porcentaje de ocupación hospitalaria fue del 73.2% y el número de egresos osciló entre los 62 963.

## 2.4 LA URBE

El Hospital General de Zona con Medicina Familiar H. G. Z. No 1 "Lic. Ignacio García Téllez<sup>66</sup>" se encuentra ubicado, frente a la PGJ, sobre la calle Nápoles esquina Adolfo López Mateos, colonia Campestre. El director del área médica es el médico Juan Lázaro Cohuo Hau. Sus primeras instalaciones estuvieron ubicadas en la calle Chapultepec, entre la calzada Veracruz y la av. Héroes, correspondiente a la zona centro lo que hoy en día es la delegación del IMSS. Su incorporación a la vida chetumaleña se inicia tras un largo proceso que se gestó a finales de los años cincuenta y se concretó en la década de los setenta.

La primera impresión del visitante es el ajetreo y el bullicio por los pasillos, el peculiar y característico aroma de hospital, desplegado de las pastillas, jarabes y otros artilugios frecuentemente usados en la instalación. Familiares van y vienen, un enfermo pasea del brazo de su familiar, otro en bata y el soporte de la barra del suero en la mano que deambula solo, algunos permanecen sentados esperando, miran de un lado a otro, están al pendiente de la hora en su reloj, se quejan, platican, incluso alguien duermen con especial placidez.

Las distintas áreas son abiertas, facilitan la visibilidad, sólo los consultorios, el laboratorio y áreas con el slogan sólo personal autorizado permanecen cerradas. En hospitalización las puertas de las habitaciones permanecen abiertas. Enfermos en la cama, semitapados, semidesnudos, acompañantes sentados en unas sillas de plástico de lo más incómodas platicando, dando de comer a su familiar incluso durmiendo. Las puertas o cortinas que dividen las camas sólo se cierran para el pase de visita médica o la

---

<sup>66</sup> Primer Director General del IMSS 1944-1946 "El Seguro Social tiende a liquidar un injusto privilegio de bienestar brindando igualdad de oportunidades de defensa biológica y económica a las mayorías necesitadas".

atención especializada. En total hay 41 habitaciones compartidas, de dos a tres camas, sólo hay una habitación aislada.

Por la mañana el hospital esta en movimiento constante, dinámico, ya por la tarde después de las 4 pm el personal por lo menos administrativo merma sustancialmente, el personal uniformado disminuye, el turno multicolor de familiares, amigos, acompañantes, la vida transcurre pesadamente lenta.

Una escena cotidiana es ver a una mujer que acompaña a su familiar, hijo, madre, esposo, nieto hasta el servicio de Urgencias. Lleva consigo el carnet que presenta en ventanilla al asistente médico, ella permanecerá allí durante una hora, tres, cuatro hasta que se le informa del número de cama. Nadie le pregunta su nombre, nadie sabe quién es. Si le asignan pase permanente a su familiar tendrá que acompañarlo durante días, e incluso meses, conviviendo con el personal médico, los demás familiares cuidadores y por supuesto los enfermos. Todo este tiempo lo pasará sentada en una silla de plástico, cruzando una que otra palabra con el cuidador vecino, los trabajadores de la institución o su familiar.

El área de urgencias es un mosaico de circunstancias, personas, síntomas, algunos pacientes están apretándose el estómago, niños llorando, mujeres embarazadas, algunos desangrándose, pero ante todo acompañantes que mantienen la identidad del paciente, esperando, y esperando por una, dos, tres o más horas hasta que atiendan a su familiar o le den noticias de su estado, mejoría, ingreso, egreso, según sea el caso.

Aunque la respuesta familiar varía y el género que acompaña también, la gran mayoría de las personas que podemos ubicar en urgencias y espera, son mujeres, como bien señalaba Aurora Quero<sup>67</sup> hay una carga histórica dentro de la cual se remiten los concepto de cuidado al género femenino.

La presencia y desplazamiento de las familias hasta los centros hospitalarios es un rasgo característico de nuestra cultura. La respuesta familiar ante una emergencia sanitaria pone de manifiesto la cohesión de la red familiar y

---

<sup>67</sup> Ver en Antecedentes pág. 33.

el rol que cada uno de sus miembros, nucleares o extensos tiene o representa dentro del grupo.

Este desplazamiento queda evidenciado con mayor profundidad en los acompañantes que vienen de poblados, ya que algunos al no contar con la solvencia para costear los gastos que implican estar fuera de su residencia, se ven obligados a dormir en los pasillos, y andar cargando sus cosas en una maleta de un lado a otro, a veces incluso comiendo las sobras del paciente.

*Pues llevo una semana, pero aún no nos dicen que va pasar, mi marido no puede hacer nada, y me cuesta mucho bañarlo, pesa un buen, mi nieto viene algunos días y me ayuda, pero sólo para darle el baño si acaso se queda una media hora, pero pues tiene que trabajar, yo pedí permiso por una semana en el trabajo, pero esto va pa' largo, mientras tanto aquí duermo, y me mal paso, sólo el fin de semana dormí "bien" porque casi no había gente (Josefina)<sup>68</sup>*

La estructura y disposición de servicios comprende consulta externa, medicina preventiva, dental, SIMO, coordinación médica, EMI, EPH, 11 consultorios de medicina familiar y consultorios de medicina especializada (psiquiatría, pediatría entre otros).

Tococirugía es el área para embarazadas y recién nacidos sanos, cuenta con dos salas de expulsión. El quirófano tiene una sala de recuperación y dos quirófanos, también hay un área llamada CEYE que es la central de esterilización y equipo, a su vez se divide en 3: área blanca, gris y negra.

El área de Hospitalización es donde están los internados y cuenta con un amplio espectro de especialidades de atención:

- 🏥 Ginecobstetricia.
- 🏥 Medicina interna.
- 🏥 Cirugía.
- 🏥 Traumatología.
- 🏥 Ortopedia.
- 🏥 Urología.

---

<sup>68</sup> Sala de espera IMSS, notas de campo otoño 2010.

- Dermatología.
- Sección de diálisis.
- Hemodiálisis.
- Área exclusiva de pediatría.

El área de Urgencias está encargada de atender a los pacientes en cuyas circunstancias se peligró la vida. La sala de urgencias tiene una capacidad para 16 personas sentadas, aunque está techada sólo tiene una cortina anticiclónica en una de las paredes que por lo regular está abierta, es un espacio reducido con área al aire libre en donde la gente espera. En la parte externa hay un módulo de atención, justo alado de la puerta para entrar al área de control de urgencias, en donde reciben al paciente y le toman sus signos vitales para clasificar el tipo de urgencia según el TRIAGE.

Tiene un módulo de curaciones que trabaja de ocho de la mañana a las ocho de la noche de lunes a viernes, consultorios, central de enfermeras, terapia para el paciente grave, rehidratación y cuenta con 11 camillas, tiene baños para hombres y mujeres así como un pequeño cuarto donde guardan el material de limpieza séptico. Está área trabaja las veinticuatro horas los 365 días de la semanas.

La urgencia<sup>69</sup> es clasificada en cinco niveles de atención:

| TRIAGE <sup>70</sup> |  |
|----------------------|--|
| Resucitación         | El paciente <sup>71</sup> requiere atención inmediata          |
| Emergente            | El paciente debe ser tratado dentro de los primeros 15 minutos |
| Urgente              | El paciente debe ser tratado en los primeros 30 minutos        |
| Semi-urgente         | El paciente deber ser atendido en los primeros 60 minutos      |
| No urgentes          | El paciente debe ser atendido en los primeros 120 minutos      |

Se entiende por TRIAGE de urgencias el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa según su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados primero, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico.

Generalmente la sala se llena de pacientes con síntomas no urgentes, como gripas, calentura, diarrea, pocas veces llega gente gravemente herida o con un cuadro agudo que ponga en riesgo su vida, este tipo de pacientes llega por atrás en ambulancia.

*Hace algún tiempo una mujer llegó caminando sola, con mucha dificultad, tanto para caminar así como hablar, dijo – ;no puedo respirar! -, empujó al guardia y entró directo al consultorio con el médico (Carolina<sup>72</sup>)*

<sup>69</sup> Una urgencia real es el padecimiento que pone en peligro algún órgano o la vida de la persona.

<sup>70</sup> El triage palabra de origen francés, es un método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles. Trata por tanto de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

<sup>71</sup> El paciente, por lo general, asume un papel pasivo. El aporte que hace a la relación no es otro que su dolor, su molestia, su necesidad de alivio y en muchos casos, saber lo que tiene y curarse, aludiendo así a esa dimensión de pasividad antes señalada: la persona que espera todo o casi todo, en este caso del médico, en quien ha depositado no sólo su confianza, sino su fe, como expresa la mayoría.

<sup>72</sup> Informante clave, enfermera del IMSS, notas de campo otoño de 2010.

La sala de espera de esta institución es un espacio menos castigado<sup>73</sup> en forma de L, con una gran ventada de cristal que permite observar con facilidad lo que pasa en cada extremo de la misma, cuenta con 24 asientos que pueden moverse con facilidad para esquivar los rayos del sol, que se filtran a través de la ventada, desde la cual se observa el jardín con unas placas de concreto de las cuales sale humo, también se ve la farmacia y el área donde se pone el stand para las campañas de vacunación, de donde generalmente proviene el llanto de los recién nacidos al ser inyectados. Esta sala cuenta con aire acondicionado y cámaras de circuito cerrado.

Está conectada con rayos X y el laboratorio clínico donde cada mañana se monta un espectáculo para entregar resultados, con la peculiaridad de llamar a los derechohabientes por medio de un micrófono.

Como trabajador de una institución médica, es hasta cierto punto, “requisito” indispensable tener como característica el ser frívolo y perder la capacidad de asombro para no impresionarte con cada paciente, esto aunque desde fuera se conceptualice con inhumano, “beneficia” el servicio, ya que sería imposible trabajar si cada que ingresa un paciente, medio personal se impactara con el suceso, por supuesto no necesariamente en el perfil se pide ser indiferente, sino es algo que mediante la interacción resignifica los conceptos de enfermedad, salud, paciente entre otros.

*Cuando recién empecé a trabajar en verdad me la pasaba mal con algunos pacientes ; principalmente niños y ancianos, es difícil convivir con personas en estado crítico, como sea te llega a causar dolor y tristeza su sufrimiento, pero sin que te des cuenta y día con día se integra a tu vida, es lo “normal” , quizá en eventos poco comunes se reviva el asombro, una vez un muchacho llegó con un foco atorado en el recto, causó sensación por la clínica, pero por lo regular atendemos las misma patología. (Marichuy)<sup>74</sup>*

Aunque no hay tanta incidencia en estos casos, hay algunos con los cuales quizá podríamos abrir un apartado de emergencias extrañas, en las cuales el sujeto

---

<sup>73</sup> Es más amplio y confortable que urgencias, cuenta con más asientos y A.A.

<sup>74</sup> Interlocutora clave, enfermera del área de Urgencias, notas de campo otoño de 2010.

llega solo hasta la sala de urgencias, o de llegar acompañado omite y se reserva la etiología de la emergencia.

*Llegó un señor de esos llamados laguneros los de la rivera, que viven aquí, pero son del norte, muy guapo, acompañado de una mujer, y tres muchachos, cuando después de tanto esperar entró donde el médico, con mucha vergüenza nos explicó que tenía por costumbre irse metiendo de una en una las glorias del rosario, una vez que tenía todas dentro y sólo quedaba la cruz, de un jalón se sacaba el rosario completo, pero esta vez el método había fallado. Al salir nos suplicó no le digamos a su familia, el médico le dijo que cada quien tiene la libertad de notificar o uno el evento por el cual visita al médico, una vez dicho esto el hombre se marchó tranquilo, la expresión le mejoró ahí mismo (Marichuy<sup>75</sup>)*

Y como estás hay otras versiones, de hombres que llegan con su familia, dicho sea de paso con una familia heterosexual, pero en donde tras bambalinas hay una marcado reflejo que sólo refrenda que en muchas ocasiones el matrimonio es una condición social no una preferencia sexual.

Por los pasillos recién nacidos lloran sin parar, el personal viene y va, pero en ningún momento siquiera voltean a mirar al bebé, actúan como si nada estuviese pasando, los derechohabientes se miran entre ellos, la mayoría muestran una expresión de angustia. Al caminar para ver qué pasa con el bebé, veo a un hombre angustiado mirándole el pañal, preparando un biberón, por supuesto no sabe, no tiene idea de lo que le sucede al bebé, este continúa llorando, el hombre camina arrullándolo de una lado a otro, por fin el llanto cesa, ; el bebé tiene el biberón en la boca!

*Ni quince minutos y me despachó, además no entendí nada de lo que dijo, sólo que el medicamento nuevo podría ser contraproducente ;te tratan como si fueses de molde, sin peculiaridades! (Crucita<sup>76</sup>)*

*La verdad es que las consultas escasamente llevan un control, un expediente, el trato no es muy bueno; pero reconozco que el Seguro Social es muy bondadoso, sino de donde podría sacar para mis consultas o la operación de mi marido, y es que por uno solo que esté trabajando y su*

---

<sup>75</sup> “

<sup>76</sup> Notas campo otoño de 2010, sala de espera IMSS.

*patrón lo afilie, el trabajador tiene derecho afiliar a su familia, como el caso de mi hijo, que afilio a su familia y a nosotros sus papás (Teodora<sup>77</sup>)*

El abanico de posibilidades es muy amplio, no intento decir que todo el personal médico sea distante, pero si contextualizar que son pocos trabajadores y el tiempo de atención a cada derechohabiente por ende es mínimo<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup> “

<sup>78</sup> Ver pp. 46-47

**E**ste capítulo tiene por objetivo describir el apuntalamiento teórico de la investigación, desde el paradigma del interaccionismo simbólico y la fenomenología, la interpretación de los significados y las acciones e interacciones de los sujetos sociales; los discursos en torno a la vida cotidiana y la emergencia, así como la elección de la metodología y el desarrollo *in situ*. Inicialmente parto del planteamiento del problema y mis objetivos y finalmente luego defino mis variables, método y herramientas. Las vertientes principales sobre las cuales circula esta investigación son: vida cotidiana y emergencia.

### 3.1 EL PROBLEMA, LA HIPÓTESIS Y LOS OBJETIVOS.

Las salas de urgencias brindan atención permanente a personas que presentan problemas críticos con su salud física y a otras que sin llegar a ser considerados críticos, requieren de un tratamiento médico básico. En esta investigación se trabajó dos escenarios A. Sala de urgencias y B. Sala de espera. Al llegar al escenario A el paciente que generalmente está con un acompañante, tiene que esperar su turno, ya que la atención no suele ser inmediata; en este escenario institucionalizado las conductas se modifican y el enfermo queda en total sumisión a la espera de la enfermera y/o el médico ya que es este el que dará el pase para poder entrar a la consulta. Dependiendo de la situación del paciente la sala de urgencias se convierte en un espacio liminal entre la calle y el hospital, porque dependiendo del diagnóstico es que el paciente será dado de alta o pasará o será hospitalizado donde el acompañante cumple el rol de mantener la identidad social del paciente al ser el vínculo con el exterior.

Llegar a esta sala es un suceso en el que no hay planeación, la emergencia suele ser intempestiva, se presenta en cualquier momento y cada

enfermo y/o acompañante interpreta y actúa de acuerdo a lo que Alfred Schtuz llamó situación biográfica, la vida individual depende de la totalidad de la experiencia que una persona construye en el curso de su existencia (Natanson, 2003:17). En este contexto la pregunta sería ¿Cómo se desarrolla la comunicación en el escenario de la sala de espera entre el paciente y el acompañante? ¿Cómo interactúan los familiares frente a la enfermedad? ¿Cuál es el rol que desempeña el acompañante? ¿Cómo se establece la ruptura entre la cotidianidad por la emergencia?

El eje central de la investigación lo constituye el impacto que tiene la emergencia médica en el paciente y sus allegados, la manera en que se responde ante la contingencia, la solidez en las redes familiares y sociales, la incertidumbre que se potencia en la espera y como el cotidiano se reorganiza y resignifica después del episodio hospitalario.

La hipótesis de partida se puede expresar en los siguientes términos: **“Durante la espera la incertidumbre se da el desarrollo del drama, porque el acompañante será en el que interactuará con los demás pacientes y el personal del hospital, siendo este acompañante quien mantenga la individualidad e identidad del paciente una vez hospitalizado, el que estará encargado de conectarlo con el exterior llevar, traer noticias, realizar trámites, así como interactuar con la institución y el mundo exterior”.**

A partir de la emergencia, el itinerario cambia, uno, dos o más familiares y/o amigos dejan sus actividades cotidianas para ir a Urgencias, en donde pueden estar esperando noticias positivas, negativas; según sea el caso , desde la esposa que va parir, el nieto que se cayó del árbol, la hermana que tuvo una crisis respiratoria, el abuelo con un evento cardíaco, la amiga que se accidentó en carretera, un sinfín de casos.

Para la investigación mi objetivo general fue **Caracterizar a los actores, el rol que cumplen y el drama en el escenario hospitalario**, los objetivos específicos que me propuse alcanzar fueron los siguientes:

- Comprender la interacción de la familia frente a la emergencia en el ámbito institucionalizado.
- Observar si el diagnóstico repercute en el contexto familiar, laboral y personal de los involucrados.
- Caracterizar e identificar el rol del familiar.
- Identificar como se establece la ruptura entre cotidianidad y la emergencia.

El interaccionismo simbólico me sirve dado que pretendo conocer el significado y la naturaleza de las interacciones sociales dentro de la sala de urgencias y espera. Conocer el entramado que se desarrolla por una emergencia, ¿cómo se activan las redes en pos del afectado? ¿cuáles son los cambios que produce la emergencia en cotidianidad familiar, laboral, económica? Es decir ¿cómo se vive la post emergencia?

### 3.2 VIDA COTIANA

La realidad de la vida cotidiana es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido, lo que presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales comparto con los otros y experimento con los otros. Es una realidad que se expresa como mundo dado, naturalizado, por referirse a un mundo que es “común a muchos hombres” (Berger y Luckmann 1991:39). En palabras de Weber, el hombre es un animal inserto en tramas de significación que el mismo ha tejido.

Estas interrelaciones están marcadas por un sistema simbólico compartido que le da existencia al mundo en que vivimos y a las realidades que nacen al compartirlo (Goffman, 1970:59). La vida cotidiana es un proceso de relaciones permanentes, un flujo de vínculos y redes diádicas, cúmulo de experiencias, repletas de significados, motivos y estrategias, que Goffman define como serie de comportamientos que nos permiten crear la vía sobre la que transitamos diariamente y en la que construimos nuestras relaciones sociales, las

fachadas, artificios, máscara y disfraces que usamos para representar una actuación, actuán que dependerá del escenario y sus demás actores.

Agnes Heller denomina la vida cotidiana como el espejo de la historia, ya que el presente es resultado de procesos históricos, debido a un almacenamiento pasivo de experiencias que son representadas en la cotidianidad, respondemos e interactuamos de acuerdo lo que Schutz llama acervo de conocimiento a mano.

El gran teórico de la vida cotidiana es Alfred **Schutz**, quien centró sus reflexiones en reconstruir la constitución originaria de las articulaciones fundamentales del mundo de la **VIDA COTIDIANA**, que el hombre en actitud natural presupone y el investigador de la realidad social no suele tematizar. El mundo cotidiano del vivir y el ejecutar es la presuposición de la cual parten todos los demás estratos de la realidad humana, damos por sentado que este mundo existe, está allí; la existencia mundana no es problematizada por los hombres de sentido común, cuya vida sin embargo está estructurada por la matriz de la vida cotidiana y fundada sobre ella, siendo así el objeto existe a partir de la conciencia que supone individual, pero está legitimada la interacción que se da al interior del grupo (Natanson, 2003:9-15).

Ya que es por medio de la interacción social que se tejen las redes de significación, es necesario definirla, la **INTERACCIÓN** es el campo donde las relaciones sociales se actualizan y se reproducen, constituye también un espacio de juego donde, en cada instante se funda el nuevo vínculo social (Marc, 1992:16), para Marcel Mauss hablar de interacción es hablar de un fenómeno social total, ya que se involucra a la sociedad y sus instituciones, y a su vez los grupos sociales están formados por una pluralidad de conciencias individuales que accionan y reaccionan unas sobre otras. Siguiendo a Mauss este fenómeno social está anclado en un marco espacio-temporal de naturaleza cultural marcado por códigos y rituales sociales, toda relación se inscribe en una institución que lleva con ella modelos de comunicación, sistema de valores y finalidades.

Todos los días y sin darnos cuenta nosotros intercambiamos miradas rápidas con personas que ni siquiera conocemos, esto es la interacción social

cotidiana, ya sea cuando estamos en el autobús, en la calle, la universidad, el trabajo, entre otros; lo que Erving Goffman denomina desatención amable<sup>79</sup>.

### 3.2.1 EMERGENCIA

Se designa con el término de **EMERGENCIA** al accidente o suceso que acontece de manera absolutamente imprevista, es un acontecimiento que amenaza la paz y la tranquilidad de los involucrados.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) la definición de Urgencia es "la aparición fortuita (imprevisto o inesperado) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". La Urgencia es una situación en la cual no existe riesgo inminente de muerte pero se requiere asistencia médica en un lapso reducido de tiempo según la condición para evitar complicaciones mayores. Por ejemplo:

- ☒ Hipertensión
- ☒ Traumatismos
- ☒ Quemaduras
- ☒ Disritmias
- ☒ Vómitos y diarreas severos y/o persistentes

Para la Asociación Médica Americana (A.M.A.) la Emergencia "es aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de un órgano".

Eliana Cárdenas define:

La **VIDA COTIDIANA** como un horizonte de certezas, que los sujetos recibimos como capital simbólico, donde la **EMERGENCIA** es la fractura ocasionada por un acontecimiento súbito que atraviesa de forma transversal el horizonte de certezas y convicciones que constituye el mundo cotidiano. La emergencia

---

<sup>79</sup> Goffman acuñó este término para definir la interacción que se da cuando dos extraños se cruzan en la calle.

aunque es siempre transitoria, instala a las personas en una situación fronteriza, que obliga a nuevas designaciones y reformulaciones vitales y sociales<sup>80</sup>.

*Iba rumbo a mi chamba, en un parpadeo la camioneta me golpeó y derrapé, la ambulancia nunca llegó, así que me trasladaron en la patrulla, en realidad no sentía ningún dolor sólo pensaba en lo que podría pasar si me dejaban internada (Esperanza<sup>81</sup>)*

En este escenario se potencia la incertidumbre, primero por recibir la atención médica requerida y segundo porque no saber si la emergencia es resuelta con la atención primaria y se puede regresar al núcleo familiar o si es necesario ingresar al hospital, aunque la estadía se extienda a muy pocos días, este escenario liminal<sup>82</sup> genera incertidumbre por no tener la certeza de lo que acontecerá.

La emergencia se presenta sin previo aviso y fractura las coordenadas de la vida cotidiana, te obliga a suspender tus tareas comunes, muchas veces no estás preparado y no sabes cómo actuar ante esta situación, sin embargo al vivir con enfermedades crónicas, aprendes a sobrellevarla y reconocer como brindar el apoyo al paciente en riesgo, ya que la emergencia casi se vuelve la misma cotidianidad.

*Andábamos de paseando con mi familia, cuando el dolor llegó, quiso bajar de la camioneta pero se desvaneció, las piernas no le respondieron, de inmediato vinimos al seguro, tardaron mucho en atenderla, no soportaba el*

---

<sup>80</sup> Eliana Cárdenas profesora investigadora UQROO: Notas de la clase Teorías Antropológicas V primavera de 2010

<sup>81</sup> Sala de urgencias IMSS, notas de campo otoño de 2010.

<sup>82</sup> Victor Turner en El proceso ritual (1969) desarrolla las nociones de liminalidad y communitas como categorías de comprensión que fueron posteriormente retomadas tanto en estudios de antropología como en trabajos de otras disciplinas afines como la sociología o la psicología. El concepto de liminalidad es una noción tomada de Arnold Van Gennep y alude al estado de apertura y ambigüedad que caracteriza a la fase intermedia de un tiempo-espacio tripartito (una fase preliminar o previa, una fase intermedia o liminal y otra fase posliminal o posterior). La liminalidad se relaciona directamente con la communitas puesto que se trata de una manifestación anti-estructura y anti-jerarquía de la sociedad. En una de sus últimas obras, From ritual to theatre (1982) desarrolla el concepto de drama social con el ritual. Parte de la filosofía de Dilthey y esta influencia fundamenta su antropología de la experiencia que tenía como fin el intercambio subjetivo de la perspectiva del investigador – investigado como aspecto elemental del análisis hermeneúutico.

*dolor, cuando al fin entró, sólo le dieron un medicamento y dijeron se quedaría en observación y con pase permanente (Laura<sup>83</sup>)*

Partiendo de Erving Goffman cuya idea principal es estudiar la vida social organizada dentro de los límites físicos de un establecimiento, industrias u hospitales. Esta investigación se enfocará al espacio público, en el que Nora Rabotnikof distingue tres sentidos, lo común, lo visible y lo abierto entendido como un lugar de libre tránsito y de carácter público donde la circulación y la estadía son libres, representa interés general y está en contraposición con lo oculto<sup>84</sup>.

En base a esto podemos decir que tanto la sala de urgencias y la sala de espera son espacios públicos, cualquier persona puede estar ahí, no necesariamente tienes que acompañar a alguien por una circunstancia médica. Se podría pensar que en estos escenarios sólo hay personas en espera de noticias por la salud de familiares y amigos, pero es muy común encontrar gente pidiendo dinero, vendiendo periódico u otros vendedores ambulantes. Aunque desde luego no es un lugar que se visite por placer, las personas que están ahí presentan crisis vitales, algunos pueden estar en espera de buenas noticias en caso de un embarazo, o una intervención quirúrgica, otros por noticias tras un accidente, o un infarto, desde luego para la mayoría no es un evento previamente agendado.

*Estaba tan tranquila viendo una película, cuando mi papá me llamó y después de una breve introducción, dijo a tú abuelo le dio un infarto, esta hospitalizado, si puedes ve a visitarlo, no sabemos si vaya a sobrevivir, mañana viajo para verlo (Acacia<sup>85</sup>)*

Por otro parte hablar de espacio público es hacerlo desde dos conceptos: el espacio como producción y apropiación de los sujetos que lo viven y sobreviven, y de lo público como forma de interacción basada en lo fragmentario, lo superficial y lo visible. Henri Lefebvre plantea el espacio como

---

<sup>83</sup> Sala de espera IMSS, notas de campo otoño de 2010.

<sup>84</sup> [http://critica.filosoficas.unam.mx/pdf/C119/C119\\_Lariguet.pdf](http://critica.filosoficas.unam.mx/pdf/C119/C119_Lariguet.pdf) 2006, pág. 76

<sup>85</sup> Sala de espera IMSS, notas campo otoño de 2010.

un fenómeno social producido y reproducido a través de la práctica, que siempre está en construcción o remodelación por parte de sus usuarios. El término público, conlleva un tipo de actuación asociada a la presencia del otro (Peña,2003:3). El espacio público se presenta como un espacio compartido, transitado, en el que se llevan a cabo relaciones espontáneas, fluidas, y sin embargo generadas a partir de códigos y sistemas de interacción pactados sobre la emergencia de las situaciones, en donde el sujeto responde de acuerdo con el acervo de conocimiento a mano<sup>86</sup>.

Son las relaciones intersubjetivas las que las que caracterizan el espacio y dan significado al espacio.

En esta investigación en lugar de usar el concepto de espacio se usará el término de **escenario**, Shakespeare dijo que la vida es un escenario y las personas actores, por lo que dependiendo de la locación y el guión el personaje actuará en relación al contexto en el que se encuentre, así cada individuo actúa y usa diferentes disfraces según la representación que le corresponda.

Desde la perspectiva de la Antropología Interpretativa y en concreto dentro de la escuela del **interaccionismo simbólico**, la comunicación es interacción, en esta se destaca la naturaleza simbólica de la vida social, la cultura como un sistema simbólico; mediante este, los individuos se comunican, pueden transmitir mensajes y así poder entender el mundo en que se vive. El interaccionismo simbólico tiene como finalidad el estudio de la interpretación por parte de los actores y de los significados nacidos en sus actividades interactivas<sup>87</sup>. En las palabras de Weber el hombre es un animal inserto en tramas de significación que el mismo construye.

---

<sup>86</sup> <http://sincronia.cucsh.udg.mx/pena03.htm> 2008, pág 3,9

<sup>87</sup> Eliana Cárdenas profesora investigadora UQROO: Notas de la clase Teorías Antropológicas V primavera de 2010

El **INTERACCIONISMO SIMBÓLICO** término acuñado por Blumer (1937) matizado y enriquecido por otros autores (Blumer 1982,1898, Geertz 1989) se ve influido por dos corrientes: el pragmatismo nominalista y el conductismo. La primera afirma que aunque los macrofenómenos existen, no tienen efectos determinantes sobre la conducta del individuo, es decir, los individuos son actores que definen, aceptan o modifican las normas, roles, creencias de su entorno comunitario, según sus intereses personales. El conductismo por su parte repercute en el Interaccionismo, en cuanto, que se huye del mero conductismo radical de Watson, para extender sus principios a los procesos mentales. Por ello, que el Interaccionismo pretende superar tanto el reduccionismo conductista como afrontar la amenaza de las teorías macrosociológicas que sometían la conducta del individuo.

Así se configura la premisa inicial de la teoría: el individuo, como ser social, vive en interacción con otros individuos y/o grupos sociales y son estos procesos de interrelación los que contribuyen de forma decisiva a la configuración de la personalidad del individuo. Para G. **Mead** la unidad básica de su análisis es el acto social y el mecanismo básico que lo configura es el gesto, en especial el gesto vocal que permite usar a los seres humanos, los símbolos significantes que conducen al desarrollo del lenguaje y la capacidad para comunicarse. El concepto de **self** (capacidad de verse a uno mismo como objeto social), en palabras de Schutz la fragmentación del yo, este concepto es de suma importancia para los interaccionistas simbólicos, entre los cuales podemos destacar como máximos representantes a Herbert Blumer y Erving Goffman, el primero fue discípulo de George Herbert Mead, en 1937 acuñó la denominación de self; la cual postula que un ser humano puede ser objeto de su propia acción, actúa hacia sí mismo y

guía sus acciones hacia otros sobre la base del tipo de objeto que es para sí mismo <sup>88</sup>.

El interaccionismo simbólico descansa básicamente en tres premisas:

- ☛ Los seres humanos actúan respecto de las cosas basándose en los significados que éstas tienen para ellos. Puede tratarse de cualquier ente que la persona note en su mundo: objetos físicos como una silla, un árbol; otros seres humanos como su padre o el dependiente de una tienda; categorías, como los amigos, los enemigos; instituciones, como el gobierno o iglesia, y cualquier situación que un ser humano encuentre en su vida diaria.
- ☛ Los significados de tales cosas derivan de la interacción que la persona tiene con otros seres humanos.
- ☛ Los significados son manejados o modificados por medio de un proceso interpretativo que la persona pone en juego cuando establece contacto con las cosas. (Álvarez-Gayaou, 2003:65)

Los significados se construyen partir de la interacción social entre las personas y de las personas con los objetos que las rodean. Estos símbolos y significados se utilizan y organizan durante el proceso de relación y comunicación en función de los intereses de las personas o de los grupos en el que ellas se encuentran.

---

<sup>88</sup> [http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/sociologia\\_trabajo\\_social/decargar\\_el-interaccionismo-simbolico.pdf](http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/sociologia_trabajo_social/decargar_el-interaccionismo-simbolico.pdf)

### LA METÁFORA TEATRAL DE GOFFMAN

Una máscara detrás de otra negando que se pueda hallar un piel última verdadera, nos ponemos la máscara y salimos a escena (...) no hay original el modelo de la copia, es ya una copia (Niesztsche)

Siguiendo a Goffman (2004) se podría decir que el hospital es un gran espacio teatral, donde cada estamento o colectivo tiene su propio escenario y en el que cada individuo representa un rol de acuerdo a sus intereses y necesidades dentro grupo, frente a los otros colectivos y de cara a la institución global.

En hospitalización entre cada cortina se desarrollan biografías distintas, dramas particulares, en donde sólo comparten una crisis vital por la cual se encuentran ingresados, cada familia sigue su guión, y por casa paciente o protagonista ingresado, y un sinfín de actores aparecen en escena.

Algunos se encargan de bañarlos, cambiar el pañal, dar de comer, traer noticias, dar un abrazo, cada personaje tiene un rol en particular e incluso un horario, hay un entramado bien estructurado detrás de cada paciente.

Siendo así Goffman explica que el marco en el que se desenvuelven nuestras acciones tiene una referencia social, toda interacción se desarrolla:

- ☛ En un contexto físico: Los lugares facilitan o dificultan la interacción, la orientan en un determinado sentido.
- ☛ Dentro de un contexto social: El sentido de la interacción se va fijando según el contexto, las convicciones existentes y del tipo de actividad que se realiza junto a la/s otra/s persona/s.

La estancia en el hospital no sólo exige y/o designa horarios de vista, sino que influye en el comportamiento principalmente de los acompañantes ya que son estos los que tiene que interactuar con el personal médico, los demás acompañantes y por supuesto los pacientes.

Erving **Goffman** (1963) se centró en la dramaturgia, considera al **self** como el producto de la interacción dramática entre el actor y la audiencia. Dentro de cualquier ambiente se pueden distinguir contextos diferentes y el comportamiento de las personas actúa en función del contexto en el que están. Este autor marca la diferencia entre los lugares y el contexto ya que no es la estructura arquitectónica la que determina el comportamiento utilizado en el drama social, sino que el contexto tenga las condiciones apropiadas, lo importante es reconocer los contextos diferentes dentro de un caso, y en función a este como actúan los individuos en el, reconociendo que son construcciones sociales y no localizaciones físicas (Hammersley, 1994:66)

El enfoque dramático de Goffman constituye una forma de análisis, que parte de la idea propia del interaccionismo simbólico, de que toda interacción social es una actuación, cumple un papel representado frente a una audiencia, aplica metáforas teatrales con el propósito de representar la manera en que los individuos actúan y representan sus imágenes ante sí mismos y ante otros. La interacción social se observa en términos de actuación<sup>89</sup> (performance) o un papel representado frente a la audiencia, trató de establecer códigos o marcos de análisis (frame analysis) mediante los cuales en los rituales de interacción, se produce el encuentro entre las microestructuras de significado que componen la expresión de la persona y las macroestructuras que componen la cultura. Crea así una distinción básica en la interacción de los individuos, entre el escenario y el "backstage".

En el escenario existen todas las interacciones que la gente hace delante de los demás, mientras que la parte trasera domina toda las que se mantienen ocultas o se guardan, como si la vida social fuera una serie de actuaciones que se asemejan a las representadas en el escenario.

Un escenario adquiere significado por las interacciones que se efectúan en él, y a la vez la interacción, es decir la actuación es regulada por lo que el escenario signifique.

---

<sup>89</sup> El término de actuación (performance) nos permite entender los elementos considerados por la perspectiva dramática según la cual en una situación de interacción los actores sociales se ven situados en una posición análoga, aunque no idéntica, a la del actor de un drama.

### 3.4 ARQUEOLOGÍA CUALITATIVA

Una fuente etnográfica tiene valor científico incuestionable siempre que podamos hacer una clara distinción entre, por una parte, lo que son los resultados de la observación directa y las exposiciones e interpretaciones del indígena y por otra, las deducciones del autor basadas en su sentido común y capacidad de penetración psicológica (Malinowski, 1992:21)

El siguiente apartado describe las herramientas propias de la investigación cualitativa, sus técnicas, métodos, la interacción con los sujetos, proceso de selección de informantes, así como las dificultades *in situ*.

La metodología cualitativa, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno; en el transcurso del trabajo de campo se busca obtener calidad y no cantidad de datos se intentó producir datos descriptivos, a través de “las palabras de la persona y de la conducta observable” (Tylor, 2001: 23), este método se caracteriza por ser inductivo y holístico, ya que no pretende obtener datos duros, sino lograr un acercamiento profundo hacia sus investigados, es flexible debido a que las interrogantes pueden variar y/o adaptarse al sujeto de estudio, analiza a sus actores dentro de su propio marco referencial y así poder comprender desde sus zapatos la realidad.

Apuntándose concretamente en el método etnográfico y fenomenológico. La fenomenología enfatiza lo individual y la experiencia subjetiva, conocer los significados que los sujetos dan a su experiencia, identificar el proceso interpretativo mediante el sujeto define su cotidianidad y actúan en consecuencia (Rodríguez, Gil y García 1999).

La etnografía persigue elaborar una descripción densa de la población meta, mediante al análisis holístico del cotidiano, investiga poco casos, pero a profundidad. Por lo que ambos métodos fueron aplicables a mi investigación, ya que mi objetivo es extrapolar los relatos biográficos para entender cómo se da esté fenómeno.

Al trabajar dentro de este enfoque se utilizaron las siguientes técnicas para la recolección de datos:

- La observación participante me permitió conocer las interacciones entre las personas que trabajan en el sistema sanitario, así como las que van por los problemas de salud. Esta es una de las principales herramientas dentro del proceso de investigación, y medio para lograr el tan deseado y necesario rapport o empatía. Por medio de la observación pude clasificar a las personas que se encuentran en la sala de urgencias y de espera, para así ubicar a los que visitan con mayor frecuencia la clínica y seleccionar a mis informantes.
- El diario de campo me sirvió para anotar mis observaciones a lo largo de mi estancia en la clínica y mantener un registro objetivo de datos para que al redactar y sacar conclusiones tuviese una herramienta fiel de mi investigación.
- Las entrevistas, las clasifiqué en estructuradas, semi-estructuradas y espontáneas, esto respondiendo al principio fenomenológico desde el cual se busca entender el significado desde su perspectiva. Las entrevistas se adecuarán al contexto, así como el informante, son parte clave de la investigación ya que brindaron la información previa que me sirvió para clasificar a los pacientes y/o acompañantes e ir seleccionando a los informantes que pudiesen contribuir con esta investigación.
- Las historias y/o extractos de vida nos revelan cómo perciben y reaccionan nuestros informantes así como las consecuencias que una emergencia, ya sea por enfermedad o accidente tienen en el contexto laboral, familiar y económico. Esta herramienta fue la médula espinal para el desarrollo y conclusiones de la investigación ya que en las

historias, en la biografías es donde se encuentra el corazón de la investigación.

Lo cualitativo no es la renuncia a lo numérico, sino más bien, la reivindicación de lo subjetivo y lo particular, como prioridades de análisis para la comprensión de la realidad social (Krause, 1995) La construcción del conocimiento es un proceso progresivo, se alimenta continuamente, de y en, la confrontación de la realidad.

Inicialmente visité el hospital, sin autorización de la institución, los primeros días me limité a observar, pasaba unas horas en la sala de urgencias y otras en la de espera, intentaba realizar una descripción densa del acontecer cotidiano en estos escenarios, anotando mis primeras impresiones en mi diario de campo.

*La sala de urgencias es un escenario abierto, es el área encargada de atender a los pacientes en cuyas circunstancias se peligra la vida. La sala de urgencias tiene una capacidad para 16 personas sentadas, aunque está techada sólo tiene una cortina anticiclónica en una de las paredes que por lo regular está abierta, es un espacio reducido con área al aire libre en donde la gente espera. En la parte externa hay un módulo de atención, justo alado de la puerta para entrar al módulo de control de urgencias, en donde reciben al paciente y le toman sus signos vitales para clasificar el tipo de urgencia según el TRIAGE. Tiene un módulo de curaciones que trabaja de ocho de la mañana a las ocho de la noche de lunes a viernes, consultorios, central de enfermeras, terapia para el paciente grave, rehidratación y cuenta con 11 camillas, tiene baños para hombres y mujeres así como un pequeño cuarto donde guardan el material de limpieza séptico. Está área trabaja las veinticuatro horas los 365 días de la semana<sup>90</sup>.*

Mi intención era poder ubicar a las personas que visitaran la clínica con regularidad, aunque si bien estuve en ambos escenarios, me enfoqué o pasé más tiempo en la sala de espera, ya que urgencias es la antesala, el espacio como

---

<sup>90</sup> Sala de urgencias IMSS, notas de campo otoño de 2010.

antes había señalado liminal entre el hogar lo conocido, hacia el hospital lo ajeno, en urgencias los acompañantes esperan por unas horas en lo que los médicos definen el estado del paciente, si ingresa a hospitalización o puede regresar a su casa. Estar aquí me ayudo para identificar cuando o con que emergencias las redes sociales se activan o eran más extensas, en que circunstancias la familia, los amigos brindaba más apoyo.

En gran medida extraje fragmentos de charlas emergentes en los discursos de los derechohabientes, también al estar al pendiente de las conversaciones pude escoger o hacer la selección para mi muestra eso a pesar de que en el escenario hospitalaria se monta una gran algarabía cada día

En el transcurso de los días contacté a una enfermera, que tuvo la disponibilidad de relatarme algunos dramas, además de ser el enlace para presentarme con algunos pacientes y sus familias, entre ellos Don Morales.

*Era un sábado lluvioso, Eugenio Morales Morales con 69 años, tiene 7 hijos, 2 fuera del país y 5 viviendo con él, sin embargo todos tenían cierto resentimiento y desatención hacia su padre, él nunca fue un papá como tal, la madre fue quien los educó y sacó adelante todo el tiempo. Pero está vez por segunda ocasión don Morales presentaba el mismo cuadro: pie diabético.*

*5 años atrás fue lo mismo, pero ésta vez sus hijos ya no sentían la misma compresión hacía él, ya que más que la enfermedad fue su necesidad lo que lo llevó nuevamente a esta situación. Ya tenía semanas con la infección en el dedo pulgar del pie derecho, un amigo enfermero lo atendía en su casa y aunque don Morales lo insultaba y lo trataba mal, el enfermero le tenía paciencia y le hacía curaciones día con día, siempre explicándole y recalcándole que lo ideal era acudir al hospital. Llegó este sábado y una de sus hijas, decidida contrató un taxi para poder trasladarlo desde el pueblo de Bacalar al IMSS de la Cd. de Chetumal, al llegar al área de urgencia inmediatamente el doctor que lo atendió le explicó que tenía que quedarse internado porque el estado en el que se encontraba su pie era alarmante y a simple vista parecía haberse ya infectado el hueso. Don Morales volteó a ver a su hija y le dijo: no quiero quedarme, porque van a querer cortarme el pie. En ese momento don Morales se imaginaba que le cortarían hasta el tobillo (el pie izquierdo ya se lo habían cortado debajo de la rodilla). Su hija con mucha seriedad y muy poca paciencia le contesto que tenía que quedarse porque ya estaba muy podrido su pie y el olor era insoportable. Su hija María todo el día se la paso haciendo los trámites requeridos, ya que no era*

*una simple hospitalización, sino que se requería la firma aceptando que se le amputen los dedos o el pie en caso que fuera necesario*<sup>91</sup>.

Felipa estaba lavando la ropa de su hijo menor Roberto quién tenía 16 años, él había salido a la milpa a cosechar frijol (quien solamente traía lo que necesitaba su madre para cocinar ese día), Roberto desde los 12 años aproximadamente sufría severos trastornos mentales, los cuales siempre le traían problemas a su familia y en especial a su madre la Sra. Felipa. Llegó corriendo un niño hija de la vecina, para avisarle que a Roberto, lo estaba golpeando su otro hijo Juan Pablo adentró de su casa. Por lo que Felipa salió muy a prisa a ver que estaba sucediendo, al llegar a la casa de Juan Pablo, él tenía a Roberto del cuello casi ahogándolo, pero Felipa le gritó que por favor lo soltará, posteriormente le preguntó qué es lo que estaba pasando, y al mismo tiempo voltio a mirar a la hamaca que estaba en el rincón de la casa y ahí estaba Rosa llorando, con la ropa rota y la cara golpeada. Inmediatamente la madre se puso a llorar pues supuso y estaba muy en lo cierto. Roberto había violado a su cuñada Rosa y Juan Pablo llegó al momento. Felipa entendía el coraje que sentía Juan Pablo, pero al mismo tiempo sentía que tenía que tener piedad por Roberto. Ya los vecinos le habían avisado a la policía y esta llegó muy pronto, subieron a Roberto a la patrulla y lo llevaron al ministerio público más cercano, que está en José María Morelos. Después de los trámites correspondientes quedó encarcelado Roberto, sin embargo su madre trataba de justificarlo por su trastorno mental. El proceso continuaba y Roberto como no quería que lo trasladaran al CERESO de Chetumal, y en un momento de desesperación se dejó caer de la litera superior de la celda y por consecuencia tuvo que ser trasladado al IMSS de Chetumal para ser atendido. La Sra. Felipa se las vio muy difíciles ya que ella trabaja como empacadora en una Central de Frutas y Verduras, y tuvo que pedir permiso en su trabajo, además de no tener familia en Chetumal y de ser de escasos recursos. Roberto está esposado a su cama y hay un guardia con él día y noche. La Sra. Felipa duerme en la silla a su lado o en la sala de espera y come generalmente de lo que le dan en la cocina del IMSS, cuando sobra algún platillo de lo mismo que les dan a los pacientes. El próximo viernes 19 de noviembre del 2010 ya debe estar de alta Roberto y según su mamá la Sra. Felipe ya será trasladado al CERESO de Chetumal.

La selección de datos es complicada, ya que es discriminatoria dado que no se podría escribir o analizar todos los casos, fue necesario escoger los que consideré más relevantes y que pudiesen dar credibilidad de la ruptura en la

---

<sup>91</sup> Notas de campo otoño de 2010.

cotidianidad por la emergencia, y evidenciar la resignificación que se lleva al interior de la familia o unidad doméstica.

Ya que cada día se atienden o llegan muchos derechohabientes para ser atendidos, aunque algunos se les canaliza con el médico familiar debido a que en realidad los síntomas que presentan no tiene carácter de urgente, otros se deben a diarreas intensas, dolores de cabeza, gripe, heridas poco profundas, es decir urgencias que no tomarán más de una semana para que el paciente se reincorpore a su vida, y en donde los cuidados brindados en el hogar no estarán alejados de la atención diaria.

Mi interés fue ubicar a los derechohabientes que presentarán situaciones críticas, no necesariamente en el momento de mi trabajo de campo, sino sujetos en los que la emergencia haya sido el parteaguas que lacero a profundidad su cotidianidad y que lo obligó a cambiar su contexto socioeconómico, cultural y familiar.

## ESCENOGRAFÍA

**E**n este último capítulo pretendo describir y exponer los datos, mis interpretaciones y la conclusión del proceso de investigación. Al final, en el apartado de anexos se encuentran 4 casos biográficos, relatos divididos en dos: la perspectiva del paciente y la de un familiar esto para poder identificar cómo se transforman y resignifican las coordenadas de la vida cotidiana por una emergencia médica.

### 4.1 COTIDIANEIDAD VS EMERGENCIA

La teatralidad del escenario hospitalario nos permite identificar la dramaturgia o las dramaturgias, es decir diversos actores, dramas y situaciones que se presentan en la institución médica: pacientes, acompañantes, personal médico; accidentes laborales, caseros, automovilísticos; crisis respiratorias, eventos cardiacos, partos, intentos de suicidio, entre otros, el espectro es bastante amplio. Cuando el arco del proscenio se abre podemos observar algo así:

*Una mujer joven, lleva del brazo a una embarazada, se acerca en la ventanilla, entrega el carnet a la asistente, ella abre el expediente y de inmediato la pasan, (la mujer está clasificada como embarazo de alto riesgo) la segunda mujer se queda en la sala de urgencias habla por teléfono, cuelga, y ahí marca nuevamente, ella dice lo siguiente: -¡vente volado que la chaparra se desangró! salí de mi chamba para ir a buscarla, porque mamá está sola, pero no puedo quedarme mucho tiempo, sólo pedí permiso por una hora, ya le hable a Carmita, pero viene más al rato, y hay que esperar, no sé si se le van a asignar cama, entra quirófano, la dan de alta, no sé tú apúrate, que alguien se tiene que quedar pa' saber que va pasar.<sup>92</sup>*

---

<sup>92</sup> Sala de urgencias IMSS, notas de campo otoño de 2010.

La atención a la salud incluye no solamente las prácticas terapéuticas, sino elementos culturales que el individuo utiliza como referencia para dar respuesta a episodios de enfermedad (Haro, 2000, Comelles y Martínez 1993) La emergencia tiene connotaciones distintas, y por lo tanto, la manera en que responden hacia los procesos sociales que subyacen en la interacción entre la institución hospitalaria, el paciente y sus familiares son diferentes.

*¿Para qué? No a mí ni me digas, eso es pura perdedera de tiempo, ¡son sus panchos namás! ni tiene nada, todo se lo inventa, está en su cabeza, le gusta causar lastima, pero de mi parte jamás la tendrá; seguro está más sana que yo, además que venga su marido a cuidarla nosotras para qué, ya hice mucho con traerte (Mileidi<sup>93</sup>)*

*¿Si es tú cumpleaños; ¿cómo crees que te la vas a pasar aquí? No hija regrésate a la casa, que al rato vendrá tú hermano, todo está bien, anda y diviértete – eso no importa en lo que pueda quiero apoyar, por algo somos familia, si nosotros no nos apoyamos ¿quién más?(Esperanza<sup>94</sup>)*

*Dile que se comporte, ¿cómo se atreve a venir así?, todo borracho -estaba en una fiesta ¿qué querías que esté haciendo? ¿rezando? -mira por favor ten un poco de respeto por tú mujer y tú hijo, ve a tú casa y báñate -muy bonito ella pariendo y tú con tus amigotes -ay ya dejen de joder, es mi vieja, mi hijo, mi asunto, ustedes son las que sobran (Eugenio<sup>95</sup>)*

Algunos familiares y amigos responden de inmediato, están ahí para lo que se necesite, procurando favorecer al hospitalizado, otros van por compromiso, pero en lugar de contribuir sólo hacen que el ambiente se torne más tenso, en ciertos casos, hay pleitos y confrontación ya que se culpan porque si la emergencia es un evento casero, se culpabiliza a la madre por descuidada, o al joven imprudente por conducir alcoholizado; en algunos casos suele buscarse un culpable.

La sintomatología del paciente podrá ser similar más nunca se repetirá el mismo fenómeno, cada sujeto actúa desde acervo de conocimiento a mano. El común denominador en este escenario es la ruptura de la cotidianeidad por la emergencia médica.

<sup>93</sup> Sala de urgencias IMSS, notas de campo otoño de 2010.

<sup>94</sup> Hospitalización, notas de campo otoño de 2010.

<sup>95</sup> Sala de urgencias IMSS, notas de campo otoño de 2010.

Partimos del supuesto de que la emergencia es un episodio transitorio que fractura las coordenadas de la vida cotidiana e instala al sujeto en una situación liminal cargada de incertidumbre. La emergencia evento fortuito que pone en riesgo la vida o la funcionalidad de alguna parte del cuerpo, requiere una acción inmediata, coloca a los involucrados en una situación de urgencia<sup>96</sup> por tanto es el primer escenario que se visita es la sala de urgencias del hospital.

*Después del traslado, el médico me dijo que tendríamos que esperar tres días para ver si no había infección, y definir se podrían salvarme el brazo, eso tres días han sido los más largos y tormentosos, todavía no podía creer que estuviese ingresado y con esa fractura expuesta, el día anterior todo marchaba como de costumbre, salí al trabajo como todos los días, no había nada diferente, jamás imaginé que al medio día estaría envuelto en semejante accidente (Eusebio<sup>97</sup>)*

A lo largo de nuestra vida planeamos una y otra vez, hemos aprendido a que tener un orden es indispensable, la organización de nuestros proyectos se vuelve un acto, una rutina cotidiana, pero nunca planeamos una emergencia, la amenaza está latente en cualquier momento puede presentarse tiene un carácter contingente y externo, no tiene planeación.

*Estaba tan tranquila en casa viendo una película con mis primas cuando mi tío me llamó y después de una breve introducción, dijo: ¡a tú abuelo le dio un infarto, esta hospitalizado!, ¿puedes venir a verlo? Está muy grave ¡no creo que aguante mucho tiempo más! (Acacia<sup>98</sup>)*

*No tenía ni cinco minutos fuera de casa, cuando me llamaron para decir que mi mamá tenía una crisis, que impotencia, ¡no reaccionaba! le era casi imposible respirar, estaba llorando, y yo sin poder hacer nada, con trabajo la trajimos al hospital, pesaba, como muerta, además no podía ni hablar, teníamos que adivinar que le estaba pasando (Rogaciana<sup>99</sup>)*

---

<sup>96</sup> Hay que hacer la distinción entre Emergencia conceptualizada como evento dañino, repentino que requiere de atención inmediata (urgente), y la urgencia como algo que apremia (tiene más que ver con la cuestión de ser rápido), por lo tanto, una urgencia médica es toda situación que requiera una actuación médica.

Una emergencia nos coloca en una situación de urgencia.

<sup>97</sup> Interlocutor clave, caso número 5.

<sup>98</sup> Notas de campo, otoño de 2010.

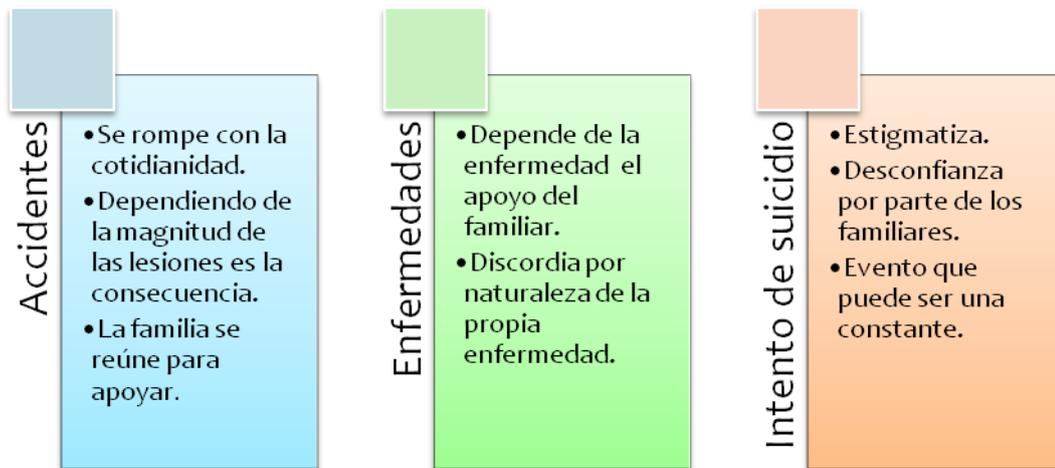
<sup>99</sup> “

*Bajé las escaleras como de costumbre, tratando de tener la precaución necesaria, pero esas escaleras son demasiado empinadas y ;no hay ni de donde agarrarse! lo último que recuerdo es que rodé, hasta estrellarme en la pared, cuando abrí lo ojos ví a mi mamá a mí lado en el hospital (Adela<sup>100</sup>)*

*Era un día de trabajo como cualquier otro, estaba un poco nublado, pero nada extraordinario, de repente la camioneta se volvió loca, el volante no respondió, y nos estrellamos contra una piedra, voltié a mirar a mis compañeros y ambos dijeron estoy bien, cuando quise mover mi brazo derecho no pude, fue cuando caí en la cuenta que me había fracturado (Eucebio)*

*Fui hacer el super, como cada quincena, a lo mucho me demoré hora y media, cuando llegué a la casa encontré a Soledad desmayada en su cuarto, se había tomado algunas pastillas, de inmediato llamé a su hermano para llevarla a la clínica (Dolores<sup>101</sup>)*

La ruptura de la cotidianidad puede clasificarse en tres:



En muchas ocasiones los allegados sienten el deber de estar acompañando al familiar enfermo, accidentado, entre otros, según sea el caso, desde luego esta respuesta se deriva del motivo de la emergencia. Por lo general alguien acude para acompañar al paciente, sólo que como se observa en la tabla pasada la respuesta familiar varía, el contexto en cual se despliega la emergencia es el factor que detona la activación de la redes.

<sup>100</sup> “

<sup>101</sup> Todos los fragmentos antes citados forman parte del trabajo de campo otoño de 2010.

Para los accidentes se pueden observar grupos de seis o más personas, si el ingresado está en terapia intensiva, el número aumenta, las personas duermen en los pasillos, y esperan hasta tener noticias, están ahí.

Con los enfermos y embarazadas también hay una respuesta favorable, porque los familiares y amigos esperan hasta saber si ingresa o no, generalmente una vez que llegas a urgencias te hospitalizan, es entonces cuando los allegados se acompañan y organizan para brindar los cuidados al paciente, establecen horarios, turnos para venir a acompañar al ingresado, le llevan agua, revistas, comida, mantiene la comunicación del exterior las buena y malas nuevas.

Aunque con menor incidencia, también está la presencia de ingreso a urgencias por situaciones emocionales, estrés, e incluso intento de suicidio, cuando en el expediente médico existe un registro de estas conductas, se ven en la necesidad de aceptar al paciente porque a veces suelen dar molestias; el caso que presencié fue recurrente, ya que la persona lo había intentado en más de cinco ocasiones, y el personal médico la tiene claramente identificada.

*Antes de que ella alcance su meta, lo haré yo, ya no soporto, estoy muy cansada, cada día me llama una y otra vez, para amenazarme siempre dice, si en 20 minutos no llegas me mataré, no sé cuando creerle, me pone los nervios de punta, lo peor es que ya nadie le cree y tengo que cargar con todo el peso, la traje porque se tomó un litro de suavizante (Dolores<sup>102</sup>)*

Además de apoyar al paciente ingresado, se tiene que apoyar a la familia nuclear, ya que la emergencia médica reestructura la organización familiar, esto dependiendo del rol que ocupe el paciente, es decir los cambios en el contexto familiar pueden variar y modificar.

Es importante señalar que también esta respuesta depende de la situación biográfica del paciente, ya que en caso de ser migrante y encontrarse solo en la ciudad, la familia suele trasladarse con dificultad, así que depende o encuentra apoyo únicamente en los amigos o compañeros de trabajo, que son la única opción o por lo menos la más cercana.

---

<sup>102</sup> Dolores de Pocavida, caso iii.i

*Para el traslado y el papeleo del seguro un amigo y compañero de trabajo fue quien me ayudó, ya que mis papás y hermanos viven en Chiapas, de ahí soy, mi mamá llegó una semana después, en lo que junto dinero, pidió permiso en el trabajo y buscó con quien dejar a mis hermanos (Jacinto<sup>103</sup>)*

A tono con lo anterior el escenario hospitalario está cargado de incertidumbres, acota la toma de decisiones familiares. Y es que nadie anda por la vida esperando la desgracia, esta llega sin mayor preámbulo, estando allí, se observan incuantificables fenómenos, y por supuesto formas de responder multifactoriales de acuerdo a los actores sociales, pero sobre todo a la episteme propia de la emergencia. Es decir, hay una jerarquización y estigmatización de las emergencias, no es lo mismo, el paciente incómodo que por no pasar con el médico familiar acude a urgencias por una simple gripe, el paciente que tiene una herida en la mano, y sólo necesita unos puntos, y anélgicos, al paciente que llega con un infarto cerebral, una crisis miasténica, o una botella co aire atorada en el recto, por mencionar algunos.

La institución clasifica la atención de la emergencia según el TRIAGE, pero los familiares interiorizan una particular, no es lo mismo acompañar a tu madre, hijo, familiar por una fractura, que por un nuevo intento suicida, o una infección.

*Por más que uno le insista, es como si la virgen la hablará, no hace ni un minimo de caso, es el colmo que tengan que amputarle el segundo pie, sí ahorita está todo achicopalado, pero bien que se lo advertimos, él dice que no le importaba, con todo sus muletas si iba a tomar (Inocente<sup>104</sup>)*

La emergencia médica es este espacio liminal, que pone en escena y nos refrenda, la vulnerabilidad de nuestra especie. La salud entendida como algo positivo se instala en el marco de la cotidianeidad, es decir en al ámbito del equilibrio. Así pues, la emergencia llega abruptamente y trastoca no sólo la vida del paciente, sino inmediatamente se activan las redes familiares, las cuales modifican sus itinerarios, roles, economía, vamos el contexto de los allegados en general se resignifica. La familia actúa como soporte, contar con el apoyo facilita el camino para enfrentar lo que vendrá. Durante la estancia del paciente en el hospital las redes sociales son el vínculo del sujeto con lo externo.

<sup>103</sup> Notas de campo otoño de 2010.

<sup>104</sup> ”

## 4.2 URGENCIAS, HOSPITALIZACIÓN Y ESPERA

En urgencias la respuesta y noticias en cuanto al estado en que se encuentra el ingresado, suele demorarse y mantener a la expectativa a los familiares y amigos.

La emergencia evento fortuito que pone en riesgo la vida o la funcionalidad de alguna parte del cuerpo, requiere una acción inmediata, coloca a los involucrados en una situación de urgencia por lo que el primer escenario que se visita es la sala de urgencias del hospital.

Aquí el paciente será valorado y es el escenario en el cual se determina si debe ser ingresado o puede volver a casa. Mientras tanto el paciente espera dentro, sobre una camilla, ya con bata, sin ningún artículo de su propiedad. Y sin la mínima comunicación porque aquí no se admiten acompañantes, la familia debe permanecer en la sala, que por cierto es muy pequeña y abierta, por lo que las sillas no dan abasto y es parte del cotidiano encontrar personas fuera del hospital sentadas en las jardineras y en las banquetas.

De ser cambio de turno, las familias tendrán que esperar por varias horas hasta que el médico llegue con el paciente. Las inconformidades están a la orden del día, debido a que las personas están angustiadas esperando sin tener noticias, sólo ven al asistente médico platicar, comer o mirar la computadora, a veces mientras las personas se paran en ventanilla, la asistente ni lo voltea a ver como si no hubiese nadie pidiendo información, lo único que dice es: -¡espere un momento en una hora vuelva a preguntar!

*Mire a las 9:00 pm, me dijo que volviese a preguntar en un hora, ya son las 10:30 y me sale con lo mismo, ¿de qué se trata esto? hasta que hora me darán noticias, -espere pueden dar las 11, las 12 o la 1, y aún así el médico no está disponible, es hasta que él pueda, sólo él tiene la información, -pinche*

*vieja amargada, pareciera que no le pagarán por estar aquí (Francisco-Asistente médico<sup>105</sup>)*

Después de esperar por horas, si el paciente es ingresado, lo transfieren al área de hospitalización, donde de acuerdo a su sexo y condición es ubicado en determinada sección, y el tipo de visita que le asignan, es decir, pase temporal o permanente, con el primero los familiares y amigos sólo podrán ir a visitar al ingresado en el horario establecido, el matutino es del 10:00 a 11:30, el vespertino es de 3:00 a 5:00, sólo puede entrar una persona a la vez, mayores de edad, y con cierta ropa, no escotes, no bermudas.

A los que les asignan pase temporal tendrán que contar con el apoyo de un acompañante las 24 hrs del día, para darle de comer, ayudarlo a ir baño, cambiarle el pañal, entre otros. Es aquí donde se evidencia el soporte y fortaleza del capital social, ya que la familia tiene que organizarse para cubrir los turnos, lo genera una suerte de incertidumbre ya que si el paciente tiene redes limitadas el peso caerá sobre pocas personas, lo que hará que uno o dos acompañantes absorban la carga completa. Algunas familias pagan para que cuiden a su familiar enfermo y sólo van esporádica y brevemente a visitar a su familiar hospitalizado.

*En las mañanas viene mi prima Bella, por la tardes Azucena y en la noches mi Mamá, como mis hermanitos ya están durmiendo pues yo nada más vigilo que están en sus camas (Ricarda<sup>106</sup>)*

*No mira, la suerte es que todos los hijos y nietos se dan sus vueltas aunque sea por ratitos pero él no se queda solo, aunque si estamos medio desorganizados, pero ay vamos, luego aquí estamos todos amontonados, digamos que la que esta fija es mi pobre abuela, ella se lleva la chinga completa, sólo va a comer y a dormir un rato a la casa de una prima de ella (Lucina<sup>107</sup>)*

*Entre su esposo y yo, pero casi siempre me la paso aquí, porque él trabaja y está cuidando a mis sobrinos, algunas familiares y amigos vienen, pero sólo una hora o menos, de visita nomás, los turnos nos los dividimos entre mi cuñado y yo (Sofía<sup>108</sup>)*

<sup>105</sup> Cotidianidad en la sala de urgencias, notas de campo otoño de 2010.

<sup>106</sup> Notas campo otoño de 2010.

<sup>107</sup> “

<sup>108</sup> “

*Ya llevo cuatro meses, apenas regresamos de Cancún ahí estuvimos como mes y media pero como no resolvieron nada no trasladaron nuevamente para acá, según que ahora nos van a mandar a Mérida, pero es muy cansado, paso como 16 horas o más aquí, ya soy como su hija, me pagan a \$60 el turno, antes me pagaban a \$100 la noche, pero la hija que me pagaba me dijo que está muy amolada y me bajó el sueldo a \$60, es muy poco, pero siempre me he dedicado a cuidar enfermo, primero mi mamá, luego mi hermana, ahora este señor, ya me acostumbre(Otilia<sup>109</sup>)*

Las jornadas de cuidados son intensas y absorbentes Aurora<sup>110</sup> Quero afirma, que los gastos que la institución se ahorra con los cuidadores familiares es inmensa, además que el trabajo de cuidador trae consigo secuelas y en su mayoría todas negativas, ya que cambia de rol, deja de ser mamá, esposa, hija, trabajador para estar allí, en ocasiones suelen ver el cuidado de un familiar con una obligación, por lo que margina sus actividades cotidianas para estar disponible.

El perfil de cuidador es de mujer. Las mujeres cuidan mayormente a sus madres o padres, maridos e hijos. Situación originada por la concepción de género con respecto a los cuidados y al dominio del ámbito doméstico en el que la mujer se ha desarrollado históricamente.

En el caso de la clínica del IMSS los pases permanentes del sexo femenino son en su mayoría cubiertos por mujeres, más durante las noches, los hombres sólo pueden estar en el área masculina o visitar a las mujeres.

Los hombres cuando asumen el rol de acompañante-cuidador, cuidan a sus papás, porque no tienen hijas en edad de cuidar, o porque están solos. La presencia de los hombres en el entorno de pacientes femeninos no es permitida, o bueno no con pase nocturno, sólo pueden estar durante el transcurso del día. Para algunas mujeres la presencia de un hombre genera inconvenientes relacionados con el pudor. En hospitalización los ingresados tiene una bata que cubre escasamente, algunos tiene que usar pañal, de por si es incómodo que te traten como síntomas, que todos vengan te toquen y quieran inyectar. Y eso

---

<sup>109</sup> Notas campo otoño de 2010.

<sup>110</sup> Ver en antecedentes pp 33

aumentarle la mirada insistente del otro, hay mujeres que señalan que hay enfermeros o acompañantes que sólo quieren estar mirándolas. O que algunas las sancionan por no taparse, señalando que están provocando al sexo opuesto.

*Porque es mi papá, y soy hijo único y ni esposa tengo, no me queda más remedio, por gusto no lo haría yo (Pedro<sup>111</sup>)*

*No pues la otra vez vino un enfermo, y me dijo una sarta de groserías, cuando quise preguntar su nombre para acusarlo, se fue y al preguntarle a otro enfermo, se hizo al que la virgen la habló, además a veces vienen unos viejos puercos, que sólo te andan mirando por donde sólo puede ver tú marido, u otros que se acuestan y tienen la piernas a abiertas, que cuando ven que una se asoma, se empiezan a tocar, no todos pero si hay mucho puerco, morboso (Asunción<sup>112</sup>)*

*Madre ¡tápese! -¿por qué? yo tengo mucho calor -tápese que no ve que hay muchos hombres y sólo va estar provocando que la miren, -¿qué le pasa? eso es lo último en lo que pienso, yo tengo calor y no me voy a tapar, que hagan con sus miradas lo que les dé la gana (Otilia<sup>113</sup>)*

Por supuesto que otra de las dificultadas es que los hombres suelen percibir salarios mayores que las mujeres, por lo que es preferible renunciar al salario de la mujer, mientras el hombre continua trabajando, y ya entre la familia se organizan para los cuidados tanto del paciente hospitalizado, y en hogar el esposo (a) y los hijos se dividen las labores para que la madre, padre pueden cuidar al familiar enfermo.

*No mi señora es la que se queda la mayor parte del día, yo salgo de trabajar hasta las 5, y no hay manera de que me den permiso, y la chamba es sagrada hay que cuidarla, dinero es lo más hace falta, mandar a mi vieja al hospital cuesta, los pasajes, la comida, es un gasto, venir diario, pero ni modos no hay de otra (Adrian<sup>114</sup>)*

Las hijas también asumen un rol importante ya que en ausencia de sus madres, se encargan del cuidado de los hermanos menores, así como la

<sup>111</sup> Notas trabajo de campo otoño de 2010

<sup>112</sup> “

<sup>113</sup> “

<sup>114</sup> Notas trabajo de campo otoño de 2010

preparación de los alimentos, y todo el trabajo del hogar; además de fungir como relevo de sus madres, tías, abuelas después de la escuela. Sin embargo el peso recae en la mujeres mayores, piensan que para las jóvenes estar ahí es perturbador, absorbente y doloroso.

Y si son hombres los que están ingresados no se sienten a gusto con que sus hijas-nietas, los bañen o limpien, prefieren a sus hijas o esposas fundamentalmente.

*Y es que mientras estaba medianamente inconsciente le cambie el pañal, ya en sí se negó, dijo que hasta que llegara su mujer, que estaba muy pequeña para esas cosas que a mí no me correspondía, me pidió el celular y le habló a su mujer, le dijo que viniese que ella tenía que estar aquí (Acacia<sup>115</sup>)*

*Esto se queda entre tú y yo, ya no vendrán ni Carlos ni Mariana, porque esto es muy fuerte (Marisol<sup>116</sup>)*

*No me dejaron venir, porque se puso muy mal, dicen que sacó sangre por todas partes, también defecó en abundancia y con sangre, nuevamente lo entubaron, pero esta vez ya no respondía en lo más mínimo. (Acacia<sup>117</sup>)*

Los familiares que no cubren turnos completos, o están esperando a la familiar que alumbró, se ubican en el área de espera, aquí durante las mañanas es escenario de tránsito, médicos, enfermeras, personal de limpieza, van y viene, familiares sentados, caminando, niños corriendo, jugando, llorando, pero sobre todo hay un predominio de los trabajadores de la institución, que están uniformados, ya sea de blanco o verde. Por la tardes todo se pone más lento el personal administrativo ya no está, las salas son multicolor, los que están allí son los familiares. Todos los trámites, entregas de laboratorio son por la mañana.

---

<sup>115</sup> Notas campo otoño de 2010.

<sup>116</sup> “

<sup>117</sup> “

A partir del momento de la hospitalización, la inmersión en el ámbito hospitalario puede generar cambios. La incertidumbre alrededor del drama médico, mantiene a la familia en un estado de desconocimiento y por supuesto en mayor escala, al internado quien es un número más para la institución médica. En efecto la familia es quien mantiene la subjetividad del individuo, lo llama por su nombre, le lleva el periódico o revista de su preferencia, pasa de contrabando alguna golosina, le lleva agua purificada, noticias, fotos en el celular de sus hijos que por ser menor de edad no pueden pasar a visitarla/o. También los acompañantes se encargan de todo el trámite burocrático, de las incapacidades, hablar con los jefes, llevar traer noticias. Tratar de construir el panorama externo o del hogar.

*Diario le traigo su botella de agua, dice que la de aquí sabe a agua potable, no sé, por si las moscas, le compro su agua para que esté tranquilo (Josefina<sup>118</sup>)*

*Mientras llega su mamá, estoy viendo lo del seguro ya que aquí no dijeron que le amputaran el brazo, lo bueno es que la Toyota responderá por el accidente, nada más tengo que dar unas vueltas ya que por protocolo se tiene que trasladar en la ambulancia del IMSS llegar hasta la puerta de la clínica en Mérida y ya de ahí nosotros no vamos para el CMA, él quiere una segunda opinión (Raúl<sup>119</sup>)*

*Fueron cuatro días esperando, indescriptible todo lo que pasaba por mi mente, el médico me dijo: por el momento sólo nos queda observar, ya en unos días sabremos que si tenemos otra opción (Fernando<sup>120</sup>)*

---

<sup>118</sup> Notas campo otoño de 2010.

<sup>119</sup> “

<sup>120</sup> “

## LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL MILAGRO

*Pero la oración no tiene límites, horarios, ni mucho menos dosis a diferencia del medicamento, la oración para mí es un bálsamo interminable (Otilia<sup>121</sup>)*

Los hospitales tiene una tradición histórica con las prácticas religiosas, los primeros se construyeron en salas adjuntas a iglesias, después en los nosocomios la participación de los curas y las misas eran parte del itinerario, aunque las autoridades religiosas siguen visitando estas instituciones ya no forman parte de la vida cotidiana del hospital sin embargo en el hospital H. G. Z. No.1 hay una pequeña capilla dentro del área de hospitalización, donde se suele ver a personas hincadas rezando, orando, o mayormente es el área en la que las personas se sientan a llorar por el fallecimiento del familiar.

Ya sea de protestantes o católicos por los pasillos se escuchan comentarios, de agradecimiento o consagración hacia un supraindividual ante la inminente muerte o pronta recuperación, se subordina la práctica médica al colocar en primera instancia la mano de dios, vivimos en una segunda edad media, en donde las religiones han cobrado una revigorizada fuerza, la institucionalización del milagro es muy frecuente, los pacientes agradecen a al personal médico, pero saben que su mejoría se debe a la voluntad de dios, es una milagro.

Algunas familias ante el deterioro renuncian a la posibilidad de una transfusión, o piden permisos para traer a una autoridad religiosa para que le den una bendición al enfermo.

*El médico dijo que llamara a mis familiares, para que viniesen a despedirse, pero pedí una bendición a los hermanos, estoy segura de que así lo habría elegido él (Micaela<sup>122</sup>)*

---

<sup>121</sup> Notas sala de espera del IMSS, otoño de 2010.

<sup>122</sup> “

*Dios así lo quiere, todo es voluntad del señor, resígnense, recuerden que esta vida terrenal sólo es un pedazo, la vida eterna es absoluta (Cristina<sup>123</sup>n)*

*En la madrugada se despertó, respiraba con dificultad, llamé a la enfermera, tenía un nervio, de inmediato prendí mi veladora que traje de Chuina, son bien milagrosas (Lorena<sup>124</sup>)*

Incluso los médicos hacen comentarios apelando a la gracia divina, o sugieren a los familiares pedirle a dios por la mejoría del paciente, ya que señalan sólo un milagro podrá salvarlo, al parecer en sus manos ya no está.

Y cuando la persona fallase se ofician una serie de ritos, para el buen tránsito y descanso del alma, algunas familias preparan los platillos favoritos y los reparten en las novenas, realizan misas, o las ceremonias según su grupo religioso.

#### 4.4 POST EMERGENCIA

Las premisas de interaccionismo simbólico postulan que los significados son contruidos colectivamente, y estos dependen de la interacción con los objetos y sujetos, significados que son utilizados y modificados de acuerdo al contexto y contacto con el otro, de acuerdo al escenario hay guiones y roles que seguir.

La disponibilidad de un amplio y sólido capital social, construido en la interacción es de vital importancia en estos episodios de inestabilidad sanitaria, en donde el paciente puede o queda en total vulnerabilidad, a consecuencia de un accidente o enfermedad, las redes sociales se activan y cambian el estatus del paciente, ya que necesitará del apoyo físico y moral dentro de la institución hospitalaria y en la post emergencia, una vez egresado los allegados son lo que

---

<sup>123</sup> Notas campo otoño de 2010  
<sup>124</sup> “

viven las secuelas del episodio ya que tendrán que adaptarse y apoyar para la mejoría o estabilidad del familiar.

*Si me lo preguntas, la respuesta es no, ella era muy alegre, siempre íbamos de paseo, viajábamos, no sé era una mamá divertida, me cantaba, estaba al pendiente, después de lo que pasó nada volvió hacer igual, al principio estaba en el alucine, diciendo puras tonterías, me daba miedo, me golpeaba, pero seguía activa, no sé que fue peor si verla, o tenerla callada, sin hablar y durmiendo todo el día, ese medicamento la acabó, al menos tuve por 8 años una mamá, mi pobre hermana no sabe qué significa eso, nunca la tuvo ni la tendrá, ella está aquí, pero es como si no estuviese, no reacciona ante nada (Inocente<sup>125</sup>)*

*Ahora vivo al pendiente de mi celular, me recuerda a las campanas que usan los Amos para llamar a sus sirvientes en las películas, no tiene horarios, las llamadas son por cosas que pueden parecer, simples o fácil de ejecutar para una persona sana, desde un vaso de agua, pastillas, hasta problemas respiratorios, siempre que timbra mi celular y debo correr para saber qué es lo que tiene, si es algo fastidioso, pero que puedo hacer, sino lo hago yo nadie más lo hará (Acacia<sup>126</sup>)*

*Cuando tiene crisis, debo permanecer en casa, por cualquier cosa, ya en la tarde la ayudo a bañarse, lo bueno es que ahora tiene el cabello corto, ni el mío peino, eso sí me fastidiaba tener que peinarla, la apoyo y trato de ser comprensiva, porque sé que aunque parezca una persona normal, una mujer joven, ella tiene bastantes limitaciones (Joaquina)*

Ya dijimos que la emergencia tiene carácter transitorio, por lo que después de este episodio, el paciente y su familia tendrán que transformar y reorganizar roles.

---

<sup>125</sup> Interlocutor clave, caso número 1.

<sup>126</sup> Interlocutor clave, caso número 3.

| COTIDIANEIDAD PACIENTE CON MG <sup>127</sup> |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| Actividades                                  |                                    |  |
| Horario                                      | Día “bueno”                        | Día “malo”   |
| 7:00   | Primera dosis de Mestionon         | “  |
| 8:00   | Desayuno                           | Desayuno   |
| 8:30   | Quehaceres del hogar               | Descansar (acostada o sentada)   |
| 9:00   | Única dosis de Calcort             | “  |
| 11:00  | Segunda dosis de Mestionon         | puede variar entre 10:30 a 11:00   |
| 11:30  | Preparar la comida                 | Estar acotada o sentada si tiene dificultad para respirar.               |
| 2:00   | Almorzar                           | El almuerzo posterga hasta las 5:30 cuando la tercera dosis haga efecto. |
| 4:00   | Tercera dosis de Mestionon         | “  |
| 6:30   | Único baño del día                 | Alguien la tiene que ayudar, le lavan las extremidades.                  |
| 7:00   | Descansar ver TV/platicar          | Descansar  |
| 8:30   | Cuarta dosis de Mestionon          | “  |
| 8:40/9:00                                    | Cena                               | Toma alguna bebida   |
| 9:30   | Dormir                             | Estar acostada o sentada.  |
| 11:30  | Quinta y última dosis de Mestionon | “  |

En la tabla anterior se puede observar la rutina limitada de un sujeto con una enfermedad crónica, no degenerativa, pero fluctuante, a pesar de que como nos relata en su biografía, en el hospital el neurólogo le auguró una vida muy parecida a la “normal<sup>128</sup>”, a la vida que tenía antes de los primeros síntomas, su reestructuración cotidiana dista de parecerse a la que fue.

El apoyo familiar es imprescindible, el caso 4 pone en manifiesto que no necesita vigilancia para la ingesta de sus medicamentos, pero sí suele requerir apoyo para que le pasen el agua, o a veces que le coloquen las pastillas y ayuden a tragar.

En la sección de anexos, concretamente el apartado de Biografías, se amplía y refrenda cómo se vive la emergencia, cómo el contexto familiar, económico y social entra en tensión y lo que sucede después de egresar del hospital y el reposicionamiento de la cotidianidad.

<sup>127</sup> Interlocutor clave, caso número 4.

<sup>128</sup> Palabra polisémica en donde el significado varía de acuerdo a la cultura.

## CONCLUSIÓN

En líneas generales, el hospital a través de la historia ha conservado la cualidad de tener como objeto el brindar atención al enfermo, no obstante su consolidación como escenario exclusivo del cuidado de la salud es reciente. El tránsito de espacio caritativo mágico-religioso permitió la separación entre el hospicio de apoyo al menesteroso: mujeres, pobres, extranjeros y enfermos hacia la constitución paulatina y tecnificada del nosocomio actual, espacio secularizado destinado a curar al enfermo.

No obstante el retorno de religiones ha cobrado un revigorizado aire, si bien las misas ya no forman parte del obligado itinerario de la institución, es común encontrar en los hospitales una capilla, así como la visita de alguna autoridad religiosa, ante la inminente muerte. Comelles habla de la sacralización de la práctica médica, debido a que es notorio como las familias se consagran ante una emergencia y superponen las bondades de un supraindividual ante la práctica de la biomedicina, reconociendo al médico como un instrumento de los designios algún ser supraindividual, aunque hay un agradecimiento hacia la labor de los integrantes del hospital, el milagro de la sanidad se instaura como victoria de Jesucristo, de Krishna, de Ra, del nombre que uno le quiera dar.

La enfermedad, concretamente la propia emergencia médica es transformada como antesala de la activación o posible conversión religiosa, en donde ante este acontecimiento intempestivo es frecuente que se recurra a las bondades divinas en oposición o mejor dicho en interdiscursividad con el dictamen médico. Consagrarse a esta entidad te cohesiona a un grupo, da sentido y por supuesto esperanza; vivir-morir no es cuestionable, porque forma parte del “plan de Dios”.

El hospital ha dejado atrás la noción de pauperismo, por lo que ya no sólo el pobre utiliza este escenario, aunque por supuesto ahora hay hospitales públicos y privados.

Sin embargo todavía decanta incertidumbre entre el colectivo; ir al hospital suele ser en muchas ocasiones la última opción, es preferible la calidad

que el hogar genera en el paciente al no estar en un ambiente ajeno. No vamos al hospital hasta que sentimos la muerte encima. Ante todo el hospital debe ser entendido como un aparato burocrático, con múltiples tentáculos que determinan la dramaturgia durante la espera. Una espera vulnerabilizante y desubjetivada.

El escenario hospitalario nos permite observar mujeres recién aliviadas con el bebé en brazos, y familia alrededor regocijándose en felicidad; pacientes que egresan después de una cirugía con mejores expectativas y calidad de vida, pero también encontramos desesperación, lágrimas, insatisfacción, diagnósticos fulminantes o equivocados, personas que sufren, lloran, gritan.

El hospital es así. En un momento determinado reina la serenidad, la paz y el sosiego, y/o en el próximo el incertidumbre, la tragedia y la muerte. Concretamente las salas de urgencias y de espera son sin duda uno de los escenarios en donde por excelencia no hay sujeto, en ese momento sólo hay fracturas, lesiones, síntomas.

Desde una perspectiva lejana considero que una malformación genética, o enfermedad congénita expuesta desde temprana edad ayuda a que el individuo socialice y formule su cotidianeidad con esta identidad. Coloquialmente se dice que *no se puede extrañar lo que no se ha perdido*, en este sentido el sujeto portador de determinada condición tiene sueños, deseos por una vida “normal”, para “nosotros” los “sanos” tener salud es algo que se da por sentado, en palabras de Schutz (2003).

En este sentido las personas que han sufrido un accidente grave, que deja o parcial o totalmente postrado, diagnósticos de enfermedades que invalidan al sujeto, accidentes cerebrales que obligan al sujeto a reestructurar su cotidianeidad, estos son los sujetos protagonistas de un espectáculo no deseado, son los que sufren la post emergencia, ya que es incorporado a la vida con un status de “sano” y al reincorporarse lo harán como “enfermo”, “discapacitado”, en el que tiene que vivir un proceso de rehabilitación, recuperación aceptación de una nueva forma de vida, un nuevo rol.

Cosas que pueden parecer lo más imple como caminar, comer, incluso dormir, ya son un verdadero reto, en las biografías se relatan las

transformaciones que este evento te obliga a realizar. Desde cambios en el hogar para el fácil acceso y movilidad en casa, hasta vivir, o tener que estar presa en tú propia hogar, o en tú cuerpo.

El ingreso a la sala de urgencias y la hospitalización activan y evidencian la fortaleza del capital social del paciente, mientras más fuerte y extensas son las redes el sujeto puede conservar y mantenerse informado de el acontecer fuera del hospital, los familiares, amigos sirven como vinculo con el exterior y asumen el rol de manera temporal en casa para mantener orden y ayudar en lo que le compete al hospitalizado.

La espera en el hospital genera altos índices de incertidumbre no sólo el paciente sino en todos lo que involucrados, este escenario tan despersonalizado no se detiene o no tiene tiempo de darle singularidad a cada familia. Es un espacio cargado de incertidumbre en donde hasta que el médico quien está facultado para hablar de la situación del hospitalizado, es quien puede despejar las dudas e inquietud y asignar certezas a los que esperan.

La emergencia, evento transitorio disruptivo mueve los cimientos de lo establecido en la vida cotidiana, después al ser dado de alta del hospital, la cotidianidad cambia y se resignifica, el paciente puede quedar o cambiar por completo de rol, quedando mediana o totalmente inhabilitado, no sólo para trabajar fuera, sino en la propia casa, sin siquiera poder reír, entablar una conversación o levantar un simple vaso, la convulsión se extiende a las diversas esferas en las cuales gravita la cotidianidad.

En la biografía se evidencia como los síntomas y el ingreso a urgencias sólo eran el siniestro preludio de lo que avecinaba, ya que la post emergencia suele tornarse aún peor, lo sujetos guardaban la esperanza de recuperar sus vidas con tratamientos y fármacos, y aunque sin duda recuperan cierta autonomía, nada vuelve a ser igual, a los pacientes sólo les queda aprender a llevarse con su enfermedad, conocerla, para saber cómo reaccionar.

El núcleo familiar también se ve afectado, en algunos casos sólo anímicamente lo que da lugar y fomenta el pretexto para hacer y deshacer lo que se venga en gana, ya que no se cuenta con una autoridad los hijos ignoran al familiar enfermo y lo ven con una carga, un estorbo, no como alguien a quien se

deba apoyar. Justifican algunas de sus acciones por la condición del familiar, ya que señalan que el enfermo no cumplió con el papel que le correspondía.

Algunos otros si tienen que estructurar y aprender nuevas cosas, en días malos absorber la carga doméstica, y equilibrar limitar sus actividades escolares, laborales y recreativas para estar ahí con él, la, los familiares enfermos.

En resumen el interaccionismo simbólico es la perspectiva de análisis que nos permite identificar el abanico de posibilidades que podemos ser los seres humanos dependiendo de la interacción y la relación que tenemos con los otros y en los contextos en los que estamos.

Esta perspectiva nos ha servido en el análisis del tema de la emergencia de una manera mucho más contundente, porque se trata de un evento que atraviesa transversalmente las biografías de los sujetos y los obliga a un reposicionamiento desde el despojo, desde la carencia, las biografías anexas refrendan esta afirmación, son testigo fiel de la fractura la vida del sujeto y de las limitantes para restablecer de nuevo su cotidianidad.

Este enfoque permite identificar la recomposición del sujeto después de un evento traumático. Justamente el proceso de desacralización del mundo, en una sociedad como esta, cada vez amplía la posibilidad de los riesgos y no como se pensaba antes, por lo menos con el nacimiento de la modernidad, en donde el riesgo era lo calculable, la vida de los seres humanos esta permanentemente llena de riesgos, por lo que el ser humano quedo inmerso en un océano de incertidumbre, siendo así en lo que habría que avanzar es en la dimensión de la incertidumbre.

Este trabajo intenta convocar a una reflexión para avanzar hacia la perspectiva de una Antropología de la Incertidumbre.

## *La familia “funcional” a perpetuidad<sup>129</sup>*

**R**ecuerdo que durante mi niñez, mis papás no se llevaban bien, siempre peleaban, él siempre llegaba borracho, hasta que mi mamá lo dejó. Antes que se separaran mi papá me trataba muy bien me llevaba a pasear a todas partes: al cine, al parque, a nadar y a la feria. Él disfrutaba ir de cacería y siempre traía venado, esa era la carne que nosotros comíamos y nos gustaba.

Mis papás terminaron separándose y mi mamá nos trajo a vivir a Chetumal, ya viviendo en Chetumal ella se juntó con mi padrastro, él era policía trabajaba 24 hrs por 24 hrs, cuando descansaba se iba desde temprano y regresaba borracho y eso siempre era motivo de pleito, era todo un escándalo el que se hacía ese día, había de todo pero lo que más había eran golpes. En una ocasión, puedo decir que la más sangrienta, mi mamá en medio del pleito ¡le rompió la cabeza a mi padrastro con una piedra! era todo un espectáculo, mínimo la mitad de los vecinos salían a observar los ya rutinarios pleitos.

Cuando tenía oportunidad regresaba a limones, allí vivían mis abuelos y mi hermana la mayor, mi abuelo tenía un rancho, me gustaba ir allí. Eran momentos felices. De camino al rancho si teníamos sed y había llovido tomábamos agua de los charcos, mi abuelo tenía varios tipos de animales ¡me gustaba estar allí!

Empecé a estudiar la secundaria, y al mismo tiempo entré a trabajar con una maestra, con la cual me fui a vivir, sólo iba los fines de semana a mi casa. Con mi sueldo le ayudaba a mi mamá a comprar los libros de mi hermana que estudiaba enfermería. Un fin de semana mientras estaba en la casa, mi hermana Josefina y yo estábamos viendo televisión, cuando terminó el programa mi hermana se levantó y apagó la tv, en eso le pregunté ¿por qué apagaste la tv? ¡yo

---

<sup>129</sup> Todos los testimonios biográficos fueron recabados durante el trabajo de campo en otoño de 2010, en la ciudad de Chetumal Quintana Roo. Los nombres de los informantes han sido sustituidos por pseudónimos, en tanto lo que interesa estudiar son los hechos que sirven para la investigación, son los hechos biográficos. Estas circunstancias obviadas no por el simple hecho de salvaguardar la identidad de los entrevistados, sino porque tales detalles no interesan en puridad a la investigación misma.

la quiero seguir viendo! así que nuevamente la encendí, Josefina se levantó y volvió a apagarla, se volteó y levanto su mano para pegarme, sólo eso faltaba que me pegara, me dio una cachetada, ¡me enoje y con la misma comencé a golpearla! hasta que me detuve y pensé en lo que estaba haciendo, por lo que la dejé y me salí al patio, caí en llanto arrepentida de haberle propinado semejante golpiza.

Para mis hermanas era un intrusa, casi nunca convivíamos *¡yo no era nadie en mi propia casa!* Me acostumbré a estar sola. A los 15 años dejé de trabajar con la maestra, terminé la secundaria y entré al CBTA. Mientras estudiaba conocí a una muchacha que poco tiempo después sería mi mejor amiga, su nombre era Teresa, ella provenía de una familia adinerada, y como vivía sola me pidió fuese a vivir a su casa, acepté de inmediato. Viajábamos, nos divertíamos mucho, nos la pasábamos de fiesta en fiesta.

En esos años conocí a un muchacho, su nombre era Iván a mí no me gustaba ¡pues estaba bastante feo! los demás también decían que él era feo siempre me buscaba, pero lo evadía, cuando estaba en mi casa él solía ir a sentarse en la esquina, se conformaba sólo con verme de lejos, en ese entonces mi padrastro murió y tuve que dejar la escuela, mi mamá no podía costearla, ella trabajaba en casas o en loncherías y con ese dinero apenas alcanzaba a cubrir con nuestras necesidades básicas. Todas tenían que ayudar algunas vendían pepitas, y otras iban a pesar a la CONASUPO: arroz, frijol, azúcar entre otros productos. Pero ese trabajo a mí me avergonzaba, porque saliendo estaba el ITCH y cuando pasábamos por ahí los muchachos se burlaban de nosotras.

Ya no me sentía a gusto con la amistad de Teresa era muy mentirosa, todo lo que salía de su boca eran mentiras decidí terminar mi amistad con ella, y regresar a mi casa, después de dejar su casa, a Teresa jamás la volví a ver; también dejé la escuela quería cambiar de aires, empezar en otro lado y así lo hice empecé a estudiar en una academia, dado que conseguí trabajo en una farmacia pude pagar la academia, después trabajé en una nevería.

Iván me pidió que fuese su novia y a pesar de verlo feo, ¡terminé aceptándolo! cada noche me esperaba siempre afuera del trabajo y eso me

molestaba no me gustaba que me vieran con él, un día me propuso que me escapara con él, me empecé a reír ;estaba más que loco! dijo que no tenía dinero para una boda, que con sus ahorros podríamos rentar una cuarto y comprar algunas cosas para comenzar, que se pondría a trabajar, o de no aceptarlo se iría a México a estudiar en la armada, me negué rotundamente por la primera opción, le animé para que mejor se fuera y aprovechara la oportunidad de estudiar, aunque en realidad fue un alivio ya no verlo cada día.

Al poco tiempo conocí a otro muchacho, pero aún era “novia” de Iván, en las vacaciones él venía a visitarme, le dije que yo andaba con otra persona me dijo que no importaba aun así seguíamos siendo novios vino otras veces y en una de esas le pregunté ¿qué pasaría si me embarazaba? ¿seguiríamos siendo novios? a lo que respondió un no definitivo, se fue, tiempo después me mandó una carta donde me decía que terminábamos que conoció a otra persona y que se olvidaría de mi.

Siendo así formalicé con Ezequiel, él todos los días me visitaba, me llevaba al trabajo y me iba a buscar, también me llevaba a la academia donde estudiaba para ser secretaria, me llevaba a pasear, a dar la vuelta a la disco, al cine, él trabajaba en una combi llevando pasaje a un poblado ;*Todo era maravilloso junto a él!* Fue pasando el tiempo y quedé embarazada, cuando le hablé acerca de mi embarazo él respondió inmediatamente ;que no se casaría conmigo! que lo pensaría que luego me daría un respuesta; cuando sucedió esto estábamos como a cuatro cuerdas de mi casa me bajé y empecé a caminar, el arrancó la combi y se fue, seguí caminando cuando vi que venía detrás de mí, dijo sube vamos hablar le dije que ya se había dicho todo que yo sacaré adelante a mi bebé y él dijo ;nos vamos a casar empieza a preparar todo para el matrimonio! La boda fue en un pequeño local fue una “celebración” pequeña, mi mamá no fue a la boda, porque no estuvo de acuerdo con que me casara. La fiesta fue en un poblado como a 20 minutos de Chetumal ya que allí vivía él con su familia. Él decidió que allí viviríamos, también éramos felices claro dentro de lo que cabe. A él le gustaba tomar y siempre andaba de parranda llegaba borracho a la casa él

nunca decía nada pero yo siempre le reclamaba que llegara borracho y de madrugada, era el pan de cada día.

Además de borracho, era mujeriego siempre me decían que lo veían con diferentes mujeres, y como durante mi embarazo tuve que permanecer en reposo, no salía me la pasaba encerrada en la casa, un mal día llegó una mujer del pueblo a mi casa y dijo que ¡su hermana tendría un bebé! al preguntar el nombre del padre, me respondió con una sonrisa sarcástica ¡es tú marido! me quedé en shock, jamás imaginé semejante respuesta, no esperaba que me dijera algo así.

Esperé hasta su llegada en la madrugada e inmediatamente le reclamé, por supuesto él lo negó todo. Ignoré lo acontecido, continué con mi vida normal, lo dejé pasar después, pero la verdad siempre sale a la luz, bien dice el dicho ¡pueblo chico, infierno grande! me enteré que no sólo tendría un hijo simultáneo al nacimiento de mi hija, sino que además andaba con esa mujer años atrás de haberme conocido, cuando dio a luz, el bebé fue niño y en el pueblo se comentaba que se parecía a don Hilario mi suegro, nuevamente lo ignoré. Le reclamé cuando mi niña tenía 2 años, él me pidió que lo perdonara ¡que había sido solamente un error!

Las cosas no cambiaron, siguió pasando el tiempo y él seguía de borracho en fiestas mientras que yo me la pasaba en vela esperando que llegara, me era imposible conciliar el sueño, no podía dormir, se me alteraban los nervios esperando que llegara, toda la noche me la pasaba despierta en ratitos me ponía a llorar y así fueron pasando los años, cuando mi hija estaba un poco más grande me dijo vamos a tener otro bebé y le dije está, bien empecé a encargar otro bebé pero no podía embarazarme, me puse en tratamiento y ya por fin quedé embarazada de mi otra hija, pero lo que no sabía, es que la otra mujer ya estaba embarazada tenía cinco meses, cuando lo supe tenía mucho coraje pero ya no tuve ganas de reclamar, al final siempre su respuesta era la misma ¡fue un error! Antes de nacer él me dijo que si era niño se llamaría Felipe como su hermano, a quien recientemente habían asesinado en una balacera cerca del río. Pero primero nació el hijo de esa mujer y como fue varón lo registraron como Felipe,

meses después nació mi hija, pasaban muchas cosas que me molestaban, pero ¡todo lo toleré! muy a pesar de todo seguimos juntos.

Cuando mi hija tenía como 3 meses fui a Chetumal al cruzar por una calle, vi estacionado el carro de mi marido en una casa, me paré y bajé, al hablar salió una mujer, la amante de mi marido, ella me dijo que esperara que le hablaría, pero cuando se metió me fui tras de ella y me metí a la casa, entré hasta el cuarto y ¡ahí estaba él! jugando con sus hijos, dándole el cariño y el tiempo que a nosotras no nos daba, me di cuenta ahí y viéndolo con mis propios ojos que él tenía otra familia, un verdadero hogar. Salí rápido de ahí y me fui a mi casa venía por el camino desorientada todavía no podía creer todo lo que pasaba llegué a mi casa y casi atrás de mi llegó él, le reclamé y me dijo que eran sus errores, que lo perdonara.

A los 15 días de eso me empecé a sentir mal, me empezó al nacer mi segunda hija, a los tres meses, yo me salí de la realidad, veía cosas que no existían escuchaba, voces y esas voces me decían lo que tenía que hacer, la voz era masculina oía los susurros y eran masculinos, me daba miedo sabía que no era normal y empecé hacer cosas extrañas sentía que la virgen me hablaba y todo lo que hacía lo hacía por medio de Dios, cambio lo real, no sabía lo que era, pero después me di cuenta cuando el doctor me lo dijo, que me había salido de la realidad, tenía apenas 28 años. Decía cosas raras, hablaba mucho de religión, de la virgen que me mandaba señales, escuchaba voces que me decían que hacer que tenía que ir a Chetumal y comprar muchas cosas, un día le dije a mi comadre que me acompañara que iríamos a comprar ella no sabía que me sentía mal y me dijo está bien vamos, compré puras tonterías de regreso me sentía mal llegamos a mi casa sacamos las cosas y las empecé a repartirlas cuando termine de hacer eso, agarré a mi hija la bebé la abrasé y caminé al río, el río quedaba a dos casas de la mía al llegar las voces en mi cabeza me decían tírala y yo hacía todo lo que me decían, sólo escuchaba ¡tírala, tírala, tírala! pero muy dentro de mi ser dije no voy a tirar a mi hija al río, me di la vuelta y caminé a mi casa de nuevo, cuando vi a mi marido sentí un alivio porque dije él me va ayudar, él corrió, me abrazó y me preguntó ¿qué te está pasando? le respondí que no me sentía bien, él dijo -te

voy a llevar al doctor. -Al día siguiente mientras cocinaba las voces me dijeron que me cortara las muñecas y así lo hice, mi hija mayor me encontró tirada y corrió a casa de mi suegra para llevarme al hospital, estuve internada unos días y me dijeron que tenía que ver al psiquiatra, fui a consultar cuando llegamos el doctor me dijo un momento por favor, entré al baño y ahí las voces me decían ¡hay un bicho ahí! ¡mátalo! lo aplaste hasta que murió, pero tenía mucho miedo, cuando el doctor entró al consultorio vio que estaba saliendo del baño y estaba llorando, entró y revisó pero ahí no había nada. El doctor dijo que tenía psicosis nerviosa y me inyectaron ¡sentí que me moriría con lo que me habían puesto! porque sentía horrible, al regresar a la casa me sentía mal, decía y hacía puras tonterías, hablaba de cosas raras, igual sólo quería ir a la iglesia, un día fui pero estaba cerrada me acompañaba una muchachita y le dije que fuese a pedir las llaves porque yo quería entrar, se las dieron y cuando entré cambié todo de lugar moví la virgen y la puse en otro lado, al igual que los santos, cuando terminé fui para mi casa, mi suegra y mi cuñada tuvieron que ir a la iglesia a acomodar todo de nuevo, estaba en mi casa pero pensaba que estaba en el purgatorio y siempre estaba rezando y rezando sentía que las almas estaban ahí conmigo un día llegó una amiga que tenía lo mismo que yo, era de noche le dije vamos al río, porque yo escuchaba que las voces me decían ¡llévala al río! comenzamos a caminar por un terreno baldío y ¡sentía que camina sobre huesos humanos entre muertos! cuando llegamos comencé a rezar y a decirle que no se preocupara que estaría bien, después de eso regresamos a mi casa pero no me quedaba ahí siempre me salía visitaba a otras amigas y les decía que podía curar a la gente que con sólo tocarlas las sanaba, pero eso no era cierto eran cosas que imaginaba.

Fue pasando el tiempo y no presentaba ninguna mejoría, los medicamentos que me recetaban no me hacían ningún bien, estaba muy delgada y los ojos los tenía como saltados, a mi bebé mi hermanita la cuidaba en Chetumal y la grande estaba conmigo pero sólo tenía 7 años, un día cuando supuestamente ya estaba un poco mejor le dije a mi esposo que quería ir a Mérida para visitar a mi hermana unos días, así que me trajeron a la bebé y las tres viajamos a Mérida, estando allí me sentí mal otra vez y escuchaba las voces

de nuevo una noche me dijeron ¡levántate! ¡agarra a tú bebé! ¡camina! ¡vete! porque si no lo haces te va a pasar algo malo; mi bebé tenía como 4 meses la cargué y salí eran como las 10 de la noche, comencé a caminar, y caminar, y caminé hasta que me perdí, sólo veía los semáforos y pensaba que eran señales que me mandaban que me indicaban el camino a seguir, me di cuenta que estaba pasando lo mismo que cuando la lleve al río y me dije tienes que cuidar a tú hija, pensaba que voy hacer tengo a mi hija, ¡estoy perdida! Pensé entonces en seguir caminando y cuando viera una virgen pediría ayuda en esa casa, cuando la vi me quede parada y comencé a hablar salió un señor y me preguntó ¿qué quiere? le dije que estaba perdida que si me podía ayudarme, le pedí que por favor me dejara pasar a su casa y él me respondió que no, se dio la vuelta y se metió, ya eran más de las 2 de la mañana me quede ahí sentada llorando sin saber que hacer le gritaba señor, ¡señor ayúdeme, ayúdeme! el salió y me dijo ¡deje de molestar mi mama está enferma! ¡váyase o llamo a los policías! le dije no me voy a ir así que llámela, el habló y cuando llegó la patrulla les expliqué que me había perdido y me ayudaron a encontrar la casa y me dejaron ahí, mi hermana me andaba buscando y le había hablado a mi esposo, diciéndole que estaba perdida con la bebé, él llevo en la mañana a buscarme y me llevó de regreso a mi casa, para esto él ya había hablado con el doctor y decidió cambiar de médico, pero este nuevo médico resultó ser una puerco, fue algo muy penoso y devastador para mí, ese doctor le pedía a mí esposo que saliera que esperara afuera y en ese tiempo, cuando nos quedábamos solos, se dedicaba a tocarme, abusaba sexualmente de mí, nunca me penetró, él me pedía que me recostara en la mesa, según para platicar conmigo y que yo contara las cosas que me pasaban y sentía, él me pedía cerrar los ojos y empezaba a agarrar todo mi cuerpo me causaba mucho asco me sentía mal pero estaba consciente de lo que me hacía, se lo dije a mi hermana porque ella trabaja en la clínica del IMSS y ella sin decir los motivos reales le dijo a mi esposo que me cambiara de médico, que me llevara con un médico particular, mi esposo como no veía ninguna mejoría en mí le pareció bien y así lo hizo, él le pregunto a este otro médico ¿qué podía hacer conmigo? él le dijo que lo mejor sería internarme en el psiquiátrico de Mérida, ya que según él

eso era lo mejor para mí, que ahí me dieran el tratamiento adecuado para recuperarme, no quería que me internaran me daba mucho miedo pero ellos ya no sabían que hacer conmigo, estaba en su núcleo familiar porque ahí en ese pueblo sólo contaba con su familia, quienes lo apoyaban y solapaban en todo, mi familia estaba alejada de mí, casi nunca los veía sólo mi hermana Josefina me visitaba digamos que es la más diplomática, su familia y mi familia no se llevaban bien mis hermanas son muy bulliciosas se ríen mucho y hablan muy fuerte, no es una familia que tome pero les gusta mucho el relax y el cotorreo y eso a la familia de él, no le gustaba ellos hablan quedito y son más serios por esta razón mi familia optó por no llegar más a mi casa, dado que tenían que fingir y comportarse de manera distinta para estar y eso les desagradaba.

Fuimos a Mérida a consultar, estaba muy confiada no sabía que me llevaban a internar cuando llegamos entré a consultar pero me encontraba alterada y la doctora dijo que pasara, para que me checaran la presión el enfermero me advirtió si no deja que le chequemos la presión, la van a internar y le contesté que no me dejaría checar entonces me internaron en el psiquiátrico y yo amenacé a mi marido le dije que me las pagaría por dejarme ahí. Ya internaba comencé con el tratamiento, teníamos que hacer manualidades pero yo no hacía nada de lo que me decían que hiciera, ahí me hice amiga de dos muchachas me llevaba bien con ellas estaban igual que yo cantábamos, platicábamos era lo que más nos gustaba, cantar, reír lo hacíamos como locas una estaba embarazada. un día una de las internas me quiso golpear pero yo hablé a una de mis amigas y ella le dijo a la otra que si me pegaba ella le pegaría entonces amarraron a la otra muchacha y ella me decía ;mátame, mátame! ;no me gusta sentirme así mátame! y yo le dije como te voy a matar y me decía ;es que me siento muy mal, si no me matas yo te voy a matar! y le dije no, no te puedo matar y así fueron transcurriendo los días, yo quería salir de allí porque era como estar en una cárcel, hasta que un día fue a visitarme mi mamá junto con mi hermana Josefina, ella se movilizó y me sacó de allí, mi familia no sabía que me tenían allí, apenas se habían enterado y se molestaron porque mi esposo no les había dicho nada, eso fue la gota que derramó el vaso, ya la relación entre las familias estaba dañada y

todo esto terminó con lo poco que quedaba, mi familia odiaba a mi marido porque todas las cosas que él me hacía. Desde que nos casamos mi familia ya no lo querían ni ver, pensaban que él me causó todos los problemas.

Al salir del psiquiátrico ya de regreso en Chetumal me sentía mejor, más controlada, cuando me trajeron a mi no me gustaba tomar medicamentos y cuando me llevaron a consultar el médico me indicó las dosis, y de no aceptar el tratamiento las voces en mi cabeza no se irían, no quedaría bien, pero la realidad es que un medicamento me quitaba lo que tenía pero me causaba otros malestares muy feos, desagradables, recuerdo que quería que me atropellara un camión, para así dejar de sentir lo que me provocaba ese medicamento o que me pasara cualquier cosa con tal de dejar de tomarlo ;me dejaba muy mal lo odiaba! Creo que pasaron como 2 años hasta que le exigí ir a consultar de nuevo para que me cambien la medicina, porque ya no lo soportaba, la doctora dijo que me iban a cambiar el medicamento, pero de no responder satisfactoriamente me darían choques eléctricos, mi marido acepto, al fin de cuentas el no tenía ni idea de cómo me sentía ni mucho menos lo mal que me ponían las recetas, ya en casa de regreso, el medicamento que me recetaron no sirvió para nada, recaí de nuevo y el médico y dijo -;tome el medicamento anterior! pero ya no quería esas pastillas porque sentía que ya no aguantaba el efecto que me causaban, pero accedí y lo volví a tomar y me sentía cada vez peor, me sentía mal, muy mal, cada vez peor, hasta que me dije voy a tomar el otro y cuando me haga efecto lo voy a dejar de tomar. Así lo hice, después conseguí otro medicamento que me hacía bien y no me dejaba otros malestares poco a poco me empecé a recuperarme, pero para todo esto él ya casi no vivía con nosotras, casi se mudó con la otra mujer y sus hijos.

Mientras yo trataba de recuperarme y poder estar con mis hijas, verlas crecer, siempre pensé en tener una familia y eso me hizo no dejar nunca a mi esposo, no concebía poder dejarlo a pesar de todo el daño que me había causado, antes de enfermarme en los momentos buenos, las amigas que había hecho ahí donde vivía éramos señoras entre los 26 y 35 años hacíamos reuniones, fiestas, la pasábamos bien, cuando había carnaval en el pueblo

siempre participábamos y ganábamos primer lugar, él me brindaba en lugar de compañía dinero, económicamente le empezó a ir bien y nosotras eso disfrutábamos tenía un carrito, me ayudaban a limpiar mi casa, a lavar, planchar, salíamos con regularidad de vacaciones eso era lo único que llegué a disfrutar de él ¡el dinero! porque en lo sentimental todo estaba mal, poco a poco económicamente nos iba cada día mejor él se dedicaba a la venta de licor ilegal conseguimos terrenos, un rancho a la orilla del río, teníamos carros vivamos en una casa de madera, y el consiguió un terreno y comenzó a construir una casa de concreto. Construyó una casa grande, a mí gusto, pero ahí sólo nos mudamos mis hijas y yo, bueno y mi suegra, a pesar de ya no estar juntos, esa fue otra de sus imposiciones. Siguió pasando el tiempo y él con todo el descaro, cada vez se dejaba ver más con esa mujer creo que casi en todo el pueblo saben que él tiene otra mujer ¡mi vida es un infierno! pienso que por cobardía o no sé porque otras cosas nunca lo dejé.

Bueno una de esas razones es que pensaba que no podría salir adelante sola con mis hijas y mi enfermedad, sin trabajo, ni dinero, el ser “su mujer” me proveía de todo lo material que requería, en definitiva a casa de mi madre no quería regresar, así que decidí seguir con él, el dinero fue algo bueno en nuestras vidas gastábamos bastante nos comprábamos lo que queríamos, cuando terminaron la casa nos pasábamos ahí, aunque el baño estaba a medio construir, pero así nos pasamos estando ahí se terminaron los últimos detalles en la construcción, no llevamos casi nada de la otra casa quería que todo fuera nuevo y así fue. Nuestra vida ahí era más cómoda, mi hija la mayor estaba por cumplir los 15 años y empezaron los preparativos para su festejo, para esto ella ya tenía novio.

Un mal día me avisa su papá que ella se sintió mal y estaba con él en casa de mi suegra, casa que ocupaba de bodega y en la que ocasionalmente dormía, mi hija le tenía más confianza, esto se debía a que con todo esto que a mí me había pasado, ella prácticamente sólo lo tenía a él, yo estaba “bien” pero a medias los medicamentos que tomaba me hacían sentir un poco extraña y alejada de las personas, ese día cuando fui a la casa de él, me explicó que mi hija

había tenido un aborto y que él había enterrado el feto en el patio, no paraba de preguntarme ¿por qué? Él dijo está todo arreglado llévala a la casa para que descanse, ¡fue algo horrible! como siempre él decidió que se tenía que hacer, y me exigió mantener lo ocurrido en secreto y no hablar al respecto.

La vida siguió como si nada, los preparativos de los 15 continuaron y se festejaron como si nada hubiese pasado, mi hija lo tenía todo ella estudiaba en Chetumal y tenía carro para ir tenía todo fácil, lo que yo nunca tuve. Quizá todo eso era mi culpa porque estaba ahí con ellas pero sin estarlo, en mi no podían encontrar apoyo, tampoco podía si quiera intentar llamarle la atención o establecer límites, porque enseguida su papá les decía que ignorara mis palabras. Mi hija siguió creciendo, cuando estaba en el bachillerato decía que estudiaba pero siempre tenía varias materias reprobadas se dedicaba a salir, andar de fiesta y a tomar, siempre llegaba de madrugada y borracha, pienso que el tener dinero fácil y nadie que le llamara la atención hicieron que ella fuera muy irresponsable, tuvo otro aborto del cual tiempo después me enteré y por la boca de terceras personas, el muchacho con el que andaba se encargó de decirle a casi todo el pueblo que ella había abortado varias veces llamó a la casa para decirme que mi hija era una puta, la peor de la mujeres, capaz de abortar no una vez, sino en repetidas ocasiones, me avergonzaba que me estuvieran diciendo todo eso, pero eso era todo lo que me pasaba por la cabeza, nunca fui capaz de enfrentar a mi hija y decirle que todo lo que hacía estaba mal. Mi otra hija era más tranquila claro que entre ellas la diferencia es de 8 años, otro día me dice mi hija la grande que está embarazada y que lo va a tener le dije que estaba bien ella tenía 18 años y desde siempre había decidido que hacer con su vida, me dice que el muchacho con el que andaba iba a vivir en la casa, en el cuarto de ella; su papá no dijo nada y yo menos, el novio no trabajaba nosotros les dábamos todo, pasó el tiempo y el novio por fin se marchó, nosotros seguimos con nuestra hija como si nada, le decimos que le vamos a pagar el seguro social para que tenga el bebé a lo que responde que ella quiere tenerlo en hospital particular, su papá le dice que está bien como ella quiera, Al nacer el bebé, lejos de ser su abuela fue otro hijo para mí porque ella no se hizo responsable de él, ella siguió con su vida de soltera, de

adolescente, de fiesta en fiesta, su vida normal, mientras ella se divertía yo tenía que cuidar de mi nieto, los negocios ilícitos de mi marido se fueron acabando, así como llegamos a tener de todo, eso poco a poco se ha ido acabando, ya no tenemos terrenos, ni placas de taxi, ni tampoco carro, a mi otra hija cuando llegaron sus 15 años sólo pudimos hacerle una pequeña comida no le gusto, pero no había para más. Su papá ha tenido muy malas rachas que nos han afectado mucho a nosotras, gracias a que pago el seguro social ahí me dan los medicamentos que necesito, los cuales son muy costosos, a veces pienso que no pueda cubrir mi cuota y me quiten el seguro, no sé qué haría, el seguro popular no cubre mi enfermedad, no quiero ni pensar que esto llegara a ocurrir, mi hija la grande se ha metido en muchos problemas que mi marido ha tenido que solucionar poco a poco el ha ido vendiendo todas las propiedades que teníamos ahora sólo contamos con la casa donde vivimos y lo único que tenemos son deudas.

Mi hija aspira a tener un buen trabajo y un buen sueldo, pero de donde si sólo tiene la preparatoria, y en realidad pocas ganas de trabajar, mi suegra dice que sale a buscar trabajo, rogando a dios no encontrar. Ella y su papá seguido pelean echándose en cara lo que cada uno considera que están dejando de hacer para estar mejor, ya no somos nada de lo que alguna vez fuimos, nuestra casa está abandonada por completo, nunca hicimos a nuestras hijas responsables y lo que ahora tengo es una muestra de ello, ya que ellas sólo se dedican a pedir, comer, dormir, ir de fiesta y echar la flojera, ahora con eso del Blackberry se la pasan todo el día conectadas en el chat.

Mi suegra y yo tenemos que lavar la ropa de todos, porque ellas no lo hacen tenía muchas alhajas, ahora todo está empeñado, no quiero pensar en el mañana sólo pienso en el presente y a veces recuerdo a 3 personas que existieron en mi vida mi papá, los pocos años que viví con él lo mucho que me amo; Iván el novio que una vez tuve y que pienso que quizá mi vida hubiese sido distinta porque él también me quiso mucho y pensar que no lo quise por feo me hace sentir muy culpable, la otra persona es un extranjero que conocí él me dijo un día ya estando casada que me fuese con él, que me quería pero no acepté. Ya

que por mucho tiempo mantuve la esperanza y continué pensando que si en esos momentos las cosas no estaban bien con mi esposo más adelante mejorarían nunca me imagine que tan mal se podrían y la manera en que acabaría todo, estoy acompañada de mis hijas mi nieto y mi suegra pero siento a la vez que estoy sola con mi “esposo” tiene casi 16 o 17 años que me separé y como 14 de ser su mujer referente a lo sexual, así lo decidí porque casi siempre que estaba con él salía con alguna infección por eso decidí que ya no tendríamos relaciones él me dejó pero no por completo su mamá siempre ha estado con nosotras fue una manera de decir que yo no tenía derecho de meter a nadie a la casa estando presente ella, lo que le agradezco a mi suegra es que ella desde que me enferme siempre estuvo con nosotras creciendo y cuidando a mis hijas y ayudándome en lo que pudiese, estoy alejada de mi familia a veces las veo me gusta estar con ellas porque son muy alegres siento que se me hace un nudo en la garganta pero no puedo llorar me inquieta pensar en el mañana porque tenemos serios problemas económicos no tengo para la luz, el agua, ni siquiera la comida y él dice que tiene muchos problemas porque su otra mujer sus hijos le piden dinero y no tiene para ellos ni para nosotras todo eso me asusta y no puedo ni trabajar porque mi vida no es normal con la enfermedad y los medicamentos.

Diario tomo Carbonato de Litio<sup>130</sup>, y Olanzapina<sup>131</sup>. No me han generado ni una adicción. Mi vida no es igual ni nunca lo será, por el medicamento, estos no

---

<sup>130</sup> Es el psicoactivo más sencillo que existe en psiquiatría y constituye un hito en el tratamiento de la psicosis maniaco-depresiva. Inicialmente el litio era muy usado para tratar el insomnio, síndromes musculares provocados por tensión, migrañas, ansiedad, angustia, disminución de las facultades intelectuales, agitación, melancolía, fobias y obsesiones. Hacia 1860 se introdujo su uso para el tratamiento de la "manía gotosa" y hacia fines del siglo XIX se lo consideraba de utilidad para las depresiones recurrentes. Posteriormente, su uso generalizado en bajas dosis en múltiples remedios y aguas minerales, y su uso como sustituto de la sal, condujeron a la aparición de intoxicaciones (hacia los años 1940) que desembocaron en la interrupción del mismo. Pero fue de la mano de John Cade que el litio se introdujo en la psiquiatría moderna, cuando observó sus efectos tranquilizadores en animales y posteriormente lo administró a 10 pacientes maníacos reportando una clara mejoría. Luego, su uso se generalizó en Australia y Europa, habiéndose demorado su aprobación en Estados Unidos hasta 1970 por los casos de envenenamiento reportados treinta años antes.

Actualmente los psiquiatras que no optan por el ácido valproico, prescriben el litio como un tratamiento fundamental tanto en la manía aguda como en la prevención de las recurrencias en cuadros clínicos de trastorno bipolar, también conocido como psicosis maniaco-depresiva y en casos de ciclotimia que es un trastorno bipolar menos grave y generalmente circunstancial. Disponible en <http://www.mind-surf.net/drogas/litio.htm>

<sup>131</sup> Está indicada para el tratamiento agudo mantenimiento de la esquizofrenia y otras psicosis donde se destacan síntomas positivos (por ej. delirios, alucinaciones, trastorno del pensamiento, hostilidad y recelo) y/o síntomas negativos (ej. aplacamiento afectivo, retracción emocional y social, pobreza del lenguaje). La

te dejan normal, pero tampoco pienso que sean adictivos. Antes de los medicamentos me dieron uno que se llama Semap<sup>132</sup>, pero ese me dejaba mal, como atontada tenía efectos secundarios, sólo quería estar acostada, me sentía mal, se me alteraban los nervios. Luego me dijeron que era bipolar, esto hace como ocho años. Una vez al mes voy al psiquiatra las consultas duran menos de 10 minutos. Cada que voy es lo mismo, el sólo pregunta cómo se siente, le contesto que bien y ya me extiende la recta. En que voy a consultar conocí a una señora que recibí el mismo medicamento, pero a ella no le pasó lo mismo que a mí, a ella sólo se le alteran los nervios.

Me da miedo pensar en la temporada de huracanes, y que en medio de la contingencia no haya medicamento y vuelva a recaer. Los primeros años no me daban dar el tratamiento indicado, se me quitaba una cosa pero me daba otra, no alucinaba pero me sentía mal, tenía otra reacción, no quería que nadie me molestara, estoy sentada me siento mal, estoy parada me siento mal, estoy acostada me siento mal, no se te quita no te deja. Yo no sé cómo, supuestamente me enferme de los nervios, pero yo no veo que tome pastillas para los nervios, no sé si viene incluido en los medicamentos. Lo que más extraño es que no llevo una vida normal, como la de antes ahora me da trabajo hacer las cosas, no lo puedo hacer, sólo quiero estar acostada, siempre estoy deprimida según el Litio produce depresión, pero no puedo dejar de tomarlo, me gustaría conocer a personas que padezcan lo mismo que yo.

Tengo 44 años y nunca pensé que estaría de esta manera pensaba que estaría bien, no con tantos problemas y con tan pocas soluciones, lo que siempre quise fue un matrimonio feliz. Miro hacia atrás y veo que ni uno solo de mis sueños se cumplió. Y lamentablemente no auguro un futuro amable para mis hijas.

---

olanzapina también mejora los síntomas afectivos secundarios comúnmente asociados con la esquizofrenia y trastornos relacionados.

Disponible en <http://www.eutimia.com/psicofarmacos/antipsicoticos/olanzapina.htm>

<sup>132</sup>Se considera que brinda protección antipsicótica y puede considerarse un fármaco de depósito ya que se administra una vez a la semana., no debe administrarse en los trastornos depresivos ni en el síndrome de Parkinson. SEMAP\* está contraindicado en los estados de depresión del sistema nervioso central o coma. Tampoco debe administrarse a enfermos con hipersensibilidad.

<http://www.medicamentos.com.mx/DocHTML/18773.htm>

<http://www2.cochrane.org/reviews/es/ab002923.html>

*Vida Bohemia*

**R**ecuerdo que andábamos en el carro y uno de mis primos dijo ;ahí está el coche de mi tío Eusebio! porque tenía varios días sin aparecer, mi mamá agarró dio vuelta en U y se estacionó detrás del carro, se bajó y se metió a una casa, mi tía se quedó con nosotros en el coche y regañó a mi primo por haber dicho que ahí estaba mi papá. Salió mi mamá muy alterada, ;no entendía porque nunca lo entendí! Apenas tenía 7 años. No recuerdo si vi llorar a mi mamá, después a los dos días me dijo vamos a comprar y nos subimos a un taxi que era de nosotros fuimos a lo que era san francisco, el lugar “in” del momento, y mi mamá se puso a comprar cosas que ni necesitábamos, al chofer le regalo dinero, y a mí me compró sólo una muñequita, estaba tan molesta, quería más cosas, compró esferas de navidad y apenas era mayo, llenó dos carritos le compró cosas a mi mejor amiga, muchas más que a mí. De ahí la empezamos a ver extraña, empezó a pelear mucho con mi papá, pero no nos percatábamos de nada, pensábamos que era algo normal, para mi papá era tan solo una rebelión.

A los pocos meses mi mamá quedó premiada, su embarazo estuvo normal, tranquilo, al nacer mi hermanita creo debido al post parto, su mirada cambio se veía diferente, y nos fuimos a Campeche a ver a una hermana de mi mamá y se le notaba rara, lloraba y nos sabíamos porque, sólo decía que se sentía mal, después fue que se empezó a escapar se iba y tardaba en regresar, cosa que antes nunca hacia, me regañaba por todo, me ponía a limpiar toda la casa, (yo tenía que hacer el quehacer) después empezó con su altares, ir a misa, rezar, veía fotografías y decía que veía a Dios, todo relacionado con la religión. Un día fuimos a Mérida, ella quería ver a mi tía Bella, y nos fuimos pero yo ya no me sentía segura con ella, Ari estaba recién nacida, a mí ya me da miedo, no recuerdo muy bien pero ya no me sentía seguro, y aun ni sabia porque, aun nos sabíamos que estaba enferma, tardamos en reaccionar. La primera noche ya en el cuarto acostadas en la hamaca, ella me estaba meciendo para dormirme, pero no podía

¡tenía miedo! ella me decía -ve los angelitos que están en el techo, pero no había nada, o por lo menos yo no veía nada, ella insistía, hasta que por fin me dormí. En eso una incertidumbre me despertó y vi que mi mamá ya no estaba, al salir del cuarto vi a mi tía Bella y mi tío Juan alterados, ¡mi mamá ya no estaba! y se había llevado a mi hermanita, ella quería ir a caminar y en lo que mi tío fue por su camisa para acompañarla, ella se escapó, yo estaba llorando, mi tía estaba alterada, eran entre las 2 o 3 de la mañana; mis tíos hablaron a mi papá, él estaba en Chetumal, mi papá llegó en la mañana, a las horas mi mamá llegó en una patrulla y dijo que se había perdido, ya de grande me conto que se fue caminando y caminando se perdió y reaccionó, y dijo que donde viera un virgencita se iba parar para pedir ayuda, hablo y el dueño de la casa la correteó y mi mamá pidió ayuda pero el señor se la negó, y llamó a la patrulla, lo bueno fue que recordaba cómo llegar a la casa. De ahí empezó a empeorar, se escapa y no regresaba, siempre llego a dormir, pero tardaba horas en la calle y no sabíamos donde andaba. Ponía sus alteres y ponía cosas, un salvavidas por los pescadores, que porque dios le dijo que rece por ellos, por cada oficio puso un artículo que tuviese relación, y me hincaba para rezar hasta que ella se cansaba, me dejaba ahí hincada y ella se iba a acostar, y un día me escape corriendo y llorando a casa de mi abuela que vivía muy cerca, me fue a buscar y me empezó a jalnearme y ella gritaba que tenía que estar con ella, no quería mi abuelita dijo q iba a acompañarme y que se quedaría a dormir conmigo, Ari estaba con tía norma, a los tres meses la dejaron por 6 meses aproximadamente, porque no era apta para cuidar a sus hijas y menos a una tan pequeña y mi abuelita trabajaba, por mi tarde andaba del tingo al tango, dormía con todo el mundo, un día con esta tía otro día con la otra, un tiempo me dejaron con ti aines y no me gustaba nada me iba a ver, y solo lloraba en esa casa había mucho calor, y un noche desperté y escuche a mi papá, salí llorando le pedí me llevara pero el dijo que estaba muy ocupado, y continué en el drama hasta que aceptó llevarme con él nuevamente a Santa Elena, mientras tanto mi mamá se la pasaba de curandero en curandero porque según estaba embrujada, ella escuchaba voces que le decían sal, has esto que dios te encomendó tales cosas, se enfocaba a lo religioso, escuchaba voces

sentía que la espantaban, tenía alucinaciones, un día una vecinita fue a verme a la casa, pero como según venía a matarte, no dejó que saliera a jugar, en general veía a mis amigos como peligrosos, aquel día correteó a la niña, que se largó de su casa porque era el diablo.

Un curandero le dijo que veía a una mujer, la posible causa del mal. Después se llevaron a mi mamá hasta Catemaco, la velaron y como muerta le hicieron cuanto cosa, pero nunca quedó bien. Cada vez se alteraba más, se peleaba con todos, a mi papá lo golpeó en dos o tres ocasiones, una vez él quiso ir a buscar a mi hermanita, pero ella habló a la policía para decir que se querían robar a su hija, muchos vecinos salieron a ver el espectáculo. Mi papá decidió que pasara unos días con mi abuela materna, ella estaba aferrada con que estaba embrujada, no quería medicarse que porque no estaba enferma. Ya después de múltiples crisis la internaron en la clínica Pérez Quintal, por el batallón, el psiquiatra le administró unos medicamentos, pero no los tomaba como se indicaba, por lo que recaía, se iba de la casa, o de compras locas, y a mí por todo me seguía regañando y golpeando.

Un día estaba acostada haciendo mi tarea, cuando de repente llegó y comenzó a golpearme para que lavara los trastes, me levante llorando y haciendo bilis como siempre, no quedó más que ir y hacer el quehacer. Al día siguiente estaba en mi cuarto haciendo tarea, me la pasaba encerrada no me dejaban salir, ni llegar tarde, cuando llegó con albahaca y me comenzó a golpearme diciendo que se me saliera el diablo, ella continuo goleándome y me dolió, se montó para seguir dándome con las ramas, pero la empujé y ya en el suelo la pateé, ella me acusó con mi papá, diciendo que la golpeé sin razón. Para ese momento todavía no sabía que mi papa tenía otra, y no sólo otra mujer, sino otra familia. Mi papá dejó la casa, el solo nos iba a buscar, veía a mi papá como mi ídolo lo veía como mi héroe él no me pegaba, ni me trataba mal, en definitiva no quería estar con mi mamá, y cuando se encontraba con mi siempre peleaba y hacía un desmadre su show, hasta que un día por medio de engaños mi papá le propuso a mi mamá ir a Mérida para vacacionar, con la condición de que después de pasear tendrían que ir al doctor, sólo que mi mamá pensó que para una

simple consulta, por lo que acepto. Al estar allí mi mamá insistió en ir primero al doctor y luego a vacacionar, se puso terca y la llevaron, y ya no la dejaron salir, ella le grito que lo odiaba que nunca quería volverlo a ver en su vida, por lo que le estaba haciendo, mi papa hasta lloro, ahí estuvo internada como un mes.

Pues ya me quede con mi abuelita, a mi papá le dijeron que por la enfermedad de mi mama no era conveniente que continuara con esa doble vida, o dejaba a la otra mujer o se iba a vivir a otro lado porque eso a mi mama la enfermaba. En verdad no recuerdo en que momento me di cuenta de él ya tenía otra, el chiste es que la pudieron controlar, vino cambiadísima, amorosa, cariñosa, flaca, de por si era flaca, pero la felicidad duró poco, entro así como en bipolaridad, sólo dormía casi todo el día o aunque estuviese despierta no hacía nada, a veces tenías que andar detrás de ella, no cocinaba, no hacía nada, no lavaba, nada, ella sólo quería dormir, se la pasaba durmiendo, se levantaba por ratos y luego a dormir, esta fue otra etapa, ya no estaba pendiente de nosotras, si nos quería y nos consentía pero ya no se preocupaba por nuestro bienestar, eso fue unos años.

Cuando nos cambiamos de casa, se reactivo, la arreglaba la mantenía limpia, o contrataba a alguien para hacerlo, desde que recuerdo como desde los 7 años mi papá estaba bien económicamente, le compraba lo que pedía, nunca tuvimos escases de nada, nunca tuvo problemas para comprarse ropa o las cosas que fuesen de su agrado. Un tiempo después se obsesionó con las plantas, comparaba de plantas y plantas y plantas, las cuidaba y arreglaba, participaba en el kínder en las actividades de mi hermana, esa etapa la vi bien, entre mis 14 a los 16, como tres año la vi bien, pero ya estaba en la rebeldía y cuando me enteré como cachó mi mamá a mi papá con otra vieja aquel día cuando íbamos en carro con mi tía y mi primo y que a ese fue el detónate su enfermedad, incrementaron mis fiestas. Después de muchos años los papeles se invirtieron, se volvió una constante el reclamarle que por él había cambiado nuestras vidas, había sido por su culpa, por él ella estaba así.

Ella platicaba, se reía, hacíamos fiestas, festejaba nuestros cumpleaños, cotorreaba con mis amigos, creo que porque había dinero, pienso que le afecta

que ahorita no tenemos dinero eso le deprime y la pone tensa, hacia cosas, la veía bien relajaba mucho, estaba activa, pero eso si nunca estuvo al pendiente de la escuela ni de nada de lo que yo hacía, se enfoco en su enfermedad no se daba cuenta o no parecía importarle nada más. No me dejaban salir, ni sé que tanto me cuidaban, y de no tener libertad, me dieron mucho vuelo, ya mi papá no me decía nada y mamá menos, salía y entraba a la hora que quisiera, me iba en las noches sola, tenía como 16 o 17, y pues con dinero y carro nunca me faltaba para nada, te digo que fue como un golpe, yo cada vez que salía estrenaba el fin de semana, me daba dinero mi papa y me daba dinero mi mama, teníamos 3 ó 4 taxis y ese era dinero de ella, y además el dinero que él le daba para los gastos extras, si el dinero que mamá no me alcanzaba sólo iba con mi papa y el nunca me negó el dinero. Si bien hasta ese momento la fluidez económica no era el problema, teníamos ausencia de atención, nunca fueron de sentarse a platicar conmigo, de ver cómo iba en la escuela, o cosas así, ahora de grande lo quieren hacer, quieren corregirme pero ya para que. A los 17 salgo embarazada empecé a andar con Darwin, tuve varios novios previamente, mi primer novio fue adrian, yo era caprichosísima y él era el pendejo, jajá, de verdad, lo traía como pendejo, lo cortaba y me lloraba y regresaba, él me enseñó a manejar estándar, en lo que cabe fue buena onda, aunque el terminar empezó a hablar mal de mí, de todo lo que habíamos pasado juntos, yo no me acuerdo si hablaba con el de la enfermedad de mi mamá, para eso ella actuaba “normal”.

Ahora siempre está triste a mi me deprime, me desespera ver la casa sucia, y mamá nunca quiere hacer nada, pero mi hermana mucho menos ayuda. me imagino que me acostumbre a la rutina porque no era así perfecto en el pasado, pero teníamos quien nos limpiaba la casa, mi abuelita cocina y lavaba la ropa, mi abuela era la que estaba pendiente de nuestras comidas, mi mama nunca me ayudo con mi tarea, creo que por eso me desespera ayudar a Diereck con su tarea, él puede solo, yo pude. La enfermedad de mi mamá me hizo algo independiente yo veía todo, en la prepa mis colegiaturas, tareas, en la prepa fue peor deslinde total, mi mamá solo iba por mis calificaciones y reprobaba pero no me regañaba, si estaba mal en la escuela como ni en cuenta, lo único que la

primera vez que me expulsaron de bachilleres me quitaron el carrito y ya creo que fue el único castigo que he tenido.

Ahora recuerdo que una vez llego una amiga y vecina Graciela y mi mamá en lugar de dejarme salir a jugar, enseguida me ponía hacer algún quehacer, como que no quería que jugara o platicar y ponía hacer cualquier mamada y se ponía a platicar de cualquier cosa con mis visitas y ella siempre les decía que yo era su chacha, su sirvienta y a mí me daba tristeza y coraje, ¡pinches chamacas ellas se robaban a mi mamá! con ellas sí platicaba y jugaba, un día se fue y tardo horas en regresar, cuando llegó estaba con una amiga y le había comprado muchas cocas, y cuando le pregunte ¿qué me había comprado? me respondió que todo era para mi amiga: -esto para Leida esto es para Leida y esto es para ti- a mí sólo me compró un prendedor de mariposa.

Reprobé y volví a entrar a Bachilleres, me embaracé en el 2004, y era la segunda vez que réproba y mi papá a fuerzas me volvió a meter a bachilleres que para que me diera vergüenza y a mi ni vergüenza me dio me valió, y estaba en los pelitos grandes por defender a mi mamá, un día casi me golpeó, pero se contuvo, nunca me había gritado ni mucho menos golpeado. Entre a la Eva Sámano, y mi mamá me dio para mi colegiatura pero tenía un novio hijo de su pin floy que al principio mucho amor y luego empezaron las fallas, tenía sospechas de que estaba embarazada pero él no tenía dinero para comprarme una prueba así que agarre y pellizque ese dinero, para la prueba ahí ya veníamos decayendo económicamente, y sale positiva, no buscaba como decírselo a mis papas, se lo dije a mi novio y él dijo que me iba apoyar y que se lo íbamos a decir a mis papas juntos, pero no hubo tiempo, y cuando mi mamá me dijo que iríamos a las escuela a inscribirme le dije que no tenía el dinero completo, le dije que había comprado una prueba, ella se salió del cuarto y yo me quede pensado, luego entró nuevamente y me preguntó por el resultado de la prueba, y le dije positiva sino no te lo habría dicho, luego salió de nuevo y tarde volvió a entrar y dijo que iríamos al escuela. Me fui con mi tía Elena, ella me apoyo cuando me bajo mi menstruación para mí no era sangre y como manchaba café, tiraba mis calzones, ella me explico que era, como nunca he confiado en nadie, a ella se lo dije llevo

dos días, cada que iba al año y lo veía y al tercer día le dije que bajaba mi mes y me compro mis primeros panti protectores. Mi tía le empezó a decir no pues, ya ni regañarla lo hecho, hecho esta, al menos no tiene catorce años como mi hijo Abraham que mete a su hija y ya usa condones. Y fue que mi mama me pregunto vas a seguir estudiando o que vas a ser pues no quiero seguir estudiando hasta que nazca, me hijo, pregunto que si Darwin ya lo sabía y le dije que sí que me iba a apoyar, el chismoso ese, lo único bueno de esa relación es Dierick. Esa tarde me fui no estuve en la casa hasta la noche, y mi papá ya estaba aquí, vi su cara, conoces cuando esta encabronado, tenía su cara, de serio, decepción y no sé qué tanto más el sólo me dijo que paso hija te vinieron a ver, ¿quien? Wadi, me imagino que esperando que yo diga algo, pero no dije nada y me fui a encerrar a mi cuarto, fu al doctor y para mi yo tenía cuatro meses, pero pensaba que solo tenía un mes porque medio me bajaba Y así pasaron los meses, yo seguí con el patán ese, y me creció la panza y hasta que se acerco mi papa a mí, porque no me hablaba, porque me ignoraba, como al mes, comenzó a saludarme como habitualmente, tocarme la panza, y cosas Pues mi embarazo estuvo complicado siempre me la pasaba triste, ya sabes por el papa, no se componía era un borracho, no venía a ver y yo como estúpida llorando, llorando en silencio porque nunca iba a decirle a mi mama, nunca soy de ir a decirle a mi mama cuando estoy pelando o llorando. Me acuerdo que cuando iba nacer él ni sus luces, pero se desespero porque cada vez que me daba dolor le mentaba la madre y no me tuvo paciencia y se fue, sólo lo volví a ver hasta que Dierick nació. Ella estuvo bien al pendiente, tenia actividad por recibía camino en el terreno aquí alado, pero creo que ya solo nos quedaban dos taxis, me la pase cinco días con dolor ya no aguante y pedí que me hagan cesárea.

Era un cínico a veces estábamos en el rancho y llegaba la vieja a cara de madre y entraba al rancho, y así le valía. Cada vez las cosas fueron empeorando más y más.

*Soledad Pocarida*

Dicen que nadie muere de amor, pero ¡el desamor, si mata; o por lo menos te siembra el profundo deseo de morir; y es que junto al desamor llega la depresión, esa visita que jamás esperas. Es como el típico familiar incómodo que “supuestamente” llega de visita, sin embargo se queda por tiempo indeterminado: cansa, aturde, desquicia, y no sabes ¿cuándo? o ¿cómo abrir la puerta para que se marche?

Siempre me he sentido infravalorada desde pequeña mi hermana gemela fue: ¡más querida, más bonita, más blanca, más inteligente, más sociable, más noviera! ¡más todo! y yo digna del apelativo “patito feo” siempre he sido: negra, tonta, introvertida y para rematar ¡sin novio en puerta! ¿alguien puede ser más desgraciado? Lo dudo, a mí ¡me tocó lo peor!

Desde los ocho años empecé a ir con el psiquiatra, el me diagnóstico como obsesiva-compulsiva<sup>133</sup>, y por ende comenzaron a medicarme. Llevo poco más de 20 años con prescripción médica, siento que el medicamento no me deja estar bien es como si siempre estuviese adormecida. Desde que recuerdo he tenido malas experiencias para convivir, siempre he sentido el rechazo, la burla y el escarnio público, a donde quiera que voy la gente me mira feo ¡me tratan mal! no tengo amigos, sólo tenía un amigo ¡mi hermano! mi más querido hermano y ahora está muerto; no obstante ¡todos los días hablo con él! quisiera estar más cerca de él. Es la única persona que me ha demostrado su amor, su paciencia, siempre me consintió, en verdad quisiera estar con él.

En mi cajón guardo la ropa del día que murió, más bien la ropa que llevaba el día ¡que lo asesinaron! ni siquiera la he lavado, la conservo tal cual, ¡como extraño a mi hermano! sólo él me comprende, me comprendía.

---

<sup>133</sup> Primero las obsesiones puede articular pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes (ej. pensamientos sobre la muerte, impulsos de querer matar, imágenes recurrentes) que se experimentan, como intrusos, no deseados e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos. Por su parte, las compulsiones son definidas como: conductas repetitivas finalistas e intencionadas, que se efectúan como respuesta a una obsesión. Disponible en <http://www.eutimia.com/trmentales/obscomp.htm>

Siempre estoy peleando con mi mamá y a mi papá ni siquiera le dirijo la palabra ¡lo detesto!

Quiero tener un novio, alguien que me quiera de verdad ¡estoy harta de estar sola! me gusta mi vecino de enfrente, todos dicen que es ¡gay! pero no lo creo, y si así fuese eso se lo puedo quitar, está buenísimo.

El otro día fui a la plaza y me tope al imbécil de Paco, ¡como me cae mal! pero aún me gusta es tan guapo, en verdad es guapo, o un feo guapo, atractivo, a mí así él completito me encanta ¡lamentablemente! ¡iba con su mujer! ella me miró de pies a cabeza ¡es tan fea e insignificante la pobre! ¡ni a los tobillos me llega! aún me pregunto ¿por qué la eligió a ella? ese idiota me gusta desde la prepa, nunca me peló, me miraba con unos ojos llenos de desprecio ¡y yo que lo quería tanto!

No sé porque fue tan grosero, un día tuvo que ir mi hermano a defenderme, a ponerle un alto ¡ya que no soportaba su cochinas! mi miraba como perverso, se tocaba sus partes, sacaba la lengua y hacia movimientos asquerosos, algo insoportable y horrendo, jamás le di pie para que tuviese una actitud tan grosera conmigo, en fin para solucionar el problema tuvo que ir mi hermano a la prepa y exigir me respetara o pedir su baja definitiva. Lo peor fue que mis compañeros no me creyeron, y apoyaron a ese perverso, todos le dieron la razón a él ¡que injusticia! la escuela se complicó aún más. Tiempo después decidí abandonarla, se volvió imposible continuar en ese lugar.

¡Odio a mi papá! me irrita su sola presencia, a veces me llegan recuerdos a la mente y creo que ¡abusó sexualmente de mí! aunque no sé si sea una pesadilla o un recuerdo reprimido; pero sé ¡que lo detesto! si muriera de una vez, estaría un poco más feliz.

La realidad es que ya no quiero vivir, hace mucho que quiero morirme, pero hasta el momento no he podido concluir mi meta ¡sería tan feliz! siempre sueño que estoy muerta y eso me llena de felicidad. Admiro a la gente que se suicida, hay que tener valor, valor en verdad para hacerlo y quiero ser así, vale madres. Siempre compro el periódico para leer las noticias de la gente suicida.

Aunque lo he intentado en repetidas ocasiones, siempre pasa algo que interrumpe mi paso a la felicidad.

La primera vez me corte las venas, pero llegó mi mamá y me llevó al hospital, estuve pocos días ingresada, la mayoría de mis familiares vino a verme, pero ;no me interesa el cariño, ni la compasión de nadie! Sólo quiero estar de nuevo con mi hermano, con mi más querido hermano. En otra ocasión ;fui al boulevard! ;me metí al agua! ;caminé, y caminé! hasta que el agua me llegó a los hombros, pero habían unos hombres que no me dejaban de verme, así que fracasé y regresé a la orilla. Lo he intentado de varias formas, un día tomé Suavitel, sólo me sentí mareada, hablé a la clínica y le pregunté a un médico por las posibles consecuencias, ella me dio una breve explicación, pero en realidad nada preocupante. También he tomado pastillas. En mi cuarto guardo una botella de ácido muriático, he decidido que esa será mi última y definitiva elección ;sé que definitivamente moriré si lo ingiero!

Mi mamá ha estado muy alterada, en realidad ella vive con los nervios de punta, ahora se le han intensificado los problemas, y la dosis para calmar los nervios jajajá, una de las razones ;mis intentos fallidos de suicidio!

En los últimos tres años nuestra familia ha disminuido drásticamente, primero murió mi sobrino, el cruel desenlace llegó después de un largo año de sufrimiento por leucemia; lo sometieron a muchos tratamientos pero nada fue suficiente. Un año después mi hermano murió, lo asesinaron, y al siguiente año, mi hermana nos dejó, al morir en un fatal accidente, no dejó de pensar que esa muerte era para mí, ;yo debía de haberme ido no ella! ;yo soy la que quiere morir! Ella no debió estar ahí fue mi culpa, no quise acompañar a mi sobrinita.

No tengo nada que me estimule ni me haga feliz, si tuviese un novio creo que estaría mejor, aparte de mi vecino gay, me gusta mi psicólogo me encanta, sólo que ya no quiere darme consultas, no le gusta que le tome fotos, ni que le envié cartas, siempre que voy a consultar me arreglo muy bien y me visto súper sexy, llevo minifaldas, y lentes oscuros para poder observarlo sin reservas ;y verle su! ya sabes qué. Le he tomado fotos pero se molesta, hace unos días bautice a nuestros hijos, el perro y el gato, tomé unas fotos, los vestí de blanco, hice de

todo y tomé fotografías que le envié para que conozca a nuestros hijos, pero hasta ahorita no he tenido respuesta, o bueno no una satisfactoria porque le dijo a mi papá que no me recibirá más.

Hasta ahora sólo he tenido un novio, pero él ¡sólo me maltrató! me pedía dinero, le prestaba el carro, me obligaba a tener relaciones sexuales, puedo afirmar que nunca he sabido lo que es disfrutar el sexo, ni mucho menos hacer el amor.

Me encantaría conocer a esa persona pero pienso que esa ilusión nunca llegará, aún, recuerdo al muchacho de la prepa, pero sé que él nunca se interesó en mí ¡le gusto a quien no me interesa! hace unos meses intenté trabajar en una farmacia, pero el encargado ¡un viejo horrendo! siempre me miraba con morbo, lo que me incomodó y preferí dejar el trabajo. Cuando voy a la plaza hay una tienda en la que ya no puedo o no me agrada visitar, el vigilante siempre me mira como si nunca antes hubiese visto a una mujer, si pudiese me desvestiría con la mirada, el muy puerco.

No sé, no tengo suerte con los hombres, pero quiero un novio, con todas mis fuerzas, ¡pero estoy tan fea! ¡parezco una vaca! Por eso nadie me hace caso. Quiero operarme hacerme un aumento de pechos, para poder atraer la atención ¡a los hombres le encantan los senos grandes! Aunque también me frustra que mi papá empiece con sus miradas morbosas, ni en mi casa me siento agusto, el único lugar seguro es mi habitación. A mí me gusta andar cómoda en casa, sin brasier, sólo con una blusa muchas veces trasparente y una licra, pero cuando está mi papá no me siento a gusto. En ningún lugar me encuentro, al menos en esta vida ¡pienso que mi única, mi mejor opción es morir!

## Dolores De Pocavida

**¡**Estoy cansada! ¡deprimida! ¡vivo rodeada de estrés! me cuesta conciliar el sueño, no trabajo a gusto, no como tranquila, bueno resumiendo ¡no tengo un minuto de serenidad!

Eso llamado emergencia es ya parte de mi vida, en cualquier momento recibo una llamada, donde me dicen que nuevamente mi hija está en urgencias. Todo el tiempo me chantajea, por cualquier cosa que no le guste o le incomode me dice que se va suicidar. Todos los días quiere ir a la plaza, cada que vamos entra a las tiendas y me obliga a comprarle ropa, o lo que se le antoje, sino accedo me grita, así como si fuese una niñita de 2 años ¡estoy muy endeudada! todo por mantener sus “necesidades”, con el fin de mantenerla relajada, contenta. Se le ha metido en la cabeza la idea de un aumento de copa, se estuvo inyectando un producto carísimo de innova, el típico producto que hace maravillas y promete resultados de “inmediato”.

Si me rehúso a darle el dinero se me va de la casa y me amenaza con conseguir el dinero por su cuenta, me dice que se prostituirá ¡que se meterá con cualquier hombre, con tal de tener el dinero que necesita! a veces se va y tarda horas en regresar, no tengo ni la menor idea de ¿a dónde, con quién, o qué hora va regresar?

Me grita, me insulta, me golpea, ya no sé qué hacer ¡es algo insoportable! Algo que no le deseo ni a mi peor enemigo. Al día recibo infinidad de llamadas de ella, tengo que salir de mí trabajo, meter pases; cada vez que llama me dice -si no llegas en 15 minutos me tomaré el ácido, -muchas veces se ha intentado suicidar, y su último método ella dice será el ácido muriático ¡válgame Dios! dice que lo tiene escondido en su cuarto, sólo está esperado el momento indicado. La hemos internado varias veces, 3 ha ingresado por intentos de suicidio y muchas más por depresión, últimamente la traje a urgencias porque inhaló Baygon ¡me da una vergüenza! Ya se convirtió en cliente VIP de urgencias.

No entiendo de donde se le ocurren tantas cosas, como no hace nada sólo se la pasa pensando puras pendejadas ;no tiene amigos! Aleja a la gente, siempre está sola, y desde la muerte de su hermano empeoro, enferma ha estado desde pequeña pero ahora a partir de la muerte de hijo mediano todo se ha acrecentado. Ella habla sola, dice que lo hace con su hermano, que se comunica con él. La muerte de familiares cercanos nos afectó a todos, como madre nunca te preparas para enterrar a tus hijos, ni hablar de tus nietos, pero así me tocó, a todos nos tocó sufrir, sin embargo la vida sigue, hay que continuar, pero todo pensamiento, palabra positiva no le entra en la cabeza a Soledad, no entiende, a veces pienso que lo mejor, lo que nos dará tranquilidad será internarla en un psiquiátrico, no sólo por la paz que nos dará, por la calma, sino por tener la certeza de que allí la tendrán vigilada ;allí no culminará su tan anhelada ilusión! mientras ella esté aquí la incertidumbre está latente, la emergencia vigente, cotidiana, considero que aunque parezca egoísta, si ella estuviese allí internada, disminuirá la tensión, el peligro; sin embargo ;no me atrevo! lo pienso pero no concreto, no llegamos a un acuerdo, a una solución. Mi pobre Soledad ya tiene 33 años, quiere lo que una mujer, pero se comporta como una niña consentida.

*Este brazo es mío, y nadie me lo va quitar*

**M**e dicen Chiapas porque allí nací y viví durante 18 años. Emigré para poder estudiar, soy Ingeniero Agrónomo egresado del ITA de Oaxaca.

Desde hace cinco años radico aquí por el trabajo, me he desempeñado en diversas actividades. Cuando me sucedió mi accidente estaba recién ingresado al sistema, era tan sólo un trabajador de confianza, no de estructura, era como quien dice un “pinche” prestador de servicio social, donde sólo me pagaban por honorarios.

Pues era un día normal así de “chamba”, por lo regular el trabajo de nosotros es estar fuera de la oficina, es decir mi trabajo no es de “campo”, aquel día me tocaba la verificación en unos predios. El día estaba lluvioso, nosotros salimos de Felipe Carrillo Puerto por la mañana, fuimos a un predio lo verificamos y trabajamos normal, queríamos regresar porque estaba lluvioso, y avanzamos hacia un lugar que se llama Hobom Pich, vimos que todo estaba en óptimas condiciones y seguimos nuestro trayecto hacia la comunidad de Filomeno Mata. ¡De manera inesperada perdí el control del vehículo! hasta este momento no sé ¿qué paso? si fue una falla mecánica u otra cosa, lo que puedo decir es que ¡el volante no tenía dirección!

El impacto fue directamente contra una roca, íbamos tres personas, de las cuales el único afectado fui yo. Tuve una fractura doble expuesta en mi brazo, mis huesos se quebraron completamente, se hicieron polvo, para pedir ayuda uno de mis compañeros se robó una bicicleta y tuvo que salir de la comunidad, porque no había señal, y así poder hablar a la ambulancia del IMSS que tardó muchísimo en llegar, no me acuerdo cuanto tiempo, sólo recuerdo que nos accidentamos como a las 11 am y al hospital de Carrillo entre como a las 5 pm.

Para todo esto estaba consciente, en el camino sólo me pusieron una férula rudimentaria con maderas, ya en Carrillo me lavaron el brazo, me

canalizaron y me dijeron que me tenían que llevar a Chetumal. Cuando por fin llegamos a Urgencias, vino lo peor, él médico al ver mi brazo completamente inflamado -era como tres veces lo normal- lo primero que dijo fue -tendremos que amputar el brazo,- al escuchar eso me derrumbe, pero de inmediato le dije a mi jefe que vendiera mis cosas o lo que tuviese que hacer, pero que se movilizara para conseguir dinero para viajar a Mérida y tener una segunda opción.

A mi traslado de Mérida me llevo el IMSS, pero fue por un trato, porque como trabajamos en una institución gubernamental, hubo presión, pero el traslado o el apoyo era llevarme me al IMSS de Mérida, llegué a la puerta de la clínica y al momento de llegar me trasladaron al Centro Médico de las Américas CMA, donde ahí me atendieron gracias a mi amigo (jefe) que se movió para que me atendieran. En el IMSS de Chetumal sólo hice como seis horas y luego fue cuando me trasladaron a Mérida, como yo no contaba con ningún familiar o pareja cercano, mi amigo fue el que me ayudo.

Realmente tenía conocimiento acerca de la vida en el hospital, sólo iba cuando tenía gripa o algún dolor muscular, pero hasta que me paso esto comprendí lo que realmente es un hospital.

En el CMA me hospitalizaron y los médicos comenzaron a analizarme el brazo y no podían darme un diagnostico de mi estado, hasta que el cirujano me valorara. Al CMA me ingresaron como a las 6 am, al llegar el traumatólogo me revisó y a base de medicina, me dijo que en tres días si mi brazo presentaba alguna una infección me lo tendrían que amputar. Fueron los tres días más largos y complicados de mí vida, porque la incertidumbre está presente las 24 hrs del día, *creo que la incertidumbre en una persona, es una de las cosas que más descontrol te provoca, te atemoriza porque no tienes control de lo que pueda o no pasar y es lo que más miedo nos da.* En el trayecto de estos tres días mandé a buscar a mi mamá, necesitaba a alguien que estuviera conmigo, mi compañero de trabajo estuvo unos días, pero tiene un trabajo y una familia que atender, por lo que a los pocos días se regresó.

Referente a los gastos no me importaba vender mi carro y mis cosas, pero afortunadamente MetLife por medio de la Toyota absorbió todos los gastos.

Al llegar a Mérida, me entrevistaron algunos peritos de la aseguradora para saber referente del accidente, la Toyota se hizo cargo, claro que ese seguro eran cien mil pesos, por un lado me dejaba tranquilo, pero seguía existiendo esa incertidumbre al estar hospitalizado en una clínica de alto nivel. El día en el hospital de Mérida me salía \$4,700 pesos y eso que tenía que entrar al quirófano y más los estudios, curaciones entre otros, cada operación salía como unos \$30,000 mil pesos, para mi fortuna el seguro lo extendieron hasta doscientos mil pesos, la verdad yo no entiendo nada de seguros pero lo extendieron y el seguro pagó casi la totalidad.

Al tercer día me metieron al quirófano y al salir me di cuenta que ya tenía un sujetador en el brazo izquierdo con clavos, entre al quirófanos dos veces más, una por limpieza y la segunda fue donde me pusieron los clavos y las placas, en total tengo dos placas y trece clavos.

El trato en el hospital fue muy bueno tanto por parte de las enfermeras así como en los doctores, no sé si sea porque es un hospital muy caro, pero en esos 20 días que estuve allí, fue un trato muy amable y responsable. Al estar mi mamá conmigo me sentía muy tranquilo y feliz, y pensaba que si me cortaran el brazo casi ya no me importaba porque tenía a mi mamá a mi lado.

Al principio me costó adaptarme con mi nueva incapacidad, aunque tengo mi brazo completo y con cicatrices, me cuesta a veces maniobrar algunos objetos y sólo con el paso del tiempo y la perseverancia me empecé a adaptar a mis nuevas funciones de mi extremidad dañada. Comencé a asistir al CRIQ por mi rehabilitación, inicialmente me tenían que llevar y me sentía como un poco inútil al tener que depender de una persona, pero ahora ya puedo hacer las cosas por mi cuenta, en el CRIQ mi rehabilitación duró tres meses y me ayudó en mucho, ahora ya puedo manejar un automóvil sin complicaciones.

Yo siento que hice todo lo posible para que no me amputaran el brazo, yo pienso que una persona tiene que hacer todo lo posible para su bienestar hasta el último aliento. Es bueno cuando una persona conoce de la vida, ante un episodio así te ves obliga a hacer cambios y valorar el estar bien el estar completo; de haber perdido mi extremidad, mi vida sería complicada, porque ya

## ■ BIOGRAFÍAS

no estás completo, mi trabajo lo hubiese perdido completamente porque yo ando en el campo, tengo que manejar y hacer muchas cosas, ya sin una extremidad no es igual, no quiero decir que ya no puedes hacer nada, pero de haber perdido el brazo hubiese tenido que darle un giro total a mi vida, por supuesto que hubo cambios, pero estoy muy agradecido por estar completo, vivo, con algunas limitantes pero sano y fuerte, no importa las cosas materiales, es mejor gozar de una buena salud y bienestar.

## *El destino es el destino*

**H**ace aproximadamente cinco años, cuando estábamos comiendo. Un pensamiento llegó a mi cabeza, tuve el presentimiento de que algo malo me pasaría, y comencé a llorar, no podía explicar lo que sentía, pensaba que pudiese tener un tumor cerebral o cáncer, sin embargo ignoré el pensamiento y continúe con mi vida normal. Aproximadamente seis meses después noté un primer síntoma: malestar en los ojos, de día y de noche, sentía molestia por la luz y pesadez en los párpados, fui al oculista y me dijeron que tenía resequedad ocular, me dieron cuatro medicamentos y dijeron que con eso se solucionaría el problema, acabe con el tratamiento sin sentir mejoría al contrario sentía peor los párpados y consulte con otro oftalmólogo, repitiendo el mismo dictamen resequedad ocular, por las molestias usaba lentes oscuros todo el día, además se disimulaba el párpado caído. Del problema en los ojos, el segundo síntoma fue el debilitamiento en las piernas, en general la casa está construida con pequeños desniveles, siempre me gustó así, sólo que cada escalón me complicó el desplazamiento por ella, sólo para salir del cuarto me representaba un gran esfuerzo, tiempo después la cara al reír se me desfiguraba, me llevaron a consultar a un neurólogo clandestinamente al IMSS por el malestar de la cara, él me dijo que me quiso dar una parálisis facial, me receto otro medicamento con el cual tampoco sentí mejorar, perdí la fuerza en los brazos, empecé a sentir un malestar en la garganta para lo cual me llevaron a la clínica para que me hicieran nebulizaciones pensando que tenía flemas en los pulmones, empecé a dejar de comer porque cada comida sólida, con un primer bocado se me atoraba y me pasaba asfixiar, deje de comer y la fuerza en los brazos era historia, ni siquiera podía abrocharme un botón, empecé a perder peso, en una ocasión la familia se reunió y fuimos a un balneario, unos estaban en la palapa, otros en el agua fui al baño quedaba a menos de una cuadra, y para entrar tenías que subir 4 escalones, cuando quise subir el primer escalón me fui para atrás y

caí, no me pude levantarme, ni moverme, mucho menos gritar, fue un momento de terror, sólo me quedaba esperar a que alguien se acercara ayudarme, una de mis hermanas me alcanzó a ver y vino junto con mi sobrina para ayudarme, al entrar al baño no pude subirme el short y menos abrocharlo, es tan vergonzoso tener que pedir que te ayuden con algo así ellas me esperaron y llevaron con el resto de la familia. Hasta ese momento vivía sólo con mi hija, meses después comencé una relación y él desde el principio me apoyo, aunque quise disimular todo lo mal que me sentía, por las tardes el malestar se agudizaba, era como si el cuerpo no me pudiese responder, no me respondía en lo absoluto, a partir de aquí mi hija comienza a bañarme, ese día quería morirme, no podía con todo lo que estaba pasando, depender para hacer hasta las cosas más absurdas, llorando le dije a mi hija que deseaba morirme, sin saber que me pasaba, pero el hecho de depender no me gustaba, mucha gente decía que me habían embrujado, algo que nunca acepté, pero cada día que pasaba era notorio el deterioro. En una ocasión en el cuarto estaba sola me levante intentando ir al baño al subir el escalón me fui para atrás y me lastimé con un block y me quedé tirada, eran aproximadamente las cuatro de la mañana, son las cosas que me hacían desear lo peor, mi hija estaba fuera, no había nadie que pudiese ayudarme, sólo porque mi pareja antes de ir a su trabajo pasó a verme, espío por la ventana cuando vio que estaba tirada logró abrir la puerta y él me levantó, estaba llorando por la impotencia de no levantarme y no poder hablar a nadie, pensaba que podía quedar inválida por tantas caídas, y así continuaron las caídas, mi mamá e hija me decían que me calmará y no llorara. Como se me complicaba comer perdí como 12 kilos , sin fuerzas en brazos y piernas un día me bañaba mi hija y otros mi mamá, estaba aterrorizada por depender de alguien para hacer la más mínima de las cosas, cuando podía levantarme y caminar lo hacía muy despacio, sólo por las mañanas podía comer cucharadas de avena hervida, en el transcurso del día sólo tomaba yogurt o agua, me resistía a ir al médico, ya que tenía miedo por saber que era lo que tenía, mi mamá estaba muy asustada pensando que podía morir, para entonces fui a consultar con un médico familiar para ver si él podía saber que tenía, el me dijo que lo mejor era consultar a un neurólogo, de una clínica

particular, una de las cosas por las que no iba al doctor era por el malestar y el cansancio que sentía, fui con el neurólogo y con los síntomas que presentaba, él me pidió que me hicieran una Resonancia Magnética, dijo que esto era para descartar una Esclerosis Múltiple, yo no sabía de esa enfermedad, ni sabía de ese estudio, ni idea de lo que costaría. Este médico me receto otros medicamentos según para que pudiese comer, y aliviar la debilidad en las piernas y me preguntó si alguna persona había quedado invalida en mi familia, a lo que le respondí que no, Fui a mi casa estuve consumiendo el medicamento, cuando se termino fue nuevamente a consultar, ni uno de los medicamentos me hizo mejor, seguía igual o peor, le dije que no había mejoría, y le pregunte el costo del estudio, pensando que ahí mismo lo harían, me dijo que lo realizaban en la ciudad de Mérida y costaba aproximadamente 8, 000.00 cuando me dijo la cantidad, se me hizo demasiado al no contar con un solo peso, pensando en el costo y los gastos de traslado que se generar a partir de, regresé a la casa y le comenté a mi pareja lo que me dijo el médico, él dijo que como sea lo conseguiría y me llevaría, él busco en internet y cuando me dijo que era me sentí muy mal y me puse a llorar, a los quince días ya estábamos en Mérida, una de las cosas que no sabía era como era ese estudio, el me trajo una imágenes del aparato donde me harían la resonancia, y tenía mucho miedo, porque pensaba que era algo demasiado estrecho, me producía mucho malestar el pesar que tendría que entrar ahí. Llegamos a Mérida y ya en el hospital y un enfermera me indico que pasara a cambiarme, pienso que con el miedo a la máquina y el pensar que saliera positivo el estudio, el cansancio del viaje y todo, me costaba mucho trabajo cambiarme, pero me negaba a pedir ayuda, porque físicamente no parecía verme tan alma, o al menos eso pensaba, para eso me hicieron pasar al área y sentía que el corazón se me iba a salir, en una pequeña planchita me senté, pero ni eso podía hacer, no podía apoyarme en los brazos, me senté y me dejé caer, la enferma me regañó por que moví la plancha, me pusieron unas cintas en brazos, piernas y cabeza, de manera que no pudiese moverme, sentía que quería salir de ahí, no estar en ese lugar tenía mucho miedo, el corazón me latía demasiado rápido, pensaba que me daría un paro, me puso un botón en la mano, y por cualquier cosa apretare el botón para

que me sacaran, se empezó a mover la plancha y entre a la maquina, de inmediato me paso por la mente apretar el botón, pero sabía que tenía que ser fuerte el estar ahí nos había costado mucho, y necesitaba saber que tenia, fueron 45 minutos, pero a mí me parecieron horas, al terminar el estudio me cambié, y regresamos al albergue del trabajo de mi pareja, al otro día nos darían los resultados, fuimos por el estudio y con la misma regresamos a Chetumal, lleve los resultados con el neurólogo y me dijo que no era eso, que la EM quedaba descartada, y me dijo que ahora tendría que hacerme unas RM de la médula ósea por las caídas. Pensé que no volvería a hacerla, era costosa y no teníamos para un gasto así, regresé a la casa y no volví hacer nada por saber que era lo que tenía, las personas me recomendaban ir con algún brujo, pero nuevamente dije que no, nunca me han gustado esas cosas, fui empeorando, no podía ni caminar, mi mamá me decía que hiciera el esfuerzo por ver a otros médicos, pero me negaba no tenía ni el dinero ni las ganas, pero ya con el tiempo era tanto lo que me insistían que acepté , mi mama me dijo que fuese con el doctor campos que se lo habían recomendado, era médico general pero muy bueno, a lo que dije está bien, pero no di fecha para ir a consultar. Cuando empezaba la mañana sentía que era como un muñeco de cuerda, en la mañana tenía un poco del día pero con el transcurso del día las fuerzas se me iban, tengo unas vecinas que me ofrecían ayuda para poder limpiar mi casa, pero me negaba, decía que cuando pudiese lo iba hacer, esa es una de las cosas que me preocupaban el no poder parame y poder limpiar mi casa, porque antes de que comenzaran los síntomas, era una persona que se levantaba que se levantaba a las 5, 5:30 a limpiar el frente de la casa, desyerbar, eran cosas que disfrutaba, a esa hora no hay gente, ni tanto ruido, y gozar el aire se me hacía algo muy bonito, al terminar de hacer eso si tenía que lavar llenaba mi lavadora y lo hacía, barría el corredor, cada día hacia la limpieza en general, y ver que se iba hacer para el almuerzo, el realizar todas esa tareas me daba gusto, satisfacción, también me gustaba ir de preferencia sola cuando podía caminar, esas son las cosas que disfrutaba, una de las cosas que me cansaban eran el poder, el tener que estar fingiendo que no pasaba nada delante de mis hermana, que hasta la fecha pienso que ellas creen que no tengo nada,

que es algo que yo pienso y nada más, una enfermedad psicósomática, tengo una enfermera y pensaba que ella podría entender lo que estaba pasando pero nunca me apoyo, ni antes ni ahora, cada domingo, nos reuníamos todas la hijas aquí donde vivo la casa de mi mamá para pasar un día en familia, pero ese día en familia era un día en el que yo tenía que cocinar, servir, y el final limpiar todo, ellas venían a divertirse, ya que consideraban que yo era la anfitriona de la casa, mi pareja mostraba desagrado porque esas vistas solo me daban más trabajo, cuando a mi me costaba mucho esfuerzo realizar cualquier cosa y no apoyarme en nada, con el paso del tiempo ese domingo se fue acabando, nadie cocinar ni hacer las cosas que se tenían que hacer durante ese día, tengo una hermana tres años mayor que padece de esquizofrenia y de la cual, la hermana que es enfermera tampoco le ha creído que este enferma de algo, y ella le dice que deje de tomar el medicamento y que piense que va estar bien, dice que con eso va ser suficiente, me resulta imposible creer que en lugar de darnos apoyo, ponga en duda lo que nos está pasando, para mi es una de las persona que más estrés me puede causar su visita, y para colmo de malas, sus vistas casi siempre son un poco antes de las 4, cuando siento que ya no tengo fuerzas para nada y su presencia me hace sentir peor.

Una de las cosas que más me han resultado bochornosas es el tener que pedir que me ayuden a bañarme y por no querer aceptar ayuda, una tarde me metí al baño y me sentí mal, aun así intente bañarme claro que el bañarme era solo un decir, en realidad era el sentirme fresca, sólo era un breve enjuague, el esfuerzo que hice al tratar de bañarme agotó por completo al grado de que no me podía para del banco en el que me siento para bañarme y las piernas y brazos no me respondieron el trata de querer parame y estarme forzando me llevo a la desesperación y como me tardaba aproximadamente una hora en bañarme me hija empezó a preguntarme que si ya iba a salir, pero no podía contestar, ella se subió a un banco y por la parte de arriba de la puerta logro entrar abrió la puerta fui hablar a mi pareja y dijo que estaba mal y que no podía moverme, él vino y me llevo a mi cuarto envuelta en una toalla, a lo que yo lo único que hacía era llorar y preguntarme qué era lo que me estaba pasando, y él me hablaba y me decía que

me calmara que yo iba estar mejor, que me iba a recuperar que estaría mejor, pero no sabía ni lo que tenía, ese tipo de incidentes me hicieron ir a consultar con el doctor campos, le dijo a el que consultaría y él vino a buscarme en una camioneta de su trabajo y me llevó a su consultorio, el médico me examinó y él dijo que podría ser Esclerosis Múltiple, el escuchar de nuevo esa enfermedad, me llenaba de temor por ser crónico degenerativa, y por supuesto no quería eso, me puse a llorar y el doctor me dijo que lo mejor sería que consultara a un neurólogo en Mérida, el neurólogo Marco Antonio Bernés Vinade que labora en el CMA (Centro Médico de las Américas) le dije que nuestra situación económica cubría únicamente lo básico, así que tendrías que esperar un tiempo para ahorrar e ir a consulta, él dijo que buscaría la manera de conseguir el dinero y llevarme lo más rápido que se pudiera, para esa época, hasta caminar dos o tres paso ya era sumamente agotador, subir una sola banqueta me costaba mucho trabajo, ni siquiera me podía subir a un carro, tenía que sentarme y alguien ayudarme a subir las piernas.

Una semana después mi pareja consiguió el dinero, me dijo que nos iríamos que arreglare mis cosas, tuvimos que conseguir un carro, porque viajar en camión sería muy incómodo y cansado, habló con su hermana para que convenciera a su marido, ellos aceptaron y decidieron llevarnos, llegamos al albergue, antes de viajar le pedimos a un primo de él que vive en Mérida que sacara la cita y nos la dieron a las 10 de la mañana, al otro día el me ayudo a vestirme y nos fuimos, cuando llegamos una de las primeras cosas que vi, es que para llevar al consultorio era necesario subir como piso y medio de escalones, no dije nada pero eso me causaba angustia, porque un sólo escalón me costaba, así poco a poco hasta que llegamos al consultorio y esperamos a pasar, cuando entramos el doctor muy amable me atendió le di los síntomas me hizo un chequeo y me dijo que me tenía que quedarme internada, vire a ver a mi marido y le pedimos al doctor un momento a solas y pensábamos que solo llevamos dinero para la consulta, comidas, gasolina y regresarnos, no teníamos para pagar el hospital ya que es particular, le preguntamos al doctor como en cuanto nos saldría que me internaran y aproximadamente entre medicamentos y estancia

en el hospital eran a \$ 5, 000 sin tomar en cuenta los honorarios del doctor que eran \$1,500, mi pareja bajo y le pido a su primo el dinero prestado, subió y le dijo al doctor que podían internar fue ahí cuando por primera vez escuche de esta extraña enfermedad que se llama Miastenia Gravis<sup>134</sup>, el doctor me explicó que esta enfermedad es neuromuscular afecta la caída parpados como primer síntoma, la debilitación de los brazos y piernas, dedos, dificultad para tragar, hablar, y desfiguros en las cara. Después me llevaron a la recepción tomaron mis datos y esperamos a que nos hablaran para poder ingresar, ahí me cambiaron y pusieron una bata, desde que subí al cuarto vi una gran diferencia con los hospitales públicos, pero claro el cambio empieza en la forma que cobran, tenía una cama muy cómoda, aun estando con los síntomas pude darme cuenta de las diferencias: ropa cómoda, AA, tv por cable, y un sillón muy cómodo para el acompañante, todo muy agradable. Me empezaron administrar una serie de medicamentos por vía intravenosa, mi cuñada y su marido, al saber que quedaría internada regresaron al albergue y mi pareja se quedo acompañarme, por cualquier cosa que se presentara, para la noche al llevar la cena me llevaron una hamburguesa de atún con cebolla, tomate, y un jugo de papaya, pero al principio me resistía a querer comer, porque sabía lo que me pasaba, que podía asfixiarme con tan solo un bocado a lo que él insistía que tratara de comer algo a lo que opte por probar un bocado y al hacerlo me di cuenta de que podía comer como hace mucho no lo hacía, me acabé la hamburguesa y el jugo, eso me causo

---

<sup>134</sup>La *miastenia gravis*, o enfermedad de Goldflam, es una enfermedad autoinmune adquirida. Fue descrita por primera vez por Thomas Willis en 1672. Es considerada como una *enfermedad rara*. Afecta aproximadamente a 5 de cada 100.000 habitantes, la causa primaria parece estar en la producción de anticuerpos frente a los receptores de acetilcolina existentes en la placa neuromuscular, impidiendo la actuación de este neurotransmisor sobre los receptores y, por tanto, la estimulación de los músculos estriados, donde se sitúa la placa neuromuscular o neuromotriz. La consecuencia es la inadecuada respuesta muscular al estímulo nervioso y la sensación de fatiga en los grupos musculares más afectados. La característica más específica de la miastenia gravis es la debilidad muscular indolora y fluctuante. Suele empezar en los músculos alrededor de los ojos, y se mantiene así únicamente en el 15% de los afectados. En el resto de quienes la sufren se generaliza, afectando a la musculatura de la zona bulbar, cuello y hombros, llegando a las extremidades y, en los casos más graves, con afectación de los músculos respiratorios. Por ello, la sintomatología depende del músculo o del grupo muscular afectado. No obstante, los principales síntomas son visión doble (diplopía) y caída de párpados (ptosis), dificultad para hablar (disartria), tragar (disfagia) y debilidad en cuello, brazos y piernas, e incluso crisis respiratorias. Llegado este punto, es preciso intubar al paciente y asistirlo con ventilación mecánica. A pesar de ser una de las enfermedades neuromusculares con mejor pronóstico y no ser degenerativa, es muy invalidante.

mucha felicidad y me pude ir dado cuenta que ya podía enderezarme en la noche yo estaba muy cómodamente tapada con AA y viendo tele y mi pareja estaba acostado en el sillón durmiendo y tapándose con una pequeña toalla y estarme moviendo sin fatigarme, así transcurrió la noche, al otro día le pedimos al doctor que nos dieran de alta porque ya no teníamos más dinero, el doctor pasó me checó y me dio de alta, después de mucho tiempo pude bañarme sola, esto me llenaba de satisfacción, el doctor me dijo que pasara a su consultorio y me recetó un medicamento que se llama Mestinon, me dio el número de veces que debía tomarlo y los horarios recomendables, me sentía feliz y recuperada salimos del hospital, y nos dio cita para regresar en dos meses, me indicó que debía hacerme una serie de estudios y una tomografía computarizada, no cabía de felicidad pensando que ya estaría estable y que el medicamento era para mantenerme así, llegué feliz a mi casa cosa que le causo alegría a mi mamá, se me olvida comentar que la fecha en que me diagnosticaron la enfermedad fue el 11 de abril del 2008, dos años atrás empezó, puedo recordar que fue o se reveló el 14 de mayo cumpleaños mi hija le comente que si quería le podía hacer una de sus comidas favoritas sentía que podía con todas mis actividades normales era sumamente feliz le hice pozole llegaron familia y algunos amigos de ella todo termino por la tarde me bañé y como a las 8 de la noche me empecé a sentir mal sentí que no me podía moverme, hablar y me costaba demasiado poder respirar trataba de hacer que entrara un poco de aire a mis pulmones de nuevo, situación me devolvió al pasado y fue como si los síntomas se multiplicaran en un instante, me llevaron al doctor no lo encontramos y nadie sabía q hacer, pedí a mi pareja regresar a la casa, él insistía en que me checaran y le dije: quiero ir a mi casa llévame, otra de las cosa por las decidí ir mi casa era porque mi hermana enfermera es la que nos había llevado y eso me causaba mucha tensión, que ella estuviese haciendo caras como diciendo ;deja de fingir que no tienes nada! llegamos, me acosté en una hamaca y ella se quedo a mi lado yo quería poder decirle que se fuese que no era necesario que se quedara entonces decidí de quedara mi pareja se quedara conmigo él me dijo que estaba bien se quedaría en una cama que había en mi cuarto, cuando pude tragar me tome el medicamento

y así transcurrió la noche al otro día me comuniqué con el doctor. Bernés le dije lo que había pasado y me dijo que cuando eso ocurriera lo que podía hacer era tomar una pastilla y eso era todo, tenía muchas dudas pero no formule las preguntas así empezó a transcurrir mi vida con esta enfermedad y me di cuenta que lo bien que pude sentirme con el medicamento no sería constante ni tampoco podría llevar la vida “normal” que me había dicho.

Mi vida tuvo demasiados cambios deje de salir por completo, tenía miedo de bajar una sola banqueta, mi visión por lo general es doble y me cuesta trabajo mirar de un lado a otro y me da miedo llegar a caer en un lugar público porque sé que eso me paraliza y me daría vergüenza pedir ayuda porque considero que físicamente me veo como una persona sana, eso me ha llevado a recluirme casi por completo en mi casa es muy raro que salga a cualquier lugar, solo en mi casa me siento segura y si salgo sólo lo hago con mi hija o mi ahora marido porque sólo en ellos confió así transcurren mis días unas veces buenos otros malos y en ocasiones unos muy malos, que es entonces cuando deseo morir, la gente a mi alrededor los pocos que llegan a mí, me preguntan que si no me aburro, a lo que contesto que estoy bien la seguridad que me brinda mi casa es casi todo lo que tengo, ahí tengo las cosas que me agradan los colores que me gustan y poco a poco mi marido va haciendo lo que me gusta y me hace sentir bien él es una persona muy trabajadora, es combatiente de incendios forestales admiro lo fuerte que es y como aguanta trabajar y agradezco muchísimo todo el apoyo que me brinda. Los días transcurren, a veces amanezco bien, puedo levantarme, desayunar, lavar mis trastes, cocinar, barrer, trapear; pero hay días en que siento que desde la madrugada, ya no pintan bien las cosas el medicamento lo tomo 4 veces al día 7,11,4 y 8 de la noche cuando empieza mal mañana a las 7 que es la primera toma me tomo un Yakult y mis dedos no responden, no puedo simplemente llevármelo a la boca me cuesta trabajo sacar la pastilla del frasco el estar haciendo movimientos para tomarla me agoto totalmente y lo único que pienso es que tengo que poder porque de eso depende que yo me pueda levantar por la mañana me levanto comúnmente a las 8 cuando ya hizo efecto el medicamento algunas ocasiones hasta las 8.30 en los días malos a las 10, pero ya

no puedo hacer nada porque el medicamento que tuvo que hacer efecto no lo hizo y me tengo que acostar a descansar y no puedo levantarme a veces hasta las 12 todo eso me hace sentir mal, frustrada porque ni siquiera con lo mínimo puedo. Pienso que no puedo limpiar, lavar mis trastes o cocinar y sé que eso me estresa y me afecta más, me dice mi hija no te preocupes mamá después lo podrás hacer y si tiene tiempo ella lo hace, una de las cosas que más siento es que si me siento mal y tengo ganas de ir el baño ni siquiera puedo bajarme los shorts y sentarme en la tasa me da mucho trabajo, me quedo sentada pensando como me voy a parar y como me subiré el shorts eso lo pienso porque se debilitan mis brazos y piernas y simplemente no puedo impulsarme para pararme, cuando logro hacerlo, ese esfuerzo que hice ya me canso y ahora empiezo a luchar por tratar de terminar todo y poder salir del baño sin pedir que alguien me ayude esas cosas que pasan me dejan la moral por los suelos porque no puedo valerme por mi misma, hay ocasiones en que me siento mal y estoy sola y me aterra pensar que me pueda pasar algo y no tener nadie que me ayude una de las cosas que me pasan por el medicamento es que seguido tengo diarrea, y junto a esto la miastenia es peor voy no sé cuantas veces al baño la verdad pierdo la cuenta y con ello me agoto totalmente al grado de no poder ni llegar al baño es de vergüenza todo lo que me pasa a la fecha ya perdí mucha ropa interior y varias bermudas lo peor es cuando me ataca la diarrea es en la madrugada, y mi cuerpo no tiene medicamento y todo se complica me tienen que ayudar entre mi hija y mi marido porque sola no puedo, me apena porque se tienen que levantar y aunado a eso limpiar toda la porquería, ayudarme a ir al baño, buscarme ropa y después solo me queda sentarme en una silla por temor a ensuciar todo de nuevo ahí en esa silla me puede agarrar la mañana. Otro momento complicado es cuando voy a reglar una o dos semanas antes me vienen todos los síntomas malos de la miastenia no puedo cambiarme la toalla y mucho menos subirme la ropa interior todo eso me abochorna, y pienso que no puedo estar así, que puedo hacer absolutamente nada hay ocasiones en que ya no deseo estar aquí no quiero ser una carga para mi joven hija y pienso que mi

marido se va a terminar hartando de todo esto que me pasa entonces cuando me siento mal y me preguntan digo estoy bien a veces puedo disimular otras no.

Así avanza mi enfermedad días bueno días, malos otra cosa que me pasa es que me he vuelto muy sensible por todo lloro por cualquier cosa que le pase a alguna persona y pienso tengo que salir adelante me echo porras pero a la hora de las recaídas las porras se van a la basura, he ido a consultar algunas veces más con el doctor a Mérida, pero cuando consulto lo único que él hace es checar mis ojos, si puedo levantar los brazos mover las piernas y es todo, me dice que estoy bien , el en ese momento puede decir que estoy bien, pero él no está en los momentos en que yo en verdad me siento mal, pero ni modos no regresamos a Chetumal y que más me queda, seguir con la vida, los días en que me puedo levantar y hacer las cosas en que a mí me competen me siento sumamente feliz son las cosas ordinarias de ama de casa pero esas son las cosas que a mí me brindan alegría, quizá a otras personas les pueda parecer lo más fastidioso del mundo labores del hogar, peor yo lo disfruto. Me gustan mucho las plantas pero no las puedo cuidar como se merecen, me gusta todo lo rústico la madera, la herrería, las cosas que se vean viejas pero “bonitas”, mi marido cuando está en los incendios y encuentra troncos que piensa que me van gustar, aunque pesen mucho y los tenga que cargar como días cuadras del monte a la carretera, aun así los trae porque sabe q eso me va hacer feliz, tengo diferencias con él, pero más son las alegrías que paso, y es una persona que me apoya bastante. Ya ha pasado un tiempo, creo que más de un año en que no he ido a consultar de nuevo, por problemas económicos no hemos podido ir, además el gasto es fuerte y el doctor siempre hace y dice lo mismo.

Mi marido es una persona que desde que empezó a estado al pie del cañón, ayudándome en todo momento y brindándome mucho apoyo y cariño y eso ha sido muy importante para mí. Siento que la miastenia la he tenido muy asociada con la diarrea ya que esta última me ha causado muchos problemas las pastillas hacen que tenga dolor abdominal, y diarrea porque hacen que trabaje más la musculatura intestinal una noche mi marido, por causas de su trabajo no estaba y sólo mi hija estaba conmigo como a las 3 de la mañana sentí un malestar

quise levantarme y sin tiempo ni energías para moverme ya había hecho del baño me puse a llorar porque no podía pararme y mi hija no podía levantarme me hice como 4 veces del baño y de lo mal que me sentía no podía tomar el medicamento no quería ni moverme porque sentía todo el excremento rodeándome y todo el cuarto ya apestaba demasiado, todo me llegaba mas allá de la cintura, sábanas, ropa y hamaca estaban sucias, paso como una hora para poder tomar la pastilla, y esperar como 2 para que hiciera efecto no sé porque a veces tardo más para sentir los efectos del Mestinon, quizá atribuyo a que si me siento peor tarda mas no lo sé, cuando pude levantarme me sentía avergonzada con mi hija me quería ayudar a pararme pero le dije que no hacía falta que yo podía la verdad si a mí me daba asco pensaba que sentiría ella sentiría peor, sólo le pedí que me buscara ropa para poder cambiarme el baño, fue otro suplicio para mi estaba bastante cansada y me costaba bastante trabajo bañarme y había partes que ni siquiera con mis torpes dedos podía tallarme sentía que ese olor no se me podía quitar desde el baño podía escuchar como mi hija estaba limpiando el cuarto y pensaba pobrecita tener que estar limpiando toda las asquerosidades que había dejado cuando salí, me dijo ya limpie todo mami le conteste gracias baby, así y transcurrió esa noche moralmente me siento devastada lo único que pienso, que me pregunto es ¿por qué?. Claro no tengo respuesta. En una ocasión estábamos haciendo unos trabajos en la casa de mi marido para poder rentarla, pero no me di cuenta que no había llevado las pastillas, sino hasta las 11 que llegó la hora de tomarla cuando sonó la alarma fui por la toma y me di cuenta que no las tenía le dije a mi hija baby no traje las pastilla me voy acostar hasta que termines y nos iremos a la casa pensé que no hacer nada me ayudaría pero me sentía angustiada pensando si pasaría algo, pasaron 2 horas eran las 11 cuando debí tomar el medicamento y ya eran la 1 de la tarde le dije o ella me dijo no lo recuerdo vámonos a la casa ya me sentía bastante mal nosotras andamos en una motito que ella tiene le dije no me voy a montar porque no voy a poder me iré sentada me costó trabajo hacerlo no podía ni siquiera agarrarme de ella le dije no le digas nada a nany (mi pareja) porque se va enojar, me sentía tan asustada sólo deseaba llegar a mi casa pero desgraciadamente estábamos lejos de ella le

dije ya no aguanto me voy a caer ya no podía bajarme de la moto me dijo aguanta un poquito mami estamos cerca de una avenida te mandare en un taxi, yo no quería porque sabía que no podría subirme mucho menos bajarme y llegando ahí que haría me escurrí de la moto y ella paro el taxi me senté y ella me subió las piernas le dio al taxi la dirección ya para entonces no podía ni hablar el taxista me venía observando y me preguntó ¿se siente mal, qué es lo que tiene? sólo le dije sí, no podía ni levantar la cabeza mi hija llevo casi igual que nosotros pero le dije no voy a poder bajar el taxista muy amable se bajo y aunque era chaparrito yo estoy gordita me dijo esta grandota aún así le echo todas las ganas y me bajo me ayudó a entrar a mi casa le agradecí y mi hija me ayudo a llegar a la hamaca inmediatamente tome el medicamento y me quede acostada me levante casi cuatro horas después. Así transcurren los días y los meses trato de relatar los momentos más difíciles que he pasado los otros considero que si me afectan pero no tanto porque en estos casos sólo afecta una cosa a la vez las malos momentos son situaciones generalas afectan mis ojos, cara, garganta brazos piernas y el habla, lo que impide poder expresar lo que estoy sintiendo, y cuando no me afecta tanto a veces es sólo los ojos la falta de fuerza en las extremidades y lo que hago es reposar, me preocupa más cuando afecta mi respiración porque ahí caigo en la desesperación porque no encuentro una manera de poder respirar mejor y al tratar de encontrarla con los movimientos me agoto totalmente y lo único que pienso es quiero sentirme bien lo repito una y otra y otra vez hasta 3 horas para que sienta mejoría. En una ocasión me sentía mal considere que podía bañarme sola y lo intente para cuando termine mal bañada pero no queriendo pedir ayudar trate de hacerlo lo que más me pesa es ser una carga, para esto ya me costaba mucho respirar pero aun así trate de ponerme la playera ,intente ponerme el shorts pero ya no pude solo me pude enrollar la toalla y la trate de sostener con la mano y quería salir del baño para pedirle e mi hija que me ayudara que me estaba asfixiando pero no podía hablar la cabeza no la podía sostener y ella solamente decía que no entendía lo que intentaba decirle, sólo pensaba que no podía respirar y ella sólo me veía yo gritaba en mi mente ayúdame, levanta mi cabeza, ayúdame a respirar simplemente no puedo y me

llena de terror todo lo que siento, en la actualidad es tiempo de incendios por lo tanto mi marido se va a las cuatro de la mañana y regresa como a las 10 de la noche, él se encarga de dejarme el medicamento junto con algo de tomar para que a las 7 de la mañana ingiera la primera dosis del día, cuando no puedo tomarla sola le marco a mi hija que está en el cuarto de alado para que ponga la pastilla en mi boca y me dé el Yakult cuando puedo como fruta picada por el desgaste abdominal debido a los medicamentos, otras veces solo la bebida, porque no tengo energías para cortar las fruta. Uno de esos días mientras mi pareja cenaba me comenta que se tiene que ir a acampar donde colinda Quintana Roo y Campeche, exactamente a la comunidad Río Verde que vendrá cada 4 días ,se va y me recomienda que me cuide le encarga a mi hija diciéndole cuida a tu mama mientras regreso, me da un beso y han transcurrido casi quince días desde que él se fue me habla todas las noches entre las 8 y 9 de la noche ha llegado el día de las madres, pienso que no tengo dinero para hacerle un pequeño regalo a mi mama, y que días después cumplirá años mi hija, en mi mente esta que mi hija ya se va a recibir y vienen muchos gastos todo esto está en mi mente la reunión para las madres es en casa de mi hermanita vive cerca de donde vivo y haremos pescado para comer me toca freír a mi no me importa hacerlo si me siento bien adelante, me da gusto poder ayudar, todas cooperamos menos la que vive en Santa Elena pero sabemos que está pasando por momentos muy duros económicamente, y lo entendemos ella está enferma también ,creo que tiene algún tipo de esquizofrenia la verdad nunca he podido hablar con ella de la enfermedad no sé cómo abordar el tema, nadie dice nada vivimos como a 20 minutos de donde ella vive, pero ella por su enfermedad y yo por la mía casi nunca nos vemos, pero ese día supe muchas cosas que están pasando y me duele su situación que a veces no tengan ni para comer, pues eso ya es duro, mi hija y yo hemos pasado tiempos de hambre bastantes duros careciendo de muchas cosas pero siempre hemos sido las de menos recursos económicos y tratamos siempre de salir delante de una u otra manera, mi hermana en cambio desde que se caso pienso que ha tenido casi siempre todo lo que ha querido y me ha dado mucho gusto nunca he sentido ningún tipo de envidia hacia ninguna hermana por

lo que ellas tengan, por el contrario que bueno por ellas lo poco que tengo y que le dado a mi hija me ha costado mucho obtenerlo y quizás sacrificando algunas cosas pero ahí vamos entonces digo así es nuestra vida pero para ellas es más duro porque ellas han tenido casi de todo y estar tan mal ahora pues es muy duro, todo eso me quede pensando como es la vida de mi hermana ahora y yo no puedo ayudarla porque no tengo los medios de poder hacerlo, terminó el día por la tarde me retire a mi casa en la noche llegó mi marido y comentamos todo lo que pasa en su trabajo nos dormimos como a las 11 de la noche él se iría como a las 4 de la mañana del miércoles transcurrió el día miércoles me sentía un poquito mal aun así comí algo tomé las pastilla y me dormí a las 12 de la noche me despierto sintiéndome mal me quise mover y no pude intentaba mover el brazo para alcanzar el celular y no podía a pesar de estar cerca, pero ni eso podía hacer empecé a sentir pánico logré agarrar el celular y con mucho trabajo le llamé a mi hija, no sé en cuanto tiempo vino sentí que paso una eternidad para entonces estaba luchando por tratar de jalar aire y poder pararme no podía y ella tampoco podía lograr ayudarme a pararme yo trataba de luchar pero no podía moverme nada me respondía lo que recuerdo que le dije voy a morir porque no había nadie que nos ayudara estaba totalmente desesperada ella me sostuvo por un momento y trataba de respirar cuando me soltó y quede nuevamente acostada pensé esto fue todo moriré pensaba en ella que sola enfrentaría todo, pensé en mi marido que no estaba a mi lado que si él estuviera otra cosa sería, porque él es muy fuerte y podría pararme pensaba que pasaría con él solo en ellos pensé no había nadie en mi mente solo ellos no recuerdo más de momento, me doy cuenta que estoy arrodillada a la orilla de la cama ella prende el ventilador y lo pone directo hacia mí y sigo tratando de jalar aire no sé cuanto tiempo transcurre empiezo a sentir que mis rodillas ya no me pueden sostener más me duelen y me voy resbalando esta quedar sentada sobre mis talones cuando siento que ya respiro un poco y puedo hablar le digo que me dé una pastilla y media logro virarme y quedo sentada en el piso sólo me quedo llorando no puedo dejar de hacerlo ni puedo dejar de pensar en lo que vendrá. Después de hora y media ya estaba cansada de estar en el piso ella trata de levantarme pero es delgada y no

puede y yo simplemente no puedo mi cuerpo no responde y me doy cuenta que el menor esfuerzo la dificultad para respirar se reanuda, de nuevo con toda la vergüenza del mundo le digo hable al 066 ellos pensé son hombres y me podrán ayudar a cargarme y subirme a la cama llegó una ambulancia eran 3 muchachos y una mujer pero es una enfermedad rara que no es visible y escuche que mi hija dijo ella no puede hablar aún así ellos me empezaron hacer preguntas a las cuales me era muy difícil responder me pedían que hablara preguntaron qué doctor me había recetado el medicamento, sinceramente no estaba en condiciones de poder explicar nada lo único que quería era cerrar los ojos y descansar, esta ha sido la peor experiencia que he tenido con esta enfermedad, me dormí ya entrada la mañana pensando en lo que había pasado el llanto no me deja hasta ahora cada que recuerdo lo que paso me ganan las lagrimas me cuesta hablar mucho de esto lamentablemente y es lo que me llena de un miedo con el cual siento que no puedo que es más grande que cualquier cosa y eso es que en cualquier momento puede pasar y quizá entonces no pueda llegar a contarlo , me aterra pensar en que esta es mi vida y que la debo aceptar pero simplemente no puedo, mi marido se tomo 2 días para estar conmigo es una gran persona me dice que no me preocupe pero quizá nunca entiendan lo que yo siento porque ellos ven todo desde afuera y yo, yo lo vivo en mi cuerpo. Cuando he deseado morir quisiera que fuese rápido no así pasando todo lo que pase esa noche. En todo este tiempo las personas que han estado conmigo han sido mi marido, mi hija y mi mama pues ella no entiende que es lo que tengo pero si le pido que me ayude en algo lo hace o bien me acompaña, mi hermanito tiene 26 años él en su momento y como pudo me apoyo económicamente, fuera de mi hija y mi marido solo a él le he podido platicar lo que pase esa noche me dice, que me anime que tome mi medicamento y que descanse mucho que tengo que ver a mi sobrino cuando sea grande y exitoso ese es mi charolito el me ha causado sin saberlo muchas alegrías, demasiadas diría yo, ya no está a mi lado pero recuerdo todos los momentos que me hizo pasar simplemente inolvidables. Cuando no está mi marido en mi hija recaen las obligaciones, claro de salir a la calle, comprar y traer todo lo que necesite para la comida y otras cosas es algo que no me gusta mucho

porque ella tiene muchas cosas que hacer y casi siempre le quito más tiempo del que quisiera al principio de todo esto sentía que me rechazaba completamente es una persona bastante dura así era yo ahora he cambiado pero pienso que esto me hizo cambiar. Con el paso del tiempo ella ha ido cambiando ahora siento más su apoyo aunque en ratos la siento enojada, quizá es porque no tiene el tiempo suficiente para ella esa es la carga de la cual hablo que no me gusta dar a veces acepto todo pero es más el tiempo que no acepto estar así, dicen que tomando el medicamento podemos llevar una vida casi normal pero puedo decir que es mentira no tengo una vida normal no trabajo, porque me agoto fácilmente y tengo que descansar varias veces al día, las labores del hogar hago una que otra cosa, estoy casi por completo recluida en mi casa eso ya no me pesa lo que me molesta es que no puedo realizar las cosas que a mí me hacían feliz, tengo que aceptar para poder hacer más llevaderas las situaciones que se presenten y así poder seguir con esta vida que buena o mala la tengo que vivir.

Hay algo muy importante en todo esto, el factor económico, cuando uno consulta en el IMSS te hacen una revisión y si te ven dañado te ingresan, pero puedes pasar 15 días hospitalizado y no autorizan los viáticos para los estudios, cuando vas a consultar de cajón te recetan Naproxen o Diclofenaco esas pastillas parecen ser la cura para casi toda enfermedad, aquí el dinero juega un papel importante ya que de tenerlo disponible, no es necesario esperar y se puede consultar con otros médicos en clínicas particulares en busca de un diagnóstico o tratamiento más veraz. Nosotras no disponíamos de los recursos económicos para soportar esos gastos médicos, mi pareja es quien absorbió todos los gastos consultas, medicamentos, análisis, la RM, las tomografías, de no ser por su apoyo son gastos que nosotras no habríamos podido cubrir. Por supuesto no es dinero que él tuviese ahorrado, sino hizo préstamos que poco a poco ha ido pagando. Él tiene una casa de INFONAVIT, sin embargo vivimos en la casa de mi mamá, porque la renta nos sirve para el medicamento, a mis hermanas no les parece que ocupemos la casa porque dicen que sólo hacemos negocio, ya que aparte de la casa de mi marido, tenemos una pequeña de madera, que resulta inhabitable por mis necesidades, sin embargo mi mamá dice que mientras ella viva y yo la

necesite me seguirá apoyando. Tener dinero hace la diferencia en estar bien o mal por la manera en que se presenta esta enfermedad quisiera poder adquirir un respirador artificial para una emergencia, no tengo ni idea de cuanto pueda costar me imagino que saldrá caro, pero que podemos hacer no lo tenemos, hay que trabajar duro, lo bueno es que tengo a mi lado un hombre que trabaja que fuera de su trabajo consigue o si le ofrecen cualquier trabajo él no dice que no siempre está dispuesto hacer cualquier cosa para así tener más entradas de dinero en la casa trabaja bastante también a veces me asombra lo mucho que aguanta trabajar me da nostalgia cuando lo veo trabajar porque sé que yo estando sana también aguantaría trabajar junto con el ayudarlo en lo que pudiera. Yo podía desempeñar trabajos rudos mi familia es de mujeres en su mayoría claro que mi hermanita y yo éramos la que desempeñábamos los trabajos duros ya que las otras decían, no podemos eso es para hombres, extraño trabajar, cualquier persona dirá deshierbar, barrer lavar trastes, recoger basura, lavar la ropa cocinar, que aburrido pero para mí realizar todo eso me llenaba de satisfacción y felicidad y ahora todo eso quedo otra, mi hija en son de broma suele decirnos a él y a mi Robocop y Robotina y eso nos causa mucha risa. Hay días malos como bien he comentado pero también buenos que son días de mucha risa a mí me gustaba bailar ya no lo puedo hacer pero escucho la música y así sentada solo muevo los pies, él es una persona que me hace reír mucho siempre le pregunto de donde te salen tantas cosas para decir es muy ocurrente, él me dice quiero hacerte reír siempre para que te olvides de esa enfermedad y cuando él hace todas esas cosas tiene razón, porque si lo logra. No tenemos carro a veces decimos vamos a conseguir uno para que me pueda sacar a pasear, me gusta la naturaleza, el agua los lugares tranquilos que me den paz pero hasta ahorita no hemos podido concretar esa idea hay muchos gastos y poca entrada, cuando me siento mal cierro los ojos y pienso en un gran campo lleno de zacate y algunos árboles sólo yo existo ahí puedo sentir el aire entrando a mis pulmones siento tanta tranquilidad ese pensamiento me libera de todo mal, ahí respiro bien camino sin cansarme y me acuesto y me paro sin ningún tipo de trabajo no existe nada malo ahí sólo hay tranquilidad, hay ocasiones en que cierro los ojos y

deseo tener unos días muy buenos ser una persona normal sinceramente ya no lo recuerdo, pero sé que es sólo un deseo que no creo que se pueda realizar.

## Defecto de fábrica

Hacia rato que habían llegado los Elderes<sup>135</sup>, para variar y no perder la costumbre moríamos de la risa con sus historias, la diferencia era la risa de mi mamá, parecería que el rostro se le desfiguraba, al punto que deje de reír y ya no puse atención en la conversación, me limité a observar lo extraño que la boca se le hacía. De inmediato al marcharse los misioneros le pregunté: ¿qué te pasa? ¿por qué te reis así? ella respondió que no sabía de lo que hablaba, pero que sentía un cansancio en el rostro, fuimos al espejo y le enseñe que su expresión era distinta. Tiempo después, quizá dos meses más tarde noté que uno de sus ojos comenzó a caerse, parecía que le hubiese dado una parálisis, esto por supuesto simultáneo a la deformación al sonreír, pero ella decía que no era nada que se sentía bien. Por fin después de mucho insistirle fuimos al médico, pero ya que no estamos afiliadas a ningún hospital, nos tocó ir al particular, fuimos a la clínica Flamboyanes, según porque es de las privadas económicas, el médico la revisó y mandó hacer unos análisis, no teníamos más de mil pesos, y eso ni sé de donde los sacamos, porque sólo dependíamos de mi empleo, apenas ganaba 480 pesos a la semana, recuerdo no comprendo y me pregunto ¿cómo vivíamos? Por un lado teníamos el malestar, y por el otro la escases económica, y es que ir al médico siempre implica un gasto.

Al día siguiente regresamos por los resultados de los análisis y entramos de nuevo a consulta, el médico dijo que todo había salido bien, sin embargo ese era precisamente el problema, dijo que él no podía ayudarnos, que mi mamá necesitaba ir con el neurólogo por lo que nos refirió a la clínica Carranza, sólo al escuchar neurólogo sentí un escalofrío en el cuerpo, y pensé ¡ya nos cargo el payaso! el médico me miró y dijo: - tienes que apoyar a tú mamá y ser fuerte, no dejes que pase más tiempo y ve que reciba atención médica especializada, su situación parece grave, no es cualquier enfermedad.

---

<sup>135</sup> Misioneros de la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

-Habrán pasado algunos días en lo que reunimos dinero para ir con el otro médico, sin embargo esta vez mi mamá no me dejó entrar al consultorio, dijo que la esperara afuera, pienso que por el mismo miedo lo prefirió así. Al salir me comentó que el neurólogo le pidió que realizara unos ejercicios y le dijo que los síntomas podían corresponder a: Esclerosis Múltiple u Organicidad, pero que para no errar debíamos ir a Mérida para que le hicieran una Resonancia Magnética Nuclear, no tenía pero ni la más remota idea de lo que pudiesen ser esas enfermedades, pero me sonaban a algo grave y ese mentado estudio más, fue un shock, pero tenía que estar tranquila, ya era suficiente tensión para mi mamá, no había espacio para debilitamientos. Por la tarde fui al ciber para buscar información acerca de las posibles enfermedades y las clínicas de Mérida que contarán con el estudio, así como sus costos. Encontré una e hicimos la cita. Para esto mi mamá comenzó una relación a escondidas con un vecino, inicialmente sentí la relación como un sacrificio.

Nuestra situación económica era precaria, imposible pagar una enfermedad como la que se auguraba. En verdad que ya no sabía si reír o llorar ;era algo tan difícil! estaba empezando la universidad mis calificaciones eran pésimas, mi salario no alcanzaba, por lo que los fines de semana trabajaba de las 22:00 a 7:00, por supuesto acaba rendida Pero encima llegaba a la casa y mi mamá en la depresión total, recuerdo que una vez le dije ;sé que estas triste, pero por favor cuando llegue finge una sonrisa! en verdad que llevaba un cansancio crónico y la depresión me estaba llegando a la nariz.

Me hice de la vista gorda, puesto que vi que su nueva pareja comenzó a dar el dinero para las consultas, sólo la resonancia costaba nueve mil, lo que significaba una millonada para mí. Antes de saber de su relación pasaba el día pensando de donde podría sacar ese dinero, no teníamos apoyo de nadie.

Mi mamá sólo me tenía a mí, su lema siempre ha sido tú eres mi familia y yo la tuya, nadie más, no le había encontrado inconveniente, me sentía orgullosa de nunca pedir favores a mi familia consanguínea, sin embargo en esos momentos me sentía muy desamparada, como hija única ni a quien delegarle responsabilidades.

Así cuando ella me confesó su relación ;sólo pensé necesitamos dinero y no podemos seguir dejando pasar el tiempo! Para estas fechas mi mamá se había estado empeorando, ella decía que de repente sentía que las piernas no le respondían y así intempestivamente iba a parar directo al suelo. Un día al salir del trabajo vi que tenía un chuchuluco en la frente, se había caído al subir los escalones del cuarto y se golpeó con un block. Y así se fue deteriorando hasta el grado de tener que bañarla, cepillarle los dientes, el cabello, ayudarla a caminar, le era casi imposible ingerir alimentos, apenas tomaba agua y comenzamos a darle suplementos, siempre le decía que iba meter la comida a la licuadora para que se lo tomara con popote, casi tenía que abrirle la boca y meterle ahí todo, con un embudo, ya que no podía masticar. Por la situación fui a hablar con mi papá para ver si de alguna forma pudiese ayudarme con los gastos, como siempre dijo: sí por supuesto, llegó el día de viajar y él jamás que pudo resolver algo. Francisco la actual pareja consiguió un automóvil y el dinero para la resonancia. Recuerdo que ese día llegué a la casa a las 6 de la mañana y mi mamá estaba indignada, porque decía que era una irresponsable, recuerdo que dijo no sé qué andas haciendo a estas horas en la calle, si sabes bien que vamos a viajar, me dijo que ya no quería que la acompañase, puesto que yo prefería estar con mis amigos que con ella. Dormí unos minutos y mi abuela me despertó y dijo acompaña a tú mamá, no seas así. Como pude me levante y me subí al carro, en todo el camino ella llevo su trompa de hule, ni quien la soportara, ya estaba harta siempre exigiéndome.

Me iba de fiesta con bastante regularidad, creo que era un distractor, y pues como ella no estaba en sus cinco sentidos, no podía regañarme con toda intensidad a sus anchas. Casi siempre estaba acostada y como hablaba con dificultad pues podía decirme todo lo que deseaba. Ya en la clínica estábamos ahí en la sala de espera, otras personas allí estaba en condiciones similares a las de ella, una mujer llegó con un hombre que apenas daba algunos pasos, pensé aquí viene los que ya están bien mal, igual que mi mamá. Cuando llegó el momento de hacer el examen mi mamá estaba muy nerviosa, puesto que se reconoce como claustrofóbica, así que fue casi de obligada que entró a la máquina. Le ayude a

ponerse la bata, pero no me dejaron acompañarla hasta la máquina y se la llevaron en silla de ruedas, el examen duró como una hora, y al ella salir tenía cara de pre infarto; recuerdo que nos quedamos en un albergue del trabajo de Francisco.

Mientras la peinaba, pensaba que no importaba la enfermedad sólo quería tener un diagnóstico, no podíamos seguir así a la deriva, era una situación muy dolorosa, sentía coraje, impotencia, no sé qué tanto, pero sé que muchos sentimientos encontrados y dolorosos, al día siguiente fuimos por las placas y ya en Chetumal el médico dijo, no es esclerosis y con la mano en la cintura nos pidió que regresáramos a Mérida pero ahora por una RM de la médula ósea. Todos nos frustramos, en ese momento sólo queríamos un diagnóstico, estar en ese limbo de incertidumbre era agotador, física, mental y económicamente. Mi mamá dijo que ese doctor era un imbécil, desconsiderado, que pensaba que el dinero llegaba así nada más. Por un tiempo ella no quiso ir a consultar de nuevo, decía que era absurdo que sólo nos hacían gastar, algunas vecinas le decían que debía de ir con un brujo, seguro la habían hechizado, pero me negué le dije que era un estupidez, que si en algún lugar encontraríamos la respuesta serían en un hospital, el continuo deteriorando era cada vez más evidente, usaba lentos oscuros todo el día, porque la luz le era insoportable, se caía constantemente, dejó de comer, y hablaba apenas lo indispensable, cada día tenía que bañarla, vestirla y peinarla, levantar sus brazos era un imposible, tenía problemas para respirar, y vértigo, un día después de mucho insistirle fuimos al IMSS con una tía, la reviso no duro ni 10 minutos y le dio una receta, el medicamento hizo que ella empeorara, se frustró, todos aún más. Después de mucho insistirle le recomendaron ir con un medico llamado Y, él la revisó y le dijo que no sabía qué enfermedad era, pero que sin duda tenía que ser un problema neuromuscular y nos recomendó al médico Bernés Vinade, sacamos la cita, y ella viajo con Francisco de inmediato, en la tarde recibí la llamada de mi mamá y me dijo, parece que la enfermedad es Miastenia Gravis, sólo falta ver como reacciono al medicamento Mestinon para confírmalo, por el teléfono se escuchaba muy bien, parecía contenta la voz era alegre me dijo acabo de comer una hamburguesa de

atún, tenía mucho tiempo sin masticar algo. Al día siguiente me dijo que estaba confirmado tenía Miastenia.

¡Me sentía feliz! mi mamá ya comía sola, se bañaba, lavaba los dientes, parecía una persona “normal”, y esto porque en verdad había quedado en total dependencia, y aunque no realizaba las labores como una mujer normal, el cambio fue inmenso, y tuvimos felicidad, parecía que ella recuperaría su vida, volvería hacer como antes, el neurólogo afirmo que con la enfermedad se puede llevar una vida normal, que lo único que te podría ser diferente es el hecho de hacerse una rutina con medicamentos. La ilusión nos duró poco. Su vista dista de ser normal, ya que sólo puede levantarse o comer después de las ocho de la mañana, aunque este despierta desde las 6, si quiere limpiar la casa debe hacerlo entre las 9 am máximo 10:30 am, ya que después será la hora de tomar el medicamento y necesita descansar, como a las 12 ya puede levantarse de nuevo y cocinar, a veces tiene que hacer intervalos y se sienta o se acuesta en lo que recupera energía.

Unos días puede almorzar pero tiene que ser antes de las 3 pm, y se tiene que bañar entre 5:30 y 6:30 pm. A las 8:00 ya está en su cama.

Los primeros dos años no digo que estuviese en óptimas condiciones porque eso jamás va pasar, pero sus problemas se agudizaban durante su período menstrual y sólo tenía que estar acostada unos 30 minutos, con mantenerse en cama, estaba bien. Sin embargo de dos años para acá las cosas han cambiado he tenido muchos problemas con la diarrea, pero una diarrea cabrona, cuando le pasa casi tiene que permanecer sentada en el bacín unas 20 hrs al día, ya que en cualquier momento evacua, y el problema es que a veces no puede caminar o flexionar las rodillas para sentarse, ni bajarse el short incluso, por lo que antes de llegar termina haciéndose ahí mismo, donde se encuentre.

La experiencia más triste fue un día que salí y me quedé en casa de una amiga a dormir, como a las 7 toma su primer dosis del día, puse mi alarma a las 6:10 para que me diese tiempo de llegar a la casa antes de la hora del medicamento, cuando mi alarma sonó vi que tenía un mensaje de ella, ahí mismo supe que algo malo había pasado el mensaje me llegó a las 5:15 am en donde me

decía que apenas saliera el sol fuese a verla porque le da mucha pena pero tenía diarrea y se había hecho acostada y no podía pararse, ni estirar el brazo para alcanzar el control del A.A.; por lo que estaba encerrada en el cuarto con el olor a excremento, de un brinco salí y llegué a la casa, mientras iba sentía coraje, no podía creerlo, sentía mucho enojo porque ella estuviese viviendo esas cosas tan invalidantes y desagradables, porque aunque soy su hija sé que eso no algo que una madre quisiera. Entré a la casa y el olor penetró mi cada ápice de mi ser, este era muy tenue pero reconocible era sin duda el olor a ;mierda!, salí y respiré aire fresco profundamente, me dirigí a su cuarto y al abrir la puerta el olor fue impactante no voy a negar que sentía mucho asco, pero tuve que disimular, aunque creo no haberlo conseguido. Mi padre mamá tenía una expresión indescriptible, abrí las ventanas y apagué el A.A, le dije que si la ayuda a ir al baño para que se enjuagara, pero me dijo que le era imposible ponerse de pie, me dijo que le diese su pastilla que regresará a dormir, que a las 7:30 u 8:00 la fuese a ver para ayudarla a ir al baño. Fui a mi cuarto y me acosté, como tenía mucho sueño puse mi alarma y a las 7:30 fui a verla, le puse agua a calentar en la estufa, se levantó sola, mientras ella se bañaba saqué la hamaca y la tiré en el patio; en el piso había residuos, limpié todo, y trapeé una y otra vez con harto pinol, hasta que sentí que el olor se había neutralizado, le tendí la cama y le busqué una película, cuando salió aun se veía triste, hice todo lo posible por animarla, pero sé que ese tipo de situaciones la dejaban en con la capa caída, digo ¿a quién no?

Lo más alarmante es que últimamente ha tenido crisis respiratorias, cuando le pasa no puede hablar, ni pararse, es como si todos los síntomas se hicieran presentes de un porrazo. Hace algunas semanas como a las 12:45 am me timbró, cuando mire mi celular vi que tenía 6 llamadas perdidas de mi mamá ;me había estado marcando! pero estaba profunda y plácidamente dormida. De nuevo supe que algo andaba mal abrí la puerta y vi que estaba muy agitada, al preguntarle que le pasaba, sólo dijo con dificultad ;levántame! ;siéntame! Intentaba jalarla pero es muy pesada y sin ninguna extremidad respondiendo peor; seguí intentado porque ella me decía -;me voy a morir! ;me voy a morir! ;no puedo respirar! -todo esto con dificultad apenas podía entender lo que decía, así

que cruce mis brazos para abrazarla por la espalda y como pude la senté, pero ella no podía mantenerse sentada y se volvió caer en la hamaca, la jale nuevamente hasta que puede pararla mi intención era llevarla a la cama, pero me fue imposible, logré dejarla en la orilla hincada, puso sus brazos sobre la cama y se quedó ahí cerca de una hora, en esa misma posición hasta que me pidió la sentara aunque sea en el piso porque sus rodillas le estaban doliendo, la senté y arrastré a la pared, me dijo que hablara al 066 para pedir ayuda, que alguien viniese a subirla a la cama, porque yo sola no podía, para esto ya eran la 1:30 am, cuando llegó la ambulancia, desde la entrada les dije que ella hablaba con dificultad, que no le preguntarán nada y sólo la levantarán, entraron al cuarto y lo primero que hicieron fue lo contrario -¿cómo se llama? ¿por qué le pasó? ¿quién le diagnóstico esa enfermedad? (con tono inquisitivo) -entre muchas otras, entre tres paramédicos la levantaron y cuando se fueron ella, se quedo sentada y me dijo que podía irme a dormir, la verdad es que aunque debí quedarme con ella, sólo quería acostarme en mi cama y dormir. Muchas veces o siempre lo hago así, nunca sabré y creo tampoco me gustaría sentir todo el dolor que ella siente. ¡No creo que pudiese soportarlo!

La Miastenia Grave enfermedad “rara”, neuromuscular, autoinmune y además fluctuante (peor que montaña rusa), dicen que ya no es tan grave, ni tan rara. Sin embargo aquí en Chetumal o en la península no hemos conocido a otro paciente con MG, dicen que no es invalidante, pienso todo lo contrario, quizá se la precariedad de la atención aquí y el jugar con medicamentos, diagnósticos equivocados, que se traduce en jugar con la poca estabilidad física y emocional de mi mamá, ella siente incertidumbre, temor de ir donde el médico, y yo desearía que no estuviese enferma, por lo menos no con esa enfermedad, que nos limita, que la lastima tanto. Hace algunos años de haber tenido una lámpara maravillosa (región 4) habría pedido ganarme el premio mayor, y no es que la cuestión económica haya dejado de interesarme, pero sé que ni con todo el dinero, por más tratamientos sofisticados, operaciones, por más su vida simple y tranquila jamás la recuperaría. Hoy sé que sin duda pediría que mi mamá no tuviese MG, que estuviese sana, que llevará una vida “normal”.

Sé que no la apoyo como debería, pero trato, si en verdad hay alguien que apunta todo allá arriba, este ser podrá refrendar que me esfuerzo, sólo mi situación biográfica, mi acervo de conocimiento a mano, mis motivos “para” y “porque” dictaminan esa flexibilidad para apoyarla, no reniego de mi mamá, ella me ha dado lo que ha podido, y se me ha procurado, no lo niego, pero siempre hay lagunas, pantanos en los uno se pierde. Ella dice que soy muy dura, pero no se trata de buscar culpables, sino entender Esos Históricos Infatigables-libro de Eliana Cárdenas-, tendríamos que mirar, y viajar al pasado para quizá entender, para poder entender lo que para unos es incomprensible, yo quiero a mi mamá y en verdad deseo que su calidad de vida mejore, pero no únicamente por el amor que le pueda tener, sino porque la mejoría de su cotidianidad sería simplemente mejoría en la mía.

Uno no valora el estar sano, es algo con lo que la mayoría nace, pero a mí mamá le tocó venir defectuosa desde su concepción, sólo que la enfermedad estuvo ahí en silencio, y llegó o se presentó, cuando tenía que llegar ;en el momento menos indicado!

# QUINTANA ROO

Boletín Informativo

## Quintana Roo Quinto lugar a nivel nacional en oportunidad en el pago de subsidios

Diciembre 2010



Gracias al esfuerzo y trabajo conjunto de directivos y cada uno de los trabajadores que participan en el proceso de pago de subsidios, Quintana Roo se ha mantenido desde hace nueve meses, por arriba del 98%, que es la media nacional. Esta situación ha permitido ir escalando posiciones de entre las 40 delegaciones del país, hasta llegar en el mes de octubre al quinto lugar a nivel nacional, con un porcentaje de oportunidad del 99.55%



Entre las acciones realizadas para mejorar y elevar el indicador de esta tramitación, se encuentran: la revisión de las diversas etapas del proceso, reuniones de coordinación con las áreas involucradas para mejorar este procedimiento y reuniones de supervisión. También, se actualizó a los trabajadores en la normatividad y se les otorgó cursos de capacitación para mejorar el ambiente laboral.

El pago oportuno es el trámite que se realiza para remunerar un subsidio, que puede ser por riesgo de trabajo, enfermedad general o maternidad a un asegurado (desde que el médico expide la incapacidad hasta que el trabajador pueda cobrarlo en la institución bancaria). El trámite no debe ser mayor a 7 días esto con base en el artículo 60 de la Ley del Seguro Social.

## Actualizan y Capacitan al personal de Enfermería y Trabajo Social



Para capacitar y actualizar a directivos de Enfermería y Trabajo Social sobre procesos de Salud Pública, se realizó con la participación de 56 trabajadores adscritos a las unidades médicas y hospitalarias del IMSS en el Estado, el "Cu Taller para el Fortalecimiento de la calidad de la Atención en PREVENIMSS".



En este curso-taller se contó con la participación de la titular de la Coordinación Programas Integrados de Salud PREVENIMSS, doctora Irma Fernández Gara quien aprovechó este marco para dar a conocer el resultado de la Evaluación Nacional de Indicadores de Salud Pública, en la cual de acuerdo a los registros Quintana Roo se encuentra en este año dentro los 10 primeros lugares del país superando el lugar 33 obtenido el año pasado.

Dentro de los temas de capacitación impartidos por instructores de la ciudad de México, se encuentran nutrición, obesidad, sobrepeso, salud reproductiva, detección de enfermedades, actividades extramuros en empresas y PREVENIMSS. También, se proporcionaron las bases y lineamientos de una nueva estrategia denominada "ChiquiIMSS" que dará inicio el próximo año.

## ESPIRITU DE SERVICIO

Es el trato que tenemos hacia la gente, como atenderlos, como dirigirnos a ellos.

Es la convicción de servir a los derechohabientes como trabajador del Instituto.



**Deysi del Socorro Alcocer Alcocer**  
HGZ con MF No. 1  
"Lic. Ignacio García Téllez"



**Pedro Pablo Castillo Aguilar**  
HGZ con MF No. 1  
"Lic. Ignacio García Téllez"

## DÍA TÍPICO de mi delegación

9,848 Estudios de laboratorio

543 Estudios de Rayos X

53 Intervenciones Quirúrgicas

31 Partos

Octubre 2010



División de Comunicación Interna

Para que estemos **estamos**

**Total de defunciones por grupos de edad y sexo**

Enero a Septiembre Del 2010

| Delegación          | Total      | Hombres    | Mujeres    | Edad (Años) |           |          |          |          |          |          |          |            |           |            |            |
|---------------------|------------|------------|------------|-------------|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|------------|-----------|------------|------------|
|                     |            |            |            | <1          |           | 1 a 4    |          | 5 a 9    |          | 10 a 19  |          | 20 a 59    |           | 60 y +     |            |
|                     |            |            |            | H           | M         | H        | M        | H        | M        | H        | M        | H          | M         | H          | M          |
| Total Nacional      | 86534      | 44670      | 41864      | 2273        | 1782      | 284      | 255      | 189      | 135      | 578      | 453      | 11357      | 9762      | 29989      | 29477      |
| Aguascalientes      | 1147       | 584        | 563        | 46          | 32        | 7        | 4        | 5        | 3        | 12       | 10       | 161        | 121       | 353        | 393        |
| Baja California     | 2923       | 1504       | 1419       | 85          | 89        | 17       | 15       | 4        | 9        | 18       | 21       | 461        | 407       | 919        | 878        |
| Baja California Sur | 456        | 255        | 201        | 16          | 16        | 1        | 1        | 2        | 0        | 3        | 2        | 80         | 59        | 153        | 123        |
| Campeche            | 585        | 301        | 284        | 14          | 10        | 1        | 0        | 0        | 1        | 0        | 1        | 68         | 60        | 218        | 212        |
| Coahuila            | 4076       | 2065       | 2011       | 120         | 105       | 10       | 12       | 10       | 6        | 18       | 23       | 536        | 506       | 1371       | 1359       |
| Colima              | 616        | 323        | 293        | 20          | 11        | 6        | 4        | 3        | 0        | 5        | 3        | 71         | 61        | 218        | 214        |
| Chiapas             | 947        | 513        | 434        | 37          | 24        | 4        | 8        | 3        | 3        | 11       | 4        | 126        | 119       | 332        | 276        |
| Chihuahua           | 4213       | 2151       | 2062       | 113         | 89        | 10       | 7        | 10       | 1        | 41       | 22       | 601        | 539       | 1376       | 1404       |
| Durango             | 1647       | 824        | 823        | 35          | 26        | 4        | 2        | 3        | 5        | 10       | 3        | 177        | 178       | 595        | 609        |
| Guanajuato          | 2942       | 1549       | 1393       | 90          | 60        | 10       | 7        | 9        | 6        | 26       | 27       | 373        | 360       | 1041       | 933        |
| Guerrero            | 1210       | 624        | 586        | 26          | 30        | 6        | 3        | 8        | 0        | 7        | 9        | 146        | 138       | 431        | 406        |
| Hidalgo             | 1199       | 632        | 567        | 26          | 23        | 4        | 0        | 2        | 1        | 8        | 10       | 167        | 131       | 425        | 402        |
| Jalisco             | 6705       | 3520       | 3185       | 228         | 131       | 27       | 23       | 13       | 6        | 62       | 41       | 867        | 744       | 2323       | 2240       |
| México Oriente      | 6849       | 3500       | 3349       | 166         | 147       | 21       | 23       | 15       | 12       | 56       | 38       | 976        | 875       | 2266       | 2254       |
| México Poniente     | 2598       | 1371       | 1227       | 91          | 57        | 3        | 7        | 6        | 5        | 28       | 14       | 398        | 340       | 845        | 804        |
| Michoacán           | 1901       | 983        | 918        | 63          | 48        | 8        | 12       | 4        | 3        | 14       | 18       | 231        | 212       | 663        | 625        |
| Morelos             | 1612       | 812        | 800        | 34          | 26        | 5        | 5        | 2        | 2        | 7        | 13       | 177        | 148       | 587        | 606        |
| Nayarit             | 692        | 342        | 350        | 12          | 9         | 2        | 2        | 4        | 1        | 7        | 2        | 48         | 65        | 269        | 271        |
| Nuevo León          | 7479       | 4028       | 3451       | 163         | 125       | 22       | 19       | 13       | 8        | 40       | 23       | 963        | 728       | 2827       | 2548       |
| Oaxaca              | 667        | 355        | 312        | 27          | 16        | 4        | 1        | 2        | 1        | 4        | 0        | 92         | 72        | 226        | 222        |
| Puebla              | 3076       | 1599       | 1477       | 115         | 56        | 11       | 7        | 7        | 8        | 20       | 20       | 436        | 379       | 1010       | 1007       |
| Querétaro           | 1314       | 640        | 674        | 39          | 48        | 4        | 7        | 1        | 3        | 15       | 14       | 199        | 186       | 382        | 416        |
| <b>Q. Roo</b>       | <b>793</b> | <b>451</b> | <b>342</b> | <b>33</b>   | <b>33</b> | <b>0</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>6</b> | <b>5</b> | <b>186</b> | <b>98</b> | <b>224</b> | <b>203</b> |
| San Luis Potosí     | 1907       | 945        | 962        | 30          | 23        | 4        | 10       | 1        | 3        | 14       | 7        | 249        | 196       | 647        | 723        |
| Sinaloa             | 2806       | 1518       | 1288       | 53          | 63        | 15       | 10       | 9        | 4        | 21       | 16       | 352        | 297       | 1068       | 898        |
| Sonora              | 2826       | 1423       | 1403       | 70          | 59        | 9        | 16       | 6        | 3        | 16       | 17       | 316        | 313       | 1006       | 995        |
| Tabasco             | 584        | 299        | 285        | 25          | 18        | 2        | 6        | 0        | 3        | 5        | 3        | 94         | 85        | 173        | 170        |
| Tamaulipas          | 3437       | 1758       | 1679       | 106         | 90        | 15       | 14       | 5        | 6        | 24       | 14       | 467        | 429       | 1141       | 1126       |
| Tlaxcala            | 669        | 352        | 317        | 20          | 13        | 2        | 2        | 3        | 1        | 7        | 11       | 94         | 67        | 226        | 223        |
| Veracruz Norte      | 2572       | 1387       | 1185       | 39          | 31        | 14       | 6        | 7        | 2        | 13       | 13       | 391        | 290       | 923        | 843        |
| Veracruz Sur        | 2292       | 1187       | 1105       | 61          | 53        | 4        | 2        | 3        | 5        | 12       | 14       | 325        | 232       | 782        | 799        |
| Yucatán             | 27         | 1067       | 1060       | 39          | 36        | 5        | 3        | 5        | 5        | 5        | 4        | 193        | 193       | 820        | 819        |
| Zacatecas           | 785        | 409        | 376        | 27          | 20        | 2        | 0        | 4        | 1        | 6        | 4        | 109        | 102       | 261        | 249        |
| Norte del D. F.     | 5216       | 2642       | 2574       | 91          | 60        | 9        | 6        | 11       | 6        | 16       | 11       | 586        | 479       | 1929       | 2012       |
| Sur del D. F.       | 5666       | 2757       | 2909       | 113         | 105       | 16       | 10       | 7        | 10       | 21       | 16       | 641        | 553       | 1959       | 2215       |

No incluye muertes fetales<sup>137</sup>

<sup>137</sup> Fuente: Sistema Institucional de Mortalidad (SISMOR), Información preliminar. Última modificación: 2010/09/06, 18:00 hrs.

## Panorama epidemiológico, Secretaría de Salud, Quintana Roo, 2005-2011

La tasa de mortalidad general en Quintana Roo tuvo un descenso importante de 1980 a 2006, donde experimentó una caída de 46.8%. Sin embargo, en los últimos años la mortalidad general se ha estacionado alrededor de 260 muertes por cada 100,000 habitantes. En 2006 la principal causa de muerte fue la Diabetes Mellitus seguida de enfermedad del hígado y enfermedades isquémicas del corazón.

En la década de los 80s, la tasa de mortalidad más elevada correspondía a los menores de un año seguida de los mayores de 60 años. Esta relación se mantuvo hasta mediados de la década de los 90s. A partir de la segunda mitad de los 90s la mortalidad de los adultos mayores pasó a ser la más alta.

Los hombres<sup>138</sup> presentan una mortalidad 1.6 veces más alta que las mujeres. Esta relación se mantiene en todos los municipios del estado, siendo más evidente en los municipios con el mayor desarrollo social y económico. En los hombres el peso de las muertes violentas es muy alto. Las mujeres a su vez, mueren de enfermedades crónicas y cáncer principalmente.

En el estado al igual que en el país la mortalidad infantil ha disminuido considerablemente en los últimos años. De 1980 al 2006 disminuyó aproximadamente 24%. Las afecciones originadas en el periodo perinatal y las malformaciones congénitas son las principales causas de muerte, destacando la dificultad respiratoria del recién nacido, las malformaciones del corazón, la hipoxia intrauterina y la asfixia del nacimiento.

La tasa de mortalidad preescolar disminuyó en 53.3% en los últimos 26 años, al pasar de una tasa de 165 en 1980 a 77 en el 2006 por 100,000 niños de 1 a 4 años de edad. En este grupo de edad la neumonía fue la principal causa de muerte, seguida de las malformaciones del corazón y la leucemia.

En 1980 la tasa de mortalidad en la población de 5 a 9 años era de 44 muertes por cada 100,000 niños de este grupo de edad, en el 2006 fue de 30, lo que significa que disminuyó en los últimos 26 años hasta en un 31%. La principal causa de muerte fueron los accidentes de transporte, seguido de las leucemias y otras causas externas.

De 1980 al 2006 la tasa de mortalidad en la adolescencia temprana disminuyó 53.44% al pasar de 58 a 27 muertes por cada 100,000 adolescentes de 10 a 14 años. La principal causa de muerte fue por accidentes de transporte, seguido de caídas y enfermedades renales.

Entre los adolescentes de 15 a 19 años disminuyó 39.8% entre 1980 y el 2006. En este grupo de edad el peso de las muertes violentas es muy alto, cuatro

---

<sup>138</sup> Ver El costo oculto del machismo pp. , en Harris, M. (1995) Nuestra especie. Madrid: Alianza.

de las cinco causas principales de muerte son por accidentes de transporte y lesiones autoinflingidas, agresiones, otras causas externas.

En adultos jóvenes de 20 a 34 años de edad aumentó 4.5% en el período de 1980 al 2006. El patrón de muerte se repite con los adolescentes cuyas causas de muerte son accidentes automovilísticos y el suicidio. La mortalidad por VIH se ubicó en cuarto lugar.

La tasa de mortalidad en el rango de edad de 35 a 49 años se incrementó en 50.6% entre 1980 y el 2006. En este grupo de población las enfermedades del hígado fueron la principal causa de muerte seguida de accidentes de transporte y la diabetes Mellitus.

Entre los adultos de 50 a 59 años de edad se incrementó en 60% entre 1980 y el 2006. En este grupo de edad las principales causas de muerte son por enfermedades crónicas no transmisibles. Diabetes Mellitus, enfermedades del hígado y enfermedades isquémicas del corazón.

La tasa de mortalidad entre adultos mayores se incrementó entre 1980 y el 2006 en 90.5%. Las principales causas de muerte son la Diabetes Mellitus, seguida de las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro-vasculares.

En 2007 el principal motivo de consulta fueron las infecciones respiratorias agudas, seguido de las infecciones intestinales e infección de las vías urinarias.

La esperanza de vida es de 75.44 años y la media nacional es de 75.2.



Figura 1 Paradero de transporte público Hospital General de Zona No1 “Lic. Ignacio García Téllez”.



Figura 2 Extensión de escenarios de espera del H.G. Z. No 1.



Figura 3 Entrada principal al H.G. Z. No 1.



Figura 4 Acceso a Urgencias/ cajero automático.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán, G. (1986) Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- Alvarez-Gayou, J. (2003) Cómo hacer investigación cualitativa. México: Paidós Educador.
- Angulo, M. (2007) Más allá de la emergencia Médica. México: Prado.
- Arrizabalaga, J. (2000) Cultura e Historia de la Enfermedad en Perdiguero E. & Comelles J.M. Medicina y Cultura. Barcelona: Bellaterra pp 71-82.
- Augé, M. (2000) Los no lugares: Espacios del anonimato. España: Gedisa.
- Barley, N. (1996) El antropólogo inocente. Barcelona: Anagrama pp 17-30.
- Boixerau, R. (2008) Enfermedad y pensamiento filosófico en Antropología y enfermería Comelles, J.M. & Martonel Ma. A Bernal M. (2010) Tarragona: URV pp 216-234.
- Campos, R. (1992) La Antropología Médica, México. Instituto Mora pp 72.
- Canals, J y Romani, O. (1996) Medicos, medicina y medicinas: del sacerdocio al marketing. Archipiélago. Cárdenas, Eliana: Notas de la clase Teorías Antropológicas V primavera 2010.
- Coe, R. (1973) Sociología de la Medicina. Madrid: Alianza Editorial.
- Goffman, E. (1970) Internados: Ensayo sobre la condición social de los enfermos mentales, Buenos Aires, Amorrortu, 1970.
- \_\_\_\_\_ (1997) La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.
- \_\_\_\_\_ (1998) Estigma. La identidad deteriorada. Argentina: Amorrortu
- Hammersley, Martín y Paul Atkinson, Etnografía: Métodos de investigación. España, Piados Básica, 1994.
- Harris, M. (1995) Nuestra especie. Madrid: Alianza.
- Heller, A. Sociología de la vida cotidiana. México: Grijalbo.
- Foucault, M (1988), Vigilar y castigar. México: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1994) Historia de la medicalización en La vida de los hombres infames. Madrid: La piqueta, pp 121-152.
- Laín Entralgo, P. (1992). El hospital en la historia de la sociedad occidental. El Médico, 464.
- Lévi-Struss, C. (2001) El hechicero y su magia en Antropología Estructural: Mito, Sociedad, humanidades. México: Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (2008) Antropología Estructural: Mito, Sociedad y humanidades. México: Siglo XXI.

- López, M. (2005) Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social del paciente adulto con estancia hospitalizada prolongada (Tesis maestría) Celaya Gto: Facultad de Enfermería y obstetricia de Celaya.
- Malinowski, B. (1922) Los argonautas del pacífico occidental.
- Menéndez, E. (2000) Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos.
- Parsons, T. (1999) El sistema social. Madrid: Alianza Editorial.
- Quero Rufián, A. (2007) Los cuidadores en el hospital Luis de Alda de Granada (Tesis de Doctorado) España.
- Schutz, A. (2003) El problema de la realidad social: escritos. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tena, C. (2007) La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado.
- Taylor, S. y Bodgan R. (1992) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós.
- Terrada María, El hospital como objeto histórico, acercamientos a la historia hospitalaria. Revista d'História Medieval 7, pág. 194.
- Turner, V. (1980) El proceso ritual. Madrid: Taurus.
- \_\_\_\_\_ (1996) La selva de los símbolos. México: Siglo XXI.
- Wolf, M. (1994) Sociologías de la vida cotidiana. Madrid: Cátedra.
- Xacur, J. (2005) Enciclopedia de Quintana Roo. México.
- Viqueira, Carmen Los hospitales para locos e " Inocentes" en Hispanoamérica y sus antecedentes españoles Revista española de antropología americana, ISSN 0556-6533, N° 5, 1970, págs. 341-384.

## REFERENCIAS WEB

- Adame, M. Hacia una socioantropología de la vida cotidiana <http://www.uam.mx/difusion/revista/mayo2005/adame.html>
- Briones, J. Los paradigmas en la muerte materna <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2010/ti104f.pdf>
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, "Definición", en *Salud* [Actualización: 19 de junio de 2006], en [www.diputados.gob.mx/cesop/](http://www.diputados.gob.mx/cesop/)
- Chávez, N. & Ramos, J. (2010) Cosmovisión y prácticas curativas en Xocén, Yucatán, en Suplemento de Ciencias Sociales de la Alianza de Difusores del Pensamiento del Sureste A. C. (ADIPES) Disponible en <http://icorantropologico.files.wordpress.com/2011/03/revista-icor-antrop-2.pdf>
- Flores, R. Salud, enfermedad y Muerte: Lecturas desde la Antropología Sociocultural Revista Mad. No. 10 Mayo 2004. Departamento de Antropología. Universidad de Chile Disponible en <http://www.revistamad.ichile.cl/10/papero3.pdf>
- Maglio, F. Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica. Disponible en <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/co74/maglio.php>
- Foucault, M. (1978) Incorporación del hospital en la tecnología moderna, *Educ Med Salud*, Vol. 12, No. 1 <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4931.pdf>
- Gallent, M. Historia e historia de los hospitales, Revista d' Historia Medieval 7, págs. 180-181. Disponible en <http://centros.uv.es/web/departamentos/D210/data/informacion/E125/PDF166.pdf>
- Laín Entralgo, P. Historia Universal de la Medicina. Tomo 1. La Medicina en el Antiguo Japón. Período Nara. En Turnes, Antonio: Historia y evolución de los hospitales en las diversas culturas, 2009: 21-25. Disponible en <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>
- Baber, N. ¿Dilemas? metodológicos y éticos en la investigación antropológica en Servicios de salud [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16942009000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16942009000200013&script=sci_arttext)
- Villanueva, L. El sistema hospitalario en la Nueva España del siglo XVI, disponible en <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-2/RFM47210.pdf>
- Palma. El hospital público campo clínico. Disponible en [http://elpulso.med.uchile.cl/26112007/el\\_hospital\\_publico\\_campo\\_clinico.pdf](http://elpulso.med.uchile.cl/26112007/el_hospital_publico_campo_clinico.pdf)

Parra, E. Sobre la enfermedad: reflexiones teóricas desde el interaccionismo simbólico. Disponible  
<http://www.sociologia.uson.mx/docs/publicaciones/cuadernodetrabajo/5sobrela enfermedad.pdf>

Pérez, J.(2009) Consideraciones para el estudio del binomio salud-enfermedad en la cultura popular. Revista de Ciencias Sociales, Vol. XV, No. 4  
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/280/28012285011.pdf>

Rabotnikof, N. (2006)  
[http://critica.filosoficas.unam.mx/pdf/C119/C119\\_Lariguet.pdf](http://critica.filosoficas.unam.mx/pdf/C119/C119_Lariguet.pdf) , 76  
Turnes, Antonio: Historia y evolución de los hospitales en las diversas culturas, 2009: 21-25. Disponible en  
<http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>

## LINKS

<http://www.imss.gob.mx/instituto>

<http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?ent=23>

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-qr.pdf>

[http://www.avizora.com/publicaciones/derecho/textos/0010\\_panoptico\\_teoría\\_y\\_vigilancia.htm](http://www.avizora.com/publicaciones/derecho/textos/0010_panoptico_teoría_y_vigilancia.htm)

[http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/sociologia\\_trabajo\\_social/decargar\\_el-interaccionismo-simbolico.pdf](http://www.mundodescargas.com/apuntes-trabajos/sociologia_trabajo_social/decargar_el-interaccionismo-simbolico.pdf)

<http://www.cicad.oas.org/oid/MainPage/Coords/Protocols/Salas%20de%20Emergencia.pdf>

<http://es.wikipedia.org/wiki/Hospital>

<http://sincronia.cucsh.udg.mx/pena03.htm> 2008, pág 3,9.

<http://www.hospitales.us/enfermos/ayuda/origen-de-los-hospitales/>

[http://critica.filosoficas.unam.mx/pdf/C119/C119\\_Lariguet.pdf](http://critica.filosoficas.unam.mx/pdf/C119/C119_Lariguet.pdf) \_\_\_\_\_

<http://www.sociologia.uson.mx/docs/publicaciones/cuadernodetrabajo/5sobrela enfermedad.pdf>