

# Padecimiento y recuperación de pacientes accidentados



**IZTAPALAPA**

*Agua sobre lajas*

*Elizabeth Trujillo Jiménez\**

## Resumen

El artículo pretende aportar una perspectiva psicosocial de la experiencia de padecimiento y del proceso de recuperación de pacientes accidentados. El *accidente* se estudió como un fenómeno multifactorial en el cual intervinieron aspectos relacionados con las alteraciones físicas y psicológicas, y también con el lado subjetivo. La información se sustenta en diez relatos de pacientes accidentados de un hospital general. Se encontró que la participación de la familia y otros grupos externos, la fe ante la adversidad y la construcción de relaciones interpersonales en el interior del medio hospitalario, fueron esenciales para los pacientes durante su recuperación.

**Palabras clave:** experiencia, identidad, familia, adversidad, futuro

## Abstract

This article tries to show the experience of accident victims through the recuperation process from a psychosocial perspective. The *accident* has been studied as a phenomenon in which several aspects take place, not only related to physical and psychological alterations within the trauma, but also to the subjective aspect of those who are affected by this problem. This information was based on ten accident victims hospitalized in a general hospital. This research showed that these accident victims' necessities are family and external supporting groups, faith in these times of adversity and interpersonal relations at the hospital during their recuperation process.

**Key words:** experience, identity, family, adversity, future

\* Estudiante de la maestría en Psicología Social en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
eli\_uam@hotmail.com

Se agradece la colaboración de Karinna Maich en la corrección de estilo.

## Introducción

El proceso de recuperación de una persona accidentada ha sido un tema poco tratado en el ámbito de la salud y de las ciencias sociales. Desde el campo de la salud, por ejemplo, la mayoría de los estudios sobre accidentes se limitan a evidenciar los terribles síntomas y daños físicos y psicológicos que una persona accidentada puede presentar al estar expuesto a una experiencia traumática como lo es un accidente; esos efectos, en su mayoría, son asumidos bajo la lente indirecta de los expertos de la salud y la propia población en general (Vera, 2004). Estas investigaciones suelen ignorar las dimensiones sociales, culturales y/o comunitarias, pero también, y tal vez más importante, suelen dejar de lado el aspecto subjetivo de quienes padecen y son afectados directamente por dicha problemática. Asimismo, encontramos información de distintas organizaciones, tanto nacionales como internacionales,<sup>1</sup> donde predomina el manejo de cifras sobre los accidentes de mayor ocurrencia, las lesiones que se presentan con mayor frecuencia y las intersecciones con mayor incidencia de accidentes, entre otros, ofreciendo sólo una visión reduccionista sobre el fenómeno.

Pareciera entonces que el accidente sólo afecta de manera individual a la persona que lo sufre, y que no guarda ninguna correspondencia con su medio social ni trasciende a los diversos grupos a los cuales pertenece (familiar, escolar, laboral, comunitario). Considerando lo anterior, este estudio se desarrolló desde una perspectiva fenomenológica, en la cual la experiencia, el padecimiento y la recuperación de las personas accidentadas fueron estudiados integralmente, teniendo en cuenta aspectos subjetivos y socioculturales para su comprensión. Se buscó analizar cómo los pacientes accidentados construyeron y dieron sentido a sus acciones, a sus relaciones y a su mundo, durante el proceso de recuperación.

<sup>1</sup> Para mayor información, revisar: Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1995), Secretaría de Salud (SSA, 2002), Centro Nacional para la Prevención de Accidentes (Cenapra, 2007), entre otros.

De acuerdo con Schutz (1995), la subjetividad es entendida como la conciencia que los actores sociales tienen del mundo y, como consecuencia, de la vida cotidiana que comparten colectivamente con sus semejantes u otros actores sociales. Mientras que la intersubjetividad sería, precisamente, el proceso que todo actor social lleva a cabo al momento de compartir sus conocimientos y experiencias de la vida cotidiana, de modo natural, con otros semejantes.

Desde esta postura fenomenológica, aquí se busca comprender e interpretar aspectos subjetivos y existenciales (pensamientos, sentimientos, percepciones y emociones) que los pacientes accidentados atribuían a la experiencia de vivir con uno o más padecimientos durante la recuperación del accidente sufrido.

Hay que considerar que el paciente accidentado es el protagonista de este proceso. Su urgente necesidad de organizar y reconstruir su mundo se debe al fuerte impacto que este suceso tuvo en su desarrollo integral. En la mayor parte de los casos, el accidente afecta la vida personal, familiar, laboral, escolar y comunitaria del paciente. Interfiere en el desarrollo de las actividades cotidianas y produce, en general, dificultades en quienes lo padecen. Esta perspectiva integral del paciente y del padecimiento ha sido sugerida por varios autores en el campo de la salud (de la Fuente, 1992; Mercado, Villaseñor, Lizardi, 1999-2000).

En este trabajo se busca: *a*) comprender cómo la persona accidentada vive, significa y reconstruye su realidad después de vivir un accidente (cómo organiza, interpreta y responde a su situación actual) *b*) saber cuáles fueron los alcances y efectos del accidente en los ámbitos individual, familiar y social; *c*) conocer las causas y las condiciones que acompañaron al paciente a lo largo del proceso de recuperación; así como también, *d*) las relaciones interpersonales a las que se encontró expuesto en un tiempo no menor de 30 días (desde su accidente), la influencia que ejerció su presencia en los otros y las maneras como vivió y enfrentó el padecimiento desde el marco de una institución social, en este caso en particular: el hospital general.

## Método

El método de investigación utilizado fue el fenomenológico. En un hospital general (Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal), en los departamentos de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Ortopedia y Quemados se realizaron diez entrevistas focalizadas,<sup>2</sup> con pacientes accidentados. Así, pudimos acceder a la

<sup>2</sup> Es importante aclarar que sólo se trabajó con diez casos pues, en principio, fueron los que cumplieron con los criterios de selección: personas entre 15 y 65 años de edad, hombres y mujeres

subjetividad y a las representaciones que los pacientes accidentados tuvieron sobre la experiencia, el padecimiento y la recuperación, en un contexto social determinado y en un tiempo real específico.

Se realizó una estancia de apoyo en el hospital por un espacio de seis meses, durante la cual se llevó a cabo el trabajo de campo. Se consideró prudente hacer las entrevistas al menos 30 días después de que el paciente hubiera sufrido el accidente, cuando éste ya hubiera iniciado su proceso de recuperación. Este criterio suponía un tiempo suficiente para que los entrevistados hubieran reflexionado acerca del accidente, de su experiencia, y hubieran podido percatarse del alcance y consecuencia de las lesiones físicas en un tiempo inmediato y futuro; así, podrían evaluar aquellos factores amenazantes o que interfirieran en sus relaciones interpersonales y en las actividades de su vida cotidiana en general.

En el estudio participaron ocho hombres y dos mujeres, tres de ellos casados, en un rango de edad entre 18 y 49 años, residentes de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, con niveles de estudio de primaria y secundaria; con oficios diversos como albañil, comerciante o taxista, entre otros. Los diez pacientes fueron referidos al hospital por la gravedad y el alcance de sus lesiones, consecuencia de haber sufrido un accidente. En los datos obtenidos de los informantes, y de acuerdo con los resultados previos, encontramos que cinco pacientes fueron atendidos por diferentes tipos de quemaduras en distintas partes del cuerpo (quemadura eléctrica, por fuego directo, por escaldadura y por ignición de ropa); dos de ellos presentaron fracturas en diversas partes del cuerpo y heridas en tejidos blandos al sufrir una caída desde una azotea; dos más sufrieron deslizamiento de extremidades, entre otras lesiones profundas, por atropellamiento; y el último mostró exposición ósea al sufrir un accidente automovilístico. La clasificación se hizo teniendo en cuenta los accidentes más frecuentes o comunes; no se consideró la gravedad de las lesiones físicas (pérdida de extremidades, función corporal y/o estética).

Con autorización previa por parte del personal del hospital, la información se obtuvo mediante la observación directa y participante; la revisión de expedientes, archivos y listas de pacientes, y la entrevista. Con el fin de obtener la mayor información posible, se elaboró una guía de entrevista que iniciaba con

accidentados en proceso de recuperación (mínimo, con un mes de hospitalización) en el hospital general. En este estudio, se pretendió conocer la subjetividad de los pacientes accidentados con relación a su experiencia, padecimiento y recuperación en un medio social hospitalario. En este sentido, resulta inconveniente pensar que se trata de una muestra representativa de la cual extraer generalizaciones, pues lo que interesa es la potencialidad de cada caso y no el número de personas, para explorar dicho fenómeno.

los datos sociodemográficos; posteriormente, se trataban aspectos relacionados únicamente con el accidente; luego, se abordaba lo concerniente a los primeros días de hospitalización y el momento actual de recuperación; y, finalmente, se analizaban las perspectivas del paciente accidentado. Las entrevistas fueron audiograbadas tras haber obtenido el consentimiento del entrevistado. La duración de las entrevistas dependió, en gran medida, de la disponibilidad del paciente (horario de visitas, entrada a cirugía, visita médica, horarios de comida, etcétera), por lo que, en algunas ocasiones, las entrevistas se desarrollaron en dos sesiones. La duración de cada sesión osciló entre 45 y 60 minutos aproximadamente.

A continuación se presentan los resultados de acuerdo con las categorías surgidas durante el análisis, mismas que corresponden al proceso de hospitalización después del accidente y a los efectos relevantes de la experiencia del paciente accidentado. Es importante mencionar que los nombres de los entrevistados para este trabajo de investigación fueron cambiados con la finalidad de guardar su identidad.

## El accidente y el ingreso al hospital

Cuando ocurre el accidente, el paciente accidentado no conoce la gravedad ni los daños de sus lesiones físicas, consecuencias del accidente. En medio de una gran confusión, miedo y desesperación, el afectado es atendido y trasladado al hospital para su pronta atención médica. Si está consciente, su primer interés es “salvar la vida”. Posteriormente, es invadido por una serie de pensamientos, todos ellos relacionados con su situación física actual (el grado de sus lesiones y la gravedad de las mismas), pero también reflexiona sobre las posibles causas que propiciaron su accidente y el impacto que éste tendrá en su vida.

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

Al poco tiempo, y una vez instalados en el hospital, los pacientes accidentados inician su proceso de recuperación. En la mayoría de los casos, muestran consternación por sus lesiones físicas y por la situación en la que se encuentran: aislados de sus familias o seres queridos, sin saber con exactitud por cuánto tiempo estarán ahí –un lugar poco familiar para algunos y, para la gran mayoría, completamente desconocido– rodeado de personas en su misma situación pero que le son ajenas; además, dependiendo por completo del personal médico.

No alcanzas a entender por qué a ti, no alcanzas a comprender... O sea, en lo que vas asimilando que tú estás accidentado, eso es lo difícil en la primera semana... Más que nada es lo emocional, el acostumbrarte, el aceptar que tú estás accidentado, que no hay nadie que pueda socorrerte, ayudarte ¿no? Ahí te entra todo, recuerdas toda tu vida, las preocupaciones, los pendientes que tengas. Te preocupa la familia y cómo van a reaccionar, y luego, cómo van a tomar el accidente; y, dentro de eso, qué tan grave es, nada más pero..., pues, en sí, en sí, eso es lo principal... (Maximino, 38 años, albañil).

Por lo general, esta situación provoca en los pacientes accidentados una serie de estados emocionales –angustia, frustración, inseguridad, desesperación, hostilidad, estrés, miedo, ansiedad extrema, entre otros– que con frecuencia predominan en ellos durante los primeros días y pueden acompañarlos a lo largo de su recuperación. De ahí su importancia para identificarlos, saber qué los está originando y contrarrestar sus efectos oportunamente. Sin embargo, es importante mencionar que este tipo de estados o síntomas pueden variar debido a las circunstancias de cada persona (de la Fuente, 1992).

Tuve un accidente y perdí mi brazo y, la verdad, hoy me siento muy mal (hace un gesto). Desde que desperté me entró mucha ansiedad, una desesperación que no sabría cómo explicarle [me mira]. ¡Ni cuando me quitaron el brazo me puse así, como ahorita! [me mira]. Al contrario; me dije: Tengo que echarle muchas ganas para salir pronto, voy a salir adelante. Pero no sé... ¿verdad que ayer estaba muy tranquilo? [le pregunta al paciente que se encuentra a su lado]. (José Armando, 35 años, comerciante).

Desde una perspectiva fenomenológica (Schutz, 1993), se observa cómo los pacientes reconstruirán su realidad y reorganizarán su vida. Desde el primer momento luego del accidente y el ingreso al hospital, los pacientes accidentados perciben, organizan, interpretan y responden a una serie de cambios físicos, pero

también emocionales, psicológicos y sociales, mismos que darán pauta a modos de conducta y formas de pensar específicos. De ahí que la experiencia subjetiva sea importante ya que, de esta manera, los accidentados darán orden y sentido a su vida durante el proceso de recuperación.

Para algunos pacientes, las situaciones pasadas, particularmente dolorosas o amenazantes, les sirven durante el proceso de recuperación para afrontar su situación actual o bien para agudizarla.

Uno ve muchas cosas de niño. Uno, cuando está en esa edad, no piensa... Me acuerdo cuando vivía –porque, cuando estaba niño vivía en una vecindad–, entonces yo veía muchas cosas... [le tiembla la voz]. Veía cómo la gente se acercaba a ellos..., cuando estaban los niños solos, veía como... [contiene el llanto], cómo chiquitos abusan de ellos; y, la verdad, te roban la inocencia [llora]. Te roban la infancia, ¿verdad? Yo sufrí mucho, a mí me lastimaron [me mira y llora]... y nadie hace nada, ni se enteran, los engañan..., cuando estás chico ves muchas cosas, por eso me preocupan mucho mis hijos... (Gerardo, 31 años, taxista).

A su llegada, el paciente accidentado comienza a explorar un terreno distinto. Gradualmente, descubre un mundo nuevo, regido por leyes y normas preestablecidas: un *mundo social hospitalario*. Una vez estabilizados por el personal médico de urgencias, los pacientes accidentados son trasladados, de acuerdo con las lesiones físicas que presenten, a los distintos departamentos para su tratamiento y atención especializada. Sin embargo, en ocasiones, la falta de espacio obliga a la administración del hospital a ubicarlos en áreas no especializadas, propiciando, así, una recuperación más lenta. Es el caso de Jerónimo, un paciente que al llegar al hospital con quemaduras por fuego directo fue ingresado a piso. Al no haber lugar en el departamento de quemados, recibió una intervención poco adecuada y prolongada por parte del personal médico. Como consecuencia, sus lesiones se agudizaron por la falta de atención médica, lo que ocasionó que su estancia en el hospital se alargara por tiempo indefinido.

Las salas compuestas por seis camas ubicadas en cada departamento serán el nuevo espacio donde el paciente accidentado permanecerá durante todo el proceso de recuperación. Desde este momento, su tiempo de estancia puede prolongarse por semanas y, en algunos casos, hasta meses. Durante ese periodo, el paciente lesionado estará expuesto a una serie de factores propios del hospital y del mundo social circundante. La presencia o ausencia de dichos factores durante el tiempo de permanencia dentro del hospital serán determinantes para su evolución, además de ser generadores de estados emocionales (de la Fuente, 1992).

Las observaciones de campo en el hospital permitieron dar cuenta del proceso de construcción de espacios y de relaciones interpersonales de los pacientes ingresados. Poco a poco establecen relaciones con su nueva condición de paciente: al inicio se limitan a intercambiar algunas palabras con sus compañeros de cuarto y más tarde empiezan a generar vínculos afectivos con quienes ahí se encuentran. Al paso de los días, aprenden un lenguaje diferente (médico), su cooperación y convivencia con el grupo es mayor, su presencia crece conforme pasa el tiempo, al igual que sus relaciones. Es desde ese momento que el lesionado es capaz de tener relaciones más abiertas y de confianza con otros pacientes, y también con algunos miembros de la institución médica. Habla sobre su tratamiento, lo que siente, quiere o teme y de su condición como paciente. Conversa sobre su familia, sus amigos, sobre sí mismo. Comparte experiencias, emociones e ideas y platica acerca de su vida antes del accidente.

Aquí empiezas temeroso, luego hasta si tú quieres, con tus compañeros, compartes una botella de agua y no te duele, te adaptas a la gente, al ambiente, empiezas a convivir más con tus compañeros, con la poca gente que ves. Es algo muy positivo porque aprendes a convivir; es como si aquí te descubrieras... Te das cuenta de que no eres el único, ni el único que sufre. Es una etapa muy difícil pero muy bonita a la vez... (Maximino, 38 años, albañil).

Durante este proceso de socialización, el paciente accidentado identifica a quienes lo acompañan, pero, además, es escuchado por quienes le rodean. En este momento, su presencia o ausencia ejercerá una notable influencia en los otros. A menudo, surge una comunión entre los pacientes: todos se hallan en una situación particularmente similar.

Cuando me cambiaron de piso, me dio miedo. A lo mejor porque te adaptas a la gente de allá abajo, al ambiente de allá abajo... Pero es lo que te decía: según la convivencia que tengas con tus compañeros de cuarto... Esa convivencia es la que te ayuda... Y pus, lógico, te cambian y te da miedo porque no conoces a nadie, ni a los doctores (Maximino, 38 años, albañil).

Por tal motivo, las etapas decisivas de la hospitalización –como el ingreso o el traslado a una nueva sala o piso–, pueden afectar la condición de los pacientes. Esta expresión es signo de integración y unidad; sin embargo, no significa que pueda darse en todos los casos durante el tiempo de hospitalización, ni que se presente, habitualmente, de la misma forma.

En algunos casos, encontramos pacientes que, por el tipo de lesiones, requieren pocas intervenciones quirúrgicas y reciben menos cuidados médicos. Esta situación llega a ser, en el mediano plazo, un obstáculo para el funcionamiento del hospital, por tratarse de pacientes que, por ser menos atendidos por el personal médico, permanecen hospitalizados más tiempo del necesario.

Después de varias semanas de recuperación, los pacientes que no guardan reposo forzoso en cama, que no reciben tratamiento médico y que no perciben un avance en su salud física, entran en una situación de angustia, impotencia y desesperación. Esto lleva al paciente accidentado a experimentar abandono físico, psicológico y emocional por parte del personal de la institución. “Si un paciente espera un gran y rápido efecto de una operación o una medicación y éste no se produce, la caída vertical tiene un aspecto biológico además del psíquico” (Bruner, 2002: 144).

Lo anterior se agudiza si se trata de gente que no tiene familiares o conocidos que puedan responsabilizarse de su persona ante el hospital (pues en algunos casos viven solos, o bien han perdido total comunicación con sus parientes o conocidos). Por tal motivo, su estancia llega a prolongarse durante semanas y, en ocasiones, hasta meses.

Ya voy para más de un mes, si no es que ya lo tengo, y nomás no me operan ni nada. El doctor viene y me dice que pronto me operan, que ya el lunes me operan, pero... [mueve la cabeza] yo ya ni les creo. Al principio, no podía comer, me dolía para masticar. Pero ahora ya no siento nada, ya estoy bien, ¡ya me aburrí!, ¡ya me quiero ir! Ya les dije que si no me dejan ir... ¡me escapo! Nada más porque no he buscado cómo, pero un día de éstos ¡me salto la barda! y a ver qué hacen (Mauricio, 24 años, indigente).

Esta situación se maximiza pues al encontrarse en un lugar cerrado, privados de su libertad y de llevar a cabo actividades recreativas que les permitan desarrollarse con independencia durante el proceso de recuperación; y regidos por un sistema de reglas propias del hospital –guardar silencio durante el día, permanecer quietos dentro de las salas, respetar los horarios de visita, no abandonar la institución médica, entre otras–, el paciente accidentado entra, la mayor parte del tiempo, en un estado de ansiedad, estrés y aburrimiento.

En este panorama, muchas veces se generan situaciones poco favorables, tanto para el paciente “dinámico”, como para el resto de los ocupantes del hospital (otros pacientes y personal médico en general). Durante el proceso de recuperación, la manera de adaptarse, conducirse y comportarse del convaleciente puede estar

fuertemente influida por la presencia o ausencia de miembros de la institución médica, por sus medidas y/o tratamientos.

Las condiciones del medio social hospitalario y los factores externos del mundo social circundante (familia, amigos y otros) son decisivos para desarrollar relaciones interpersonales entre los pacientes y para su desenvolvimiento dentro del medio social hospitalario.

### **El mundo social hospitalario: relación paciente-institución**

Desde el momento en que el accidentado llega al hospital, su persona queda bajo el cuidado permanente de la institución médica. Durante el tiempo que permanezca dentro de dicha institución adquirirá una particular condición: la de paciente en un medio social hospitalario (Levinson y Gallagher, 1964). El medio social hospitalario mantiene al paciente accidentado alejado del mundo externo –por no decir recluso en un espacio cerrado–, lejos del resto de la vida social circundante. Su persona queda bajo la responsabilidad de la institución médica y experimenta una serie de situaciones relacionadas con el proceso de institucionalización (Goffman, 1972).

Me siento a gusto ¡en lo que cabe! [ríe]... Porque no hay como estar en tu casita, salir; no que estar aquí todo el día encerrado. Sí cotorreas, pero no igual. No comes lo que te gusta; tú dices ¡ay, otra vez esto! y ¡ay esto y esto que no me gusta! Y ni modo, hay que comérselo para salir adelante... (Marcos, 21 años, mesero).

El paciente accidentado empieza un difícil proceso de adaptación. Conoce, a través del hospital, un mundo lleno de normas y exigencias, con limitaciones y demandas que le permitirán adquirir experiencias y habilidades concretas. Tiene la posibilidad de aprender y evolucionar en varias direcciones a través de los procesos de socialización e interacción cotidiana.

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

En pocos días, los pacientes accidentados ven transformada su identidad. Ahora se ven a sí mismos y ante los demás como miembros de una institución

hospitalaria, como un habitante más que asume su nueva condición de paciente. La transformación identitaria pasa por una serie de actividades y rutinas diarias (horario de visitas, de comidas, curaciones, atención médica y en algunos casos psicológica), reguladas bajo las normas de la institución médica. En este sentido, los sujetos accidentados se verán condicionados y restringidos por las normas del espacio donde se encuentran y por cada uno de sus miembros (Goffman, 1972). Dentro de este contexto (medio social hospitalario), la manera de pensar, sentir y conducirse definirá su papel de paciente.

A partir del instante en que el paciente accidentado ingresa a la institución, está en manos del personal médico y general del hospital. El mundo social hospitalario, como mundo organizado, está compuesto por miembros (doctores, enfermeros, auxiliares, residentes, estudiantes, psicólogos, trabajadores sociales, voluntarios y otros) que trabajan en conjunto para alcanzar un fin común: mantener la salud y la vida del paciente en general, su conservación y su cuidado durante el tiempo que éste permanezca dentro de la institución; este cuidado se brinda hasta considerársele sano y fuera de todo peligro, óptimo para su regreso a la vida social fuera del espacio hospitalario.

El médico y los otros miembros del hospital tienen una notable influencia sobre el accidentado. El primer contacto personal que experimente el paciente con el médico, o viceversa, será particularmente significativo para que en el futuro establezcan una relación favorable (de la Fuente, 1992). La personalidad del médico y la imagen que el paciente accidentado tenga sobre aquél, serán definitorios para generar confianza, estimación y respeto, a través de una interacción activa y constante.

El paciente internado ve en el médico la vía para alcanzar su bienestar y su buen funcionamiento físico, pero también encuentra en aquél la manera de cubrir necesidades que obedecen a la falta de apoyo emocional, afectivo y psicológico. La relación médico-paciente es de vital importancia para una pronta recuperación del paciente accidentado dentro del tiempo que permanezca en la institución médica.

Al recibir el trato de la enfermera que, la verdad, para mí es..., son muy especiales esas enfermeras... Honestamente, mis respetos para ellas. Yo lo que sí puedo decir para ellas es que tengo un millón de gracias... no hay una cosa material que les pague. Más que nada, no, no por su trabajo, sino lo que te inyectan moralmente, su trato... Nunca ves a una persona enojada. Eso nos ayuda mucho; que te hagan bromas, que se presten para estar conviviendo un rato contigo... Eso nos ayuda mucho. A mí me ayudó mucho y me di cuenta de que a mis compañeros igual, muchísimo... (Maximino, 38 años, albañil).

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

¿Usted conoce a la psicóloga Angélica?... La necesito para hablar, sólo así puedo desahogarme todo lo que traigo... Con ella lloro [hace un gesto], con mi familia no puedo. No quiero que me vean así [mueve la cabeza], para no preocuparlos... ¡Qué difícil! (José Armando, 35 años, comerciante).

Sin embargo, no siempre ocurre de esta forma. Algunas veces, los encargados de la salud actúan con indiferencia ante la aflicción de sus pacientes. Surge entonces un gran problema, cuando el personal médico no considera la forma como los pacientes accidentados reaccionarán cuando sienten que no son tenidos en cuenta o motivados positivamente, cuando no son escuchados y comprendidos acerca de todo lo que implica su padecimiento. Pareciera que el personal médico está más preocupado por cumplir con los lineamientos institucionales (brindar atención médica “oportuna”) que dar un tratamiento integral adecuado al paciente.

No es que sus médicos –por así decir– “no sigan su caso”, porque, en cambio, controlan escrupulosamente las historias clínicas de sus pacientes: el ritmo cardíaco, los exámenes de sangre, la temperatura y los resultados de los exámenes específicos ordenados por la sanidad. Pero, por citar a uno de los médicos involucrados en este programa, “simplemente no escuchan” lo que sus pacientes tienen para decir, sus historias. Se consideran “médicos que se atienen a los hechos” (Bruner, 2002: 143).

No puedo comer bien y aquí que no le ayudan a uno, no lo escuchan... Como, por ejemplo [recapitula], ayer me traen la comida y les digo si nada más eso voy a comer, y me responde de mala gana, “Si quiere. Si no, déjelo”. No, pues así, cómo... en vez de que le digan a uno: “es por su bien, haga un esfuerzo”... No ¡al contrario! [me mira y mueve la cabeza]. Y luego, al principio casi me dejan sin comer días, que porque me iban a operar y no puedo probar nada... Mire [me enseña su abdomen] antes tenía..., [se toca su abdomen] estaba bien panzón y ahora... (José Armando, 35 años, comerciante).

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

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

El trato cordial y humano que el personal médico presente a los pacientes accidentados durante el proceso de recuperación será esencial para el óptimo restablecimiento físico del paciente accidentado.

Ya hasta el tercer día, creo, me fue a hablar este... La trabajadora social preguntó todo, mi domicilio, todos los datos ¿no?, le dije que fuera a avisar a mi hermana, porque no tenía el teléfono de ella, no hay ni cómo comunicarse... Y, sí, me hizo el favor. Se fue y vino mi hermana... (Mariano, 22 años, vendedor ambulante).

Es importante que el personal médico considere la necesidad de los pacientes de ser escuchados y comprendidos cuando piden asistencia de cualquier tipo, ya sea física, emocional, psicológica o económica. El enfermo está dispuesto a revelar su intimidad, a compartirla, pero a quien le muestre comprensión y sepa escuchar afectuosamente, sin prisa y sin críticas (de la Fuente, 1992).

Cuando me dijeron de eso de los donadores y... cuánto se va a pagar ¡no, me puse a pensar! Si no consigo los donadores y no tengo dinero ¿con qué voy a pagar? Y lo bueno que... ¡me hicieron un favor! La trabajadora social, sí... Gracias a la trabajadora social que me hizo un favor bien grande... Imagínese si me hubieran dicho: “tienes que conseguir los donadores y tienes que pagar tanto”... ¡No! Me pongo más triste... ¿Cómo voy a pagar? Pero, gracias a Dios, sí me hicieron el favor de no..., bueno, me dijeron que los donadores se pueden quedar pendientes... (Mariano, 22 años, vendedor ambulante).

El apoyo emocional y psicológico que brinde el médico al paciente accidentado puede ayudar a que éste se sienta comprendido, acompañado; puede estimular el desarrollo de actitudes positivas (cooperación, entusiasmo, obediencia) y generar en el individuo un equilibrio emocional. De lo contrario, predominarán en el convaleciente actitudes negativas durante su estancia en el hospital (de la Fuente, 1992).

Aquí me cuidan y apoyan, por eso yo... trato de ser lo más paciente: no enojarme con nadie, no disgustarme, y aceptar el tratamiento que me hagan. Nada de “¡ay, qué

me va hacer!”; “¡ay, ahora a dónde me llevan!” No... yo debo estar paciente. Mientras más paciente sea, ellos más se acercan a mí. Casi todas las enfermeras vienen y me saludan. Casi todos los médicos en la mañana pasan y “¡hola, Rosa!, ¡hola, Rosa!”... Sí, estoy tranquila para lo que siga... y rehabilitarnos y seguir, no creas que ¡ay, Dios mío!, ¿por qué me mandas...? (Rosa, 49 años, vendedora).

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

### **Una nueva identidad: de paciente accidentado a paciente estigmatizado**

A menudo, el afectado tiene lesiones profundas, desde cicatrices y malformaciones provocadas por sus lesiones, hasta pérdida de función corporal (temporal o permanente) y pérdida de miembros físicos (brazos). Para él, presentar alguna marca en el cuerpo –y, además, visible para los demás–, como las malformaciones físicas, o bien la falta de alguna extremidad es, en muchos casos, motivo de desesperación, vergüenza y discriminación. La imagen del cuerpo se ha transformado como consecuencia de las lesiones físicas producidas por el accidente. Ahora, su nueva condición se caracteriza por algún tipo de pérdida, ya sea de movilidad corporal, de algunos de sus miembros o de su apariencia física. Es el caso de Miguel, quien a sus dieciocho años, tras sufrir quemadura eléctrica por fuego directo en ambas extremidades superiores, y ante la falta de atención médica oportuna, ha perdido su brazo izquierdo:

No, pues... no pensé nada. Ya sabía que me lo iban a cortar, pero yo creí que nada más hasta el codo, en el otro hospital, el doctor me había dicho que nada más me quitarían esta parte. Pero, pus cuando ya estaba acá y desperté y todo, me quise tocar el brazo y no lo sentí. Entonces, dije... ¿y ahora qué?, ¿y mi brazo?, ¿dónde está?... Le pregunté al doctor por qué me cortaron hasta arriba si me habían dicho que hasta el codo nada más... El doctor me dijo que estaba muy mal hasta arriba y que por

eso me lo amputaron. Yo me puse mal porque, pus, me había imaginado hasta aquí nada más, pero... (Miguel, 18 años, empleado).

Algunos pacientes hablan de la fuerte impresión que la nueva imagen del cuerpo ha dejado en ellos y cómo esta nueva imagen afecta su visión de sí mismos; se enfocan en su propia imagen, sobre todo, en las limitaciones físicas que este hecho les provoca: movimientos torpes, poco coordinados, lentitud para hacer las tareas habituales de la vida cotidiana (levantarse, comer, caminar, bañarse se convierten en una dificultad mayor). De manera simultánea, va desarrollando una imagen de sí mismo deficiente, deteriorada –es incapaz de manejarse por sí solo–; una imagen negativa del cuerpo, contraria muchas veces a la que tenía antes de sufrir el accidente. Esta situación lleva al paciente accidentado a sentirse excluido y a reflexionar, en medio de una depresión, sobre las posibilidades de volver a realizar las actividades de la vida diaria: pero, sobre todo, a reflexionar acerca de su lugar en la sociedad, a reintegrarse a sus grupos sociales de pertenencia: su familia, el trabajo, la escuela, sus amigos, entre otros.

Mariano sufrió heridas múltiples, lesión profunda en el abdomen, deslizamiento de extremidades, exposición de tejido muscular y óseo, y lesión en la vejiga al ser atropellado por un tráiler.

No, pus, lo que me preocupa, pus, es cómo voy a hacer para trabajar... Yo creo que no voy a trabajar como trabajaba normal; porque yo, donde trabajaba, cargaba cosas pesadas. Como me operaron, ya no voy a poder cargar cosas pesadas, yo creo, ¿no? Ya no voy a trabajar como antes. Eso me preocupa... (Mariano, 22 años, vendedor ambulante).

Imaginarse rechazado y menospreciado, no ser comprendido por la familia y ser visto por miembros de otros grupos externos como una persona diferente, inferior, como alguien que tiene un defecto por su nueva apariencia física, provoca en el accidentado temor, tristeza e incertidumbre. Al encontrarse inesperadamente incapacitados, en algunos casos su relación con quienes son parte de su red social más cercana (familia, amigos, conocidos) se ve afectada por su nueva condición física. Relacionarse con personas que les resultan familiares representará un reto mayor que vincularse con quienes son ajenos o extraños (Goffman, 1963). A quienes han sufrido el accidente esto les genera sentimientos y pensamientos negativos que, en la mayoría de los casos, mantienen ocultos.

No sé... no quiero... La verdad tengo miedo de que mi familia no me acepte cuando me vea así, sin un brazo [me mira]. No quiero que mi mamá me vea, no quiero

que se ponga mal. La verdad, no sé cómo vaya a ser ahora que salga, cómo me vea la gente, cómo me sienta yo, cómo me sienta con mis amigos... Pues, si no trabajo luego, pus, pienso encerrarme medio año en casa pero de mi jefe, para que no me vea mi mamá ni nadie. (Miguel, 18 años, empleado).

Debido a la fuerte presión social a la cual se encontrará expuesto, una de las principales tareas del paciente accidentado que ha sufrido una amputación es desviar la atención hacia aquello considerado por los otros como un defecto o algo malo.

### **Situación familiar: el papel de la familia y otros grupos externos en el proceso de recuperación**

Separado de su familia, el paciente accidentado busca en todo momento la oportunidad de sentirse acompañado por sus seres queridos o más cercanos. Durante este periodo la familia y sus miembros, seguidos de otros grupos sociales de pertenencia (amigos, compañeros de escuela, trabajo, vecinos, conocidos) cobran un importante sentido para el accidentado, además de ser un apoyo integral (físico, emocional, psicológico y económico) durante su recuperación.

En las entrevistas se observa que la ausencia total o parcial de la familia y otros grupos externos obedece a dos grandes dimensiones: la desintegración familiar y la recomposición de funciones al interior de la familia, como consecuencia del accidente. En los casos estudiados, la desintegración familiar se ha caracterizado por dos razones principales. La primera se vincula con la migración: ante la falta de empleos y recursos económicos, algunos entrevistados y otros miembros de la familia se han visto obligados a separarse y abandonar el lugar de origen en busca de mejores condiciones de vida, y se dirigen al interior del país, o bien al extranjero.

Bueno, mi papá... está ahorita en el ¡gabacho! con mi hermana. Vivíamos juntos todos. Mi carnalito se fue al pueblo... Y ese día todavía estaban aquí cuando me sucedió el accidente... Mi papá ya sabe, pero como está en gabacho no puede venir tan rápido hasta acá; y mi jefa porque está con mis hermanitos hasta el pueblo y no los puede dejar y, pus, no tengo a nadie aquí, más que mi hermanita... (Mariano, 22 años, vendedor ambulante).

La segunda razón de la ausencia familiar tiene que ver con los conflictos entre los miembros de la familia que surgieron a raíz del accidente, por ejemplo, entre padres, entre padres e hijos, o entre hermanos.

Casi nadie me visita... Porque mi hermano tenía bronca ahí, en la casa... porque ellos están tan enojados, tiene bronca con mi hermano por lo que pasó y, entonces, no me venía a visitar, nomás me visitaba mi tío y mi hermana, pero nomás cada ocho días o cada quince... (Jerónimo, 23 años, soltero).

Muchas veces, la recomposición de funciones al interior de la familia afecta de manera drástica la dinámica familiar y a cada uno de sus miembros (ancianos, mujeres y niños, en su mayoría). Esta situación es de gran importancia: ante la ausencia de uno de los integrantes (en su mayoría padres de familia o hermanos mayores) como consecuencia del accidente, y el deber cubrir una serie de necesidades y expectativas distintas, se genera un intercambio de roles que, en múltiples ocasiones, obliga a los miembros a ejercer funciones distintas.

Durante el proceso de recuperación de los pacientes accidentados se detectaron, entonces, diferentes tipos de abandono: *a)* físico: las necesidades físicas básicas del convaleciente (alimentación, higiene y cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por la familia, amigos y/o conocidos; *b)* emocional o psicológico: la falta de vínculos afectivos y de contacto directo con personas significativas durante el proceso de recuperación, a veces lleva al paciente a prolongar su estancia en el hospital, aun cuando su condición física sea favorable; o bien, a dejar su vida en manos de la institución médica y sus miembros; *c)* económico: con frecuencia, la falta de recursos económicos prolonga la permanencia del paciente accidentado en el hospital, debido a la dificultad para disponer del material para su intervención quirúrgica; esto pone en riesgo la salud del paciente. Asimismo, no contar con fuentes de ingreso también puede ser un factor importante para la ausencia total o parcial de la familia y otros grupos durante el proceso de recuperación.

Esta situación impide que la presencia de algunos miembros de la familia sea permanente durante el proceso de recuperación. Es así como la ausencia total o parcial de la familia y otros grupos externos puede llevar al paciente accidentado a experimentar tristeza, soledad, abandono y rechazo, entre otros sentimientos.

Hasta ahorita digo, ¿dónde están los amigos?, ¡pus nadie me viene a ver! Na' más mi hermana, pero de vez en cuando... Pero, te digo, como te dije ayer: hasta que le esté yo hablando por teléfono... Me dice "sí", pero no viene. Y, a veces, me pongo triste. Pero me pongo a pensar varias cosas, que cómo voy a salir de aquí... Cada vez que me dice "sí, sí, voy tal día" y no viene, me quedo pero bien triste... Por qué será, ¿será que no me quiere? [piensa]. Pero siempre me ha dicho que sí... (Mariano, 22 años, vendedor ambulante).

Así, la mayoría de los pacientes accidentados debe afrontar su situación sin la compañía de familiares, amigos o conocidos. A largo plazo, esto representa una problemática que generará tensiones emocionales, psicológicas y sociales para él y su familia.

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

### **Religión: la fe ante la adversidad**

Durante el proceso de recuperación, el paciente accidentado experimenta sentimientos de culpa y arrepentimiento que ponen en riesgo su integridad psicológica, física y emocional.

En un contexto adverso y frente a sentimientos de inseguridad y miedo, busca un aliciente. En la fe encuentra un posible alivio a su dolor físico y emocional, de consuelo a su pena, de recuperación de la salud física y ánimo para salir adelante; de ser curado y protegido por un ser omnipotente, por la intervención de una fuerza divina cuyo origen trasciende a lo humano (Swift, 1994).

Lo que a mí me ha apoyado también, mucho, es mi fe. Tengo una fe muy grande, y la fe –como considero desde mi punto muy particular de vista– mueve montañas. Pues eso me ha ayudado a seguir, a estar fortalecida. (Rosa, 49 años, vendedora).

Esta creencia ayuda al accidentado a conseguir una aparente tranquilidad, y en gran medida depende de ella para su bienestar integral. La fe le brinda esperanza, lo fortalece y se convierte en una vía que da sentido a su vida, motivos para su existencia, confianza para seguir luchando.

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

Entonces, yo, cuando entré aquí, también le pedí a nuestro Dios, Nuestro Señor, fortaleza. Y como tengo tanta fe, el día del accidente, cuando caí boca arriba, qué te

cuento: vi la imagen muy grandota de... la imagen del Sagrado..., no, de la Santísima Trinidad, grande, grande, grande, grande... Y ya se detuvo el camión, la vi. Has de cuenta, me di la vuelta, caí y en ese momento la vi. Que me volteo –porque vi que el camión venía ya, pegadito a mi pierna yo sentí que iba a pasar–, entonces me quedé así [contrae su cuerpo] y se detuvo todo. Por eso te digo que tengo mucha fe... (Rosa, 49 años, vendedora).

El poder de Dios y la fe están presentes en los pensamientos de quienes pasan por una situación adversa o de peligro. Es una clara muestra de la penetración e influencia que la religión y su imagen –en todas sus formas y manifestaciones– tiene en las actividades cotidianas del ser humano (ante la vida y la muerte, la enfermedad y la salud, lo adverso y lo favorable). Para Heller (1987), la religión no sólo es una institución encargada de regular y dar orden a la vida cotidiana del hombre, es la forma más sublime de dar sentido a aquello que sobrepasa a toda experiencia y a todo conocimiento o explicación racional. Durante el accidente y el proceso de recuperación, las creencias religiosas dan sentido a lo sucedido y ayudan a sobrellevar las dolorosas consecuencias de lo acontecido.

### **Perspectivas futuras: del dolor a la reflexión y el cambio**

Como se ha señalado, durante el proceso de recuperación, los pacientes accidentados sufren una serie de cambios físicos, psicológicos y emocionales; muchas veces, este hecho representa para ellos una oportunidad para reflexionar, orientarse y modificar su conducta, más que un castigo divino. Casi todos se sienten motivados a buscar o encontrar un significado al hecho de haber sufrido o experimentado el accidente:

Y, a veces, me pongo triste, arrepentido de todo lo que... A veces pienso: si no hubiera tomado ese día, no me hubiera sucedido esta cosa. Pero, a lo mejor, fue un aviso, quizá me iba a suceder una cosa más peor, yo creo ¿no? Pero, ¡gracias a Dios!, ya estoy... Ya me siento un poco mejor. Sí, nomás echarle ganas, todo eso... Y lo que me preocupa ahorita es... el abdomen, porque me faltan unos estudios. ¡No!, qué tal si me hacen otra cirugía. [Me mira], otra herida más; sí, na' más espero que salga bien todo. ¡Primero Dios!, que me recupere bien y empiezo a trabajar; y hora sí que ya nada de tomar, porque también me endrogaba (Mariano, 22 años, vendedor ambulante).

Sin embargo, hay quienes no parecen compartir con otros esta idea de percibir de manera “positiva” el accidente y la situación que viven en el momento:

La verdad, yo pienso que... aquí todo se paga. Nada de que cuando se muere uno se va al cielo o al infierno. No, no, no, nada de eso. Yo creo, y lo estoy comprobando, que el cielo y el infierno están en vida. Aquí pagamos todo, aquí estamos padeciendo, aquí está el infierno y el cielo o la gloria [me mira]. Te digo, yo lo estoy comprobando, de verdad, pienso que si alguna vez hice algo, lo estoy pagando créeme, lo estoy pagando (Gerardo, 31 años, taxista).

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

## Discusión y conclusiones

Saber qué y cómo experimenta el paciente el proceso de recuperación ayudará a manejar su tratamiento y reinserción al mundo cotidiano. La investigación enfocada en estos temas debe ser sensible a aspectos que van más allá de la visión médica del paciente y su padecimiento: debe integrar aspectos sociales y emocionales de la experiencia.

Vivir una situación adversa –como las repercusiones de un accidente– es, quizás, una de las situaciones más duras que el ser humano pueda enfrentar. No son sólo las lesiones físicas ni tampoco los trastornos psicológicos y/o emocionales lo que el paciente accidentado tiene que afrontar y tratar para su pronta recuperación. La recuperación implica, por su naturaleza, una serie de situaciones entre las cuales se encuentran: tensiones, crisis, conflictos, frustraciones, pérdidas, abandono, inestabilidad económica, por citar algunas.

En su mayoría, los pacientes accidentados han sufrido lesiones físicas graves; algunas de ellas que los marcarán de por vida y que requieren ayuda especializada, no sólo para su tratamiento y recuperación física, sino también para sanar las secuelas emocionales, psicológicas, sociales y personales, que pudieran ocasionar, por ejemplo, la pérdida de algún miembro del cuerpo (amputaciones), movilidad corporal (limitaciones físicas), o bien, daños “menores” como cicatrices (estética).

Ayudarles a vivir en un mundo totalmente desconocido con una nueva concepción de sí mismos es parte fundamental del proceso de recuperación. Es una

tarea que requiere dedicación, tiempo y la participación absoluta, en principio, de los propios pacientes, pero también de las distintas agrupaciones sociales y de sus miembros (familia, escuela, trabajo, comunidad, etcétera), para que los guíen hacia una reintegración social óptima.

Sin embargo, el accidentado piensa en lo difícil que será reintegrarse a una sociedad donde imagina no tener un futuro; más aún, si las lesiones provocadas por su accidente le dejaron serias complicaciones físicas (amputación de extremidades del cuerpo, daños internos considerables de tejidos blandos, daños craneales, de cadera o columna) que le impedirán desarrollarse en las actividades de la vida cotidiana.

La recuperación del accidentado dependerá, en gran medida, de varios factores: el apoyo y acompañamiento de la familia y de otros grupos externos le generará un sentido de vida; no obstante, también pueden ser un detonador de angustias y preocupaciones. A esto se agrega su precaria situación socioeconómica y la de sus familias, uno de los principales factores de riesgo por enfrentar durante el proceso de recuperación. Los bajos ingresos económicos, las pocas o casi nulas oportunidades de empleo, así como el imposible acceso a los servicios de salud, han orillado al abandono y descuido de los pacientes, haciéndolos mucho más vulnerables.

Durante el proceso de recuperación, el médico, junto con el resto del personal hospitalario, no debe convertirse en enemigo del accidentado. No deben ser concebidos por el paciente como un factor de riesgo bajo el cual su condición se limita a ser paciente olvidado, descuidado y oprimido. Al contrario, durante su permanencia dentro del medio social hospitalario, el médico y el resto de quienes conforman el personal de la institución médica deben ser aliados del paciente.

La asistencia y participación de médicos y enfermeras en el mejoramiento de la estancia de los pacientes es responsabilidad de la institución médica y de sus miembros. La estadía debe crear un ambiente seguro, abierto y digno para todos los hospitalizados.

La relación paciente-paciente dentro del medio social hospitalario es fundamental durante el proceso de recuperación. Recordemos que una característica esencial del ser humano es establecer relaciones con sus semejantes, las cuales, en este caso, estarán definidas por los propios pacientes, por lo que cada quien diferirá en sus modos de adaptación, aprendizaje y socialización durante su estancia hospitalaria.

Como vemos, los pacientes accidentados no están exentos de experimentar y expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones durante su hospitalización. Estas expresiones responden a necesidades y circunstancias muy diferentes y

particulares, y son significativas y susceptibles de ser comprendidas por quienes les acompañan durante su estancia en el hospital.

## Bibliografía

Bruner, Jerome

2002 *La fábrica de historias*, Fondo de Cultura Económica (FCE), Buenos Aires, 150 pp.

Cenapra

2007 “Diagnóstico Nacional de Accidentes de Tránsito”, Centro Nacional para la Prevención de Accidentes, México <[http://www.cenapra.salud.gob.mx/imgs/htm2/2009/apoyo/BLOOMBERGx\\_DIAGNOSTICO\\_29.11.07.pdf](http://www.cenapra.salud.gob.mx/imgs/htm2/2009/apoyo/BLOOMBERGx_DIAGNOSTICO_29.11.07.pdf)>.

Fuente, Ramón de la

1992 *Psicología médica*, FCE, México, 547 pp.

Goffman, Erving

1963 *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, 173 pp.

1972 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 379 pp.

Heller, Agnes

1987 *Sociología de la vida cotidiana*, Península, Barcelona, 418 pp.

Levinson, Daniel y Eugene Gallagher

1964 *Sociología del enfermo mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 283 pp.

Mercado, Francisco, Martha Villaseñor y Alejandra Lizardi

1999-2000 “Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación”, en *Revista Universidad de Guadalajara*, núm. 17, invierno, *Investigación cualitativa en salud* <<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.htm>>.

OPS

1995 “Perfil de salud de país. México. Situación general de salud y sus tendencias”, Organización Panamericana de la Salud, México, <<http://www.paho.org/spanish/sha/prflmex.htm>>.

Papalia, Diane E. y Sally Wendkos Olds

1995 *Psicología*, McGraw-Hill, México, 762 pp.

Schutz, Alfred

1993 *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*, Paidós, Barcelona, 279 pp.

- 1995 *El problema de la realidad social*, Amorrortu, Buenos Aires, 327 pp.
- SSA  
 2002 *Programa de Acción: Accidentes*, Secretaría de Salud, México <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/accidentes.pdf>>.
- Swift, Arthur  
 1994 “Los valores religiosos”, en Erich Fromm y otros, *La familia*, Península, Barcelona, pp. 107-122.
- Taylor, Steve y Bogdan Robert  
 1986 *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Paidós, Buenos Aires, 343 pp.
- Torres, Teresa  
 2002 “Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales”, en *Revista Universidad de Guadalajara*, núm. 23, primavera, *Ciencias sociales y ciencias de la salud* <<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html>>.
- Vera, Beatriz  
 2004 “Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva”, en *Psicología Positiva* <<http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>>.
- Villaseñor, Ignacio  
 1999-2000 “Investigación cualitativa en salud y enfermedad”, en *Revista Universidad de Guadalajara*, núm. 17, invierno, *Investigación cualitativa en salud* <<http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/5anclajes.html>>.