

margen N° 73 – junio 2014

## La cotidianidad del paciente crónico

Por Juliana Cristina Rivas Velázquez

**Juliana Cristina Rivas Velázquez.** Licenciada en Trabajo Social, ENTS – UNAM. C.U. México.

En este artículo presento los resultados de investigación a partir de una muestra intencional. Esto me permite comprender la realidad del paciente albergado en el hospital para enfermos crónicos Dr. Gustavo Baz Prada. Me apoyo de las representaciones y prácticas cotidianas para la comprensión de las evidencias. Presento el caso de cuatro sujetos que refieren a pacientes crónicos, preciso que la interpretación de los resultados no conduce a la generalización de conclusiones.

Por lo que se responden a las siguientes interrogantes: ¿Qué es la cotidianidad del paciente crónico dentro de la institución de salud denominada hospital para enfermos crónicos Dr. Gustavo Baz Prada? ¿Qué ha aprendido el paciente crónico de su enfermedad? ¿Cuáles han sido las conductas que el paciente crónico ha necesitado modificar o reprogramar a raíz del diagnóstico que recibe? Es decir, ¿cómo vive?, ¿cuál es el entorno en el que el enfermo vive su cotidianidad?

Se señalan las prácticas cotidianas en las cuales se encuentra inmerso el paciente, es decir su cotidianidad reflejada en la vida del paciente crónico, su rutina, qué acciones ha tenido que aprender para vivir tras la enfermedad crónica que padece.

Al iniciar el trabajo de campo, me incorporo en actividades directas con los pacientes de la sección denominada hacienda. Aquí encuentro la existencia de 27 pacientes divididos en dos secciones (masculino y femenino), los -cuales antes de la enfermedad- eran habitantes de diferentes partes de la República Mexicana.

La muestra intencionada que obtengo para los fines de esta investigación son el resultado de una presencia continua y participativa por parte de los pacientes a las sesiones grupales que se realizaban en el área de la gruta -I-. Ahora bien, echo mano de las entrevistas aplicadas para la interpretación de mis sujetos de estudio. Considero importante mencionar que en un primer momento las fichas de identificación me permitieron tener un acercamiento con el paciente y así comprender las condiciones en las que se encuentra. Encuentro el diagnóstico de enfermedad dentro de las evidencias. Posteriormente ubico datos generales del paciente, tipo de enfermedad, tiempo de padecer dicha enfermedad, así como otros ítem relevantes.

Preciso que por respeto a la identidad de los sujetos de estudio, he optado por cambiar el nombre de los sujetos que participaron en esta investigación.

### **Características generales de los pacientes crónicos**

El sujeto N° 1 (“J”) corresponde a paciente crónico masculino ubicado en la sección hacienda, conocido por el personal y pacientes de la institución como un paciente amistoso y sin problemas de socializar. Las enfermedades que presenta son: vascular cerebral, hemiplejía derecha, afasia,

bronquitis crónica, cardiomegalia e hiperuricemia. “J” nació el 24 de junio de 1952, es católico de nacimiento, 5° de primaria de escolaridad, casado, tiene 4 hijos de los cuales 3 son varones y 1 mujer (independientes económicamente y mayores de edad). El 14 de noviembre de 1995 ingresa al hospital general de Cuautitlán. Posteriormente es canalizado a esta institución de salud. Tabaquismo positivo desde los 15 años, alcoholismo social. Paciente en silla de ruedas con adecuado vestido y alineo. En el espacio que ocupa para dormir se pueden ver algunas imágenes alusivas al catolicismo.

Como datos adicionales, identifico los siguientes: domicilio anterior en Cuautitlán Izcalli. Intervenciones quirúrgicas: injertos en úlcera varicosa derecha a los 20 años. Ocupación anterior: mecánico,

Sujeto N° 2 identificado como “D”, el cual presenta un diagnóstico variado: artritis reumatoide deformante, cuadriparesia espástica, amaurosis, glaucoma ojo derecho, bronquitis crónica, hipertrofia prostática GI, neuropatía crónica agudizada. “D” tiene 72 años. Su fecha de nacimiento es el 18 de julio de 1940. Aunque tuvo varias parejas sentimentales, actualmente refiere estar soltero. La religión que profesa es la católica. El sujeto ingresa al hospital para enfermos crónicos el 30 de septiembre de 1975 y aunque únicamente sabe leer y escribir, anteriormente desempeñó diversas actividades económicas como tejer bufandas, realizar marcos para fotos con papel periódico y actualmente -tras la pérdida paulatina de la visión- se dedica a tejer bolsas y vender diferentes artículos, esto último con ayuda de su compañero de venta.

Datos adicionales. Escolaridad: sabe leer y escribir. Originario de Santana Miahuatlan Oaxaca. Tabaquismo positivo desde los 14 años, suspendido a los 60. Alcoholismo desde los 20, suspendido a los 55 años. Inicia padecimientos en 1968 con dolor y cansancio en ambas piernas y rodillas. En 1970 pierde movilidad, es trasladado al hospital de Pachuca, posteriormente es trasladado al hospital para enfermos crónicos.

Sujeto N° 3, al cual identifico como “CH”. Nació el 14 de agosto de 1958. Llegó al primer grado de primaria, huérfano desde los 2 años. Originario de Olinalá, municipio de Chilpancingo Guerrero, Mexico. Antes de la enfermedad se dedicaba al campo. Contaba con pareja sentimental con la cual procreó 3 hijos, de los cuales 2 son varones y 1 mujer (a pesar de tener familia no hay relación con ella). Es de religión católica. A los 12 años fumó marihuana.

Presenta tabaquismo positivo desde los 12 años a la actualidad y alcoholismo social. Padecimiento actual: lo inicia en 1993 al caer en un barranco de aproximadamente 6 metros de profundidad, perdiendo el conocimiento. Es llevado a la Cruz Roja. Recibe transfusión de sangre. Al día siguiente es trasladado a su unidad de salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Cuautla Morelos, con dos días de permanencia. Luego es referido al hospital de la Villa, ubicado en el D.F. con permanencia de un mes, sometido a varios procedimientos.

Es hasta el 3 de septiembre de 1993 cuando ingresa al Hospital para Enfermos Crónicos Dr. Gustavo Baz Prada. Se realizan varios exámenes y es sometido a tratamientos por diagnóstico de enfermedades como: espondilolistesis, paraplejía postraumática, intestinal y vejiga neurogenética, pitiriasis rosada de Gilbert vs. Erupción liquenoide, úlceras por decúbito, actualmente sólo refiere el dolor leve. En el pie izquierdo se muestra engrosamiento de epidermis. (Servicios que recibe: dermatología, psicología, ortopedia, dental, etc.).

Como datos adicionales, se encuentra en tratamiento por micosis en la piel presentada hace aproximadamente 6 meses. Adecuado vestido y alineo, movilización por medio de sillas de ruedas. Paciente que en algunas ocasiones recibe servicio y atención en el Hospital Juárez de México. Es diagnosticado con depresión leve por el servicio de psicología. Memoria clara y en buen estado,

atento y cooperador. En ocasiones prefiere aislarse para evitar problemas con compañeros; la movilidad en sus miembros superiores e inferiores disminuyó, sin embargo esto no es obstáculo para la actividad a la cual se dedica (teje y vende bolsas)

Mi cuarto sujeto de estudio corresponde al paciente “G”, el cual nació el 23 de marzo de 1963. Originario de México D.F., concluyó la educación secundaria. Sus padres se encuentran vivos. Actualmente refiere estar divorciado. En infancia sufre caída, lo que ocasiona crisis, convulsiones controladas con medicamento. Años atrás sufrió lesión por proyectil de arma de fuego, posteriormente recibe herida con arma blanca en abdomen.

El paciente se desempeñaba como operador de maquinaria ligera y/o pesada en Departamento del DF. El padecimiento actual se hace presente hace aproximadamente nueve años al ser golpeado en la cabeza y arrojado desde un segundo piso. Atendido en el IMSS y en otros centros de salud cercanos a su hogar, es llevado al hospital de la Villa por un periodo no mayor a nueve días. Al salir es trasladado a su hogar, donde después de cierto periodo presenta escaras en cuerpo, así como cuadros depresivos. Ingresa al hospital para enfermos crónicos Dr. Gustavo Baz Prada el 9 de marzo del 2005, teniendo un diagnóstico de secuelas de lesión medular a nivel vértebra tres incompleta, cuadriparesia espástica, colostomía, vejiga e intestino neurogénica. Infección vías urinarias.

Actualmente no asiste a terapia física ni ocupacional, únicamente a terapia individual. Tiene 3 hijas con diferentes parejas, de las cuales sólo conoció a una, quien tiene adicción a las drogas, motivo por el cual en varias ocasiones ha sido internada para su recuperación en institución que atiende problemas de alcoholismo.

Únicamente recibe visita esporádica de una hermana quien lleva objetos de fantasía para venta. Tabaquismo positivo a los 16 años, hasta la actualidad. Adicción y consumo de marihuana así como inhalantes; thinner, cemento. “G” es un paciente que ha ingresado a centros de recuperación. Sin embargo, él refiere un alcoholismo negado, es decir que no acepta tener un problema con alcohol o drogas, lo denota como normal.

Una vez identificados los sujetos y para fines de esta investigación, retomo a Araya (2010), el cual explica: *que cuando los sujetos se refieren a objetos sociales, los clasifican, explican y evalúan esto es porque las personas poseen una representación social de dichos objetos.*

Es fácil comprender que la realidad en la cual está inmerso el sujeto es extraída de algún proceso de comunicación y del pensamiento social. Es así como surge un tipo específico de conocimiento, el cual posee un papel principal sobre el pensar y actuar de la gente en la organización de su vida cotidiana.

Las representaciones sociales crean sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas (las cuales poseen una dirección positiva o negativa). Éstas se componen como sistemas de códigos, valores, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, lo que se define entonces como conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto marcará límites y posibilidades en la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo.

Se entiende como representación social, aquella construcción del conocimiento de los sujetos que es reconocida por la misma colectividad, la cual está conformada por varios ítem como lo son las creencias, valores, normas, etc. Identifiqué en los pacientes crónicos algunas representaciones sociales, como lo fue la institucionalización del matrimonio (representaciones sociales de los pacientes crónicos: matrimonio, misas dominicales.)

En el siguiente apartado detallo las diferentes prácticas a las cuales se someten, al ser pacientes con diferentes padecimientos. Y aunque inmersos en una misma cotidianidad, la percepción e interpretación que asumen suele variar, en un primer momento señalo conceptos claves que sirven como forma de comprensión para la significación de las prácticas sociales.

### **La cotidianidad de los pacientes crónicos**

Con ayuda del artículo Filosofía y cotidianidad (nd), defino el concepto de cotidianidad, entendiendo a ésta como la *“organización diaria de la vida, la repetición y reiteración de las actividades. Es la división del tiempo y del ritmo con que se desenvuelve la historia personal de cada uno. En la cotidianidad las cosas, las acciones, los hombres, los movimientos, toda la circunstancia ambiental son datos que se aceptan como algo conocido. En la cotidianidad todo está al alcance de la mano y por eso se considera la realidad como un mundo propio...El mundo cotidiano es el mundo de lo familiar. Es dentro de este horizonte donde comprendemos al mundo, a los hombres, a nosotros mismos.”*

La cotidianidad parte del día a día que se presenta en la vida del individuo. Son estas representaciones las que se hacen propias en una sociedad, en una colectividad. En este caso, la vida cotidiana es el concepto clave para comprender las diversas prácticas que el paciente crónico realiza dentro del hospital. Para la identificación de ciertas características desgloso algunos conceptos. Es aquí donde comprendo cómo la vida cotidiana es presentada como una realidad que se interpreta por los mismos hombres, dándole un significado coherente al ser establecida por los diferentes actores presentes en ella. (Berger y Luckmann 2003)

El enfermo reconstruye su realidad, deja atrás la vida cotidiana en la cual estaba inmerso cuando no era un enfermo crónico. Identifico que tras un problema o diferencia que rompa la rutina de la vida cotidiana, (en este caso la enfermedad) se opta por re-direccionar hacia una nueva realidad en este caso un contexto totalmente diferente. El paciente se enfrenta a nuevas situaciones como lo es el cambio de condición física, el de residencia, y el acatar nuevas normas de una institución, del mismo modo la importancia que el paciente da a la identificación de un lenguaje distinto al cotidiano. Como Heller (1997) explica, cuando se cambia el ambiente, puesto de trabajo o incluso de capa social, se enfrenta continuamente a tareas nuevas, se deben aprender nuevos sistemas de usos, adecuarse a nuevas costumbres.

Por otro lado, Thompson (1993) expone que *“la vida social no es solo una cuestión de objetos e incidentes que se presentan como hechos en el mundo natural: también es una cuestión de acciones y expresiones significativas de enunciados, símbolos, textos y artefactos de diversos tipos y de sujetos que se expresan por medio de estos y buscan comprenderse a sí mismo y a los demás mediante la interpretación de las expresiones que producen y reciben”* (p: 183)

El adaptarse a un lenguaje nuevo es tarea ya no del paciente crónico, sino de todo aquel nuevo miembro que por algún motivo se adentre a este nuevo círculo social. Encuentro que los pacientes crónicos se refieren a situaciones, lugares o palabras con doble sentido de manera común, esto ya no es raro para el personal de la institución:

- La covachita: según los pacientes, es un almacén de la institución en donde con frecuencia las parejas con algún vínculo afectivo tienen encuentros. Cabe mencionar que sólo ciertas personas tienen acceso a este lugar, ya que se maneja con cautela y discreción por parte de pacientes y

personal de la institución. Como lo menciono en una nota del diario de campo, *“una de las psicólogas, quien ya cumplió más de un año en el servicio actual interroga a “D” sobre la ubicación de la covachita, ya que desea conocer este lugar tan enigmático como ella lo menciona”. Al entrevistar a “D” sobre esta sección, únicamente me proporciona datos (para qué la usan, quiénes son los que la frecuentan) mas no su ubicación.*

- El término doctor(a) es empleado para todo el personal que usa un bata color blanco, (otros colores los diferencian, como en el caso de los camilleros o las cocineras).
- La doctora de la gruta: psicóloga encargada del área de la hacienda.
- Las palabras en doble sentido eran empleadas en diferentes “chistes picantes” que se contaban en momentos de ocio en la gruta. (De no ser comprendido por alguien, el significado se explicaba con paciencia por alguno de los miembros que se encontraban en la gruta).
- Tullido o Tieso: se hace referencia a la enfermedad que impide el movimiento y/o desplazamiento libre del paciente (hemiplejia, paraplejia, cuadriplejia, etc.)
- La cárcel: es la sección implementada recientemente dentro del hospital crónicos, su nombre es atribuido por personal y pacientes por tener similitud en la estructura con el modelo de “villas” que se sigue en las instituciones vecinas (hospitales psiquiátricos), recibiendo tal connotación por las reglas que se establecen en esta área, como lo es la negativa de permitir objetos personales, (comales, televisiones, radios, roperos, buros, etc.) situación que no es aceptada por pacientes que actualmente se encuentran ubicados en “hacienda”.

Esta sección cuenta con doce villas las cuales se encuentran organizadas de la siguiente manera:

<i><b>Espacio institucional denominado “villas”</b></i>	
<b>Villa N°</b>	<b>Beneficiarios o servicios que ofrece</b>
1 y 2	Geriatría mujeres (mayores de 60 años)
3 y 4	Enfermos crónicos sexo femenino (menores de 60 años)
5 y 6	Villas actualmente desocupadas pues son las que se destinan en su momento a los pacientes ubicados en la sección hacienda.
7 y 8	Enfermos crónicos (sexo masculino) menores de 60 años
9 y 10	Geriatría hombres (mayores de 60 años)
11	Oficina y personal de geriatría y crónicos de sección villas.
12	Terapia intermedia.

Una vez identificado este lenguaje considero de igual relevancia otra característica fundamental para la comprensión e identificación del paciente crónico: **las prácticas cotidianas**.

Las diferentes prácticas cotidianas que realizan los sujetos de esta investigación dan cuenta de la cotidianidad, del significado que le impregnan a la acción social que realizan y sobre todo a la significación del padecimiento de su enfermedad.

Inicio con las actividades institucionalizadas que se han vuelto parte de la cotidianidad: levantarse cada mañana para el aseo de los pacientes, los cuales ya deben de estar despiertos. Éstos son aseados por los camilleros o enfermeros. Una hora más tarde, aproximadamente entre las 8:00 o 9:00, el desayuno comienza a servirse a cada paciente dentro de su área designada. Posterior a esto, algunos pacientes son de nuevo llevados al área sanitaria, donde realizan aseo dental. Es aquí donde las actividades comienzan a diferenciarse: actividades de ocio, que es en donde algunos pacientes se colocan en diferentes puntos de la institución para realizar la venta de algunos artículos, otros prefieren salir a tomar el sol, aquellos que tiene posibilidad de trasladarse salen al pueblo a jugar dominó con el bolero del quiosco de la localidad. En ocasiones, los que no pueden moverse piden favor a algún conocido o personal del hospital para ser llevados a cierta área del pueblo. Las visitas sociales son frecuentes, o bien ir a cobrar alguna venta. Otros pacientes simplemente se quedan en sus camas viendo televisión o escuchando la radio, mientras que algunos realizan manualidades para vender (bolsas tejidas, manualidad con papel reciclado, llaveros y bufandas), otros sacan puestos o abren sus tiendas -2-, las que están establecidas en la institución.

Otros pacientes suspenden alguna actividad cuando son llevados a un servicio médico (dental, medicina general, dermatólogo, consulta externa, entre otros servicios). Como a las 10:00, algunos pacientes suspenden su tiempo libre para acudir a terapia grupal en la sección denominada “la gruta”, mientras que a las 12:30 estos pacientes son llevados de nuevo al pabellón en donde se les sirve su comida.

Cabe señalar que en numerosas ocasiones algunos pacientes no interrumpen su tiempo de ocio y permanecen en su área correspondiente, realizan diversas actividades como ver televisión, escuchar radio, tejer bolsas o alguna manualidad para vender, platicar con el personal, etc..

*“D” paciente masculino sección hacienda:*

*“Estos se pasan, nos acuestan bien temprano y nada más hay nos estamos tumbados ya hasta que agarra el sueño y me quedo bien dormido”*

Estas actividades se realizan diariamente, pero los días viernes hay variación, en tanto se suspende la terapia grupal, ya que en su lugar se oficia la misa en “la gruta”. Los sábados y domingos son días libres o de ocio. Algunos pacientes salen a visitar a conocidos o familiares (estas visitas son muy escasas), con frecuencia sólo se dedican a lavar su ropa -3-, estar en el sol, visitar a algún trabajador del hospital, escuchar música, descansar, difícilmente abren o sacan puestos, ya que regularmente los consumidores son pacientes de consulta externa, como explica:

*Maury paciente femenina sección hacienda:*

*No, estos días a mí no me conviene ir a la tienda, no vendo mucho, sólo la abro cuando me dicen que quieren algo, cuando me lo encargan, como el día del mole, ¿tú ya me encargaste mole?*

Ahora bien, las prácticas cotidianas que desempeñan, lejos de ser por una cuestión de género, se elaboran a partir de su condición motriz, tal y como lo apunta el siguiente relato:

*“D” paciente masculino sección hacienda:*

*A mí me gusta tejer, yo cuando veía y no tenía tan tullidas las manos, tejía bufandas para el frío como las de “A” -4- y las vendía re bien, me encargaban muchas, y pues a mí no me daba pena, antes había uno así como nosotros que me decía que en su pueblo las mujeres eran las que se*

*encargaban de eso, pero mira Cristi, a mi no me importa eso, lo importante es que haga algo que tenga dinero, que trabaje...*

*J. C. paciente masculino sección hacienda:*

*Yo digo que no lo hago por ganar dinero, no sé cuánto me va a dar yo solo lo hago por ayudarlo a vender, yo antes cuando tenía una mujer ella me ayudaba bueno entre los dos vendíamos de esto -5-, no era por catálogo pero si se vendían bien después pues ya no nos entendimos y se acabo el negocio...*

El siguiente esquema permite observar las prácticas cotidianas que tienen los sujetos de este estudio, ello permite observar la dinámica en la que se encuentra inmersa su cotidianidad.

**Cuadro: Prácticas cotidianas de los pacientes crónicos.**

Actividades institucionales	Actividades de ocio.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpieza, aseo personal</li> <li>- Desayuno</li> <li>- Servicio médico interno o externo (asistencia a consulta)</li> </ul>	Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentro de establecimiento                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vender (sacar puestos o abrir tienda)</li> <li>- Tejer</li> <li>- Realizar manualidad</li> </ul> </li> <li>- Fuera del hospital                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ir a cobrar a vecinos de la localidad</li> <li>- Compra de material para ventas</li> </ul> </li> </ul>
	Entretención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dentro de institución                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar el sol</li> <li>- Plática y convivencia con personal o pacientes de la institución</li> <li>- Asistencia a misa</li> <li>- Ver televisión</li> <li>- Escuchar música</li> </ul> </li> </ul>

			Fuera de establecimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita y convivencia con gente ajena a la institución</li> <li>- Jugar domino, baraja, apuestas, etc.</li> <li>- Compra de objetos personales</li> </ul>
--	--	--	--------------------------	---

Es así como entiendo que la vida cotidiana de los pacientes crónicos se desglosa, como bien lo establece Heller (1997) *“la vida cotidiana se desarrolla y se refiere siempre al ambiente inmediato”* (p: 25).

El paciente tiene que adaptarse a su medio más próximo en donde desempeñará actividades que sea capaz de realizar según su capacidad psicomotora. Misma que es estimulada en las terapias que se realizan en “la gruta”, ya que aquí la psicóloga encargada de esta área realiza actividades enfocadas a la estimulación de la memoria, participación, estimulación sensorial, motricidad (motor fina). Esto va de la mano con algunas terapias de rehabilitación que se les brinda a los pacientes.

Ciertos pacientes crónicos dejan notar simpatía por las personas nuevas que ingresan al hospital a realizar algún servicio. Al ingresar al hospital, identifiqué cómo el paciente “D” enseguida entabló plática conmigo contándome algunas anécdotas de cuando ingresó al hospital:

*“yo fui uno de los representantes en las olimpiadas que realizaban en los hospitales a nivel regional y el Campeón -6- y yo ganábamos, un día que fui a que me dieran la clasificación nos hicieron unas pruebas y pues yo si puse toda mi fuerza en las pruebas y uno que andaba allí , me dijo no “D” no les hubieras enseñado toda tu fuerza porque en base a eso te dan con quien competirás y todos los que están aquí no enseñan toda su fuerza ya hasta el día de la competencia y pues así ganan, estando en un nivel más bajo”*

Identifiqué además que algunas pacientes no brindan su amistad a “la gente de fuera” (como ellas lo dicen). Les resulta difícil relacionarse con ellos e incluso con sus mismas compañeras de pabellón. Se han dado problemas por ciertas incomodidades como: desagrado de algunas pacientes por el volumen relativamente alto del televisor a la hora de dormir argumentando que ya es muy noche para tenerla encendida; incluso se dan inconformidades entre las pacientes por tener abierta o cerrada la ventana que está en el pabellón.

Los sujetos de estudio identificados en esta investigación adoptaron una actitud de amistad conmigo, al establecer ciertas prácticas que tenía que realizar -no tanto como miembro del equipo multidisciplinario que pasaba visita médica- sino como un “cuate” (según palabra de los mismos sujetos de estudio) en donde mi práctica comenzaba a mi llegada a la instancia de salud, dirigiéndome así al paciente “D” y “CH” que se encontraban a un costado de la puerta principal del hospital realizando sus ventas.



Adentrándose en la zona de estudio, se obtiene simpatía de los sujetos. Es así que el saludo y una pregunta de ¿cómo ha estado? Fueron abriendo paso a la investigación. Una corta charla que tenía con los pacientes abría la comunicación con los demás. (Antes o después de terapia realizaba entrevistas con los pacientes para identificar características necesarias para la investigación).

Al terminar la terapia, se llevan a los pacientes a su área designada. Cabe mencionar que no todos los camilleros apoyan esta actividad, por lo que se realizaba esta tarea en conjunto con las psicólogas, situación que presentaba una demanda mayor en las necesidades de los pacientes -7-. En ocasiones permanecía más tiempo para poder rescatar alguna narrativa importante de la población general del hospital.

Es en este punto donde identifico algunos ritos -8- que son establecidos por los pacientes instituyendo así la celebración del matrimonio -9-. Se realiza la celebración eucarística, la convivencia, comida o bufete organizado por los trabajadores de la institución, así como la ejecución de algún baile alusivo a esta festividad (vals, víbora de la mar, aventar el ramo, etc.), cabe mencionar que aunque existe un vínculo matrimonial entre los pacientes, éstos no duermen o viven juntos, es decir que cada uno duerme y está albergado en su área correspondiente. En ocasiones, comen juntos y en los ratos libres comparten la convivencia.

En el instituto de salud se realizan diferentes reuniones o eventos alusivos a las diferentes festividades (15 de septiembre, día de muertos, navidad, día de la amistad, primavera, día de las madres, entre otros), en los cuales los pacientes hacen acto de presencia con algún disfraz o vestimenta alusiva. Usualmente estos eventos son organizados por personal de Psicología y en ocasiones apoya Trabajo Social, además de ser amenizados por grupos versátiles, mariachis o incluso grupos de escuelas que forman parte de un voluntariado en donde los alumnos presentan algún número artístico.

### **Proceso de duelo del paciente crónico**

La realidad en la cual están inmersos los enfermos crónicos se construye socialmente a causa del proceso por el cual atraviesan constantemente los sujetos de este estudio. Y aunque para el exterior represente un aislamiento o una marginación, para ellos representa, como lo explica Berger y Luckmann (2003) una realidad interpretada por los hombres y que para ellos tiene el significado subjetivo de un mundo coherente.

Es así como el enfermo, al encontrarse en el proceso del duelo, se enfrenta a vivir la pérdida de movilidad e identidad al ir atravesando este proceso. Reconstruye su realidad al dejar atrás la rutina que ya tenía. Sin embargo, para comprender el duelo del paciente, se tiene que conocer que el duelo se presenta como una reacción natural ante la pérdida de una persona, cosa, evento, función motriz, etc. Es una reacción principalmente emocional y de comportamiento de aflicción que suele incluirse en los componentes físicos, psicológicos y sociales. La duración e intensidad varía según el significado que cada persona le atribuye.

Los sujetos de estudio son masculinos entre los 49 a los 72 años de vida, no se conocían antes de su estadía en el hospital. Sujetos con diferentes historias de vida, lo único que llegó a unirlos (como ellos lo establecen) es la enfermedad, el estar “tullido o tieso” -10-, ser descuidados por sus familias y ser puestos a disposición de las autoridades del hospital. Tras identificar a mis sujetos, consideré relevante mencionar el término de la edad adulta, ya que según este rango, dos de mis sujetos de estudio son considerados en la tercera edad.

Según el artículo de El adulto mayor (nd), se menciona que datos de la OMS identifican a las personas de 60 a 74 años como de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le identifica como persona de la tercera edad.

Ahora bien, la vejez es una etapa de la vida como cualquier otra y aunque hay distintas definiciones según la percepción y enfoque dado, algunos autores definen a la vejez o la tercera edad a partir de los 60 años en tanto otros a partir de los 65-70. Otros simplemente lo consideran como una definición social.

Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo. México, al ser un país en desarrollo, considera anciano a una persona de 60 años. Es importante identificar como términos similares a: adulto mayor, anciano, personas de la tercera edad. Únicamente se ha ido replanteando, dadas las diferentes reformas presidenciales, como establece Araujo (2010). El inicio de la vejez está marcado por haberse cumplido 65 años, se entra en esta categoría oficialmente y el Estado otorga ciertos beneficios.

La vejez es una valoración subjetiva del individuo que la vive. El envejecer es sólo un proceso biológico inminente. Y aunque la autora que a continuación señalo plantea conceptos del envejecimiento, únicamente retomo aquel que me interesa para los fines de esta investigación. Ballesteros (2004) precisa que *“El envejecimiento patológico el cual se produce cuando una persona mayor presenta distintas malestares médicos importantes, estas patologías vienen marcadas por enfermedades físicas y mentales que impiden pueda realizar las actividades de la vida normal y que la persona pueda llevar una vida independiente. Se dice que una persona que padece algún tipo de demencia presenta un envejecimiento patológico. Estas personas, a lo largo de su enfermedad degenerativa, necesitan los cuidados continuos de algún familiar o la institucionalización...”* (p: 33)

La discapacidad que presentan estos sujetos de estudio es física, con lo cual disminuye su motricidad. Son identificados por algunos miembros del personal de salud como “rodantes” -II-, sin embargo, considero relevante el mencionar que entre los mismos pacientes existe esta distinción que el personal hace notoria dada la condición mental y física de los pacientes. Un ejemplo de ello es cómo “J” es considerado por los demás pacientes como deficiente mental dada su condición psíquica.

*Como lo explica “CH”:*

*¿Apoco a él le vas a hacer estas preguntas? ¿Sí? Pero el no es como nosotros el esta medio mal (en esta parte el paciente realiza círculos en la cabeza haciendo referencia a locura mismo que afirma a continuación) está loco, se le va, yo creo no te va a contestar bien y no vas a poder hacer tu tarea*

“J” tiene dificultad para contestar con exactitud algunos cuestionamientos. Sin embargo, su condición mental permite identificar algunos factores relevantes de la investigación, como lo es el proceso de duelo por el cual atraviesa. En tanto, los demás sujetos con los cuales interactúo me permiten conocer sus inquietudes y adentrarme en ese proceso único que viven de manera individual, en donde presentan el duelo por la pérdida o ausencia de la familia, así como la pérdida de movilidad de las extremidades, la pérdida de la identidad, entre otras.

“J”, paciente masculino que de manera continua y participativa se presenta en las terapias grupales realizadas en la sección de la gruta, puede identificar en este sujeto de estudio una ansiedad por estar en continua comunicación con su familia. Pedía de favor a la Trabajadora Social del área de la hacienda que lo comunicara con su familia vía telefónica. Ocasionalmente estos enlaces eran satisfactorios, pero por muy corto tiempo. El paciente cuenta además con numerosas fotografías que guarda y atesora en un lugar especial de su cómoda, dentro de una cajita y como lo expresó, *“sólo las cosas especiales están aquí”*.

Se percibe añoranza por el ayer y las situaciones que vivía cotidianamente antes de la enfermedad. Al preguntarle cómo se encuentra, cómo es la relación que existe entre sus compañeros y el personal de la institución, él asume una postura de *“todo está bien”*, no hay nada malo, disfrazando inconformidad con algunos cambios que existen en su dormitorio (cambio de lugar de algunos pacientes) y aunque en un principio el paciente se aislaba de sus compañeros, al ver que me encontraba en diálogo con mis sujetos de estudio, “J” se acercaba paulatinamente para entablar una plática como lo muestro en dos notas de mi diario de campo:

Octubre 4, 2011

“J” se acerco mientras entablaba plática con “G”, sin embargo, solo estuvo cerca de nosotros

Octubre 17, 2011

...” J” después de algunos días de acercamiento, comienza a hacer plática con nosotros, preguntando si ya vamos a cooperar para la bistesisa *-12-*, ya que él es el encargado de anotarnos”

Por otro lado “D”, al ser uno de los primeros con el cual entablo una comunicación, es el que me incorpora al grupo de amigos conformado por “CH” y José Carmen, en donde al principio él lideraba las pláticas. Continuamente recurría a las anécdotas de las olimpiadas regionales. Es así como “D” iba de los acontecimientos recientes hasta llegar a los trabajos que realizaba en las siembras de campos en los cuales se desempeñaba en un principio como campesino hasta llegar a administrador de la hacienda, teniendo en ese intermedio muchas oportunidades de casarse con hijas de los patrones, como él los define. Más tarde, cuando se presenta el padecimiento, “D” expresa: *“me sentí muy mal tantos logros que yo tuve, muchas muchachas que querían estar conmigo, tenía de donde escoger y mira termine tullido aquí, si yo pudiera ver y tuviera buena esta mano que cosas no haría...”*

La amistad que “D” tiene principalmente con “CH” es de hermandad, ya que existe un instinto de protección como lo puede observar según relato en una nota del diario de campo:

Diciembre 2, 2011

“aunque son puestos diferentes “CH” asume la protección por los artículos que “D” pone en venta, dando a conocer al comprador el precio de los artículos”

“D” presta utensilios para que “CH” pueda continuar con el tejido de la bolsa, como material, encendedor, existe además preocupación mutua por la presencia en la terapia en la gruta, así como amplia comunicación en cuanto a las salida a un servicio médico dentro o fuera de la institución.

“CH” expresa: *“siempre fui yo solo, no tuve a nadie, cuando estuve enfermo me dejaron”*.

Por su lado “G” es un paciente que el personal identifica como problema, ya que para algunos trabajadores les es molesto darse la vuelta y darse cuenta como “G” les hace gestos

*“A mí me preocupa un poco la nueva relación que existe entre “J”, “CH” y “G” ya que “G” es muy problemático, no vaya a meter en problemas a los demás o peor aun que estos vallan a abogar por alguna pillada que realice “G” (personal de psicología)*

“G”, al tener antecedentes no sólo de conflictivo sino de drogadicción y alcoholismo, es uno de los pacientes que las autoridades desean ayudar. Sin embargo no se ha tenido mucho éxito ya que el paciente no desea ayuda, argumentando que sólo es trampa burocrática para que él delate a las personas que le ayudan a prender su cigarro dentro de la institución. Este paciente, a pesar de ser canalizado a Psiquiatría, se rehúsa a entrar a este servicio. Psicología actualmente elabora un plan de acción para este paciente.

En tanto son diversas las situaciones que están presentes, antes durante y posterior a las diversas etapas de duelo que viven los pacientes crónicos, las pérdidas de alguna manera han influido en este proceso. Al estar presentes, reestructuraron la vida cotidiana del paciente, por lo cual considero relevante el mencionar algunas de las pérdidas que han tenido y las enlisto según categorías que consideré en el primer capítulo de esta investigación:

<b>Cuadro. Tipos de pérdidas del paciente crónico</b>			
<i>Pérdida Paciente</i>	<i>Sujeto (Familiares y amistades con vínculos afectivos importantes)</i>	<i>Cuerpo -13-</i>	<i>Material</i>
“J”	Distanciamiento de familiares Muerte de familiares cercanos o con vínculos afectivos profundos.	Funcionalidad psicomotora y mental	Empleo, casa, propiedades personales.
“D”	Hijo procreado con primera pareja. Muerte de familiares o personas con vínculos afectivos importantes, empleados a su cargo.	Movimiento de extremidades inferiores. Movilidad parcial de manos	Empleo, casa, propiedades.
“CH”	Muerte de padres, y distanciamiento de diferentes parejas, así como de familiares o conocidos con vínculos afectivos relevantes.	Movimiento de extremidades inferiores	Empleo, casa, propiedades personales.
“G”	Abandono por parte de 3 hijas, parejas, muerte o distanciamiento de personas con las que existieron vínculos sentimentales (primos, padres)	Movimiento de las cuatro extremidades.	Casa Propiedades Dinero

Después de identificar algunas características presentes en el proceso del duelo de los pacientes, realizo un cuadro que me permite enriquecer y comprender dicho proceso.

Cuadro No 9. Proceso de duelo del paciente crónico.						
	Negación	Ira	Negociación	Dolor o depresión	Aceptación	Intervención
"J"	Aun no acepta su estadía en el hospital, ni su enfermedad.	Contenida.	Los pacientes atraviesaron esta etapa al principio de su enfermedad, en donde pedían con infinita fe ayuda a un ser supremo para recuperar la salud, a cambio se prometa alguna manda (misas, procesiones, ir a un templo religioso) además de ser un mejor sujeto con la gente que lo rodeaba (es decir buen trabajador, buen esposo, etc.)	Esta etapa se presenta con frecuencia en los pacientes crónicos, se deja notar nostalgia por la ausencia de sus familiares.	Únicamente se presenta a la enfermedad más no a la pérdida o ausencia de familia.	La intervención que realizo con los pacientes crónicos en un inicio es acompañamiento, en donde los escucho atentamente, sin emitir ningún juicio de valor, permitiendo al paciente exprese sus sentimientos libremente. Obteniendo así su confianza.
"D"	Sueños recurrentes sobre actividades que realizaba antes de enfermedad crónica.	En su momento el enojo y frustración fueron presentados hacia Dios y la familia por encontrarse en medio de la enfermedad	No solo reafirman la pérdida del movimiento sino también la pérdida de individualidad e independencia que lo caracterizaba antes de la enfermedad	El paciente ya identifica su depresión, razón por lo cual es canalizado al servicio de psicología.	Paciente que refiere haberse "resignado" a la situación por la cual atraviesa	Posterior a esto en las siguientes pláticas ya se realizaban interacciones con el paciente en donde se le preguntaba ¿Cómo se sentía? Y que era lo que deseaba hacer en cuanto a alguna situación en específico
"CH"	Esta etapa se presento al principio de la enfermedad en donde el paciente no aceptaba lo que implicaba su enfermedad	Tras la enfermedad, el paciente refiere haber identificado enojo con el mismo por pasar por la enfermedad crónica. Posteriormente enojo con Dios por ponerlo en esta situación.	Frecuentemente es atendido por psicología por presentar varios episodios depresivos, en los cuales refiere sentir inmensa tristeza. "de repente me pongo triste, así simplemente llega"	Asume enfermedad inicial.		
"G"	Aun desea regresar el tiempo y volver a ser el "chavo banda" al cual todos en la colonia le tenían	Profundo enojo tras no poder hacer nada con respecto a su situación física, se siente impedido para las diversas actividades. (refiere sentir que todo el personal está en su contra, que no le permiten hacer nada)	Este paciente no desea dar a conocer al personal médico su tristeza sin embargo en numerosas ocasiones a referido deseos de muerte	Paciente que aun no llega a etapa de resolución. Servicio de psicología piensa en canalización a psiquiatría		

## Después de la enfermedad, ¿qué sigue?

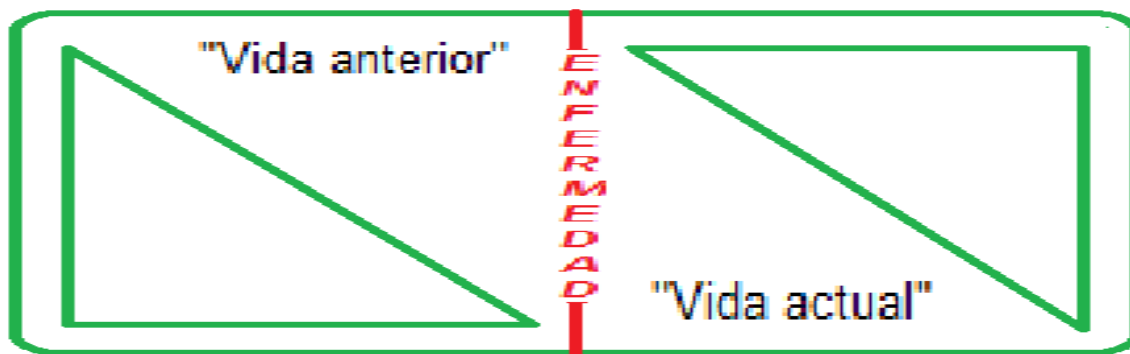
Antes de abrir este apartado me gustaría recapitular un poco sobre cómo el paciente vive día a día su cotidianidad, desde una realidad que antes era común para él hasta que un suceso no predecible comienza a hacerse presente, tal como la aparición de los primeros síntomas de una enfermedad crónica.

En esos momentos, con la ayuda de familiares, es llevado a un centro de salud más cercano a su lugar de residencia para recibir una atención médica. Posteriormente tiene que cambiar su lugar de residencia, de una estancia en casa o simplemente la canalización al hospital para enfermos crónicos Dr. Gustavo Baz Prada (según sea el paciente). Por lo general, los pacientes que ingresan a este hospital llegan con el diagnóstico de una enfermedad crónica, reconstruyendo así su propia realidad, acoplándose a nuevas actividades.

Así el paciente, tras la confirmación de su enfermedad, comienza con otro capítulo en su vida: aprender a vivir con una enfermedad crónica. No es sólo el nombre de la enfermedad lo que conoce, es el hecho de no poder realizar alguna actividad, como lo expresa "D":

*Ya no me acuerdo que tengo, tengo muchas cosas, me duele esto (hace alusión a su hombro y brazo) no puedo caminar, ya no veo bien, estoy en esta silla, en pocas palabras estoy tullido no puedo hacer las cosas, solo tejer mis bolsas*

A su manera, cada paciente ha identificado su enfermedad como algo que los imposibilitó a continuar la vida que ya tenían. Señalan además dos vidas: la anterior y la actual, siendo la enfermedad el punto medio en donde se entrelazan ambas.



Ahora bien, los pacientes crónicos de esta instancia de salud refieren que sólo les queda esperar, que todo ser humano se dirige hacia la muerte y, como señala J.C. paciente crónico masculino:

*¡Unos vamos antes que otros yo ya estoy más para allá que aquí, en esta vida, unos antes unos después, el camino es largo estando aquí en esta silla todo tieso, pero sé que cuando me muera descansaré y dejaré descansar!*

Sin duda este paciente se refiere a la muerte. Así como él, mis sujetos de estudio visualizan la muerte como un estado al cual llegarán. Donde, según su ideología, estarán en un lugar mejor que disfrutarán con esa libertad. Castro (2008) cita a Santo Tomas de Aquino explicando el concepto de muerte como "la separación del cuerpo y el alma".

Sin embargo, retoma conceptos como el de Thomas Vincent, que explica la muerte biológica o desaparición del individuo y reducción a cero de su tensión energética, consistente en la detención completa y definitiva, es decir irreversible, de las funciones vitales especialmente del cerebro, corazón y pulmones. A la pérdida de la coherencia funcional sigue la abolición progresiva de las unidades tisulares y celulares. La muerte opera pues a nivel de la célula, del órgano, del organismo y en última instancia, de la persona en su unidad y especificidad.

Cabe mencionar que la muerte tiene un significado diferente para cada persona, la cual en ocasiones es influenciada por las creencias religiosas.

Dado que la enfermedad crónica, como ya se mencionó anteriormente, resulta en padecimientos que se presentan por tiempos indeterminados y no necesariamente llegan a la muerte. El paciente crónico atraviesa por una serie de sentimientos y/o emociones que no sólo lo preparan para la muerte sino para la aceptación de su condición, así como todas aquellas pérdidas que se van presentando en su cotidianidad, ya que el paciente ve a la muerte como esa meta a la cual llegará y -aunque no niega la existencia de miedo e incertidumbre ante este proceso- está seguro que descansará. Sin embargo, lo que refieren mis sujetos de estudio es que lo que les da ánimo de seguir con vida es la continua dinámica que se da con las gente, es decir las personas que llegan a visitarlos, amigos, conocidos o simplemente el saludo o compañía de algún trabajador, situación que ayuda a combatir la soledad en la que en ocasiones se encuentran inmersos.

Al ingresar al hospital, “D” siempre se preocupó por tener un sostén económico, a pesar de que no pagaba cuota. Deseaba tener dinero para cualquier cosa o gusto que quisiera, por lo que comenzó a invertir en material para tejer bufandas, además, de que realizaba actividades que lo mantenían ocupado, lo cual ayudaba en cierta manera a enfrentar la enfermedad que lo aquejaba.

Le gustaba salir con sus compañeros, incluso conversar con ellos. Ocasionalmente existían situaciones que incomodaban al paciente, pero lograba limar esas asperezas.

Una manera de lidiar con su enfermedad y aprender a vivir con ella fue sin duda alguna cuando fue parte de los juegos paraolímpicos a nivel regional, lamentablemente “D” no recuerda el año exacto cuando resultó uno de los finalistas. Estas actividades han servido de motivación para los pacientes y en el caso de “D”, le han ayudado a sentirse útil y parte de una historia.

Actualmente sólo tiene una lona en la cual pone todos su artículos de venta, tales como: ligas, bolígrafos, broches, esmaltes para uñas, etc.

Existe un lazo de amistad muy fuerte con pacientes como “CH” y J.C.

Por su lado “CH”, en su ingreso al hospital, se sintió triste como ya se ha mencionado. Ha tenido que lidiar con diversas patologías, lo que en ocasiones fue realmente muy cansado para el paciente, como él señala:

*“... Estaba cansado y harto de todo el procedimiento ya no quería que me hicieran nada, después hasta iba al dentista y ahora sigo mi tratamiento de la piel, para mis brazos y cara”*

El paciente menciona no recordar el nombre de la enfermedad que posee pero está consciente de los síntomas de las diferentes patologías que presenta, por lo que se preocupa en obtener ingresos para poder comprar sus medicamentos, por lo que teje y vende bolsas.

Ocasionalmente refiere sentirse triste, por la situación en la cual se encuentra, además de asimilar no saber nada de su familia, que ahora lo más cercano a la familia es el personal del hospital y algún compañero como lo es “D”.

“CH”, describe que el vivir después de haber adquirido la enfermedad, es algo difícil, situación que le guste o no, debe superar.

*“Después de la enfermedad pues.... Pues nada, solo vivir despertar, venir a vender, luego me enfermo mas y me duele y ni al baño puedo ir , siento que no me quedan fuerzas, pero pues ahora estoy bien, me gusta me siento bien, nadie se mete conmigo, ni yo con ellos, todo bien...”*

Por su parte, “J” expresa que para él no han cambiado muchas cosas, que a pesar de su enfermedad, ocasionalmente la familia acude a visitarlo, le llevan fotos o regalos de alguna salida familiar. Especialmente en este paciente noto estancamiento emocional, no aceptación al tener lejos a su familia. Sin embargo, refiere haber tenido algunas “novias” durante su estadía en el hospital, situación que lo sonroja y al mismo tiempo lo llena de esperanza y ánimo para el alineo personal. Este paciente es uno de los más participativos en las diferentes tareas que se presentan en las terapias grupales en “la gruta”.

Su enfermedad no es obstáculo para desenvolverse socialmente o trasladarse a diferentes lugares dentro o fuera de la institución de salud, ya que es común verlo por diferentes lugares del pueblo de Tepexpan.

Actualmente continúa con asistencia a consulta médica, la cual es brindada por la misma institución. No se dedica a ninguna actividad que le genere algún ingreso ya que su familia le envía una despensa cada determinado tiempo, así como ayuda económica, situación que hace sentir al paciente útil al tener apoyo familiar.

“J” es un paciente que es considerado por el personal como tranquilo y sin problemas, no es partícipe de riñas o descontentos, entabla comunicación con todos los pacientes incluyendo a “G”. Actualmente se encuentra en una negación rotunda de lo que es su vida a partir de la enfermedad, aún desea tener la vida que dejó atrás con todo lo que eso implicaba.

*“... en la colonia yo era el mero mero, nadie se metía conmigo, bueno si había unos pasados de lanza pero yo era más... aquí... no es igual, nadie me quiere no les caigo bien, las enfermeras les dicen a todos que no me hagan caso porque soy grosero, les inventan cosas de mí, que las miro de forma rara y que mejor ni se acerquen a mi...”*

“G” se acerca a quien se lo permita, trata de entablar conversación, en ocasiones presenta emociones de inferioridad, algunas enfermeras y camilleros lo encasillan como problemático pues refieren que es un paciente que siempre quiere hacer su voluntad y que él es quien impone el desorden, motivando a otros a la desobediencia.

*Enfermera anónima:*

*“ G es un paciente que siempre tiene algo de qué quejarse no le parece nada, en ocasiones es muy grosero, yo te aconsejo no te involucres demasiado con él , tu a lo tuyo, el solo busca con quien platicar y decirle cosas de nosotros, ...”*



En meses anteriores, este paciente no tenía ningún ingreso hasta que consiguió vender joyas de fantasía para mujer. Algunos refieren que busca ingresos para continuar con el vicio de las drogas, ya que establecen que en ocasiones fuma marihuana **-13-** y se resiste a las terapias psicológicas y/o psiquiátricas. En su omento “G” refirió querer obtener ingresos para abastecerse de mercancía para vender café, sopas instantáneas, dulces, etc. Pese a que las cosas no estaban a su favor por señalamientos de trabajadores del hospital (el Director se opondría a la implementación del puesto), “G” logró establecer sus mercancías. Sin embargo, los problemas surgieron cuando no encontró quien lo ayudara a sacar y acomodar su mercancía para la venta, ya que al ser paciente cuadripléjico, resulta necesaria esa ayuda. Sin embargo, no falta algún prestador de servicio, religioso o amistad que lo auxilie.

Al tener ventas, el paciente ha referido sentirse muy contento y motivado para seguir con esta actividad. En ciertos momentos mostró preocupación por la actitud de las autoridades institucionales.

Algo que a “G” le entristece es el paradero de la hija a la cual crió, quien tiempo atrás se encontraba en tratamiento por adicciones en un grupo de alcohólicos anónimos aparentemente internada. Identifiqué que “G”, como la mayoría de los pacientes, gusta de contar una y otra vez la narrativa de momentos significativos en su vida, acción que les ayuda a sentirse mejor.

Con esto se comprende que el hecho de que el paciente crónico supere día a día su estadía en el hospital es gracias a las diferentes redes de apoyo con las que cuenta, razón por lo que resulta necesario desglosar e identificar factores importantes de las redes presentes alrededor del paciente crónico.

### Notas

**-1-** Área al aire libre, ubicada a un costado de la sección hacienda, por su estructura, facilita actividades de recreación.

**-2-** Cabe mencionar que al ser un hospital que cuenta con consulta externa, son estos usuarios los que compran en estos establecimientos.

**-3-** La mayoría de los pacientes realiza actividades personales, como esta. Sin embargo, el servicio de lavandería del hospital cubre esta necesidad.

**-4-** Paciente femenina, ubicada en área “la hacienda” en la sección de mujeres, con ayuda de telar teje bufandas

**-5-** El paciente se refiere a la venta de cosméticos.

**-6-** Apodo que se le da a un paciente masculino, el cual antes de enfermedad realizaba como actividad deportiva la lucha libre.

**-7-** Realizar favores extra como comprar algo en la tienda, sacar de un mueble algún artículo personal, leer un libro en voz alta, acomodar la bacinica. Estas situaciones no siempre eran resueltas por personal de la gruta, ya que se pedía a los camilleros o enfermeras cubrieran dicha necesidad del paciente

**-8-** Se entiende por rito según Maisonneuve designa un culto, una ceremonia religiosa, pero también en sentido más amplio un uso, una costumbre, este doble sentido, amplio o restringido, vuelve a encontrarse en el lenguaje corriente; puede presentarse también una tonalidad peyorativa

para evocar una conducta mecánica, estereotipada, cuyos sentidos y alcance están más o menos periclitados o incluso son también irrisorios, los rituales pueden ser religioso.

-9- Según Maissonneuve el rito matrimonial es visto como la unión de los esposo y la fundación de un hogar que tiene como efecto un acto social reflejado religiosa e institucionalmente con ritos

-10- Término que el paciente utiliza para autodenominarse, dada la condición física que presenta.

-11- Pacientes que se desplazan en silla de ruedas al tener disfuncionalidad para realizarlo con las extremidades inferiores. El entrevistado menciona que los pacientes tiene ruedas no pies para poder trasladarse razón que tiene para denominarlos de esta manera.

-12- Reunión social en donde la convivencia gira en torno a la preparación del plato principal, el cual es la carne asada. Se cocina la carne con ayuda de una parrilla y se utiliza como combustible el carbón. La carne preparada se sirve en tortillas de maíz o trigo, denominándose taco de carne asada, se suelen preparar una o varias salsas picantes, cebollines, guacamole y cebollas asadas. La comida se acompaña con refrescos. La carne preferida es el lomo de res, por ser más tierna, marinada con sal y jugo de limón por al menos tres horas antes de asarla.

-13- Paciente que a pesar de ser cuadripléjico, fuma gracias a que posee un bastón que está adaptado para detener el cigarro, únicamente solicita ayuda para colocarlo en dicha herramienta.

### **Bibliografía**

- Araujo, M. R. (2010). Viejos. Ayer, hoy sin mañanas. Adultos mayores y adicciones. México. Ediciones Mandela
- Araya, U.S. (2010). Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Ballesteros, J. S. (2004) Gerontología, un saber multidisciplinario. Madrid. Editorial universitas
- Berger, P y Luckmann, T (2003). La construcción social de la realidad. Buenos aires. Amorrortu
- Castro. G. M. C. (2008). Tanatología, la familia ante la enfermedad y la muerte. México. Trillas .
- El adulto mayor (nd) obtenido el 30 de julio del 2012 de [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lar/dionne\\_e\\_mf/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf)
- Filosofía y cotidianidad (nd), Filosofía y cotidianidad. (nd) obtenida el 14 de junio del 2012 de [http://olimon.org/uan/rubio-filosofia\\_y\\_cotidianidad.pdf](http://olimon.org/uan/rubio-filosofia_y_cotidianidad.pdf)
- Heller, A. (1997). Sociología de la vida cotidiana. Barcelona. Ediciones península
- Maissonneuve, J. (1991). Ritos religiosos y civiles. Barcelona. Editorial Herder
- Thompson. J. B. (1993). Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas. México D.F. UAM