



RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes



Universidad
Nacional
de Quilmes

Molina, José

Relatos en primera persona : experiencias de internación en cuidados intensivos



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/>

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:

Molina, J. y Espíndola, K. (2017). *Relatos en primera persona: experiencias de internación en cuidados intensivos. Territorios del cuidado*, 1(2), 52-62. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3497>

Puede encontrar éste y otros documentos en: <https://ridaa.unq.edu.ar>

Relatos en primera persona: Experiencias de internación en cuidados intensivos.

RESUMEN

El presente trabajo se propone mostrar una “experiencia de internación” en una Unidad de Cuidados Intensivos, que pone de relieve el padecimiento que conlleva dicha situación. Se trata de evidenciar como las dinámicas con que se configuran en general las unidades de cuidados intensivos, inciden no solo en el cuerpo “físico-biológico”, sino que involucran el plano psíquico, generando en algunos casos, sufrimiento psíquico, con angustia y sentimientos de desprotección.

Las unidades de cuidados intensivos, a nuestro entender, se constituyen en “instituciones totales” (Goffman, E. 2009) entendidas como espacios que reemplazan la vida cotidiana de los sujetos, creando y sosteniendo un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, el cual despoja al sujeto de todo su equipo de identificación (ropa, elementos personales, manejo de sus hábitos de alimentación, descanso y sueño, familia) desencadenando en algunos casos la pérdida del sentido de seguridad personal, al generar la impresión de encontrarse en un ambiente que no garantiza su integridad física, sin tener además la posibilidad de defenderse, debido en muchos casos

al tratamiento recibido (como por ejemplo estar bajo los efectos de sedación).

La intención es, hacer visible el aspecto subjetivo del cuidado. El creciente avance de los dispositivos asociados a la hipermedicalización y tecnologización de la vida, montados sobre el discurso que plantea su necesidad debido al riesgo inminente que corre la vida, y que se ponen en juego al momento de ingresar a este tipo de unidades, produce en algunos casos un proceso de deshumanización en los términos que Goffman plantea como “des-identificación del Yo”, en donde el cuerpo biológico asume un predominio sobre todos los demás aspectos que configuran su “ser” y que llevan a una “cosificación” del paciente internado.

Se trata de recuperar los relatos y experiencias de internación de los sujetos, que a nuestro entender, resultan centrales a la hora de comprender la diversidad de formas de experimentar el padecimiento y la internación, para poder instalar la reflexión acerca de los cuerpos como significantes sociales, y de los procesos de deshumanización del cuidado con la consiguiente necesidad de re-humanizarlos.

Palabras clave: Cuerpos, medicalización, cuidados humanizados, sujetos, enfermería.

1- José A. Molina es Licenciado en Enfermería, (UNLZ) Profesor Universitario en Enfermería (U. del Salvador) y Diplomado en Educación Médica (UNT) mail de contacto: ajmceb@gmail.com

2- Karina Espíndola es Licenciada en Enfermería (Facultad de Medicina de la UBA) y Antropóloga (Facultad de Filosofía y Letras de la UBA). Profesora Asociada del Taller de Investigación I, II y III e investigación en enfermería I y II de la Licenciatura en Enfermería. Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes. karina.espindola@unq.edu.ar

Un avance de este trabajo fue presentado en las I Jornadas Interuniversitarias de la Región Metropolitana y conurbano bonaerense en septiembre de 2017 organizadas por la Universidad Nacional de Quilmes.

INTRODUCCION:

La condición por la que pasa el sujeto internado, así como los fines de la institución que lo inscribirá en su funcionamiento, pueden ser abordados desde la significación y construcción de la vivencia y la representación de la enfermedad por quienes están internados en la terapia intensiva.

El presente artículo se propone poner de manifiesto los procesos de construcción de sentido en relación a determinadas enfermedades y padecimientos, en las circunstancias particulares de una internación en terapia intensiva. Sobre todo persigue el interés de mostrar los posicionamientos desde dónde los sujetos realizan la ruptura con los límites de las condiciones establecidas e intentan generar una estrategia que pueda poner un límite al proceso de “mortificación de su yo” (Goffman 1967) que indefectiblemente implica su consiguiente “des-identificación”. Siguiendo a Batallán y García planteamos que los sujetos en algunos casos son intérpretes polémicos de su realidad y luchan por revertir determinadas situaciones desventajosas. (Batallán G; García J. 1992)

Esta problemática se inscribe en el campo de la salud, específicamente en relación con los espacios institucionales donde se desarrollan los hechos; pero además incorpora conceptos provenientes del campo de la antropología del cuerpo, en la medida que el cuerpo pasa a ser considerado un recurso plagado de sentidos, a título de la enfermedad o del sufrimiento. También considero que podría ser inscripta siguiendo a Jimeno (Jimeno 2004), dentro del campo de la antropología de las emociones, en la medida que intenta dotar de sentido a las experiencias dolorosas del sujeto desde una perspectiva social. Jimeno propone trabajar el concepto de “emoción” no como si fuera una “cosa” (Jimeno M. 2004) que se expresa en un mensaje, sino más bien en enfocar el mensaje emotivo como

constituido en una relación contextualmente codificada.

La expresión emocional sería una verbalización de patrones culturales que existen para el intercambio de mensajes, donde la emoción no es lo opuesto a la razón y al pensamiento. Emociones, pensamientos e intenciones formarían parte de una estructura contextual que los vincula en la misma unidad y el remite al contexto de los contextos. (Jimeno M.2004)

En este sentido queremos señalar la centralidad de reconocer la historicidad de los procesos, la agencia de los sujetos, la acción significativa en articulación con otros aspectos de significado cultural y con la estructura social, (Giddens 1982, Rockwell 2009), la concepción de un mundo atravesado por el lenguaje (Gadamer 1993, Lahire 2006, Ricoeur 1984) el eje puesto en la narrativa (Ricoeur 1984, Piña 1989) el lugar de la memoria en la configuración del relato (Portelli 1989), y el valor de la entrevista (Cicourel 1982).

Esta temática, a nuestro entender resulta central para pensar cuidados de enfermería de calidad, desde una perspectiva humanizadora que supere la mera manipulación del cuerpo para incluir dentro del abanico de cuidados, el concepto de fragilidad bio-psico- espiritual por el que atraviesan las personas internadas.

Aspectos Metodológicos

Metodológicamente se ha elegido un enfoque que considera el análisis de la situación de enfermedad desde la experiencia vivida. Este enfoque centrado en las historias de vida, se propone contar en primera persona, es decir desde la propia mirada del sujeto, su experiencia de internación en una unidad de cuidados intensivos- Siguiendo a Piña (Piña 1989) la narrativa interesa en tanto constituye “un relato de vida en donde el sujeto al narrar su historia, va construyendo en tal discurso una

imagen del sí mismo desde una posición existencial (ubicación temporal, social, espacial. Este relato se sustenta sobre el mecanismo de la memoria que actúa trayendo hasta la actualidad de un modo consciente o no, fragmentos de su pasado reconstruidos desde el tiempo presente (Piña 1989). A través del recuerdo, el pasado es lingüísticamente reproducido, “es revivido con todo lo artificial e inexacto que pueda haber en tales conceptos.”(Piña 1989)

Este enfoque teórico-metodológico se apoya en el supuesto acerca de que cuando el sujeto cuenta su vida muestra un discurso interpretativo (montajes, omisiones, encadenamientos, atribuciones de causalidad) cuya particularidad es estar estructurado en torno a la construcción de una versión del sí mismo, en base a atribuciones de significado pre existentes en su entorno cultural. (Piña 1989)

Esta forma de abordaje permite hacer visible las tensiones presentes entre la perspectiva “objetiva” de existencia de “enfermedades sin sujetos” y el punto de vista del enfermo. Es decir, cómo la enfermedad es vivida y afrontada, qué consecuencias tiene para el sujeto y qué comportamientos suscita en los otros. La inclusión del punto de vista de los sujetos, a nuestro entender facilita la visibilidad de los sentidos asignados a determinada situación experimentada. Estos sentidos están mediados, contruidos y reconstruidos desde el lenguaje pero no se agotan en él sino que van más allá de lo dicho.

Siguiendo a Ricoeur (Ricoeur, P. 1984) destacamos la relevancia simbólica de la narrativa y de la cualidad pre-narrativa de la experiencia humana. Para el autor, la vida es “una actividad en búsqueda de ser narrada.” (Ricoeur 1984) El simbolismo confiere a la acción una primera legibilidad, haciendo de la acción un cuasi texto para el cual los símbolos proporcionan las reglas de significación en función de la cual una conducta determinada puede ser interpretada. El lenguaje del cuerpo, las entonaciones, los gestos, los si-

lencios, los sobreentendidos, la pronunciación dan sentido a las palabras.

Sobre la base de estos elementos, y tendiendo a destacar la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar y su reconocimiento, es que se ubica esta perspectiva de abordaje, como categoría diferenciada de la enfermedad y del cual se pretende dar cuenta.

La experiencia en primera persona

“El día lunes 31 de octubre de 2016 a las 6 de la mañana, mientras me duchaba, sentí un fuerte dolor en el pecho. Supuse que sería un INFARTO. Como pude salí de la ducha, me sequé y pedí ayuda a mi familia. Me ayudaron a vestirme y me ofrecieron acompañarme a la guardia médica de un Hospital Privado. Les pedí que por favor llamaran una ambulancia y así lo hicieron”

Así empieza esta historia, en primera persona. En primera persona confluyen el autor, los investigadores y el sujeto que ha experimentado una internación en una terapia intensiva. Para ello consideramos necesario hacer explícito el lugar desde donde hablamos. Ambos somos enfermeros con una larga trayectoria profesional, en uno de los casos, con más de treinta años no solo en la atención directa de pacientes internados en terapia intensiva, sino también en el campo de la gestión de instituciones de salud y de la formación de enfermeros en el ámbito universitario, además de nuestros desarrollos personales en el campo de la investigación disciplinar. Desde este lugar consideramos el valor y la riqueza de contar esta experiencia como dijimos en primera persona. Una primera persona que es a la vez forma parte del sistema de salud y conoce su dinámica, su código comunicativo, sus problemáticas. Esa primera persona que se vio expuesto en su doble condición: la de enfermero y docente, y la de paciente al mismo tiempo.

Esa primera persona que además conoce y reconoce que las experiencias de internación no necesariamente deben ser experiencias dolorosas para los sujetos, pero que a pesar de ello experimenta el padecimiento durante su internación.

A un año de aquel doloroso evento, nos proponemos analizar aquella situación desde una perspectiva antropológica, tratando de colocar en un eje conceptual aquella experiencia en término de los sentidos asignados a los cuerpos, a los sujetos, y a la enfermedad.

Posicionándonos en el sentido más extremo del concepto de “implicancia” planteado por Althabe (Althabe G. y Hernández V. 2004), hacemos visible un doble rol: el de ser investigadores pertenecientes al campo de la salud por un lado y por otro en el hecho de que uno de ellos ha participado como actor interno principal de la situación narrada, una situación vivida en espacios-tiempos profesionales. El análisis que aquí presentamos haciendo explícito ese doble rol se construye desde un ejercicio reflexivo permanente alrededor de algunas cuestiones metodológicas relacionadas con la “distancia” entre el investigador y su objeto de indagación, es decir, que siempre estuvo presente la preocupación por generar una objetivación que nos permitiera “remover “la apariencia naturalizada del “mundo social”, en este caso de la terapias intensivas. Permanentemente y a modo de vigilancia epistemológica nos hemos planteado nuestra “implicancia” en este espacio.

“Cuando irrumpe la enfermedad y amenaza la vida”

“Llegué a la guardia, la atención del personal de Enfermería y médico fue muy satisfactoria, todos se movían rápido y eficazmente. Me derivaron a estudios de imágenes, vi como un residente de cirugía traía cajas con material quirúrgico, ya que la médica que me asistía me dijo que era un Neumotórax hipertensi-

vo, a partir de ese momento no pude recordar nada más, salvo episodios aislados.”

“Lo que si recuerdo es que estaba en una cama y sentí movimientos a mi alrededor, cuando me di vuelta hacia mi derecha, alcancé a ver a dos personas vestidas con camisolín, barbijo gorro, guantes estéril etc. etc., y un trocar (un tipo especial de aguja) de más de 30 cm. Pregunté que me iban a hacer, me respondieron: “Date vuelta”. Esa respuesta me puso muy inquieto, ansioso. Me puse a llorar (de impotencia frente a tal avasallamiento) diciéndoles que ellos tenían que explicarme que me iban a hacer”. Una enfermera se acercó a mí y me calmó diciendo que ella me iba a cuidar, que mientras ella estuviera de guardia no me iban a tocar... Evidentemente pasaron a una determinación más fácil, sedación seguramente (no recuerdo más nada)”

En el campo de la salud, la tecnologización de las vidas que constituye una estrategia de la modernidad, en muchos casos, ha contribuido a exacerbar la fragmentación del sujeto hasta llegar a un punto extremo de “cosificación” observado y referido en este relato precedente acerca de las unidades de cuidados intensivos.

En este sentido Goffman en 1967, ya está planteando una tensión y un conflicto permanente entre las normas humanitarias y la eficacia institucional, señalando un ejemplo: los efectos personales de un individuo son parte importante del material con que se construye su yo. Los mismos son eliminados en la medida que pueden dificultar el funcionamiento normal de la institución. (Goffman, 1967)

“Indagando a personas allegadas que estuvieron en mi internación una vez que pasé a una habitación, dan testimonio que yo me quejaba mucho del procedimiento efectuado - colocación del drenaje bajo agua, sin anestesia y me habían hecho sufrir mucho. El personal de enfermería sugería que yo estaba confuso,

¿(hipoxia)?”

“Recuerdo que me hicieron un estudio en un lugar que no puedo determinar (si fue antes o después) del incidente narrado con anterioridad. Cuando salgo de ese estudio, me vienen a buscar un camillero y un residente de cirugía, quienes toman una actitud de ninguneo hacia mi persona. Esto me puso muy ansioso y no quería que me tocaran y tuvo que intervenir el médico que me hizo el estudio solicitando me deje poner el oxígeno, diciéndome “que no era nada”. (Lo que él no vio fue lo que me habían hecho segundos antes).

El relato presentado señala un momento donde el individuo comprueba que su respuesta defensiva falla en la nueva situación; no puede defenderse ya en la forma habitual poniendo cierta distancia entre la situación mortificante y su “yo”. Estos procesos de mortificación descritos por Goffman se disponen para demostrar al actor que ha perdido la función del dominio sobre su mundo. Se rompe la intimidad que guarda sobre sí mismo, que asimismo produce una ruptura en la relación habitual entre el actor y sus actos. *Se viola la autonomía misma del acto.* (Goffman 1967)

La pérdida del propio nombre puede representar una gran “mutilación del yo” el cual genera un deterioro personal consiguiente al retiro del equipo de identificación. Goffman hace referencia a estos dispositivos denominándolos la “mortificación del yo” a través del cuerpo, en donde suele perderse el sentido de la seguridad personal. La pérdida del equipo de identificación puede impedir que el individuo se muestre ante los demás con su imagen habitual.

“Luego tengo recuerdos como de una pesadilla, como que yo estaba durmiendo en mi casa y no podía despertarme, veía luces muy fuertes y la sensación de una caída libre. Posteriormente me desperté en UCI intubado y con todos los accesorios habidos y por haber. (Post cirugía torácica, donde se procedió a suturar las bullas y fistula que aún perdían como si fueran

una chimenea. (Según versión del cirujano torácico). Estuve allí alrededor de 14 días. Obviamente por estar intubado no podía hablar; los Enfermeros/as me aspiraban y me hacían sufrir mucho con cada procedimiento.”

El individuo tiene que participar en una actividad de la que derivan consecuencias simbólicas incompatibles con su concepción del “yo”. Un ejemplo consiste en imponerle una rutina diaria que considera ajena, forzándolo a asumir un papel que lo des-identifica. (Goffman 1967).

“Yo deseaba la muerte más que nada”

“Es tan impresionante la vivencia de la internación y los procedimientos que allí se llevan a cabo sobre todo cuando uno ya no está en coma farmacológico, es decir cuando uno ya empieza a despertar, que obviamente como todo paciente en este período, comencé con excitación por encontrar la dificultad de tener algo en la tráquea(el tubo endotraqueal). Comenzaron a decirme el procedimiento que deseaban hacerme. Pero cuando me avisaban que me iban a aspirar las secreciones por el tubo, yo comenzaba a negar con la cabeza, a lo que venía el consiguiente reto. “Quédese quieto se va a extubar”.

¿Acaso alguien sabe lo que se siente cuando proceden a aspirarte, la sensación de asfixia, con la impotencia de no poder pedir auxilio ni explicarles que me hacían sufrir?

Goffman (Goffman 1967) señala que en una “institución total” en nuestro caso, la Terapia Intensiva, el personal puede someter a reglamentos y a juicios la línea de acción de una persona. Según el autor, la permanente interacción de sanciones provenientes de la “superioridad”, en nuestro caso del personal de salud, invade la vida del sujeto internado. Cada especificación priva al sujeto de una oportunidad de equilibrar

sus necesidades y sus objetivos en una forma personalmente eficiente y como en el caso presentado expone su acción a las sanciones. (“Quédese quieto se va a extubar”).

“Recuerdo una vez que vino una médica y me pidió permiso para sacarme sangre arterial, yo le pedí con gestos que no lo hiciera, (el dolor que me causaba era muy fuerte). Posteriormente de mi alta me quedó una tendinitis de la mano izquierda que me causó mucho dolor.

“Durante este período de la internación padecí una arritmia y una trombosis venosa profunda en ambos miembros inferiores. Hice además una colestasis, una hiperglucemia y una sepsis con punto de partida en el catéter intravenoso por donde me pasaban la medicación”.

“Estimo que ellos confundían con desorientación, lo que eran mis exigencias por un trato humanizado, que incluía la necesidad de que me expliquen los pasos a seguir en el tratamiento tanto médico como de enfermería. Cuando yo narraba mi experiencia y preocupaciones al personal, las cosas que me habían pasado, luego que salían de la habitación, yo escuchaba como comentaban entre ellos, “todavía está confuso”.

Interesa señalar aquí el carácter reflexivo de los sujetos (Coulon 1988). La reflexividad designa las prácticas que describen los sujetos y que, a medida que son enunciadas, van construyendo el sentido, el orden y la racionalidad de lo que están describiendo. Describir una situación es construirla. (Coulon 1988)

No obstante, según Coulon (Coulon 1988), los participantes se niegan de un modo u otro a aceptar el punto de vista oficial sobre lo que deberían dar y recibir de la organización y más allá de esto, sobre la índole del yo y del mundo que deberían aceptar para sí mismos. *“Quiero señalar que yo “no estaba confuso” recuerdo cada una de las palabras y tratos hacia mí. Necesitaba contar lo que me había sucedido, lo que no*

encontraba era quien escuchara mi relato. Pasado ya un tiempo prudencial pienso que tal vez al decir que yo “estaba confuso” de alguna manera ese “otro” a quien yo le contaba mi experiencia, estaba negando la propia existencia de ese maltrato. Supongo que sería más fácil de procesar, el asumir que era yo que “desvariaba” que enfrentar la situación de maltrato”.

“No todas fueron malas”: rescatando el lenguaje del cuerpo

“Un día vino una Kinesióloga y me avisó del procedimiento de aspiración a través del tubo endotraqueal y yo repetí mi negativa, a lo cual la profesional no entendía porque yo me negaba, se hizo de paciencia me explicó que no había por qué sufrir con el procedimiento, de hecho, ahí en más lo hizo en más de una oportunidad con una técnica con la cual no sufrí para nada”. “También recuerdo el último día de mi estancia en la Terapia Intensiva, los cuidados de un enfermero, lo recuerdo con cariño, ya que sentí el respeto que tuvo en cada intervención sobre mi cuerpo, ... me contuvo. Sentí que en su accionar, me estaba devolviendo la corporalidad que había perdido. Me sentí nuevamente humano.”

“Cuando por fin logré salir de la terapia intensiva y pude pasar a la Unidad de Cuidados Intermedios, la cosa cambió. Todo el personal me conocía de antes, era gente amorosa y comprensiva”.

Siempre estaba atado de manos y piernas, me decían para que no me quitara los electrodos, o los catéteres o el tubo. Pero durante el horario de visita, cuando venía mi familia, accedían a desatarme mientras mis familiares estuvieran al lado mío...en esos momentos me sentía aliviado”

Interesa aquí señalar que en el campo social, a nuestro entender, no existen trayectorias unidireccionales ni homogéneas, sino que, como se observa en el

relato precedente, la traumática experiencia de internación también estuvo atravesada por momentos en donde realmente me sentí contenido, acompañado y protegido. En un intento de resistencia a la deshumanización vivida, rescatamos el trato humano de aquellos que se esforzaron por entender lo que sucedía, aún cuando estaba negada la palabra. Profesionales que supieron leer a partir de los gestos y miradas lo que estaba sucediendo. Aquí es donde interesa plantear la centralidad del cuerpo como un símbolo que expresa lo que el sujeto siente, cuando la palabra está negada/anulada.

La biomedicina define nuestro cuerpo como algo objetivo, concreto, que se puede medir con límites precisos. Pero existe otro concepto que va más allá del cuerpo objeto y es el concepto de corporalidad. La corporalidad se constituye en un instrumento de expresión de nuestra propia personalidad. Para Merleau-Ponty (Merleau-Ponty 1976) el “yo” está ubicado en el cuerpo, que a su vez está ubicado en el tiempo y en el espacio. A veces somos conscientes de nuestros cuerpos como objetos que se han de mirar, en espacios sociales concretos, como en este caso debido a una situación de enfermedad, pero también somos conscientes que no es posible abordar terapéuticamente un “cuerpo sin sujeto”; el cuerpo que se interna va acompañado de un sujeto con toda su corporalidad y que además desea ser respetado como tal.

Desde esta forma de mirar, el cuerpo se presenta como una estructura que «habla» y revela infinidad de informaciones aunque el sujeto guarde silencio. La escuela de “Palo Alto” ha profundizado particularmente en los aspectos no verbales de la comunicación, esto es, en la imposibilidad de permanecer sin comunicar. En este sentido, la comunicación se define como cualquier intercambio de información que se verifique en el interior de un sistema de relaciones, con independencia del medio que se utilice para comunicar y del

hecho de que los interlocutores tengan o no conciencia de ello.

Las terapias intensivas conforman espacios restrictivos y restringidos, y dan cuenta de un momento extremo de la “cosificación” del sujeto. Al ingresar en este tipo de espacios, el sujeto pierde todo su equipo de identificación: ropa, efectos personales (anillos, colgantes, reloj que hacen a su identificación afectivo-personal), no controla cuando come ni cuando duerme, no prepara sus alimentos, no puede ver a sus familiares cuando lo desea, ha perdido el control de su cuerpo, no tiene manejo sobre él. Su cuerpo se desvincula de su persona, y pasa a ser administrado desde afuera por un extraño, un desconocido. En términos de Foucault podríamos decir que se trata de una política de los cuerpos. Foucault señala la aparición a partir de la modernidad, de una micro política de regulación del cuerpo. En varias de sus obras investiga el origen y desarrollo de las instituciones modernas, y cómo a través de ellas se ejerce el control de los cuerpos y, por tanto, de las personas (Foucault 1995).

Simplemente reflexiones: Intentando recuperar la distinción entre Disease e Illness...

A partir de 1970 distintas corrientes de la antropología y la sociología médica introducen la distinción analítica entre enfermedad (*disease*), refiriendo a las anormalidades en la estructura y/o función orgánicas, estados patológicos que pueden no estar culturalmente reconocidos y que son la arena del modelo biomédico; y padecimiento o dolencia (*illness*), procurando recuperar el conjunto de las percepciones y experiencias vitales de las personas referidas a estados sociales considerados como negativos y que incluyen las patologías orgánicas, pero no están limitadas a éstas (Margulies S. 2004).

El término *disease* hace referencia a la aprehensión biomédica de la enfermedad, fundada sobre un conocimiento objetivo de los síntomas físicos de la enfermedad, que implica por parte de la práctica médica de una ocultación o, por lo menos, una relegación al último plano de lo existencial y de lo social (Laplantine, F. 1992).

Illness hace referencia a la experiencia cultural, interpersonal y personal (subjetiva) de la enfermedad. Se refiere a los problemas que la enfermedad produce al enfermo y a su familia.

Posiblemente la palabra en castellano que mejor recoge esta definición es padecimiento (de hecho nosotros usamos con frecuencia el término paciente para referirnos al enfermo-sujeto).

Es interesante señalar que si bien los hospitales y sus distintas áreas de atención constituyen un núcleo de central importancia para los análisis de los procesos salud/enfermedad/atención, existe una marcada escasez de etnografías hospitalarias tanto en la producción local como internacional. Este aspecto ya ha sido señalado por distintos autores (Barber 2008, Frankenberg 2003).

Entre los posibles motivos se han señalado las dificultades que suelen presentar el ingreso a una institución biomédica con el fin de llevar a cabo una investigación antropológica. Estas trabas o dificultades para el acceso parecerían estar relacionadas con la puja por parte de las instituciones de imponer en términos metodológicos, una “visión local” (biomédica) como si fuese universal y representativa de todas las áreas de conocimiento, generando un biocentrismo o área-centrismo. (Barber 2008).

Esta visión considera los sujetos como objeto de intervención mientras que la antropología los considera actores o sujetos de interlocución. (Cardoso de Oliveira 2003) La estructura jerárquica de los hospitales pro-

duce y reproduce relaciones de poder. A este respecto cabe señalar que Goffman ya en la década de 1970 se estaba preguntando qué pasa cuando los objetos de trabajo y los productos son seres humanos. (Goffman E.1967)

En términos metodológicos, consideramos que el enfoque antropológico posibilita hacer visible el proceso de construcción de sentido en relación a determinadas enfermedades y padecimientos en las circunstancias particulares, en este caso, de la terapia intensiva en la medida que trata de conocer desde dónde los sujetos realizan la ruptura con los límites de las condiciones establecidas y generan una estrategia a fin de limitar la mortificación de su yo que lo llevó a un proceso de des-identificación.

Asimismo, consideramos que el abordaje de estos espacios a partir de las historias de vida, resulta de suma utilidad a la hora de pensar estrategias de re-humanización que pueden beneficiar al conjunto de la sociedad. El análisis de la “situación” o “acontecimiento” es considerado la unidad de interpretación a partir de la cual se propone identificar la lógica que da cuenta de los intercambios y de la definición de espacio y tiempo coyuntural al momento de la investigación, en el cual el modo de comunicación relevado resulta pertinente. (Althabe G.; Hernández V. 2004)

La situación o el acontecimiento como unidad de interpretación, considera las descripciones, y los relatos de los hechos no como fuentes de datos sino como productos comunicacionales. (Althabe G.; Hernández V. 2004)

El presente artículo trata de recuperar la relevancia del concepto de padecimiento señalando que él, en muchos casos es más preocupante para la mayoría de las personas que la propia enfermedad.

Entendemos la importancia de los avances tecnológicos en el cuidado de la salud, entendemos también la

importancia de contar con estos espacios altamente equipados tanto en recursos humanos como físicos y materiales. Ese punto no está en discusión. Lo que se quiere señalar, es la necesidad de re-humanizar la atención colocando al sujeto (cuerpo objeto y corporalidad) como un todo.

La internación supone un hecho traumático, y si se trata de una Terapia Intensiva, más traumático aún. Lo que planteamos es la necesidad de asumir que como profesionales del campo de la salud, no podemos cubrir todas las necesidades de las personas, no podemos ni corresponde reemplazar a su familia, ni amigos, ni creencias religiosas. La terapia intensiva no es otra familia, ni nuevos amigos, ni otro tipo de creencia que deposita su fe en las ciencias. No se trata de eso. Las Terapias intensivas han surgido con una lógica de funcionamiento “cerrado”- de hecho se las denomina

“áreas cerradas”. Lo que queremos plantear es la necesidad de “abrir la internación” en esos espacios, y romper con su carácter restringido y restrictivo, permitiendo así que el enfermo recupere parte de su equipo de identificación, su “yo” aunque más no sea el del contacto físico con su familia.

Por otro lado, este trabajo se ha propuesto señalar un requisito básico como constituyente de las profesiones dedicadas al cuidado de las personas: el aspecto humano, que le da sustento a las demás áreas de formación.

Poder formar a los futuros profesionales de la salud desde una perspectiva de derecho a nuestro entender correrá el eje de atención centrado en la enfermedad, lo que hemos denominado *disease*, hacia el aspecto *illness*, es decir el que incorpora la mirada del sujeto, no de forma excluyente sino complementaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Althabe Gerard., Hernández Valeria. Implicación y reflexividad en antropología. Publicado en: *Journal des anthropologues* 98-99:15-36, Año 2004. La traducción para la presente edición fue realizada por Ana Maria Murgida y Adriana Stagnaro.
- BARBER, Nélica. (2009) ¿Dilemas? Metodológicos y éticos en la investigación antropológica en servicios de salud. *Avá* n° 15. Julio 2009. pp259
- BATALLAN, Graciela: "Autor y Actores en Antropología: Tradición y ética en el trabajo de campo"; en *Revista de la Academia* N° 1; Santiago de Chile, primavera de 1995. pp. 97-106
- BATALLÁN, Graciela y GARCÍA, José Fernando: "Antropología y participación. Contribución al debate metodológico", en: *PUBLICAR-en Antropología y Ciencias Sociales*, año 1, No 1, Mayo 1992, pp.79-89.
- BRIGGS; Charles: "Aprendiendo cómo preguntar. Un enfoque sociolingüístico del rol de la entrevista en las investigaciones en ciencias sociales. Cap. III, En: *Learning how to ask*. Cambridge. University Press, 1986. (Traducción de Silvina Otegui y Verónica Fernández Battaglia, revisión técnica de Corina Curtis. Cátedra profesora Lucía Goluscio).
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Carlos (2003) Pesquisa em vs. Pesquisas com seres humanos. En serie *Antropología* 336. Brasília. Universidade de Brasília. Departamento de Antropología.
- CELIS RODRIGUEZ, E.; RUBIAN, S. Desarrollo del cuidado Intensivo en Latinoamérica. *Todo Hospital* marzo 2007/234 (97-100)
- COULON, Alain: "La Etnometodología". Capítulos: 1,2 y 3. Madrid, Cátedra, 1988.
- FRANKERBERG Ronald (2003) Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de colaboración entre medicina y antropología. En: *Cuadernos de Antropología Social*. N°17. Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Foucault Michel. (2008) *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores.
- GADAMER, Hans-Georg. *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme, 1988, Acápite 3 del Cap. 11; pp. 439-458.
- GIDDENS, Anthony: "Hermenéutica y teoría social", En: *Profiles and Critiques in Social Theory*, University of California Press, 1982 (traducción de José Fernando García).
- GOFFMAN, E. [1969(2009)]. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- JIMENO, Myriam: *Crimen pasional: contribución a una antropología de las emociones*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004. (Cap. Seleccionados)
- LAHIRE, Bernard: *El espíritu sociológico*. Buenos Aires, Manantial, 2006. Cap. 1 "Describir la realidad social"; pp. 31-40.
- LAPLANTINE F. (1992) *Anthropologie de la maladie*. Paris: Éditions Payot.
- MARGULIES, Susana (2004) *La atención médica del HIV-Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. UBA
- MENÉNDEZ, E. la enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *.Alteridades* 4 (7)71-83.1994.
- MERLEAU-PONTY, M. (1976). *The Primacy of Perception*. Evanston y Chicago: Northwestern University Press.
- PIÑA, Carlos: "Aproximaciones metodológicas al relato autobiográfico", En: *Revista Opciones* N°16, Santiago Chile, 1989, pp. 107-125.
- PORTELLI, Alessandro: "¿Historia oral? Muerte y memoria: La muerte de Luigi Trastulli", En: *Historia y fuente oral* N°1, Historia contemporánea de la Universidad de Barcelona e Institut Municipal de Historia, Barcelona 1989.
- RICOEUR, Paul: "La vida: un relato en busca de un narrador", En: *Educación y Política*, Buenos Aires, Docencia, 1984.
- ROCKWELL, Elsie: *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós, 2009. Cap. 2 "Reflexiones sobre el trabajo etnográfico"; pp. 41-99.

BIBLIOGRAFÍA

- Althabe Gerard., Hernández Valeria. Implicación y reflexividad en antropología. Publicado en: *Journal des anthropologues* 98-99:15-36, Año 2004. La traducción para la presente edición fue realizada por Ana Maria Murgida y Adriana Stagnaro.
- BARBER, Nélica. (2009) ¿Dilemas? Metodológicos y éticos en la investigación antropológica en servicios de salud. *Avá* n° 15. Julio 2009. pp259
- BATALLAN, Graciela: "Autor y Actores en Antropología: Tradición y ética en el trabajo de campo"; en *Revista de la Academia* N° 1; Santiago de Chile, primavera de 1995. pp. 97-106
- BATALLÁN, Graciela y GARCÍA, José Fernando: "Antropología y participación. Contribución al debate metodológico", en: *PUBLICAR-en Antropología y Ciencias Sociales*, año 1, No 1, Mayo 1992, pp.79-89.
- BRIGGS; Charles: "Aprendiendo cómo preguntar. Un enfoque sociolingüístico del rol de la entrevista en las investigaciones en ciencias sociales. Cap. III, En: *Learning how to ask*. Cambridge. University Press, 1986. (Traducción de Silvina Otegui y Verónica Fernández Battaglia, revisión técnica de Corina Curtis. Cátedra profesora Lucía Goluscio).
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Carlos (2003) Pesquisa em vs. Pesquisas com seres humanos. En serie *Antropología* 336. Brasília. Universidade de Brasília. Departamento de Antropología.
- CELIS RODRIGUEZ, E.; RUBIAN, S. Desarrollo del cuidado Intensivo en Latinoamérica. *Todo Hospital* marzo 2007/234 (97-100)
- COULON, Alain: "La Etnometodología". Capítulos: 1,2 y 3. Madrid, Cátedra, 1988.
- FRANKERBERG Ronald (2003) Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de colaboración entre medicina y antropología. En: *Cuadernos de Antropología Social*. N°17. Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Foucault Michel. (2008) *Historia de la sexualidad*. Siglo XXI Editores.
- GADAMER, Hans-Georg. *Verdad y método*. Salamanca, Sígueme, 1988, Acápito 3 del Cap. 11; pp. 439-458.
- GIDDENS, Anthony: "Hermenéutica y teoría social", En: *Profiles and Critiques in Social Theory*, University of California Press, 1982 (traducción de José Fernando García).
- GOFFMAN, E. [1969(2009)]. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- JIMENO, Myriam: *Crimen pasional: contribución a una antropología de las emociones*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004. (Cap. Seleccionados)
- LAHIRE, Bernard: *El espíritu sociológico*. Buenos Aires, Manantial, 2006. Cap. 1 "Describir la realidad social"; pp. 31-40.
- LAPLANTINE F. (1992) *Anthropologie de la maladie*. Paris: Éditions Payot.
- MARGULIES, Susana (2004) *La atención médica del HIV-Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. UBA
- MENÉNDEZ, E. la enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *.Alteridades* 4 (7)71-83.1994.
- MERLEAU-PONTY, M. (1976). *The Primacy of Perception*. Evanston y Chicago: Northwestern University Press.
- PIÑA, Carlos: "Aproximaciones metodológicas al relato autobiográfico", En: *Revista Opciones* N°16, Santiago Chile, 1989, pp. 107-125.
- PORTELLI, Alessandro: "¿Historia oral? Muerte y memoria: La muerte de Luigi Trastulli", En: *Historia y fuente oral* N°1, Historia contemporánea de la Universidad de Barcelona e Institut Municipal de Historia, Barcelona 1989.
- RICOEUR, Paul: "La vida: un relato en busca de un narrador", En: *Educación y Política*, Buenos Aires, Docencia, 1984.
- ROCKWELL, Elsie: *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires, Paidós, 2009. Cap. 2 "Reflexiones sobre el trabajo etnográfico"; pp. 41-99.