

Reconstrucción narrativa de una experiencia de hospitalización

Narrative Reconstruction of a Hospitalization Experience

Santa Parrello

Università degli Studi di Napoli Federico II, Italia

Maricela Osorio-Guzmán

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Al integrar la perspectiva más reciente de la Psicología de la salud con la Psicología cultural, este trabajo indaga, por medio de una entrevista narrativa, los relatos de $N = 40$ personas (11 M y 29 F, entre 20-60 años) que han vivido una hospitalización por causa de un accidente o una enfermedad. Se parte de la hipótesis de que el hospital es una institución y un lugar físico impregnado de significados culturales y de vivencias emocionales personales. El objetivo consistió en explorar las modalidades con las cuales las y los participantes reconstruyeron narrativamente su experiencia hospitalaria y cómo se valoraron a sí mismos y a los otros en términos de recursos y vínculos. El corpus de las 40 entrevistas fue sometido a un análisis estadístico lexical por medio del *software* ALCESTE (Reinert, 1993), con el resultado de tres clases de discurso: (1) Solicitud de apoyo social, (2) el hospital como lugar de miedo e incertidumbre y (3) el hospital narrado con terminología médica. El análisis factorial de las correspondencias extrajo dos factores: el primero denominado “gravedad de la hospitalización” (polaridad mayor/menor) y el segundo denominado “focus de la narración” (polaridad interno/externo). Se concluye que el hospital, aunque se concibe como una institución que ayuda a sanar, interrumpe la rutina diaria, produce aislamiento y provoca miedo. Este tipo de estudio puede contribuir a poner de manifiesto aspectos psicológicos en el proceso salud-enfermedad que sirvan como puente de comunicación con el personal sanitario.

Palabras clave: Psicología de la salud, Psicología cultural, narración enfermedad, conceptualización enfermedad, ALCESTE

Abstract

Bringing together the most recent perspectives of Health Psychology and Cultural Psychology, this study uses the narrative interview to investigate the stories of $N = 40$ subjects (11 M and 29 F, between 20-60 years) who had experienced a hospitalization as a consequence of an accident or illness. The hypothesis is that the hospital is an institution and a physical place impregnated with cultural meanings and personal emotional experiences. The aim was to explore the categories the participants used to reconstruct their hospital experience in their narrations, looking for textual indications of sense-making, of self-assessment and of appreciation for others in terms of resources and bonds. The corpus of the 40 texts was submitted to a statistical lexical analysis with ALCESTE software (Reinert, 1993), resulting in three classes of discourse: (1) The demand for social support, (2) the hospital as a place of fear, and (3) the hospital narrated in medical terms. A factorial analysis of correspondences extracted two factors: The first, denominated “severity of the hospitalization” (polarity major/minor), and the second denominated “focus of narration” (polarity internal/external). We conclude that the hospital, although conceived as an institution that helps to heal, interrupts the daily routine, produces isolation and causes fear. This type of study may contribute to highlight psychological aspects of the health-illness process, which may be useful to provide a bridge for communication with healthcare personnel.

Keywords: Health Psychology, Cultural Psychology, illness narration, illness conceptualization ALCESTE

Santa Parrello, Dipartimento di Teorie e Metodi delle Scienze Umane e Sociali, Università degli Studi di Napoli Federico II, Italia.

Maricela Osorio-Guzmán, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Maricela Osorio-Guzmán, dirección electrónica:

mosorio@campus.iztacala.unam.mx

Las perspectivas teóricas en la que se basa la presente investigación son (a) la Psicología de la salud en su perspectiva biopsicosocial, la cual mira de modo complejo al proceso salud-enfermedad (Matarazzo, 1980; Petrillo, 1996; Oblitas Guadalupe, 2004; Osorio, 2006) y (b) la Psicología cultural al considerar central el proceso de narración y significación para la orientación del sí mismo (*self* en inglés) en el lapso de la vida (Bruner, 1990, 2002).

La Psicología de la salud, después de una primera definición de Matarazzo (1980) en los ochenta, quien la concreta como la suma de aportaciones docente y de educación, de profesionales y científicas específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades y las disfunciones afines para el análisis y mejoramiento del sistema para el cuidado de la salud y la configuración de las políticas sanitarias, ha producido un vasto número de publicaciones e investigaciones que han desarrollado un bagaje teórico-metodológico sólido e importante (Osorio Guzmán, 2006). Como respuesta a la necesidad de indagar una gran variedad de problemas asociados a las enfermedades orgánicas, la Psicología de la salud ha evidenciado la necesidad de considerar al/a la paciente como persona en su totalidad, que reconoce el bienestar psicológico como un componente importante del proceso salud-enfermedad y que toma en cuenta el contexto en el cual el individuo y su enfermedad adquieren un sentido específico y particular. Además de los síntomas y los efectos físicos del tratamiento, este enfoque no ignora una serie de variables micro y macro contextuales que incluye la familia, los amigos, el sistema escolar, el trabajo, el tipo de sociedad en sus aspectos económicos, culturales y religiosos, las relaciones con las y los profesionales implicados en la gestión de la enfermedad (médico/a, enfermera/o, técnico/a de laboratorio, trabajador/a social, psicólogo/a, etc.) y las instituciones sanitarias.

La Psicología cultural, por su parte, considera al individuo como producto y productor de significados culturales solo comprensibles en una perspectiva contextual compleja, donde los instrumentos principales que vinculan la transmisión de sentidos son las historias (Bruner, 1996, 2002; Smorti, 2004): Desde el nacimiento, cada individuo escucha e interioriza historias de enfermedades y de tratamientos para su curación, que se convierten en verdaderas teorías populares sobre el proceso salud-enfermedad y que se vuelven el formato, a través del cual se observa lo que ocurre en la propia vida personal. Moscovici (2001) afirma que lo imprevisible de la enfermedad o de un accidente se implanta en un tejido de expectativas canónicas, parcialmente parecido a las representaciones sociales, que hace sentir al sujeto menos expuesto y desamparado al dotarlo de herramientas utilizadas por otros.

Sin embargo, no siempre los dispositivos culturales desarrollan una función positiva y es posible que ocurra que el individuo tenga que diseñar su propia historia y no buscar un sentido previamente elaborado, sino construir uno nuevo y personal. En la narración

autobiográfica, cada persona elige de qué manera y cómo presentarse a los otros; en ella, se otorga significado a las propias acciones, al realizar un proceso incesante de relectura de la realidad y reconstrucción de la identidad a través de un intercambio continuo con el contexto cultural en el cual se vive. Al respecto, escribe Bruner (2002)

El significado no viene después del hecho, porque la experiencia es ya una interpretación, la mente narrativa tiende a significar todo aquello que asume carácter de excepcionalidad, que no es canónico, conocido, compartido; y justo la dialéctica entre lo que se esperaba y lo que fue, permite la narración personal (p. 15).

En este proceso asumen un significado especial los puntos de retorno (*turning points* en inglés), que se configuran como desviaciones de la rutina de eventos convencionales, en las cuales es la persona misma quien las debe individuar y marcar como tales, al colocarlas narrativamente en puntos estratégicos de su propio curso de vida. Ocurre, a menudo, que algunas experiencias de accidente o enfermedad se leen como acontecimientos extraordinarios, no canónicos, es decir puntos de retorno (Bruner, 1994).

La contribución bruneriana, fundamental en la aproximación narrativa a la experiencia de la enfermedad, fue retomada por uno de los más conocidos autores de la antropología médica, Good (2006). Según él, aunque la enfermedad sea una experiencia corpórea individual, ella tiene, también, un componente social y puede ser traducida y representada sólo por medio de una respuesta conceptual creativa. Gran parte de lo que se sabe de la enfermedad se conoce en base de las historias contadas por personas enfermas, familiares, médicos, curanderos y otros miembros de la sociedad. La enfermedad tiene una estructura narrativa intrínseca que contribuye, de un lado, a su formación y del otro a su gestión y se compone de un corpus de historias, que no sólo son el medio con el cual la experiencia es objetivada, comunicada y referida al otro, sino también, son un medio privilegiado para dar forma a la experiencia y para hacer disponible a las y los dolientes la propia experiencia. Además, las narraciones de enfermedad son textos abiertos y los regímenes terapéuticos, la adherencia a los tratamientos; la eficacia de las intervenciones y los acontecimientos que los rodean son -conforme transcurre el tiempo- sometidos a continuas reinterpretaciones, que pueden revelar aspectos escondidos cada vez que se examinan, sin que se llegue nunca a una interpretación final, ni a conceptualizar una explicación sobre su sentido; son narrados continuamente, leídos en relación a nuevas circunstancias y a otras necesidades y deseos, que se hacen accesibles a diversos lectores, incluidas otras personas enfermas. Consideramos que las historias de enfermedad, también, están llenas de lagunas, de aspectos desconocidos e inescrutables, que provocan una respuesta de la imaginación. Finalmente, la enfermedad y su narración tienen la potencialidad de recolocar la realidad en relación a lo inesperado, a lo no-ordinario, a una circunstancia, a lo reservado. Bruner (1987, en Good, 2006) concluye “la enfermedad, al mismo tiempo que te provoca sufrimiento, dolor e infelicidad, si es

transformada en narración, tiene la potencialidad de despertarnos del convencionalismo y de sus límites, engendrando una respuesta creativa y revitalizando el lenguaje y la experiencia” (p. 252).

El presente estudio, parte de una investigación más amplia sobre el proceso de narración de la enfermedad, indaga las narraciones autobiográficas de personas adultas quienes han tenido que ingresar al hospital a causa de un accidente o de una enfermedad.

Al partir de la hipótesis de que el hospital es una institución y un lugar físico impregnado de vivencias emocionales personales y de sentidos culturales, estratificados de modo complejo en las personas, el objetivo del presente estudio fue identificar los elementos textuales que caracterizan las modalidades con las que las personas reconstruyen narrativamente su experiencia de hospitalización, al atribuir significados al acontecimiento y al lugar (el hospital), al valorarse a sí mismas y a los otros en términos de recursos y vínculos y al expresar necesidades y requerimientos.

Método

Participantes

Se entrevistaron a 40 personas, 11 varones y 29 mujeres entre 20 y 60 años de edad ($M = 44$; $DE = 14.7$), de extracción socio-cultural media y media-alta (véase tabla 1), quienes asistieron al hospital en Nápoles, Italia, por (a) una enfermedad (13 personas), (b) un análisis de laboratorio (12), (c) un accidente (6), (d) una intervención quirúrgica (7) o (e) un parto (2). El tiempo transcurrido entre el acontecimiento ocurrido y narrado se clasificó como un acontecimiento *reciente* (de un mes a máximo tres meses) en 14 personas, *mediano* (tres meses hasta un año) en 15 personas y *lejano* (más de un año) en 11 personas. Todos los y las participantes firmaron un consentimiento informado de acuerdo a lo establecido en el Código Ético de la Orden de Psicólogos de la Campania, Italia, con garantía de anonimato.

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Variable	%
Género	
Masculino	27.5%
Femenino	72.5%
Estado Civil	
Soltero	57.5%
Casado	42.5%
Profesión	
Médico/a	30%
Enfermera/o	30%
Ingeniero/a	12.5%
Empleado/a estatal	27.5%
Clase social	
Media	57.5%
Media-alta	42.5%

Instrumentos

Las entrevistas narrativas se desarrollaron con el formato propuesto por Atkinson (2002), en lugares elegidos por las personas entrevistadas (vivienda o lugar de trabajo). Todas las entrevistas se grabaron con el consentimiento de la persona entrevistada con garantía de la privacidad y se transcribieron sucesiva e integralmente de acuerdo a lo estipulado por Cardano (2003).

Antes de llevarse a cabo las entrevistas, la presentación fue la siguiente: “Buenas tardes, mi nombre es M., soy psicóloga y estoy participando en una investigación cuyo objetivo es analizar las experiencias de enfermedad y salud a través de la narración de las personas, por lo cual le pediré que me cuente alguna experiencia sobre el tema. Si Usted me lo permite, voy a grabar nuestra conversación para no perder detalle de lo que me dice, pero eliminaré cualquier dato que lo pueda identificar y/o que pueda ir en contra de su privacidad. ¿Tiene alguna pregunta?”. Al final de la entrevista, se agradeció al participante por la colaboración. La pregunta generativa fue: “¿Me podría contar alguna experiencia de enfermedad, por la cual haya tenido que ir al hospital?”.

Las variables a investigar -si el/la participante no las mencionaba- fueron primeros síntomas y sus fechas, primer encuentro con los médicos y las instalaciones sanitarias, características de la enfermedad, tratamiento, tipo de relación con el personal sanitario, el rol de familiares y amigos, cambios en el estilo de vida y las teorías personales sobre el origen de la enfermedad. Al final de la entrevista se preguntaban los datos de género, edad, estado civil y profesión.

Procedimiento de análisis de datos

El corpus de datos se conformó por las 40 entrevistas, que fueron sometidos al programa de análisis textual de datos estadístico mediante el software ALCESTE (abreviado de *Analyse des Lèxèmx Coocurents dans les Enoncés Simples d'un Texte*, Reinert 1993, 1998), que realiza una cuantificación y clasificación automática basada en similitud y disimilitud. El programa ALCESTE se consideró el más apto, por poner en evidencia los diferentes mundos lexicales de un corpus que hacen referencia a significados particulares usados por las personas entrevistadas en construir y comunicar su propio punto de vista.

Estos mundos lexicales están impregnados de elementos deducidos de la subjetividad de cada narrador -a través de la cual construye su perspectiva personal- y de elementos derivados de referencias colectivas, códigos culturales o grupales ligados a su lugar de origen. ALCESTE realiza un examen estadístico de las distribuciones de “palabras llenas”, es decir, “con significado” y no meramente instrumentales para fines gramaticales o sintácticos y está enfocado, más que a confrontar textos, a individuar la existencia de universos semánticos

significativamente recurrentes en el entero corpus (Osorio, Parrello, Sommantico & De Rosa, 2010).

Este tipo de análisis permite una visión detallada de la forma en la cual las personas conceptualizan un evento, en nuestro caso la enfermedad, y pone de manifiesto aspectos psicológicos que sirven como puente de comunicación con el personal sanitario y que hace explícitos pensamientos, sentimientos y percepciones sobre el proceso mórbido.

Resultados

El corpus de datos, compuesto por las 40 entrevistas, fue sometido a una lematización¹ parcial (los verbos no se redujeron al infinitivo para evitar que se pierden los indicadores de persona y tiempo, importantes en el análisis de una narración), a desambiguación y las preguntas se marcaron para distinguirlas del conjunto de las palabras llenas de las respuestas.

El análisis del corpus lexical de los datos (lista de palabras utilizadas) resultó en su composición interior de 558 “unidades de contexto elemental” (UCE, frases o enunciados con sentido o significado que el programa identifica y que son las unidades básicas del análisis) con un “índice de estabilidad” de un 61.73%, que indica el porcentaje de texto analizado. Además, como muestra la tabla 2, el programa midió 5,914 formas distintas (palabras diferentes entre sí, que no se repiten), 41,277 ocurrencias, que indica todas las palabras o qué grande fue el corpus y la riqueza del vocabulario usado; un hápax de 3327 palabras (número de palabras que aparecen una sola vez en el corpus); la frecuencia mínima de una forma, que indica las palabras que aparecen en nuestro estudio, por lo menos, siete veces y la frecuencia máxima de una forma, que son una o más palabras que aparecen en nuestro estudio 1,346 veces (palabras instrumentales, artículos, preposiciones, etc.).

Tabla 2

Descripción del corpus lexical de las entrevistas a hospitalizados

	UCE
Ocurrencias	41277
Formas distintas	5914
Hápax	3327
Frecuencia mínima de una forma	7
Frecuencia máxima de una forma	1346

Nota: UCE = unidades de contexto elemental (enunciados u oraciones con sentido); ocurrencias = todas las palabras del corpus (tamaño del corpus); formas distintas = palabras diferentes entre sí, que no se repiten (riqueza del vocabulario); hápax = número de palabras que aparecen una sola vez; frecuencia mínima de una forma = la frecuencia más baja de las palabras (= forma) que se repitieron en el corpus; frecuencia máxima de una forma = la frecuencia más alta de las palabras que se repitieron en el corpus (palabras instrumentales, artículos, preposiciones, etc.).

¹ Significa, en un diccionario o repertorio léxico, elegir convencionalmente una forma para remitir a ella todas las de su misma familia por razones de economía (Real Academia Española, <http://www.rae.es/rae.html>).

La figura 1 muestra la clasificación descendente jerárquica de todas las palabras analizadas en el corpus que produce un “dendograma” (gráfico o figura característica del programa ALCESTE/ representación gráfica de las clases de discurso detectadas) que se divide en dos “macro áreas” (las partes más amplias marcadas en el dendograma), que contienen las “clases”, que son la aglomeración de fragmentos de texto con significado semejante/ una agrupación de frases con significado similar con los tipos de discursos, que ALCESTE construye, buscando la estructura interna del corpus por medio de una matriz de datos a partir del entrecruzamiento de las palabras con significado o segmentos del texto, correspondientes en nuestro trabajo a Clase 1. *Solicitud de apoyo social*, Clase 2. *El hospital como lugar del miedo y la incertidumbre* y Clase 3. *El hospital narrado con terminología médica*. La primera macro área resultó con las Clases 1 y 2 y la segunda, con la Clase 3 (269, 409 y 85 UCE, respectivamente).

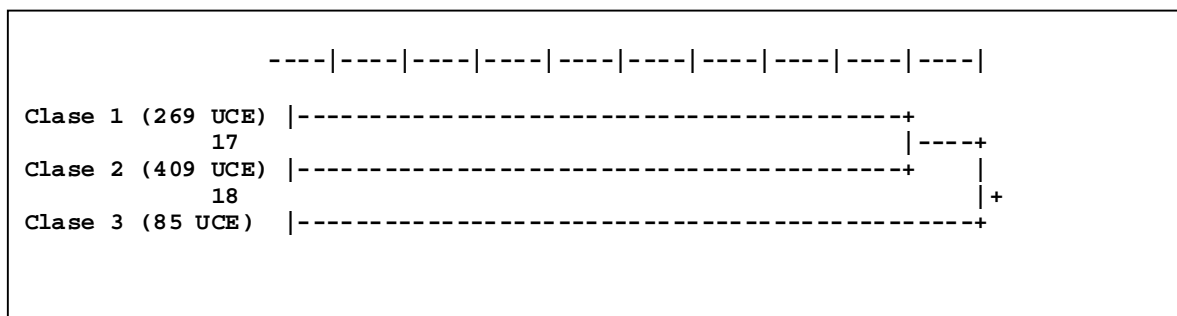


Figura 1. Dendograma: Clasificación descendente jerárquica de las clases analizadas

Nota: UCE = unidades de contexto elemental (enunciados u oraciones con sentido). Los números 17 y 18 indican la frecuencia de las intersecciones entre los renglones (palabras) y las columnas (segmentos de texto) de la matriz elaborada por el programa para analizar el texto.

Las “variables ilustrativas” que se eligieron para el análisis de los datos, que supone tienen influencia en los discursos analizados, fueron (a) género (M = masculino, F = femenino), (b) edad (20-29 años, 30-39 años, 40-49 años y 50-60 años), (c) motivo de hospitalización (enfermedad, análisis de laboratorio, accidentes, intervenciones quirúrgicas, parto) y (d) distancia temporal del acontecimiento (reciente, mediano o lejano).

La figura 2 muestra la distribución porcentual de las dos macro áreas divididas en tres clases. La primera macro área contuvo las clases cuantitativamente más relevantes (Clase 1 y 2, con un 89% de las UCE), cuyo contenido se caracterizó por una narración en la que la persona y los demás están directamente implicados a nivel emotivo (Clase 1. *Solicitud de apoyo social* y Clase 2. *El hospital como lugar de miedo e incertidumbre*). La segunda macro área contuvo la Clase 3. *El hospital narrado con terminología médica* (11% de las UCE), en el cual fue narrada, con lenguaje médico, una breve estancia en urgencias o una

hospitalización breve para llevar a cabo exámenes médicos, en donde la persona, a menudo, asumió una posición crítica respecto a la competencia de la institución sanitaria.

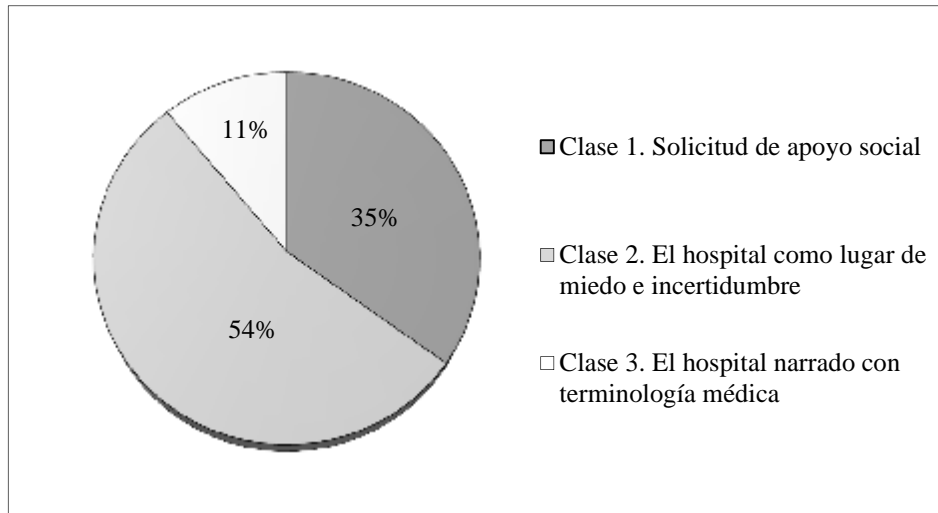


Figura 2. Porcentaje de UCE distribuidos en las clases

A continuación, se describen los universos lexicales identificados por ALCESTE y las variables ilustrativas con las cuales se asociaron, el vocabulario y unos ejemplos de las unidades de contexto elemental, es decir, frases propias del discurso de las personas entrevistadas.

Clase 1: *Solicitud de apoyo social*

En la Clase 1 se clasificaron 269 UCE, que correspondieron al 35% del total de las UCE analizadas, que resultó asociada con las siguientes variables ilustrativas (a) género: *masculino* (134), (b) motivo de la hospitalización: *enfermedad* (111) y (c) distancia temporal del acontecimiento: *mediano* (135). El vocabulario específico y característico de esta clase fue: *personas, pacientes, amigos, colegas, enfermeros, médico, parientes, chico, tía, estaban, vinieron, vino, pudieron, encontrarme, sentir, mal, grave, cirugía, psicológico, dependiente, buscar, ayuda, necesidad, gentil, palabra, apoyo, compañía, importante*.

Algunos ejemplos de las UCE de esta clase son: “*A veces una sonrisa, cuando te sientes mal, te ayuda más que un fármaco, claro, con sus debidas proporciones, pero una sonrisa a una persona que está mal, una palabra de consuelo, una palabra gentil, ayuda*”, “*Ser humano es indispensable para desempeñar un trabajo de ese tipo, pero, desafortadamente, para ellos [el personal sanitario], se convierte en rutina y el sufrimiento del individuo no es visto como tal, sino que es visto como “algo” que hay que hacer*”, “*Mis parientes no pudieron venir muy a menudo, por lo que puedo decir que, tanto los médicos como los pacientes, me apoyaron mucho toda la semana*”, “*Que aquel médico haya mostrado interés por mí, me dio mucho gusto, porque en la unidad de terapia intensiva, no pudiendo tener muchas visitas,*

sentía la necesidad de hablar con alguien, a veces, me movía a propósito, de modo que los aparatos señalaran un movimiento mío y viniera alguien”.

Clase 2: El hospital como lugar de miedo e incertidumbre

En esta clase se encontraron 409 UCE, o sea, el 54% del total de las UCE analizadas. Esta clase resultó asociada con las variables ilustrativas de (a) género: *femenino* (348), (b) edad: 20-29 años (221) y 50-60 años (57), (c) motivo de la hospitalización: *intervención quirúrgica* (116) y *parto* (15), (d) distancia temporal del acontecimiento: *lejano* (150) y el vocabulario específico propio de esta clase fue: *después de años, tiempo, fui, debí, hacerme, operación, obrar, barriga, pie, prueba, días, meses, hospitalizados, feo, miedo, terrible, Dios*.

Algunos ejemplos de los UCE son: “*No sabía a lo que me enfrentaba, tuve miedo si me despertaba o no, en fin, muchas de aquellas cosas*”, “*Bueno, tuve miedo sobre todo por la niña, porque una mamá siempre reza por los hijos. Pero todo salió bien*”, “*Por esto, yo me preguntaba ¿pero, por qué justo a mí?*”, “*Yo lloraba, porque tenía miedo de sentir dolor durante la operación*”, “*Yo he estado varias veces hospitalizada, desde hace diez años, luego me fastidié y ya no me he hospitalizado, ahora sólo me encomiendo a las manos de Dios*”.

Las mujeres enfocaron el tema de las vivencias internas. Para ellas, aunque también para muchos hombres, el hospital fue un lugar de la separación de las personas queridas: “*Mi experiencia ocurrió a los veintinueve años, por lo tanto, muy joven, una experiencia que me ha marcado en mi [...] en lo más íntimo, porque, siendo yo mujer [...] he sido menoscabada, a los veintinueve años, de lo que era mi órgano [...] para la reproducción. Ilusa, ilusa, porque desafortunadamente los médicos, los tres consultados en un año, me decían que estaba embarazada de tres meses. Y, hasta uno de ellos me puso en reposo absoluto, en reposo y con inyecciones para retener el producto*”.

Los entrevistados narraron el hospital con expectativas positivas, pero, a la vez, como un lugar que produce un aislamiento forzado, que se suma al sentimiento de lo desconocido de la enfermedad: “*El dolor es mucho y, por lo tanto, ves el hospital solamente como un lugar donde puedes sentirte mejor. Las impresiones, sí, puedo decirte, las impresiones que tuve en un segundo momento, porque al principio estuve tan mal que tuve muy poco tiempo para las emociones, sólo podía pensar en el dolor y en cómo controlarlo*”.

Clase 3: El hospital narrado con terminología médica

Esta clase incluyó 85 UCE (11.14% del total de los UCE analizadas) y estuvo asociada con las variables ilustrativas de (a) edad: 30-39 años (24) y 40-49 años (37), (b) motivo de la hospitalización: *análisis de laboratorio* (34) y *accidentes* (27), (c) distancia temporal del acontecimiento: *reciente* (41). El vocabulario específico, característico de esa clase fue:

ecografía, fractura, hormonas, estímulo, vértebras, columna, ciclo, mamaria, neurocirugía, papanicolau, nódulos, mano, dedo, investigaciones, day hospital, urgencias, ambulancia, instalaciones, salubridad italiana, molesto, prevención, terapia, diagnosticado, control, exámenes equivocados, preocupación, estrés, titubeo, problemas, graves.

Algunos ejemplos de las UCE son: “*Los parámetros vitales eran estables y como en la TAC [tomografía axial computarizada] que me hicieron en urgencias salió una fractura en la vértebra D3 de la columna vertebral, me programaron una consulta en neurocirugía*”, “*Una vez, cuando me operaron de hernia perianal, y otra, cuando fui a urgencias por una fractura del dedo meñique de la mano derecha por un accidente con la moto*”, “*Por este malestar, he tenido que hacer algunas investigaciones y consultas en un hospital que me sugirió el especialista con el que fui, estos exámenes necesitaban un day hospital, me hice un análisis que consiste en la aspiración del líquido que se forma en los nódulos tiroideos*”, “*Encontrar hoy en determinados trabajadores sanitarios la verdadera profesionalidad es difícil, el hecho de haber tenido una revisión hecha de aquel modo, que fue para mí equivocada, me hizo enojar, me hizo entender que las personas que dicen 'la sanidad italiana no funciona' dicen la verdad*”.

El análisis factorial de las correspondencias (en el análisis matricial del texto, estas son las palabras que corresponden a cada tipo de discurso o clase) extrajo dos factores con dos polaridades (de un análisis profundo del significado de las clases de discurso, su nombre se determina en base al contenido y al marco teórico de la referencia): el primer factor -ubicado en el eje x con una varianza explicada de $VE = .1484$ y un 52.38% de inercia (estabilidad del texto/ el porcentaje del discurso clasificado)- se denominó “*gravedad del motivo de la hospitalización*” con una polaridad “*mayor/menor*” (*mayor gravedad* corresponde a haber acudido al hospital por una enfermedad que pone en riesgo la vida, por un parto o por una cirugía y *menor gravedad* corresponde al haber ido al hospital para chequeos generales de rutina, análisis de sangre, radiografías, etc.) y, el segundo factor se ubicó en el eje y, $VE = .1349$; 47.62% de la inercia, se denominó “*focus de la narración*” con una polaridad “*interno/externo*” (lo *interno* es la clase de discurso que hace referencia a reflexiones personales, privadas e internas, como el miedo y la incertidumbre, y lo *externo* en el discurso se proyecta a la búsqueda de apoyo social de personas involucradas en el proceso).

La figura 3 muestra cómo sobre este plano factorial se proyectaron las tres clases y las variables ilustrativas que se tomaron en consideración. La proyección de las clases es la ubicación que hace el programa automáticamente en cualquiera de los cuatro factores (*mayor/menor gravedad* y *focus interno/externo*) de las clases de discurso que encuentra a través de las coordenadas.

En los dos cuadrantes más cercanos al polo vertical, que indica *mayor gravedad* de motivo de hospitalización, se colocaron las Clases 1 y 2, cuya narración implicó a “la

persona” y “los otros” a nivel emotivo y que habla de “miedo” (Clase 1) y de la “necesidad de ayuda, apoyo y consuelo” (Clase 2). En los otros dos cuadrantes verticales, que representan el polo de *menor gravedad* respecto al motivo de hospitalización, se colocó la Clase 3 con resultados parecidos a informes médicos y quejas sobre una percibida mala salubridad hospitalaria.

El eje horizontal (eje x) mostró una contraposición entre las Clases 1 y 2 y entre mujeres y hombres. Las mujeres se colocaron sobre el factor de lo *interno* al narrar explícitamente sobre su miedo al dolor y a la muerte, mientras los varones hacían referencia directa al apoyo social (recibido o requerido) y, por lo tanto, a un recurso *externo*.

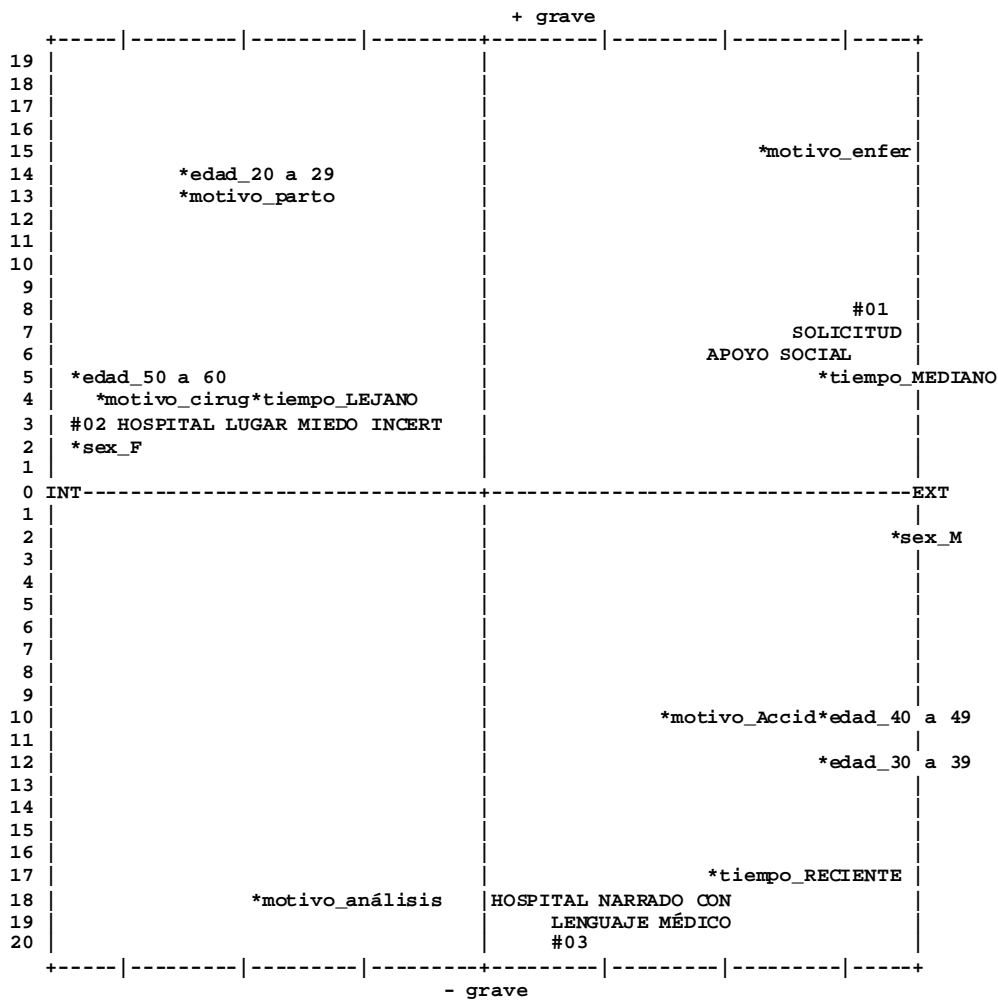


Figura 3. Análisis factorial de las correspondencias. Proyección sobre el plano factorial

Nota: # = clase de discurso, * = variables ilustrativas

Discusión

El análisis textual, al cual fue sometido el corpus de datos de las entrevistas realizadas puso en evidencia tres universos lexicales (clases) alrededor de los cuales se organizó gran parte de la narración de los sujetos entrevistados con un índice de estabilidad 61.73%. Cada clase mostró una asociación significativa con algunas de las variables ilustrativas que se determinaron, correlaciones que resultan interesante comentar:

La clase más amplia (Clase 2 con un 53.6% del total de las UCE analizadas) mostró un vocabulario referente al hospital como un lugar extraño -contrapuesto a la propia casa, dónde están, sobre todo, los hijos que esperan- y como un lugar en el que se ha probado miedo: miedo de no poder volver a la propia vida o un miedo que hace invocar a Dios. Las UCE aclararon los motivos del miedo y evidenciaron referencias al tema explícito del dolor y a la muerte. Las asociaciones con las variables ilustrativas evidenciaron que este modo de narrar la experiencia de hospitalización perteneció, sobre todo, a las mujeres (jóvenes y maduras), a personas que han vivido intervenciones quirúrgicas (incluidos los partos cesáreos) y concierne a historias calificadas como lejanas (más de un año) en el tiempo. Los análisis evidenciaron que la intervención quirúrgica activó en ellas, de modo particular, la angustia ante la muerte, no importando la gravedad de la enfermedad. No es una sorpresa que sean, sobre todo, las mujeres quienes organizaron su narración centrada sobre una dimensión interior tan profunda como son el miedo del dolor y a la muerte, datos que coinciden con los estudios de Confalonieri & Scaratti (2000) y Aleni-Sestito & Parrello (2004). Además, narrar un acontecimiento ocurrido mucho tiempo antes, facilita el enfoque y la expresión de las vivencias internas, porque los años transcurridos han hecho posible varias elaboraciones.

En lo que se refiere a la segunda clase más relevante en sus dimensiones, la Clase 1 con un 35% del total de las UCE analizadas fue, quizás, la más interesante: en ella estuvieron contenidas claros indicios textuales -tanto en el vocabulario como en las UCE- que se refirieron a la necesidad y a la solicitud de apoyo social durante la experiencia de la enfermedad y hospitalización. Resalta la recurrencia de referencias a la ayuda y consuelo recibidos por parientes y amigos y, solo algunas veces, de médicos y enfermeros; a la par que subrayaron explícitamente la importancia del apoyo psicológico provisto por los trabajadores sanitarios, su sonrisa y palabra consideradas tan útiles como un fármaco. Las asociaciones de esta clase con las variables ilustrativas mostraron que fueron, sobre todo, primero los hombres que insistieron en el tema del apoyo social y, segundo, los sujetos que han sido hospitalizados para el diagnóstico de una enfermedad colocada temporalmente a una distancia media (tres meses hasta un año).

La tercera clase, cuantitativamente poco amplia (con un 11% del total de los UCE analizados), correspondió a un universo lexical con una narración que se caracteriza por un lenguaje de tipo médico-técnico y que se asocia con el cuerpo, instrumentos, diagnóstico e

instalaciones. Aquí, se observa la referencia a un acontecimiento ocurrido de modo imprevisto, por ejemplo, un accidente que llevó a urgencias o a una hospitalización para hacer un análisis con fines preventivos; ambos activaron preocupación por posibles complicaciones, de la cual se defendieron las personas entrevistadas con una especie de distanciamiento que se evidenció por el uso de tecnicismos médicos y por las críticas realizadas a las instituciones sanitarias italianas públicas (hospitales y clínicas) en las que, según las personas entrevistadas, se cometieron muchos errores que les suscitaban rabia. La asociación de esta clase con las variables ilustrativas remarca que se trató de partes de texto que se refirieron a narraciones de accidentes o análisis de laboratorio, que les condujo por un periodo breve al hospital y que fueron situados temporalmente a poca distancia (un a tres meses): en la narración, se percibe un tipo de mal humor imputable a la prisa de salir de aquel lugar, que señala la separación del mundo de los sanos (Virzì & Signorelli, 2007) y que se vuelve rabia frente a los errores del personal sanitario. Es como si se quisiera atribuir a alguien la responsabilidad de un acontecimiento imprevisto, todavía no del todo elaborado, y del cual aún no se siente fuera de peligro.

Aunado a lo anterior, el análisis factorial de las correspondencias permitió interpretar los resultados a la luz de los cuatro factores extraídos: mayor o menor gravedad del motivo de la hospitalización y el focus interno o externo de la narración.

Conclusiones

En conclusión, el hospital que emerge de las narraciones de las personas adultas entrevistadas es un lugar en el cual cada uno lleva su propia historia personal, lo que lleva a afrontar “aquella enfermedad que es de todos: la mortalidad” (Terzani, 2004, p. 3). Las mujeres parecen ser particularmente capaces de enfocar este tema, sin eludir las vivencias internas, las cuales expresan y comparten con fuerza. Para ellas, aunque también para muchos hombres, el hospital es el lugar de la separación de la casa, de las personas queridas, novios, maridos, hijos; el lugar, en el cual el cuerpo es amenazado fuertemente y evoca fantasmas de menomación. El sitio que expone al encuentro con el dolor y con la muerte propia y de otros e induce a reflexiones y a balances personales.

Por otra parte, son principalmente los hombres que apelan a los trabajadores sanitarios a que recuperen su humanidad: la enfermedad es un momento de crisis que necesita todos los recursos internos y externos para ser afrontada (Hendry & Kloep, 2003); amigos y parientes no bastan, médicos y enfermeros son invitados a superar sus defensas e involucrarse en la comunicación con la persona enferma, aunque sea difícil. Escriben Virzì y Signorelli (2007) a propósito de la profesión médica:

Nosotros, les enseñamos a nuestros estudiantes las causas de las enfermedades, cómo se manifiestan, cómo se hace un diagnóstico, cómo se curan y cuál es el pronóstico.

Pero no les preguntamos nunca, cuál es su relación con el sufrimiento, su reacción a la presencia de un enfermo grave o terminal, no le preguntamos nunca, qué piensa de la muerte o más precisamente del morir. [...] Nos hemos alejado cada vez más de nuestros enfermos, ayudados y respaldados por la tecnología, pero acercarse a ellos, también, significará acercarnos a nosotros mismos, dando un sentido diferente a nuestra vida (p. 99-101).

La enfermedad se configura, en realidad, más que como un evento inesperado e imprevisto, como un acontecimiento constantemente temido por todos, por ello, casi canónico, un encuentro inevitable con los límites de la vida: “Sabemos, que le sucede a mucha gente, pero no pensamos nunca que puede ocurrirnos a nosotros” (Terzani, 2004, p. 1.). Frente a la enfermedad, cada quien parece equiparse con las estrategias de afrontamiento y los estilos narrativos que más le son propios, pero todos, de un modo o de otro, subrayan la importancia de las relaciones humanas, que ayudan tanto como las terapias más sofisticadas a afrontar el momento de crisis:

Hoy, sé cuánto le agradece al médico cuando se entretiene un poco más en tu habitación o que se sienta, incluso, en tu cama, como si se acercara a tu cuerpo enfermo con una confianza inesperada, absolutamente imprevista, tan humana y no como un profesional con el tiempo medido [...] su mano apoyada sobre tu rodilla, quizá distraídamente, te reconforta y te alienta (Bartoccioni, 2006, en Virzi & Signorelli, 2007, p. 92).

El hospital, aunque sea concebido con expectativas positivas, lleno de esperanzas, por cuanto sea efectivamente auxilio indispensable al tratamiento y a la curación, interrumpe el cotidiano fluir de las relaciones sociales y afectivas, produce un aislamiento forzado que se suma al sentimiento de lo desconocido, asociado a la irrupción de la enfermedad. El hospital es, pues, un lugar extraño, porque representa la interrupción de la familiaridad y la seguridad, la imposibilidad de tener el control sobre la propia vida, un accidente evolutivo (Ruggiero, 2005), que obliga, a menudo, a una reconfiguración interior y exterior y a la búsqueda narrativa de sentido (Bruner, 2002). Sin embargo, el hospital tiene, también, fronteras importantes como los confines del dolor que, solo si se reconocen y se circunscriben, pueden ser afrontados.

Estudios como el presente permiten analizar a profundidad, a través de las narraciones de las personas entrevistadas, los significados que son elaborados para interpretar un evento que sale de lo cotidiano y que pone potencialmente en riesgo la integridad de la persona; permite, además, dar a conocer nuevas herramientas de análisis de textos, las cuales permiten identificar de manera precisa tipos de discurso o mundos lexicales, a través de un vocabulario específico, unidades de texto elemental y asociaciones con variables ilustrativas previamente definidas (Reinert, 1998). Para ampliar estos conocimientos, es necesario llevar a cabo otras

investigaciones en el campo, ampliar el número de las personas entrevistadas, retomar variables distintas a las aquí manejadas y añadir métodos de análisis diferentes, que lleven al fortalecimiento del presente acervo teórico.

Además, estos resultados pueden permitir elaborar un código de comunicación entre las y los psicólogos y el personal sanitario (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, laboratoristas, etc.), ya que los datos muestran claramente aspectos psicológicos contenidos en la experiencia de la enfermedad, los cuales, al ser divulgados y compartidos, pueden establecer las bases para un trabajo multidisciplinario. Finalmente, una de las principales contribuciones del presente trabajo es valorar el análisis cualitativo y evidenciar la importancia de los métodos narrativos.

Referencias

- Aleni-Sestito, L. & Parrello, S. (2004). La transizione all'età adulta. Storie di giovani quasi-adulti, *Ricerche di Psicologia*, 4, 57-75.
- Atkinson, R. (2002). *L'intervista narrativa*. Milano, Italia: Cortina.
- Bruner, J. S. (1987). *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, EE.UU.: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge, EE.UU.: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1994). The remembered Self. En U. Neisser & R. Fivush (Eds.), *The Remembering Self: Construction and Accuracy in the Self-narrative*. Cambridge, EE.UU.: Cambridge University Press.
- Bruner, J. S. (1996). *La cultura dell'educazione*. Milano, Italia: Feltrinelli.
- Bruner, J. S. (2002). *La fabbrica delle storie*. Roma-Bari, Italia: Laterza.
- Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*. Roma, Italia: Carocci.
- Confalonieri, E. & Scaratti, G. (2000). *Storie di crescita. Approccio narrativo e costruzione del Sé in adolescenza*. Milano, Italia: Unicopli.
- Good, B. J. (2006). *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino, Italia: Einaudi.
- Hendry, L. B. & Kloep M. (2003). *Lo sviluppo nel ciclo di vita*. Bologna, Italia: il Mulino.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Moscovici, S. (2001). Why a theory of social representations? En K. Deaux & G. Philogéne (Eds.), *Representations of the Social* (pp. 8-35). Oxford, Reino Unido: Blackwell.
- Oblitas Guadalupe, L. (2004). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá, Colombia: PSICOM.
- Osorio Guzmán, G. M. (2006). La Psicología de la salud infantil. En M. Osorio Guzmán & L. Oblitas Guadalupe (Eds.), *La Psicología de la salud infantil* (pp. 6-30). Bogotá, Colombia: PSICOM.

- Osorio, G. M., Parrello, S., Sommantico, M. & De Rosa, B. (ago-set, 2010). La representación de la función paterna en adolescencia tardía. Un análisis a través de la narración. *Revista Alternativas en Psicología*, XV(23), 48-53.
- Petrillo, G. (1996). *Psicologia sociale della salute. Salute e malattia come costruzioni sociali*. Napoli, Italia: Liguori.
- Reinert, M. (1993). Mondes lexicaux et leur 'logique' a travers l'analyse statistique d'un corpus de récits de cauchemars. *Langage et Société*, 66(66), 5-39. Recuperado de http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/Isoc_0181-4095_1993_num_66_1_2632
- Reinert, M. (1998). Quel objet pour une analyse statistique de discours? Quelques réflexion à propos de la réponse ALCESTE. En S. Mellet, É. Brunet, M. Juillard, L. Lebart y A. Salem (Eds.), *JADT 1998: [actes des] 4èmes Journées internationales d'analyse statistique des données textuelles, Nice, 1998* [publicación de conferencia] (pp. 557-569). Nice, Francia: Université Nice - Sophia Antipolis. Recuperado de <http://psycho.univ-lyon2.fr/sites/psycho/IMG/pdf/doc-1360-2.pdf>
- Ruggiero, G. (2005). Le trame narrative del dolore. En A. Dinacci (Ed.), *Narrate genti le vostre storie. La narrazione nella consulenza e psicoterapia sistemica* (pp. 109-119). Napoli, Italia: Liguori.
- Smorti, A. (2004). *Psicologia culturale*. Roma, Italia: Carocci.
- Terzani, T. (2004). *Un altro giro di Giostra*. Milano, Italia: Longanesi.
- Virzì, A. & Signorelli, M. S. (2007). *Medicina e narrativa*. Milano, Italia: Franco Angeli.

Recibido 11 de noviembre de 2012
 Revisión recibida 24 de abril de 2013
 Aceptado 24 de julio de 2013

Reseña de las autoras

Santa Parello es investigadora confirmada de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de los Estudios de Nápoles Federico II en Italia, en el sector Científico Disciplinario M-PSI04 (Psicología del Desarrollo y de la Educación), universidad donde obtuvo su licenciatura en Filosofía y su doctorado en Metodología de las Ciencias Relacionales y de la Comunicación. Trabaja como tutora del doctorado de Investigación en Ciencias Psicológicas y Pedagógicas.

Maricela Osorio Guzmán es profesora titular "A" de tiempo completo definitivo de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México en la Facultad de Estudios Profesionales Iztacala. Obtuvo su doctorado en Investigación en Psicología de la Salud y Prevención del Riesgo Individual y Social por la Universidad de los Estudios de Nápoles Federico II en Italia. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores Nivel 1 y es miembro del Registro CONACYT de Evaluadores Acreditados en el área 4 Humanidades y Ciencias de la Conducta de México.

Disponible en línea: 25 de diciembre de 2013