

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**

**UNIDAD XOCHIMILCO**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES**

**MODULO XII “SOCIOLOGÍA Y SOCIEDAD”**

**TRIMESTRE: 22-I**

**LOS SISTEMAS SOCIALES COMO MECANISMO DE DEFENSA CONTRA  
LA ANSIEDAD EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL DE  
ZONA 1-A DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHAS MACÍAS (HGZ1-A)**

**NOMBRE DE LA ALUMNA:**

MARTÍNEZ ALTAMIRANO MICHELLE SARAHI

**MATRÍCULA:** 2182025405

**ASESOR:**

DR. JOSÉ LUIS GONZÁLEZ CALLEJAS

## **AGRADECIMIENTOS**

Mi agradecimiento más sincero es para todas las personas que me apoyaron en la elaboración de este proyecto final.

En especial, quiero agradecerle a mi pareja, quien siempre me apoyó en los momentos más difíciles con su característica paciencia; a mi papá, quien jamás me abandonó y que, a su modo, me hizo continuar; a mi hermano, por su fortaleza, a pesar de su corta edad; a mis abuelas, por su apoyo incondicional en la etapa más lúgubre de mi vida; y a mi asesor, por su sabiduría y paciencia en el transcurso de este proyecto final.

Asimismo, quiero reconocer al personal médico que me compartió sus experiencias personales, y quienes desempeñan una labor titánica en el HGZ1-A; al personal de vigilancia que me dejó ingresar a la institución; y a mi madre, sin cuya colaboración no hubiera podido entrar al hospital, en especial al área de urgencias.

---

## INTRODUCCIÓN

---

La ansiedad se presenta como una respuesta normal y adaptativa frente a la amenaza de situaciones estresantes, con la finalidad de preparar al individuo para luchar o huir. Sin embargo, cuando la ansiedad se vuelve habitual frente a la preocupación excesiva y sobre distintos acontecimientos o actividades, se denomina trastorno de ansiedad generalizada (Sadock, et al. 2015).

En la sociedad funcionalmente diferenciada algunos de los factores que generan o detonan tanto la ansiedad como el trastorno de ansiedad generalizada se encuentran en organizaciones como el hogar o el lugar de trabajo. En cuanto a la situación laboral, los individuos que se encuentran en organizaciones concretas tienden a desarrollar un conjunto de mecanismos de defensa grupales con la finalidad de controlar las ansiedades generalizadas producto de la propia actividad laboral (Dejours, 2001, citado en Pla 2016).

A partir de ahí, desde un punto de vista sociológico, puede considerarse que una de las funciones de los sistemas sociales consiste en proteger a los sujetos contra la ansiedad mediante formaciones defensivas frente a ideas y afectos de carácter insoportable y doloroso. Por ende, es más común encontrar las defensivas colectivas en áreas laborales donde los riesgos y los accidentes son comunes; en áreas dedicadas a la construcción y en sectores profesionales químicos, nucleares, policiales, militares y hospitalarios (Pla, 2016). El presente trabajo se centra en la última de estas profesiones: la práctica médica.

En este sentido, si bien han sido múltiples los autores que han estudiado los mecanismos de defensa del yo en diferentes circunstancias desde la disciplina psicológica (Freud, 2007; Jaques, 1955; Menzies, 1960; Sadock, et al., 2015; Dejours, 1988), en la disciplina sociológica Talcott Parsons (1999) y Rodney Coe (1973) han desarrollado un análisis exhaustivo de la práctica médica como un sistema social organizado, dada su clasificación institucional (Parsons, 1999), y como elemento eje en la investigación sociológica por sus dos importantes técnicas de análisis:

1) el modo en que se organiza el grupo profesional para presentarse a sí mismo ante el resto de la comunidad y para protegerse de ella; 2) como la socialización profesional conforman las actitudes, valores, creencias y comportamientos de los que trabajan en un campo dado de la manera deseada y aceptable para la profesión (Coe, 1973 p.221).

En torno a la primera cuestión, la práctica médica es un tipo de formación exigente que abre las puertas a procesos emocionales que se combaten continuamente, ya que el trabajo se realiza directamente con personas enfermas, en muchos casos donde la posibilidad de morir es alta o inevitable. Dado que sus factores de riesgo residen en cuestiones derivadas de la sobrecarga de trabajo, las importantes demandas laborales, o bien, el limitado control sobre las situaciones continuas, la práctica médica se considera una profesión especialmente vulnerable (Morales, et al., 2010). Por consiguiente en la segunda cuestión, y derivada de la primera, los procesos defensivos sociales se presentan a través de las actitudes, valores y creencias de los integrantes de la práctica médica colectiva.

De hecho, una cuestión imprescindible es que, si bien es cierto la ansiedad se presenta en todas las labores profesionales, su grado es proporcional a los sistemas defensivos exigidos; y por consiguiente contenida tanto como se puede por estos. Por tal motivo, a menudo se presentan de formas inusuales y hasta cierto punto paradójicas (Dejours, 1988).

Por ejemplo, Christophe Dejours (1988) observó que en el área de la construcción los accidentes y el riesgo de morir son habituales, no obstante, los obreros evitan recordar estas cuestiones al dejar de lado los artefactos de seguridad, pues usarlos supone tener presente el riesgo en el que se encuentran. Mientras que, en el área de la petroquímica, los trabajadores — aun cuando exteriorizaban tener “los nervios de punta”— indicaban estar relajados y tener tiempo para jugar y conversar, a pesar de que las tareas eran extenuantes. Por su parte, Isabel Menzies (1960), concluyó que el servicio de enfermeras se protege de la ansiedad al fragmentar su contacto con el paciente. El cuidado del paciente tiene efectos negativos en las enfermeras, y a menudo cumplen con sus obligaciones a un costo personal considerable. Por ello, las enfermeras esquivan las tareas tediosas, repetitivas y se desvinculan de un modo emocional con los pacientes.

En otras palabras, la relación recíproca entre las defensas y el control del sufrimiento, según Dejours (1988), se facilita una vez que estas funcionan correctamente, pues estabilizan el control del sufrimiento al obstaculizar los esfuerzos necesarios que permiten repensar y transformar la relación dada con el trabajo. Es decir, «las defensas excesivas toman la forma de una resistencia al cambio» (Dejours, 2001, p.153, citado en Pla, 2016, p.54). Así, en la mayoría de las relaciones laborales se desarrolla una asimetría entre la ansiedad, la productividad y la proliferación de los mecanismos defensivos (Dejours, 1988).

Por ejemplo, el estudio de caso de la Unidad Médica de Oriente en la Ciudad de México (CDMX), recuperado por Domínguez (1993), y enfocado en la calidad en la atención hospitalaria, demostró que la estabilidad laboral radicada en las relaciones entre los diversos departamentos que fortalecían esta unidad, estaban en las conductas colectivas del personal: se ponía de acuerdo en aplazar prácticas, citas o servicios médicos. Sin embargo, la repentina jubilación de quien dirigiera la unidad por siete años hizo que el nuevo director se percatara del incumplimiento del reglamento laboral. La situación general fue expuesta, y a regañadientes y bajo múltiples excusas el personal aceptó su responsabilidad. Los resultados fueron importantes y casi impecables durante el primer mes. No obstante, en los meses posteriores el personal dejó de llevar a cabo los cambios. Iniciar las consultas en medicina-general a la hora asignada, por ejemplo, implicaba cancelar la charla grupal del día; las condiciones de “estricta puntualidad” en las áreas quirúrgicas impedía platicar en la hora del café, o bien, disminuir el tiempo de estancia hospitalaria le restaba al personal médico la ociosidad.

En consecuencia, las actividades rutinarias que desarrolló el personal médico durante los siete años de la anterior gestión, aunque eran poco productivas, le proporcionaban los mecanismos de defensa necesarios frente a la ansiedad, producto de su profesión. Así, pues, cuando las defensas fueron descartadas, el malestar y la inconformidad se hicieron presentes: aumentaron las quejas en torno al mal trato, el ausentismo laboral se incrementó e incluso se hizo frecuente el boicoteo al trabajo. Por ejemplo, las máquinas reveladoras de radiodiagnóstico se descomponían por lo menos dos veces a la semana, el

lavalozas se averiaban constantemente y se acrecentaron las solicitudes de reparación de equipos médicos. El director, ante estos resultados, llegó a una conclusión: «era evidente la resistencia a los cambios, [...] el personal, en total rebeldía, añoraba al [antiguo director] y se resistía a colaborar» (Domínguez 1993, p.21).

Por todo lo anterior, el propósito de este estudio consiste en analizar los sistemas sociales como mecanismos de defensa en el personal médico del turno nocturno del Hospital General de Zona 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Muchas Macías (HGZ1-A), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con base en el informe trimestral de la UEA V: Estructuración de la Sociedad Contemporánea presentado a finales del mes de enero del 2020. En ese momento mi proyecto final se enfocó en hallar respuestas a la problemática constante de la insatisfacción de pacientes y familiares dentro de las salas de espera del servicio de urgencias. Pues los reclamos más comunes entre los usuarios de las unidades públicas de salud en México se engloban en dos cuestiones: el trato y la eficiencia de sus servicios, como procesos de deshumanización e ineficiencia de carácter consiente, particularmente en sus unidades de segundo nivel<sup>1</sup> (Domínguez,1993).

A partir de las entrevistas formales semi estructuradas<sup>2</sup> y la observación conjunta realizada, concluí que la ineficiencia del servicio se deriva de la de descompensación entre la oferta y la demanda en HGZ1-A. Por un lado, es una unidad de hospitalización de 49 años de antigüedad que cuenta con 258 camas censables, de las cuales 56 son de carácter obstétrico, que atiende aproximadamente a 656 mil derechohabientes de la zona sureste de la CDMX (CGCIAEO, 2016; IMSS, 2018). Por el otro, los recursos médicos (medicinas, materiales y personal) son insuficientes, tanto como las categorías administrativas en el turno nocturno en comparación con la cantidad de

---

<sup>1</sup> En el sector público mexicano conformado por la Secretaría de Salud y la seguridad social, se compone por tres niveles de atención: el primer nivel está conformado por unidades médicas ambulatorias y consultorios privados, el segundo por hospitales generales, y el tercer nivel por hospitales de alta especialidad.

<sup>2</sup> Agradezco la colaboración de mi colega Emiliano Chávez Martínez en la transcripción de las entrevistas realizadas en el personal médico del HGZ1-A, cuando trabajamos juntos en 2020 en la elaboración del informe que nos permitió obtener la acreditación final del trimestre V de la carrera de sociología en la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

derechohabientes (Entrevistas). En consecuencia, el personal médico realiza su trabajo bajo niveles de ansiedad importantes y de manera ineficiente.

Por tal motivo, con base en la literatura consultada y la investigación de campo hecha, se pretende responder las siguientes preguntas: ¿Qué sistemas sociales ha desarrollado el personal médico en el servicio de urgencias del HGZ1-A para hacer frente a la ansiedad? y ¿Qué relación existe entre los sistemas sociales como mecanismos de defensa del personal médico y la descompensación en la eficiencia del área de urgencias del HGZ1-A? Considerando que el tipo modal de *hospital general* es un sistema social con una organización de tratamiento y cuidado compleja, núcleo del sistema de salud (Ver Steeg & Croog, 1998).

---

### 1. LOS SISTEMAS SOCIALES COMO MECANISMOS DE DEFENSA CONTRA LA ANSIEDAD: CONSIDERACIONES PREVIAS

---

Desde una perspectiva psicoanalítica, autoras como Anna Freud y Melanie Klein (1954 y 2009, citadas en Pla, 2016) consideran que «los mecanismos de defensa son operaciones psíquicas inconscientes que el individuo ejecuta — desde su más temprano desarrollo psíquico— con el objetivo de contrarrestar la emergencia de impulsos y ansiedades provenientes de fuentes internas asociados a displacer» (2016, pp.46-47). Estos mecanismos tienen su origen en las actitudes defensivas que el *yo* adopta en su desarrollo, con la finalidad de gestionar las exigencias del *ello*. Por tal razón, los mecanismos de defensa son los medios psicológicos que el *yo* utiliza para solucionar los conflictos instintivos y la necesidad de adaptación al mundo real que se determinan bajo ciertas influencias del ambiente tanto familiar como social (Freud, 2007).

En este orden de ideas, de acuerdo con Dejours (2006, citado en Pla 2016), los mecanismos defensivos se agrupan en dos polos: los individuales y los colectivos. Los primeros son importantes en las cuestiones relacionadas con la adaptación al sufrimiento, en la medida que se pueda soportar sin llegar a la descompensación. Mientras que los segundos «toman la forma de ideologías defensivas, es decir, se transforman en un *sistema de valores* en donde la

defensa se transforma en deseo, en meta, en objetivo en sí, ocultando su vocación principal de defensa contra el sufrimiento» (2016, p.54).

Valbuena y sus colaboradores (2006) argumentan que, a pesar de ser diversas las áreas que estudian los valores (*v.gr.* la sociología, la psicología, la ética, el derecho, etc.), conceptualmente puede definirse un sistema de valores como la representación del individuo que ingresa a una organización y encuentra allí «un sistema de vida y cultura propia a la cual se llega con cierta escala de valores y creencias personales» (p.60). En este sentido, es inevitable la influencia de la cultura organizacional sobre la conducta y valores individuales, pues las creencias incorporadas a la conducta que direcciona una acción son elementos que:

conforman un sistema claro de valores, los cuales permiten hacer elecciones entre varias alternativas en un momento dado, así como resolver conflictos entre dos o más modos de conducta. Un sistema claro de valores le produce a la persona bienestar, pues le hace más fácil tomar decisiones y elegir su camino. Por el contrario, si el sistema de valores es indefinido produce conflictos y malestar o angustia al momento de tomar una determinada decisión (pp.62-63).

De ahí que Elliot Jaques (1955) desarrollara el concepto de sistema social de defensa como un *proceso organizacional* que se presenta en una asociación institucionalizada como defensa contra la ansiedad psicótica, al considerar que «las funciones inconscientes o implícitas de una institución están determinadas específicamente por los individuos particulares asociados en el instituto, ocupando roles dentro de una estructura y operando la cultura» (p.459). En otras palabras, las *instituciones sociales* son *estructuras sociales* que paralelamente con los *mecanismos culturales* gobiernan las relaciones defensivas dentro de dichas instituciones (TABLA 1).

Bajo esta perspectiva, la teoría de la acción desarrollada por Talcott Parsons en *El sistema social* (1999) ofrece semejanzas a la propuesta conceptual de Jaques. Esta teoría describe que, en general, la estructuración de un sistema total y concreto dentro de la acción social se constituye por los siguientes tres aspectos: 1) *el Sistema social*; 2) *el Sistema de la personalidad*; y 3) *el Sistema cultural*.



Estos sistemas de acción se concentran en el sistema actor-situación, el cual involucra una multiplicidad de «actores individuales orientados hacia una situación y que comprenden un sistema de símbolos culturales entendido en común» (Parsons, 1999, p.19). Así, este sistema se conforma por: a) un *actor* con un propósito determinado (fin o meta), y b) una *situación* en la que se desenvuelve, compuesta a su vez por *medios* y *condiciones*. Es decir, elementos de los cuales el actor tiene el control o los recursos (medios), o por el contrario no los tiene (condición) (Mascareño, 2008). A partir de ahí, la *acción* se establece como un proceso que tiene *significación motivacional* en un actor individual, o bien, sea el caso de una colectividad, para sus componentes individuales (Parsons, 1999).

En este sentido, los procesos motivacionales siempre se producen en uno o más actores individuales (Parsons, 1999) y se manifiestan como «una fuerza que impulsa a los individuos y a los grupos a desempeñar su trabajo con entusiasmo, vigor y plena satisfacción» (Domínguez, 1993, p.75). De acuerdo con David McClelland (en Domínguez, 1993), el fenómeno de la motivación es paralela al sistema de valores, pues todo individuo a lo largo de su vida recibe tres aportaciones básicas: 1) *valores*, que referencian su comportamiento y le permiten diferenciar lo bueno y lo malo, lo justo e injusto; 2) *percepciones*, o información adquirida que tiene significación a lo largo de su vida; y 3) *motivos*, todo aquel factor que se percibe como una meta o una expectativa.

De ahí que, en el sistema acción-situación, los tres sistemas (el social, el de la personalidad y el cultural) son indispensables para los otros dos, pues sin personalidad y sin cultura no existe sistema social alguno (Parsons, 1999). Así, por ejemplo, culturalmente el equilibrio de los sistemas sociales se ajusta con el hecho de que las acciones efectuadas por los actores solo pueden interconectarse mediante la externalización simbólica de sus estados mentales (*v.gr.* emotividad, motivaciones y disposiciones de necesidad), dándole la oportunidad a los otros actores de llevar a cabo el mismo proceso (Schmid 2007). En consecuencia, cuando se desarrolla una estructura, una cultura y un modo de funcionar:

...una organización social sufre la influencia de cierto número de factores interactuantes, entre los cuales son fundamentales su tarea primaria, incluidas las relaciones y presiones ambientales que implica los elementos técnicos disponibles para ejecutar la tarea; y las necesidades de satisfacción social y psicológica de los miembros de la organización, y sobre todo, de apoyo en la tarea de manejar el sentimiento de ansiedad (Menzies, 1960, p. 69).

TABLA 1. SEMEJANZAS CONCEPTUALES ENTRE LOS ESTUDIOS DE ELLIOTT JAQUES Y TALCOTT PARSONS

TEÓRICO	SEMEJANZA CONCEPTUAL		
ELLIOT JAQUES	<b>INSTITUCIONES SOCIALES</b>	<b>ESTRUCTURAS SOCIALES</b>	<b>MECANISMOS CULTURALES</b>
	Instituciones cuyas funciones inconscientes o implícitas están determinadas específicamente por los individuos particulares asociados en el instituto.	«Sistemas de roles, o posiciones, que pueden ser asumidos y ocupados por personas» (Jaques, 1955, p. 459).	«Son convenciones, costumbres, tabúes, reglas, etc., que se utilizan para regular las relaciones entre los miembros de una sociedad» (Jaques, 1955, p.459).
TALCOTT PARSONS	<b>SISTEMA SOCIAL</b>	<b>SISTEMA DE LA PERSONALIDAD DE LOS ACTORES INDIVIDUALES</b>	<b>SISTEMA CULTURAL</b>
	Consiste en una interacción entre sí de una pluralidad de actores, en una situación que involucra por lo menos un aspecto físico o de medio ambiente, una tendencia por “obtener un óptimo de gratificación” por parte de actores motivados, cuyas relaciones con sus respectivas situaciones se definen y miden mediante «un sistema de símbolos culturalmente estructurados y compartidos» (Parsons, 1999, p. 19).	Sistema relacional de un individuo que interactúa con una situación al integrar distintos roles, dado que «la relación de la personalidad con una estructura de rol uniforme es de interdependencia e interpenetración más no de “inclusión”» (1999: 29). A partir de ahí, la estructura social cumple con tres requisitos: 1. Recursos motivacionales; 2. Recursos y condiciones de la situación y 3. Acumulación cultural. (p.135).	En simetría con el sistema social, se especializa alrededor de la función del mantenimiento de patrones. Los elementos culturales, al ser elementos de orden pautado, intervienen y regulan la comunicación, entre otras cuestiones, de las orientaciones en los procesos de interacción. «De esta manera, los actores pueden organizar sus conocimientos, sus motivaciones y sus disposiciones de necesidad y usar este orden organizativo para adaptarse a diferentes situaciones» (Schmid, 2007, p.109).

FUENTE: Elaboración propia con base en Parsons (1999), Jaques (1955) y Schmid (2007).

Por lo tanto, considero que las analogías estructurales entre las propuestas analíticas de Parsons (1999), Jaques (1955) e Isabel Menzies (1960), en lo que se refiera al desarrollo de defensas contra patologías psicológicas y psiquiátricas, ofrecen una mirada prácticamente sociológica a la noción de

sistema social como mecanismo de defensa al analizar cada uno de sus componentes individuales.

En primera instancia un sistema social de defensa bien podría definirse como un proceso organizativo y motivacional que comprende la acción o conducta de una pluralidad de actores que se adaptan a una situación, la cual involucra por lo menos un aspecto físico o de medio ambiente.

Esta generalidad parte de la premisa teórica en la que el sistema acción-situación únicamente se interesa de las relaciones concretas del actor por medio de la acción o la conducta, la cual se orienta por símbolos (Parsons, 1999) y se establece como una generalización simbólica (ILUSTRACIÓN 1), cuyos elementos están «en el proceso más importante a través del cual los símbolos se generan y se transforman por medio de diferentes individuos, situaciones y generaciones, lo cual a su vez permite que sean aprendidos e internalizados en la interacción social» (Schmid, 2007, p.108).

Asimismo, Parsons (1999) definió sociológicamente un mecanismo como una generalización empírica que —sobre los procesos motivacionales presentados como formas organizadas en el sistema de la personalidad— adquiere relevancia en los problemas funcionales de un sistema de acción. Por consiguiente, la clasificación que involucra tanto los mecanismos como la motivación del sistema social son los *mecanismos del sistema de la personalidad*, cuyos elementos se asumen mediante tres categorías fundamentales:

1. **El aprendizaje:** conjunto de procesos en los que el actor adquiere elementos nuevos de orientación de la acción (*v.gr.* orientaciones cognitivas, de valores y de nuevos intereses). Un proceso de aprendizaje, por ejemplo, es la adaptación a un cambio en la situación (VÉASE TABLA 1), o en el desenvolvimiento de una pauta dinámica.
2. **La defensa:** proceso en el que se actúa sobre los conflictos internos de la personalidad entre distintas disposiciones de necesidad (*v.gr.* la simple represión de las necesidades ya no gratificantes). A su vez, los mecanismos de defensa son procesos mediante los cuales un sistema de acción se integra internamente y reprime las tendencias destructivas. Por tal razón, a menudo estos mecanismos se confunden con los del aprendizaje.

**3. El ajustamiento:** proceso en el que el actor individual opera con elementos de tensión y conflicto en sus relaciones con la situación de una acción. Es decir, aquellos elementos de tensión que pueden reflejarse en la frustración de lograr un fin, dadas las tensiones de carácter inherente; no obstante, pueden reducirse y resolverse por medio de la sustitución (*v.gr.* para dejar de fumar, se sugiere mascar canela), por ejemplo. Estos mecanismos también suelen confundirse con los de aprendizaje.

En este sentido conviene resaltar que, mientras el aprendizaje se constituye como un proceso de *cambio*, la defensa y el ajustamiento suelen catalogarse como procesos de *equilibrio*, es decir, procesos que contrarrestan las tendencias a cambiar el sistema de una o de otra forma (Parsons, 1999). De ahí que un mecanismo de defensa también se derive de la relación entre las orientaciones de valor y los sistemas de creencia. Pues las pautas de orientación de valor manifiestan las direcciones de la elección en los dilemas de la acción, dado que estas pautas —en analogía con el sistema de valores— son consideradas como *estructuras adaptativas del sistema social* (Parsons, 1999). Mientras que los sistemas de creencias:

implican una orientación independiente hacia una “realidad” que tiene propiedades independientes del actor que intenta comprenderla cognitivamente. Por mucho que lo desee, él no puede convertirla en lo que le gustaría que fuera, sino que con arreglo a la estructura de sus creencias tiene en algún sentido que adaptarse a ella (p.356).

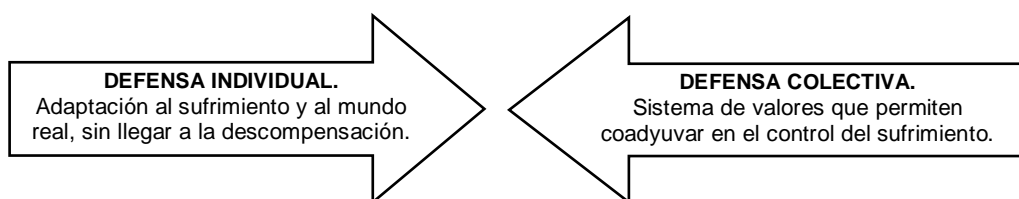
Por ende, los sistemas sociales como mecanismos de defensa parten de una generalización simbólica que a su vez se internaliza en sus miembros al permitirles llevar a cabo el mismo proceso, dado que «estas defensas sociales guardan una relación recíproca con los mecanismos de defensa interna» (Jaques, 1955, p. 281), pues al mismo tiempo «los actos no se realizan individual y separadamente, los actos están organizados en sistemas» (Parsons, 1999, p. 20) (ILUSTRACIÓN 1). Así, la cultura, la estructura y el modo en que se desempeñan colectivamente, se encuentran determinados por las necesidades psicológicas de cada miembro (Menzies, 1960).

En síntesis, el sistema social de defensa interviene como una acción frente a las condiciones dadas al estar compuesto por una multiplicidad de actores que cumplen una tarea o rol (fin) con base en una conducta que maneja/controla

(medios) la ansiedad (condición), al mantener y regular patrones, costumbres o reglas que permiten la adaptación al medio físico o de medio ambiente (ILUSTRACION 2).

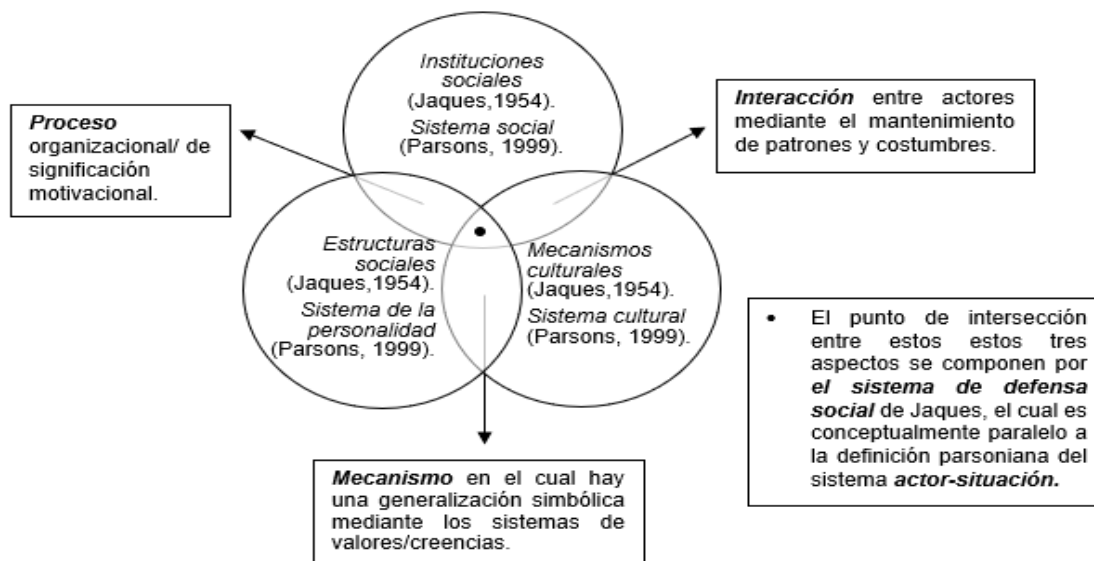
Así, por ejemplo, Dejours (1988) argumentaba que ciertas actitudes (v.gr. denegación o desprecio) adquieren un valor simbólico, que contiene tanto la iniciativa como el control de los trabajadores, sobre situaciones precisas como el peligro. Y que a su vez esas actitudes contienen dos tipos de carácter: 1) El carácter de la fachada (o pseudo inconsciencia), destinado a controlar la ansiedad; y 2) La especificidad de su carácter colectivo, el cual para que funcione este sistema tiene que encontrar confirmaciones. «Solo la participación de todos en la estrategia defensiva asegura la eficacia simbólica» (1988, p.15).

ILUSTRACION 1. GENERALIZACIÓN SIMBÓLICA Y RECIPROCIDAD ENTRE LAS DEFENSAS INDIVIDUALES Y LAS DEFENSAS SOCIALES



FUENTE: Elaboración propia con base en Parsons (1999), Jaques (1955), Schmid, (2007), Dejours (2006, citado en Pla, 2016 y 1988) y Valbuena, et al., (2006).

ILUSTRACIÓN 2. DIAGRAMA DE INTERSECCIÓN ENTRE LAS PROPUESTAS TEÓRICAS DE JAQUES Y PARSONS



FUENTE: Elaboración propia con base en Parsons (1999), Jaques (1955) y Valbuena, et al. (2006).

---

## 2. ESTUDIO DE CASO: HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1-A DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS (HGZ1-A) Y SUS TÉCNICAS DEFENSIVAS EN EL ÁREA DE URGENCIAS

---

El área de urgencias del HGZ1-A es un sistema social (TABLA 1) que se integra a su vez por tres subsistemas centrales: 1) la sala de espera; 2) el *triage*<sup>3</sup>; y 3) el módulo de registro de internalización y acceso a urgencias (ILUSTRACIÓN 3). Los tres, en conjunto, son subsistemas complejos, puesto que son las áreas cruciales en donde la ansiedad se pone a prueba mediante las primeras relaciones interpersonales: la calidad técnica del rol médico y la calidad humana como protocolización de la eficacia en la atención médica del IMSS<sup>4</sup>, dentro de los servicios de urgencias del HGZ1-A.

Dejours (1988) examinó que el nivel de la ansiedad es congruente con la carga laboral, la cadencia producida o las malas condiciones laborales. En efecto, el fenómeno de la cadencia es significativo en el HGZ1-A. El personal médico de urgencias (asistentes médicas, médicos y enfermeras) siempre se encuentra a la expectativa del botón de choque, las sirenas de las ambulancias, los equipos médicos y el bullicio general del área de urgencias. Además, particularmente todos mis entrevistados externaron que la principal causa de la ineficiencia en la calidad de la atención médica en el HGZ1-A, y la procedencia de sus niveles críticos de ansiedad son paralelos a las condiciones laborales y la carga de trabajo a las que están sometidos.

Sea falta de camas, insumos médicos, o el propio personal, constantemente trabajan con restricciones importantes. Una médico en el área de hospitalización comentó al respecto:

---

<sup>3</sup> El triage es un protocolo que permite evaluar el riesgo clínico con el fin de agilizar el flujo de pacientes cuando la demanda y la necesidad superan los recursos. Dentro del sistema de urgencias hospitalarias (SUH), un servicio de triage estructurado está jerarquizado por cinco niveles de priorización y un índice de relevancia y calidad básica en la relación riesgo-eficiencia, considerando muchas veces que «lo urgente no siempre es grave y lo grave no es siempre urgente» (Soler, et al. 2010, p. 56).

<sup>4</sup> La Secretaría de Salud (2012) elaboró un modelo esquemático del control de la calidad en la atención médica, como parte de un proceso de evaluación continuo y permanente, mediante «el hexágono de la calidad», cuyo objetivo es representar el conjunto de elementos esenciales en la calidad de la atención médica, garantizando la seguridad del paciente. Los dos primeros componentes del hexágono abordan la calidad técnica y la humana, las cuales son cuestiones sociológicas planteadas concisamente por Eliot Freidson (1998), quien argumentaba que la atención médica más allá de la aplicación de una técnica era un servicio directo con seres humanos, por lo tanto, proporcionar calidad técnica y calidad humana era obligatorio.

«Nosotros ahorita, por ejemplo, en domingo, somos 2 médicos para 106 pacientes. Entonces la verdad no es la cantidad que en la mañana, por ejemplo, son alrededor de 14 médicos, es diferente; aquí se incrementa la cantidad de pacientes de los que nos tenemos hacer cargo, y más la ausencia de medicamentos, de recursos para trasladar pacientes, ambulancias, todo».

Por ende, la ansiedad producida por las condiciones laborales refuerza la ideología defensiva, cual valor funcional solo existe en relación con la productividad (Dejours, 1988).

FOTOGRAFÍA 1. ENTRADA PRINCIPAL DEL ÁREA DE URGENCIAS DEL HGZ1-A



La saturación en el área de urgencias del HGZ1-A es común; sin embargo, en el horario nocturno y los fines de semana tiende a aumentar.

FOTOGRAFÍA 2. ÁREA DE ESPERA EN EL HGZ1-A (DUPLA FOTOGRÁFICA)



Las personas que cargan bolsas son los familiares de los pacientes ingresados al área de urgencias. En dichas bolsas conservan las pertenencias de sus enfermos. Un oficial encargado les permite el ingreso uno por uno y según sea la necesidad de requerirlos con sus pacientes.

## **2.1. El carácter de la fachada y la especificidad del carácter colectivo**

El ingreso a las salas de espera del HGZ1-A siempre está disponible para enfermos; sin embargo, el vigilante en turno solo autoriza la entrada a un familiar por paciente. La condición general de la sala de espera del HGZ1-A es la saturación de enfermos en espera de atención médica (FOTOGRAFÍAS 1 Y 2). Los medios utilizados para controlar la situación se encuentran en la labor de la interacción del punto de convergencia entre el trabajador, el paciente y familiar: el módulo de registro y el sistema de triage. No obstante, el módulo de registro es el elemento central para solicitar la asistencia médica; todo dato incorrecto o mal elaborado determina el tiempo que un paciente espera para una evaluación en el triage y posteriormente ingresar al área de urgencias.

La intensidad y la complejidad de la ansiedad en el personal médico dentro del área de urgencias del HGZ1-A no se presenta en primera instancia en el médico o la enfermera, sino en las asistentes médicas. Su trabajo consiste en la interacción directa con los enfermos y sus familiares, quienes generalmente son los que proporcionan los datos del paciente.

A partir de las entrevistas y la observación conjunta, se identificaron algunos factores en donde el yo bajo presión recurre a las medidas defensivas con el fin de darle seguridad y ahorrarle los momentos de displacer (Freud, 2007), al mismo tiempo que las internalizan sus colegas (ILUSTRACIÓN 1). De ahí que algunos mecanismos de defensa social pudieron distinguirse en la actitud tanto individual como colectivamente de las asistentes médicas.

Ellas no solo necesitan conservar el profesionalismo de su rol mediante su capacidad técnica, sino también al encontrarse obligadas en su calidad humana por las reglas institucionales. Sin embargo, la situación de las asistentes médicas es que, al igual que la enfermería, es una práctica tanto técnica como social. Por lo tanto, sus niveles de estrés y ansiedad aumentan cuando los pacientes y sus parientes en evidente tensión, miedo e incertidumbre realizan el primer contacto con ellas.

En el módulo de registro había tres asistentes, no obstante, dos estaban sentadas conversando, riéndose y comiendo, mientras que la tercera registraba a un familiar que traía a un paciente que apenas podía mantenerse en pie. Las



dos asistentes que descansaban se encontraban felices y dispuestas a la entrevista. Una de ellas me dijo: «¡Si! No tenemos nada que hacer». Y aunque su respuesta me sorprendió, dada la sobrecarga de trabajo y saturación del servicio de urgencias esa noche, llegué a la conclusión de que estas actitudes son parte de un mecanismo de defensa integrado en ellas: la negación (TABLA 2 EN ANEXOS).

Bien podría definirse la conducta de ambas totalmente irresponsable hacia su trabajo, aunque una de ellas se justificara al comentarme que no podía realizarlo porque solo había dos computadoras para tres personas. No obstante, negarse a hacer su trabajo —cuanto más saturada estaba el área de espera, y como si no hubiera enfermedad alrededor— parte de un sistema de acción complejo que consiste en evitar el colapso total de las asistentes, si las tres trabajaran al mismo tiempo como lo señala el reglamento. La labor de una mientras dos descansan, proporciona en ellas el tiempo suficiente de compensar el estrés generado al momento de registrar al paciente cuya agresividad o desesperación, conjunta con la de su familiar, es obvia.

En efecto, aunque es improductivo y disminuye la calidad en la atención médica el que una sola asistente realice su trabajo, consideremos, pues, que si todas lo hicieran llegaría el momento en que no se permitirían ejecutarlo si no fuera a un costo personal considerable. Aquel nivel de organización y negación en su rol profesional dentro del área de urgencias les permite «mantener fuera de la consciencia responsabilidades, situaciones de estrés o sobrecargas inabordables, impulsos, ideas, afectos desagradables o inaceptables» (Pla, 2016, p.49), al encontrarse frente a situaciones de carácter externo que ellas solas no pueden controlar. Por ejemplo, la asistente que registraba los datos del paciente estaba en una situación indudablemente angustiante, pues la mujer que acompañaba al enfermo lloraba desesperadamente, al mismo tiempo que titubeaba cuando proporcionaba los datos, debido a que el paciente había entrado en shock.

El caso de esta asistente es interesante, ya que mientras hacía su labor el nivel de ansiedad contenido en ella culminó cuando el familiar le dio su edad en lugar de la del paciente. La asistente médica azotó sus puños en la mesa, se agarró la cabeza frenética y comenzó a gritarle a la mujer. Cuando finalice la

entrevista, esta asistente me comentó: «Puedo entender que fue el pánico, pero no se pueden cometer esa clase de errores. Eso es con lo que batallo, familiares estresados que me estresan a mí más. Le estoy tomando los datos de su paciente y me da los suyos...Y así hay muchos». Por eso cuando le pregunté por su nivel de estrés en relación con su trabajo, soltó la carcajada y dijo: «¡Ay! demasiado estrés. Yo me estreso mucho».

El hecho de que el paciente entrara en shock y que la asistente perdiera la paciencia, me hizo interrumpir la entrevista con una de sus colegas momentáneamente; sin embargo, sus compañeras lejos de intervenir o compadecerse comenzaron a reírse de la frustración de su colega. Acto seguido, la asistente volteó a verlas y echo a reír. En este contexto, se puede concluir que el último recurso defensivo por parte de ellas es el humor (TABLA 2), el cual cumple la función de inhibir las tendencias destructivas de las asistentes cuando se encuentran al borde del colapso.

Dejours (1988) consideraba que la ansiedad se contiene tanto como se pueda por los sistemas defensivos y que, a pesar de existir un riesgo de crítica, si no se contuvieran de esta forma, y los niveles tan elevados de angustia no fueran manejados grupalmente, es posible que el trabajador no se permita continuar con sus tareas por largo tiempo. En efecto, si las asistentes del HGZ1-A no controlaran sus niveles críticos de ansiedad y estrés mediante estas defensas colectivas, en todo caso es posible que hubiera un abandono laboral por parte de ellas, o muy posiblemente intentos de sabotaje.

## **2.2. Agresividad e introyección**

Como se observa, la interacción del personal médico de HGZ1-A con la enfermedad se da mediante un proceso motivacional socialmente estructurado en el que su nivel de ejecución se da a través de mecanismos que facilitan los medios sobre las condiciones (ILUSTRACIÓN 2), principalmente porque la situación de la enfermedad es prácticamente una situación de tensión y de incertidumbre debido a que elementos como el sufrimiento, la incapacidad y el riesgo de muerte se presentan como condiciones inquietantes (Parsons, 1999).

En este sentido, mientras que Bernad (1963, citado en Coe, 1973), argumentaba que «el miedo a la muerte y a la incapacidad física es un motor

poderoso y universal del comportamiento humano» (p.266), Parsons (1999) sostenía que no hay sociedad alguna que no tenga una estructuración social y cultural de ideas, actitudes y conductas frente a la muerte. De tal modo que los factores sociales, culturales y psicológicos, sea cual sea su combinación y procedencia, constituyen la manera en cómo el enfermo define su situación en el proceso de tomar decisiones. Aquellos sentimientos de ansiedad, miedo, hostilidad o frustración que produce la enfermedad, son paralelos al conocimiento que el enfermo tenga de sus síntomas (Coe,1973).

Cuando el enfermo ingresa al sistema de salud, comprende su situación mediante una serie de expectativas del lugar al que llegará, del personal que le atenderá y de su propia enfermedad y organismo. Esas percepciones subjetivas y experiencias propias dentro de ese entorno determinarán cómo el enfermo se relacionará con las personas que allí se encuentren (Ver Steeg & Croog, 1998).

De ahí que Stein, et al., (2011) consideraran que los distintos sistemas funcionalmente diferenciados, incluido el sistema de salud, deben encontrar caminos alternativos y al mismo tiempo suficientemente complejos con la finalidad de responder a los problemas sociales de carácter emergente. No obstante, la solución para estos problemas no se encuentra buscando estrategias fuera del sistema, sino creando estrategias que integren tanto el orden como el desorden, así como las certezas y las incertidumbres. Por eso, en tales escenarios, la pauta específica entre el rol del médico y el paciente opera en una situación donde una serie de mecanismos facilitan el control de la enfermedad (Parsons, 1999), y permite múltiples maneras de adaptarse a situaciones hostiles significativas (Coe, 1973).

En el caso de los enfermos, por ejemplo, Coe (1973) identificó cuatro modos en los que tienden a adaptarse más rápido a la hospitalización: 1) *el ensimismamiento*; 2) *la integración*; 3) *la agresión*; y 4) *la sumisión*. Mientras que los dos primeros buscan de manera eficaz mitigar el dolor y la depreciación que el paciente tiene de sí mismo, la agresión y la sumisión a pesar de ser conceptos diferentes posicionan al paciente en un status infantil aumentando su dependencia hacia el otro, al mismo tiempo que se convierte en alguien notablemente exigente en solicitar la atención en el momento que el señale,

pues «sin pensar en alguien más que no sea el mismo; perdido en su ansiedad y dolor se vuelve apático» (1973 p.131). En mi opinión, estos modos de adaptación por parte del enfermo son claramente mecanismos de defensas del sistema de la personalidad que simbólicamente y culturalmente son externalizados una vez ingresa a la institución médica, a la par de otros enfermos.

En algunos casos la agresividad es la forma adaptativa<sup>5</sup> que el enfermo adquiere cuando ingresa en un hospital general, y se presenta usualmente de manera verbal (*v.gr.* quejarse o resistirse a la atención del personal). En otros, la sumisión, siendo el modo de adaptación más básico, —por lo menos al principio en la mayoría de los enfermos— a menudo genera un alivio para el paciente, así como para sus parientes, al depositan la responsabilidad y la resolución de la enfermedad en manos de profesionales, ya que comúnmente los pacientes llegan tan enfermos como para resistirse al tratamiento (Coe, 1973).

Bajo esta perspectiva, si bien «los factores que definen a los hospitales generales pueden actuar, o para aliviar la tensión y la ansiedad, o para acentuarla» (1973, p.343), el tipo modal de *hospital general* se ha caracterizado por su «capacidad de socavar sistemáticamente la imagen que tienen los enfermos de sí mismos» (p. 348-349), con la finalidad de facilitarles la integración al sistema de valores de dicha institución y aceptar el rol de enfermo.

Por consiguiente, en el caso del rol médico los mecanismos o estrategias implementadas, en mi opinión, pueden englobarse en dos sentidos de análisis específicos. El primero radica dentro del rol médico “hacer todo lo posible” para la recuperación completa del paciente en la práctica colectiva: la *neutralidad afectiva* entendida por Parsons (1999).

Su importancia se encuentra en el hecho de que el médico se ocupe únicamente de un problema objetivo en términos justificables y objetivos, es

---

<sup>5</sup> Lederer (citado en Coe 1973) sugirió que los diversos modos de adaptación varían según la fase de la enfermedad. Por ejemplo, los pacientes se muestran sumisos cuando la fase de enfermedad es más notoria, pero una vez llega la fase de recuperación se tornan agresivos. Asimismo, Coe (1973) argumentó que generalmente la agresividad tiende a fallar, puesto que una salida prematura del hospital conduce simultáneamente a una recaída y a una re-hospitalización posteriormente. A mi consideración, haciendo muchas veces cíclica la fase de la enfermedad.

decir, que en términos científicos se ocupe de la enfermedad. Así, la neutralidad afectiva cumple con la función de capacitar al médico para penetrar los asuntos privados (*v.gr.* la intimidad genital) o los nexos particulares de sus pacientes, protegiendo al médico de la presión emocional y evitar entrar en reciprocidades emocionales, puesto que el paciente y el familiar, en su condición de inactividad (difícil de soportar), están sometidos a fuertes presiones, estados de ansiedad y tensión al esperar “que se haga algo” (Parsons, 1999).

De hecho, en la medicina colectiva la neutralidad afectiva y otras prácticas que limitan el contacto humano con el enfermo, constituyen una ventaja para el trabajador dado que —a diferencia del trabajo del médico particular, el cual queda sujeto a la responsabilidad directa con sus pacientes por la dependencia del pago por sus servicios— el que trabaja en una organización, lejos de un ambiente individual, se relaciona mediante la cooperación de distintas clases de colegas y trabajadores auxiliares quienes en conjunto se relevan de múltiples responsabilidades incluida la relación directa con el paciente que no sea la de rol técnico (Parsons, 1999).

De ahí que el segundo eje de análisis se derive de lo que Coe (1973) identificó cómo la justificación del personal médico de un *hospital general*, en cuanto a la manipulación y el tratamiento impersonal de la vida de grandes grupos de enfermos. Ambos elementos se dan mediante el control de su comportamiento, sin sentir ningún tipo de preocupación por sus deseos y según sean las necesidades de la organización, a través de tres tipos de mecanismos:

- 1) **El descubrimiento/desnudamiento:** cumple la función de facilitar los procedimientos del hospital. Para ello al enfermo se le da un tipo de pijama, a la cual no está acostumbrado, bajo la justificación de que los motivos son técnicos, pero que no mejoran la imagen del enfermo. El proceso de desnudamiento es un mecanismo común, en donde incluso bajo sus formas más suaves, en todas las organizaciones sociales se da como el primer paso para la iniciación de nuevos miembros.
- 2) **El control de medios/recursos:** se encuentra en manos del personal y los capacita para manipular el ambiente y a los enfermos independientemente de sus deseos o necesidades, para así actuar sobre el comportamiento. El control de los

recursos no solamente abarca las cosas materiales, sino también la mentalidad. Por ejemplo, estas organizaciones dificultan las vías de comunicación entre el personal, pero más a menudo en el enfermo, quien casi por completo está privado de información, particularmente sobre su propio estado.

- 3) La restricción de movilidad:** funciona como control en el comportamiento de los enfermos. Se da mediante el confinamiento en el que el personal puede determinar con quién se relacionará y con quién establecerá relaciones sociales el paciente. Este mecanismo tiene una ventaja para el personal: asegurar la accesibilidad a los pacientes, e intensificar el status de enfermo.

De acuerdo con Coe (1973) la situación del enfermo en un hospital general es comparable con el reclutamiento en la Marina, dado que estos mecanismos actúan sobre el enfermo cuando ingresa al nosocomio, con la función de mitigar la cultura propia (*v.gr*, creencias, actitudes, valores y relaciones sociales) que este lleva consigo y suprimir todos los símbolos personales, sean estos materiales o no, con el fin de reducir el status del enfermo a uno de tantos. Pues parte de esa cultura incluye las pertenencias (ropa u otros valores materiales) que definen el status, la reputación y el respeto que le permiten representarse ante los demás. Así:

para facilitar el manejo de gran número de enfermos, e indirectamente reducir las diferencias entre ellos, así como para hacer posible el tratamiento "masivo", estas instituciones, conscientemente o no, practican un proceso de desnudamiento, separando sistemáticamente al enfermo de estas representaciones de sí mismo. A cambio recibe los equivalentes de su posición -tales como uniformes, camas y el uso de números en vez de nombres- que son iguales en calidad y cantidad a los que tienen otros enfermos (p.343-344).

En este sentido, del mismo modo que Coe (1973) comprendió que estos mecanismos están orientados a la manera que el grupo profesional se presenta así mismo ante la comunidad y se protege de ella, Parsons (1999) entendió que, si bien es cierto la defensa y el ajustamiento son producidos en actores individuales, en tales circunstancias el resultado entre la tendencia a la desviación y la reacción del sistema social (cuyo núcleo es el sentido de motivar a actores) constituye un *mecanismo de control social*.

Este mecanismo es un proceso de motivación en uno o más actores individuales, el cual contiene un proceso defensivo y de ajustamiento que se

centran en las tendencias a violar expectativas de roles. Y aunque comprende elementos del sistema de la personalidad, en especial del mecanismo de defensa, este es un mecanismo del sistema social (Parsons, 1999). Por todo lo anterior, se puede deducir que los mecanismos en los hospitales generales propuestos por Coe (1973) y la neutralidad afectiva, son indudablemente mecanismos de control social.

En tanto se trata de los enfermos, además de predominar, tanto la sumisión como la agresividad son comportamientos mixtos en los enfermos el HGZ1-A. Sin embargo, la agresividad es la piedra angular en el área de espera: la cantidad de enfermos que buscan el servicio de urgencias y el nivel de agresividad que presentan cuando están en el área de espera, son cuestiones equivalentes.

En el caso de las asistentes médicas, por ejemplo, la agresividad del familiar también se intensifica no solo por la saturación y el comportamiento de ellas, sino también por el cambio de turno y el funcionamiento del triage, cuya situación no solo incrementa la carga laboral, sino también la ineficiencia del servicio. Una de las asistentes me comentó que el trato con el paciente y el familiar representa el principal conflicto en su área de trabajo, debido a que el triage «...les asigna un color y dependiendo del color es como les van llamando, pero si llega un paciente más enfermo se atiende al que llegó más grave...». La segunda me expresó que:

«...luego vienen... no vienen tan mal, pero el tiempo de espera si es muy amplio porque estamos apoyando a otro hospital, más aparte sus clínicas. Entonces es una carga de trabajo mayor y si viene con la presión alta y se le puede manejar en ese momento, lo dejan esperando. Y pues, obviamente por el estrés, el enojo y todo, pues, se le sube la presión y luego por eso se consideran problemas más graves...»

Y la tercera me externó que un problema adyacente está en las categorías que no laboran en la noche, así que «...si quisieran requerir alguna ambulancia, hablar con algún directivo o trabajo social...», evidentemente no se podría.

En este contexto, las relaciones agresivas en algunas profesiones, si bien, son provocadas por el cliente, por el control y el contenido de la tarea, es probable que intensifiquen la auto represión del trabajador, entre más ataques verbales

experimente (Dejours, 1988). En el área de espera repetidamente escuche que familiares agresivos les increpaban a las asistentes: «¡Póngase en mi lugar!». Sin embargo, lejos de externar algún tipo de emoción o afecto, las asistentes solo se limitaban a gestos simples y a mecanografiar los datos del enfermo, como si la situación del familiar no les importara, haciendo evidente una cuestión represiva (TABLA 2).

Mientras los niveles de agresividad del familiar y el paciente eran significativos en la sala de espera de HGZ1-A, al ingresar al área de urgencias, al menos por parte de los enfermos, estos niveles disminuyeron al punto de llegar a la resignación, siquiera en la mayoría de ellos. En mi visita dentro de la sala de urgencias, me percaté de que indudablemente había una asimetría entre la saturación y la cantidad de médicos, enfermeras y camas. Eran escasos los pacientes que estaban acostados: solo los ancianos y los más graves ocupaban camillas improvisadas (FOTOGRAFÍA 3). Sin, embargo, era tal la configuración del sistema de urgencias, que los pacientes sin otra alternativa habían perdido hasta el decoro (FOTOGRAFÍA 4).

En el HGZ1-A los mecanismos de control (Coe, 1973; Parsons, 1999) son puestos en marcha con mayor intensidad, pues funcionan como niveles de intervención. El desnudamiento cumple su objetivo, por lo menos al principio que el enfermo ingresa, al sofocar sus impulsos instintivos. El valor del uso de las batas es tan evidente que algunos enfermos en el área de urgencias incluso traían el pijama por encima de su ropa; sin desnudarlos siquiera (FOTOGRAFÍA 4). Cuando el desnudamiento como mecanismo de control se vuelve débil, y los niveles de agresividad continúan en los enfermos, los mecanismos de control de medios y la restricción de movilidad cumplen su función.

FOTOGRAFÍA 3. OCUPACIÓN DE LOS PASILLOS DE INTERNALIZACIÓN.



La cantidad de enfermos era tan importante que los pacientes ocupaban los pasillos de internalización como lugar provisional al área de urgencias.



FOTOGRAFÍA 4.  
ÁREA DE URGENCIAS Y PROCESO DE CONTROL (DUPLA FOTOGRÁFICA).



Condiciones generales en el área de urgencias del HGZ1-A. Cuando se requiere, los familiares pueden ingresar al área interna.

Una vez estuve en el área de urgencias del HGZ1-A como paciente toda la noche. En mi internalización comprobé que los médicos y las enfermeras tienen comportamientos similares en cuanto a la atención hacia los enfermos. Los médicos suelen prestarle más atención a los pacientes callados y sumisos, mientras que las enfermeras prefieren ignorar a los pacientes que más las solicitan, ocupan más su tiempo en enfermos absortos o que están dormidos, y consultan más a menudo el suero de estos pacientes que el de los más inquietos y exigentes.

Un anciano solicitaba constantemente la asistencia de las enfermeras, o bien, que los médicos le proporcionaran información acerca de su estado; sin embargo, tanto los médicos como las enfermeras preferían ignorarlo. El paciente, a toda enfermera que pasaba cerca de él, les decía: «Señorita, no puedo estar aquí tan indefinidamente», y ante la negativa de atención por parte de las enfermeras, como último recurso intentó arrancarse el catéter. Las enfermeras en lugar de atender sus exigencias buscaron directamente a su familiar para que lo controlara, delegando la responsabilidad de su trabajo.

Asimismo, una joven continuamente se quejaba de un dolor cerca del abdomen, y al igual que el otro paciente, tanto los médicos como las enfermeras poco hacían por ella. Las pruebas de laboratorio de esta paciente

se habían retrasado y el personal médico consideraba que su caso no era grave, pues aparentemente su estado no era tan deplorable. No obstante, el director del HGZ1-A que hacía su inspección rutinaria, entró al área de urgencias e indudablemente enojado le gritó al personal «¡Esa niña se va a morir! Necesita una operación y sigue aquí... ¿Qué onda?». Acto seguido las enfermeras y los médicos la movilizaron para el quirófano.

Mi premisa particular consiste en que, aunque los síntomas sean ciertos, es posible que un número importante de enfermos exagere sus indicios, con la finalidad de ser atendidos cuanto antes. Mi justificación se basa en la propuesta sociológica de Coe (1973) la cual indica que la dolencia de un enfermo es parte de una instancia de un fenómeno social. Esta instancia es un proceso cultural y psicológico en el que la preocupación del enfermo está determinada por su función y rol para la comunidad. La enfermedad limita la realización de las actividades diarias, y por ende, el incumplimiento temporal de los deberes ocasiona problemas funcionales para el individuo en su contexto propio. En tal escenario, las inquietudes puede derivarse de la interrupción de sustento económico, familiar o laboral, según sea el caso.

Cabe suponer, además, que la deshumanización a la que está expuesta el enfermo en un hospital general y las preocupaciones personales, estimulen la hipocondría como una defensa para sí mismo y para los demás. Este mecanismo surge mediante el reproche, el sufrimiento o los impulsos agresivos inaceptables; por eso una enfermedad real se exagera con fines de evasión o regresión (*v.gr.* a un estado infantilizado), al evitar la responsabilidad y la culpabilidad.

La hipocondría —como reacción casi inmediata— en el HGZ1-A lejos de obtener los resultados deseados disminuyen la credibilidad del enfermo y nubla la capacidad del profesional para distinguir síntomas reales o no. Por tal razón en la práctica médica colectiva la atención y el cuidado están determinados exclusivamente por los elementos clínicos y científicos del rol técnico; e involucra que el médico, por ejemplo, vea más en el enfermo un interesante caso científico como si este no existiera (Coe, 1973).

Desde este punto de vista, mientras que Richard Titmuss explicaba que la falta de información es la fuente más importante de las quejas de los enfermos en un hospital general (citado en Coe, 1973), el desnudamiento, la movilidad reducida, la dependencia forzada y falta de comunicación son considerados por el enfermo como un atropello al concepto que tiene de sí mismo. Una vez al enfermo se le despoja de sus “símbolos de identificación” y de recibir respuestas por lo menos cordiales, su individualidad se deteriora al mismo tiempo que sufre un proceso social de deshumanización o despersonalización.

Sin embargo, a pesar de que las consecuencias de las estrategias de control son negativas para quien necesita el servicio, en mi opinión, estos mecanismos institucionalizados y sin disposición al cambio, son producto de un sistema cultural (TABLA 1) en donde este tipo de organizaciones se defienden inclusive de las defensas mismas, en especial de las defensas hipocondriacas del enfermo e introyectivas propias. Ambas se consideran parte de la clasificación de las *defensas inmaduras* dado que «suelen ser motivadas por ansiedades relacionadas con la intimidad o por la falta de ella» (Sadock, et al., 2015, p. 371), y a menudo considerarse socialmente incómodas e indeseables.

En este orden de ideas, las tradiciones sociológicas hasta aquí abordadas y el análisis de campo, me permiten fortalecer la hipótesis de que los mecanismos de control, la neutralidad afectiva, y la deshumanización del paciente (Coe, 1973; Parsons 1999), así como las conductas represivas y negativas observadas en el HGZ1-A, son los pilares que coadyuvan en el control del sufrimiento del personal médico (ILUSTRACIÓN 1) al evitar uno de los procesos primarios de la infancia en la cual se establecen relaciones emocionales con los objetos: la introyección<sup>6</sup> (Jaques, 1955). Si se soslaya este proceso, el sistema social funciona. Pues, tal y como argumentaba Parsons (1999), las tendencias a la desviación obligan, «a su vez, al sistema social a enfrentarse con “problemas” de control, puesto que, si se tolera la desviación más allá de

---

<sup>6</sup> Sándor Ferenczi, para explicar el proceso introyectivo mencionaría: «...el hombre sólo se ama a si mismo; amar a otro equivale a integrar al otro en su propio yo...» (1912, citado en Martín, 2012, p.4). La introyección como defensa inmadura busca amortiguar el dolor producido y garantizar la permanencia el mayor tiempo posible del objeto. Si se pierde el objeto y se genera ansiedad derivada de su separación, el proceso introyectivo negará o anulará la pérdida preservando el objeto internamente. Por ende, la introyección da lugar al sentimiento de culpabilidad (Sadock, et al., 2015).

ciertos límites, tenderá a cambiar o desintegrar el sistema» (p.199). En definitiva, como se observó, esto incluye a los enfermos, pero también al mismo profesional.

Por ejemplo, si bien Parsons (1999) abordó el tema de la neutralidad afectiva en los médicos, Menzies (1960) enfocó su atención en el servicio de enfermeras al considerar que la situación de trabajo de ellas consiste en afrontar, de la manera más neutral, sentimientos profundos y contradictorios: piedad, amor o compasión, culpa, ansiedad, odio y resentimiento hacia los pacientes. Pues, siendo una práctica tanto técnica como social, la relación paciente-enfermero no solo se define por el cuidado y una responsabilidad patológica, sino también por la sensibilidad y la confianza para ayudar y entender al paciente en su contexto individual y social (Stein, et al., 2011).

Si en el caso de las enfermeras o las asistentes médicas del HGZ1-A, cuya labor es aún más social que la del médico, se les permitiera integrar los sentimientos desagradables y dolorosos de los pacientes y las emociones de ansiedad y miedo de los familiares, es posible que alcanzaran tendencias destructivas para ellas mismas, para sus colegas y para el paciente. Y por consiguiente posibilitar la desintegración del sistema.

Por ende, dado que la naturaleza del HGZ1-A conlleva por un lado la recuperación, pero por el otro la muerte, en tales circunstancias el personal médico constantemente tiene que asimilar las pérdidas y evitar los sentimientos de culpabilidad de grandes grupos de enfermos por medio del control, como sistema social, y la represión en función del sistema de la personalidad. Ambos mecanismos forman parte de la clasificación de las *defensas neuróticas*, las cuales «son habituales en individuos aparentemente normales y sanos [...]. Por lo general, funcionan aliviando los afectos perturbadores y pueden expresarse bajo formas de comportamiento neurótico en función de las circunstancias, ofrecen aspectos adaptativos o socialmente aceptables» (Sadock, et al., 2015, p.372).

En tal contexto, la situación de las enfermeras es más drástica porque el proceso de introyección e identificación tiende a exteriorizarse con más frecuencia, y por lo tanto reprimirse o negarse con mayor intensidad con el fin

de evitar la tendencia a la desviación. Por ejemplo, una enfermera al respecto me comentó: «Uno de mis pacientitos se parecía a mi hijo. Me dio mucha tristeza... quería llorar [...] respiré hondo y le puse el catéter». Y una más me expresó:

¡Odio pediatría! Siempre odié pediatría. Cada vez que escuchaba llorar a los niños, prefería darme la vuelta e ignóralos hasta que dejaban de llorar. Me recordaban a mis hijos, por eso no me gustaba hacerles mucho caso, porque si lo hacía el pulso me temblaba cuando les ponía el catéter o los inyectaba.

En efecto, la organización del trabajo y el contenido de la tarea es la causa principal de algunas descompensaciones. Sin embargo, resta saber que particularmente en las mujeres se ven a menudo crisis de lágrimas o nervios que interrumpen sus labores. En todo caso, si las descompensaciones son evitables o evitadas, un caso particular no aislado es posible que refuerce una cadena de descompensaciones (Dejours, 1988). Por tal motivo, al mejorar técnicamente la asistencia médica, paradójicamente ésta se hace más impersonal y en mayor medida menos satisfactoria para el enfermo (Coe, 1973). Sin embargo, esto no quiere decir que en el HGZ1-A las conductas adquiridas por el personal médico constituyan en su totalidad una calidad técnicamente satisfactoria. Al contrario.

---

### 3. DISCUSIÓN

---

#### 3.1. El comportamiento desadaptativo

En el desarrollo de este trabajo se pudo comprobar que la motivación del rol de la práctica médica colectiva queda en función de “hacer todo lo posible” para el control de la enfermedad en términos objetivos. Es así como, con la finalidad de lograrlo, la práctica médica colectiva se dispone a utilizar en primera instancia los mecanismos de control (incluida la neutralidad afectiva). Sin embargo, cabe destacar que una característica particular de los distintos mecanismos de control social radica en su diferenciación fundamental: hacer frente a los fenómenos del círculo vicioso o no (Parsons, 1999).

Es decir, aunque los mecanismos de control social reducen considerablemente la necesidad de nuevos mecanismos cuando estos actúan para asegurar la

conformidad de las expectativas de rol, las disposiciones de necesidad tienden a impedir dicha conformidad (Parsons, 1999) dado que funcionalmente estos mecanismos también se integran por el ajustamiento de la situación mediante la sustitución de sus medios. Por eso el carácter neurótico presente en los mecanismos de control social está en su totalidad determinado por una característica fundamental de los mecanismos defensivos: el umbral de lo normal y lo patológico (Pla, 2016) en sus actores individuales.

En efecto, aún actuando como un mecanismo del sistema social, el control es recíproco con el sistema de la personalidad al funcionar como «un intento de gestión o regulación en exceso de acontecimientos u objetos del entorno para minimizar la ansiedad y resolver los conflictos interiores» (Sadock, et al., 2015, p.372). De ahí que, si los conflictos presentados no se reconducen hacia una solución realista y el actor ha fracasado parcialmente en «ocuparse con éxito de los estímulos perturbadores» (p.372), la aparición de la neurosis<sup>7</sup> se reflejará en las pulsiones o deseos que busquen expulsarlos «del consciente mediante la represión u otro mecanismo de defensa» (p. 372).

Según el análisis de Parsons (1999), cuando algo no se conduce correctamente en función del proceso de adquisición de las pautas de valor, implicadas en las expectativas de roles, se produce una alienación y se robustece la “frustración de las expectativas” previstas. En tal sentido, esta circunstancia motiva al actor a evitar las pautas primarias (controlar la enfermedad en este caso), o bien, a generar activamente una orientación opuesta y hacer de la motivación inicial (cumplir una meta) una cuestión que permita buscar “identificaciones alternativas” —fortalecer las defensas colectivas, en nuestro contexto— y reforzar tendencias regresivas<sup>8</sup>. Así que «crear la situación, o agravarla, es en cierta medida controlarla» (Dejours, 1988, p.15).

---

<sup>7</sup> Por tal motivo, es importante considerar que los mecanismos de defensa muestran un carácter patológico progresivo. Si bien son una solución a las diferentes exigencias de las instancias de la realidad, al final se convierten en un problema por sí mismos, pues «enajenan al yo del mundo exterior, debilitándolo y favoreciendo la aparición de la neurosis» (Pla, 2016, p.46).

<sup>8</sup> La característica particular de las tendencias regresivas es que, en función de evadir los conflictos y la tensión producida por estos y siendo parte de la clasificación de las defensas inmaduras, incorporan tipos de comportamiento a los cuales con anterioridad se habían renunciado, reflejando una tendencia básica a alcanzar una gratificación instintiva, o escapar de la tensión instintiva (Sadock, et al., 2015).

Dicho de otro modo, si bien es cierto la defensa contra la ansiedad psicótica se manifiesta como uno de los elementos cohesivos entre los individuos que conforman un sistema social (Jaques, 1955), también es cierto que si los conflictos presentados no se conducen mediante estrategias funcionales para el mismo, con la finalidad de escapar de la tensión instintiva producida y buscar una gratificación simultáneamente, el sistema terminará por incorporar el comportamiento psicótico, el cual se pretendía evitar. «Esto no quiere decir que las instituciones así utilizadas se conviertan en "psicóticas". Pero sí implica que esperaríamos encontrar en las relaciones grupales manifestaciones de irrealidad, división, hostilidad, sospecha y otras formas de comportamiento desadaptativo» (1955, p.459).

### **3.2. La seguridad del enfermo como consecuencia del reforzamiento de las defensas colectivas desadaptativas**

Los aportes de Dejours (1988) son claros cuando especifican que en la organización laboral las estrategias defensivas son utilizadas con la finalidad de aumentar la productividad, aun cuando estas incluyan “conductas peligrosas”. La fórmula es simple: «disminuir la presión organizacional basta para hacer desaparecer toda expresión visible de sufrimiento» (p.37).

Por tal motivo, los trabajadores de la petroquímica que Dejours (1988) observó, en los tiempos libres empleaban dinámicas que no solo incluían charlas grupales, sino que también contenían juegos entre actores que suponían un asalto a su seguridad personal. Estas defensas, se adaptaron a sus necesidades grupales a partir de la costumbre, y mediante reglas absurdas inventadas por los mismos (TABLA 1: SISTEMA CULTURAL). La razón está en el hecho de que el sentido de la defensa hacia la ansiedad se fija en los individuos mediante «modos regulares y repetitivos de reacción del carácter ante situaciones similares a la que dio origen la defensa» (Pla, 2016, p.46). De ahí que la defensa funcione de manera continua, pues exige a los actores a «rebuscar situaciones de la realidad que justifiquen su uso» (p.46).

El contexto propio de la organización del HGZ1-A, con la finalidad de responder a los problemas sociales de carácter emergente, ha adaptado funcionalmente las estrategias propias de los hospitales generales mediante los mecanismos

de control (Coe, 1973). Pero al mismo tiempo ha desarrollado estrategias alternativas complejas que integran tanto el orden como el desorden. Algunas de esas estrategias coadyuvan recíprocamente al control de la enfermedad y el sufrimiento —como la represión— de manera adaptativa. Otras propiamente constituyen un factor altamente desadaptativo, pues se presentan solo en función de controlar la ansiedad tanto como se pueda.

Por ejemplo, en el área de registro del HGZ1-A se conformó un sistema social de defensa contra la ansiedad que responde al mantenimiento de patrones y costumbres, mediante la rotación de la carga laboral de las asistentes médicas que, a pesar de ser ineficaz, intervino y reguló el orden organizativo en sus disposiciones de necesidad permitiéndoles adaptarse culturalmente a las diferentes situaciones, mediante la negación de las urgencias. Este mecanismo defensivo, al menos en este contexto, cumple la función de enfrentarse a los conflictos que no pueden controlar negando su relevancia o incluso su existencia (Gabinet Psicològic Mataró, s.f.). Lo mismo ocurrió con los médicos y las enfermeras en el área interna al negar la relevancia de la demanda y el malestar de los enfermos, y por ende, deslindarse de ellos al hacer el esfuerzo mínimo.

Una situación similar pero todavía más crítica se observó en el estudio recuperado por Domínguez (1993). Las charlas grupales y la hora del café como mecanismos defensivos funcionaban correctamente, pues estabilizaban el control del sufrimiento al obstaculizar su relación dada con el trabajo: el cumplimiento del reglamento laboral. De ahí que, una vez desaparecieran las defensas, las tendencias destructivas se reflejaron en el sabotaje, el cual evidentemente formó parte de una resistencia al cambio implementado. Y por consiguiente una respuesta a la justificación de su utilización.

Lo cierto es que, aunque el comportamiento colectivo adquiriera fachadas neuróticas o psicóticas derivadas de la relación defensa-productividad, es importante subrayar que la situación del trabajo no produce patologías colectivas, pero si coadyuva a desarrollarlas individualmente. «Contrariamente a lo que podría imaginarse, la explotación del sufrimiento por la organización del trabajo no fabrica enfermedades mentales específicas. La psicosis del



trabajo no existe, tampoco la neurosis del trabajo» (Dejours, 1988, p.37). Por el contrario, la neurosis, la psicosis y la depresión son compensadas precisamente por el mantenimiento de los sistemas sociales defensivos (ILUSTRACIÓN 1). Toda descompensación neurótica o psicótica es dependiente de la estructura de la personalidad adquirida con anterioridad al ingreso al área laboral<sup>9</sup> (Dejours, 1988).

Sin embargo, indudablemente la coexistencia entre la estructura de la personalidad y la caracterización de las situaciones reales conforman un ambiente conjunto que permite acelerar la aparición de las descompensaciones individuales. Parte de esa realidad se encuentra principalmente en tres circunstancias dentro la relación “hombre-organización”:

- 1) la fatiga que hace perder al aparato mental la flexibilidad de sus engranajes;
- 2) el sistema frustración-agresión reaccional que deja sin salida una parte importante de la energía pulsional;
- 3) la organización del trabajo en tanto correa de transmisión de una voluntad extraña que se opone a las inversiones pulsionales y a las sublimaciones (1988, p.38).

Así, por ejemplo, a diferencia del trabajo en la petroquímica, en las instituciones del IMSS las disposiciones de necesidad individuales/grupales no ponen en peligro a los trabajadores, sino a los pacientes. Los reproches constantes por parte de los derechohabientes, los sentimientos negativos en común con los enfermos, las condiciones y cargas laborales tienden a aumentar las descompensaciones en cadena, y en consecuencia, robustecer las practicas defensivas empleadas para evitar el mayor número de desequilibrios mentales, aunque estas evidentemente constituyan un proceso desadaptativo a la expectativa del rol.

A partir de ahí, de acuerdo con Parsons (1999), la alienación se presenta de forma secundaria cuando la incompatibilidad entre las expectativas del rol y las disposiciones de necesidad establecen una diferenciación entre la actividad y la pasividad, las cuales poseen una significación psicológica reconocida. En ambos casos, la motivación hacia la conducta desviada en la expectativa del rol

---

<sup>9</sup> De hecho, Vergès (2017) examinó que las descompensaciones en algunos residentes de un hospital pediátrico en Panamá no se debían específicamente al contenido de la tarea, sino a la simultaneidad entre esta y las patologías mentales obtenidas en la infancia, la adolescencia, o bien, por problemas familiares.

se establece como un *predominio alienativo* que se manifiesta según sea la orientación de valor; esta puede ser de manera activa mediante la rebeldía, o bien, de manera pasiva por medio del abandono.

Si se considera la conducta pasiva, en la organización del trabajo (sea cualquiera su función social) solo la enfermedad física es reconocida, y por ende, acreditable para obtener un certificado médico. Por tal razón, cuando el umbral colectivo de tolerancia ya no es alcanzado por un trabajador —pues las cadencias se vuelven insoportables y se desequilibra mentalmente— la salida forzosamente es individual, dado que el sufrimiento y la fatiga están prohibidos. En el mejor de los casos, la salida se emplea mediante estrategias individuales que se inscriben en la rotación (*v.gr.* cambiar de puesto, o área laboral), o bien, en el ausentismo injustificado (Dejours, 1988).

De lo contrario, si se opta por la conducta activa, es necesario considerar que el resultado de las circunstancias del hombre-organización (Dejours, 1988) conducen al trabajador a estados de frustración y, en casos extremos, a niveles importantes de indiferencia y apatía (Domínguez, 1993). Este proceso genera que los trabajadores de la salud realicen su trabajo insatisfactoriamente. Y por consiguiente que, en total rebeldía, «los valores éticos se trastornen y las normas laborales se transgredan, manifestándose en alteraciones graves de comportamiento en el núcleo laboral» (1993, p.75).

Por eso, en el peor de los casos, la solución está en permanecer en el puesto; pues la especificidad de la práctica médica es un arma de doble filo, ya que —frente a las expectativas del rol profesional— hace que el personal médico ponga su salud mental en segundo término hasta que los problemas personales sobrepasan su capacidad de adaptación, develándose en el incumplimiento de sus roles, o bien, poniendo en peligro a los pacientes (Vergès, 2017).

Sin duda, cuando el personal médico se involucra en quejas o conflictos con los pacientes, es obvio que se afectan emocionalmente (Domínguez, 1993). En tal escenario, los trastornos neuróticos o psicóticos en algunos miembros se hacen evidentes por conductas derivadas de la disminución de la atención, o a

través de formaciones reactivas frente a la agresión, «consumidos por la ira y la hostilidad, e incapaces para afrontar la responsabilidad de la furia» (Sadock, et al., 2015, p.731).

Por todo lo anterior, es que considero ampliamente que la situación constante en el área de urgencias del HGZ1-A convirtió su sistema de valores en uno indefinido, ya que el malestar y la angustia al momento de tomar decisiones trasgredió la motivación de cumplir la meta del rol específico, y terminó por internalizar la motivación común de defenderse tanto como se pueda de las condiciones dadas, cuya finalidad se centró en escapar de la tensión instintiva y evitar en sus miembros el mayor número de descompensaciones que produce la enfermedad en su contexto laboral y social. Si las descompensaciones individuales constituyen un proceso neurótico o psicótico, la fachada de la defensa se ajustará a las disposiciones de necesidad del mayor número de actores dentro del sistema social.

De ahí que, siendo el grado de ansiedad proporcional a la defensa exigida, las asimetrías entre la oferta y la demanda de la atención médica en el área de urgencias permitieran la internalización incluso del carácter psicótico de la negación como último recurso del personal médico del HGZ1-A.

---

#### 4. CONCLUSIÓN

---

Los mecanismos de defensa generados en una institución específica y su desarrollo gradual conlleva riesgos tanto para la salud de los pacientes como también riesgos laborales para el personal médico, Por ende, es importante distinguir que, aunque la enfermedad se manifiesta en el individuo, el origen de las distintas patologías presentadas es, en efecto, una cuestión social y laboral. La fatiga, la frustración y la organización del trabajo desarrollará, en primera instancia, niveles importantes de ansiedad y estrés en el personal médico, pero posteriormente contribuirá a integrar enfermedades psicológicas y psiquiátricas, aun las defensas se presenten para evitarlo.

Sin duda, si las condiciones de trabajo no ofrecen situaciones realistas —en especial en el turno nocturno de un hospital general—, como producto de la

interacción se generarán sobre la marcha mecanismos defensivos que evidentemente cumplan una función específica, pero también que tengan un límite y por lo tanto induzcan distintas patologías en sus miembros.

En síntesis, si la situación asimétrica entre la productividad, las defensas y las expectativas del rol no es controlada o canalizada, los riesgos no solo estarán determinados en la salud de trabajador y el enfermo, sino también en el caso de ambos por las implicaciones legales. Por todo lo anterior, considero que la propuesta de Parsons (1999) en cuanto a las tendencias a la desviación, señalada arriba, es una cuestión fundamental para toda investigación de la misma naturaleza. Pues desde esta mirada, en el HGZ1-A la desviación de la expectativa de rol se toleró más allá de ciertos límites a través de la gradualidad de los mecanismos defensivos, y por consiguiente cambió la función principal del sistema, y con ello descompensó la eficiencia del área de urgencias.

---

## 5. BIBLIOGRAFIA

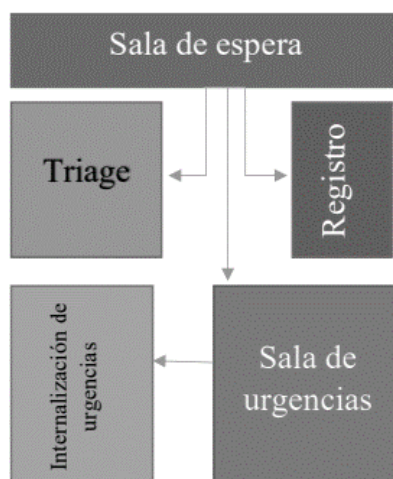
---

- BENAVENT, E. (2008). El sentido del humor, una necesidad vital también para la gente mayor. *Revista de Educacion Social*(8).
- CGCIAEO. (2016). *Convenio General de Colaboración que celebra la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. México. Obtenido de <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Hospitales-de-la-Secretar%C3%ADa-de-Salud-que-forman-parte-del-CAEO.pdf>
- COE, R. (1973). *Sociología de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial.
- DEJOURS, C. (1988). TRABAJO Y DESGASTE MENTAL. Ensayo de Psicopatología del Trabajo. *Centro de Estudios de la Mujer Peruana FLORA TRISTÁN* (Serie 1).
- DOMÍNGUEZ, O. (1993). *La calidad en servicios de salud. Metodología de casos*. México: LIMUSA.
- FREIDSON, E. (1998). La organización de la práctica médica. En H. Freeman, S. Levine, & L. Reeder, *Manual de sociología médica* (399-413). México: Fondo de Cultura Económica.
- FREUD, A. (2007). *El yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós.
- GABINET PSICOLÒGIC MATARÓ. (s.f.). *La negación como mecanismo de defensa*. Recuperado el 28 de 03 de 2022, de <https://gabinetpsicologicmataro.com/la-negacion-como-mecanismo-de-defensa/>
- IMSS. (2018). *IMSS Inaugura remodelaciones del Hospital "Venados" y Unidad de Medicina Familiar de la Condesa*. México: Gobierno de México.
- JAQUES, E. (1955). Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad persecutoria y depresiva. En *Nuevas direcciones en psicoanálisis* (458-476). Reino Unido.
- MARTÍN, L. (2012). En torno al concepto de introyección. *TEMAS DE PSICOANÁLISIS* (3), 1-14.
- MASCAREÑO, A. (2008). Acción, estructura y emergencia en la teoría sociológica. *Revista de Sociología* (22), 217-256.
- MENZIES, I. (1960). El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Informe de un estudio del Servicio de Enfermeras de un hospital general. Reino Unido.

- MORALES, F., CARREÑO, J., LUQUE, M., & SÁNCHEZ, C. (2010). La supervisión como detonador de estrés en la práctica médica: Recomendaciones para su manejo. *Perinatol y Reproducción Humana*, 24 (3), pp 187-193.
- PARSONS, T. (1999). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- PLA, I. (2016). Mecanismos y estrategias defensivas en el trabajo. *Castalia* (3), 44-58.
- SADOCK, B., ALCOTT SADOCK, V., & RUÍZ, P. (2015). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry* (Onceava ed.). Inglaterra: Wolters Kluwer.
- SCHMID, M. (2007). El concepto de cultura y su lugar dentro de una teoría de la acción social: crítica a la teoría de la cultura, de Talcott Parsons. *Revista Colombiana de Sociología* (29), 105-134.
- SECRETARÍA DE SALUD. (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).
- SOLER, W., GÓMEZ, M., BRAGULAT, E., & ÁLVAREZ, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An. Sist. Sanit. Navar*, 3 (1), 55-68.
- STEIN, D., STEIN, M., & LORENZINI, A. (2011). A prática social sistêmica do enfermeiro na perspectiva luhmanniana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45 (1), 116-121.
- VALBUENA, M., MORILLO, R., & SALAS, D. (2006). Sistema de valores en las organizaciones. *Omnia*, 12 (3), 60-78.
- VER STEEG, D., & CROOG, S. (1998). Los hospitales y lugares relacionados con la atención a la salud. En H. Freeman, S. Levine, & L. Reeder, *Manual de sociología médica* (414-462). México.
- VERGÈS, C. (2017). ¿Qué hacer cuando un médico tiene problemas de salud que afectan su desempeño clínico? *Revista Bioética y Derecho* (40), 83-100.

## 6. ANEXOS

ILUSTRACIÓN 3. ESQUEMATIZACIÓN DEL ÁREA DE URGENCIAS EN EL HGZ1-A



FUENTE: Elaboración propia con base la configuración del área de urgencias del HGZ1-A en enero del 2020.

TABLA 2. CLASIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS MECANISMOS DEFENSIVOS COLECTIVOS IDENTIFICADOS EL PERSONAL DEL HGZ1-A

DEFENSA	NEGACIÓN
<b>DESCRIPCIÓN</b>	La negación psicótica de la realidad externa, inversamente a la <b>represión</b> , afecta la percepción de la realidad externa más que la realidad interna e impide ser consciente de aspectos dolorosos de la realidad. «El hecho de ver, pero negando conocer lo que uno ve, o escuchar y negar lo que de hecho se oye, son ejemplos de negación» (Sadock, et al., 2015, p.371). Sin embargo, no siempre es psicótica, algunas veces funciona en objetivos más neuróticos e incluso adaptativos.
<b>CLASIFICACIÓN</b>	Se encuentra dentro de la clasificación de las <i>defensas psicóticas</i> . Estas defensas comúnmente se asocian como parte de un proceso psicótico comparten el común de evitar negar o distorsionar la realidad (Sadock, et al., 2015).
	HUMOR
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Se consideran la expresión abierta de sentimiento sin llegar a la parálisis y sin producir efectos desagradables, dado que permite tolerar lo que es demasiado terrible para soportarse (Sadock, et al., 2015). Por ende, da «lugar a una óptima adaptación en el manejo de los acontecimientos estresantes» (Pla, 2016, p.49). De igual modo, se ha demostrado que el humor funciona como una estrategia cultural que permite facilitar el trabajo de comprender la realidad (Benavent, 2008).

<b>CLASIFICACIÓN</b>	Pertenece a la clasificación de George Valliant de las <b>defensas maduras</b> , dado que «estos mecanismos [...] son socialmente adaptativos y útiles para la integración de las necesidades y los motivos personales, las exigencias sociales y las relaciones interpersonales» (Sadock, et al., 2015, p.372).
	<b>REPRESIÓN</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>	Es considerada como la exposición del consiente y la ocultación de ideas o sentimientos. Opera generalmente por exclusión de la conciencia o mediante la dominación de las ideas y los sentimientos antes de que alcancen dicha conciencia. De ahí que el olvido sea asociado con la represión, pues a menudo se acompaña de un comportamiento altamente simbólico (Sadock, et al., 2015).
<b>CLASIFICACIÓN</b>	Se encuentra en la clasificación de las <i>defensas neuróticas</i> de George Valliant (Sadock, et al., 2015).

FUENTE: Elaboración propia con base en Sadock, et al. (2015), Benavent (2008) y Pla (2016).

### ENTREVISTAS

Las entrevistas se realizaron el día 20 de enero del 2020 en un lapso de 3 horas. Comenzaron a las 9:00 pm. y concluyeron a las 12:10 am., aproximadamente. Con anterioridad a la elaboración de este estudio se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Debido al horario en el que acudí a la realización de las entrevistas y por la sobrecarga de trabajo del personal ese día, las respuestas tuvieron que ser breves. Asimismo, cabe destacar que las participaciones informales no se anexan en este apartado.
2. Por cuestiones de ética profesional, a los participantes no se les solicitó que proporcionaran sus nombres, dado que prefirieron conservar el anonimato.
3. El total de preguntas por entrevista fueron de 16 incisos. Sin embargo, la última pregunta no la consideraré debido a que involucra actores políticos.
4. Las entrevistas estuvieron dirigidas a cuatro médicos, dos enfermeros y tres asistentes médicas; un total de 9 trabajadores del HGZ1-A. No obstante, para los propósitos de este estudio, la transcripción de las aportaciones de los enfermeros no se tomarán en cuenta.



## Entrevista 1. Anónima: asistente médica (mujer).

1. **¿Cuál es su edad?**  
*30 años.*
2. **¿En qué área laboral se encuentra?**  
*En el IMSS, HGZ1-A "Venados". Soy asistente médica.*
3. **¿Cuánto tiempo tiene laburando aquí?**  
*¿Aquí en el hospital o en el IMSS?*  
**En el hospital**  
*¡Ah! Tengo 10 años.*
4. **¿Cuál es su horario laboral?**  
*Entro a las 20 horas y salgo a las 7:40.*
5. **¿Es fijo su horario?**  
*Sí, sí es fijo.*
6. **¿En qué condiciones considera se encuentra el área en la que trabaja?**  
*Este... pues, creo que es bueno, pero podría mejorar.*
7. **De acuerdo con las siguientes escalas ¿Qué nivel de estrés maneja en su área de trabajo?**
  - **Especificar: Bajo 1-3 ( ) Regular 3-6 ( ) Alto 6-8 ( ) Muy alto 8- 10 ( )**  
*Regular*
8. **¿Considera que el horario laboral que tiene implique un grado de estrés?**  
*Ehhh no. No es el horario.*
9. **¿Considera hay un horario más "caótico" que el suyo?**
  - Sí            ¿Cuál?
  - No*Sí, yo creo que sí. Yo creo que el de la mañana es, pienso, el que está más cargado.*
10. **¿Cuáles son los principales conflictos que presenta en su área de trabajo?**
  - a) **Trato con los pacientes y familiares**
  - b) **Falta de personal**
  - c) **Falta de administración**
  - d) **Falta de medicamentos, camas y material de apoyo**
  - e) **Otro:**  
*Yo creo que es ese, la falta de material {se queda pensando} y... sí, que no hay suficientes camas para los pacientes.*
11. **¿Cuál considera sea la causa de ese problema?**  
*La sobrepoblación y que no han compuesto los demás hospitales para que cada quien esté bien zonificado, y para que no nos estén mandando personas de otras partes.*

12. **Desde su perspectiva en el área laboral ¿Cuál considera sea la razón por la que muchos pacientes no reciben atención oportuna en las salas de espera?**  
*Pues por lo mismo, por la sobrepoblación, es mucha gente y son poco los doctores, no se les da una consulta de calidad.*
13. **¿Cuál sería su propuesta para esta situación?**  
*Pues que...mmm... sea lo más rápido posible que compongan los hospitales que están más cerca de su domicilio para que no se trasladen tanto y que vengan de alguna manera con mejor disposición, porque vienen ya gritando y diciendo que es mucho el trayecto. Y luego tardan en que les den la consulta... pues peor tantito, entonces sí.*
14. **Desde su perspectiva ¿Cuál considera sea el horario más difícil para el paciente y sus familiares?**
  - **¿Por qué?**  
*Ehhh... más difícil, pues yo creo que...el turno de la noche, porque no hay tantos directivos y hay muchos...ehhh... muchas categorías que en el turno de la noche no hay. Entonces si quisiera requerir alguna ambulancia, hablar con algún directivo o trabajo social, todo eso no existe en el turno de la noche, hay categorías que no trabajan en ese turno.*
15. **¿Considera estas razones un problema que orbita en los puestos superiores de la unidad o de esta institución (IMSS)?**  
*Pues sí, pues en ellos están en que lo pueden cambiar, pero si ellos es: todo para acá y nada para allá pues ahí ya es un problema.*

## Entrevista 2. Anónima: asistente médica (mujer).

1. ¿Cuál es su edad?  
38 años.
2. ¿En qué área laboral se encuentra?  
*En el instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como asistente médica.*
3. ¿Cuánto tiempo tiene laborando aquí?  
6 Años.
4. ¿Cuál es su horario laboral?  
*Entre a las 20:30 de la noche a 8:10 de la mañana.*
5. ¿Es fijo su horario?
  - Si
  - No           Especificar  
*Si*
6. ¿En qué condiciones considera se encuentra el área en la que trabaja?  
*Un poco mmm...un poco deficiente, de hecho.*
7. De acuerdo con las siguientes escalas ¿Qué nivel de estrés maneja en su área de trabajo?
  - Especificar: Bajo 1-3 ( ) Regular 3-6 ( ) Alto 6-8 ( ) Muy alto 8- 10 ( )  
*Bastante, muy alto. Exageradamente alto.*
8. ¿Considera que el horario laboral que tiene implique grado de estrés?  
*No. {En ese momento comenzó a sonar la alarma de urgencia y del triage salió un anciano con posible signo de infarto. Dos médicos con una camilla surgieron de la sala de urgencias tan rápido como se pudo e ingresaron al anciano}*
9. ¿Considera hay un horario más “caótico” que el suyo?
  - Si           ¿Cuál?
  - No*Si. Si, el turno matutino.*
10. ¿Cuáles son los principales conflictos que presenta en su área de trabajo?
  - a) Trato con los pacientes y familiares
  - b) Falta de personal
  - c) Falta de administración
  - d) Falta de medicamentos, camas y material de apoyo
  - e) Otro:  
*Material de apoyo y...el trato con el paciente. Lo que pasa es que luego dejan a los pacientes rezagados de turnos anteriores. Entonces cuando nosotros llegamos al turno, la gente pues obviamente ya molesta porque ellos llevan 6, 8 horas hasta 12 horas en espera de su atención médica. Y pues ya llegamos y las compañeras de otros turnos no les dan solución, entonces llegan con nosotros a agredirnos por qué no los atienden.*

11. ¿Cuál considera sea la causa de ese problema?  
*La falta de...coordinación entre médicos y cuerpo gubernamental.*
12. Desde su perspectiva en el área laboral ¿Cuál considera sea la razón por la que muchos pacientes no reciben atención oportuna en las salas de espera?  
*Porque luego vienen...no vienen tan mal, pero el tiempo de espera si es muy amplio porque estamos apoyando a otro hospital, más aparte sus clínicas. Entonces es una carga de trabajo mayor y si viene con la presión alta y se le puede manejar en ese momento... este... lo dejan esperando; pues obviamente el estrés y el enojo y todo pues se le sube la presión y luego por eso se considera problemas más graves ¿no?*
13. ¿Cuál sería su propuesta para esta situación?  
*¡Hijole! que si así como estábamos apoyando los hospitales y las clínicas deberían de mandar apoyo tanto médico con de enfermería, de todo ¿no? Porque realmente luego los compañeros no se dan abasto de tanta gente que hay. Digo vente un martes y vas a ver a vomitar” y el viernes igual.*
14. Desde su perspectiva ¿Cuál considera sea el horario más difícil para el paciente y sus familiares?
  - ¿Por qué?  
*El turno vespertino, es el más caótico por que tiene que llegar tomar a los pacientes que ya están en corta estancia, revalorarlos, más aparte la consulta ¿no? O sea debería haber un médico que se dedique a revalorar y los otros que vean pacientes, o sea, eso sería lo más o menos viable ¿no?*
15. ¿Considera estas razones un problema que orbita en los puestos superiores de la unidad o de esta institución (IMSS)?  
*De la unidad y políticos de la institución sí claro, porque no...no ven realmente la problemática de sobrepoblación que hay ¿no? Porque no es una clínica chiquita, o sea, son tres o cuatro clínicas más aparte el hospital entonces si es mucha carga de trabajo.*

### Entrevista 3. Anónima: asistente médica (mujer).

1. ¿Cuál es su edad?  
*38 años.*
2. ¿En qué área laboral se encuentra?  
*Asistente médica.*
3. ¿Cuánto tiempo tiene laborando aquí?  
*8 años*
4. ¿Cuál es su horario laboral?  
*20:30 a 8:10 de la mañana*
5. ¿Es fijo su horario?
  - Si
  - No                   Especificar  
*Si*
6. ¿En qué condiciones considera se encuentra el área en la que trabaja?  
*Pues {Risa}, pues bien.*
7. De acuerdo con las siguientes escalas ¿Qué nivel de estrés maneja en su área de trabajo?
  - Especificar: Bajo 1-3 ( ) Regular 3-6 ( )  
Alto 6-8 ( ) Muy alto 8- 10 ( )*Hay demasiado estrés {Risa}, yo me estreso mucho.*
8. ¿Considera que el horario laboral que tiene implique ese grado de estrés?  
*No*
9. ¿Considera hay un horario más “caótico” que el suyo?
  - Si                   ¿Cuál?
  - No*Si, en la mañana*
10. ¿Cuáles son los principales conflictos que presenta en su área de trabajo?
  - a) Trato con los pacientes y familiares
  - b) Falta de personal
  - c) Falta de administración
  - d) Falta de medicamentos, camas y material de apoyo
  - e) Otro:*Pues por lo regular son los pacientes, por la espera.*
11. ¿Cuál considera sea la causa de ese problema?  
*Ehhh... pues aquí se les asigna un color y dependiendo del color es como les van llamando, pero si llega un paciente más enfermo se atiende al que llevo más grave. Por eso.*
12. Desde su perspectiva en el área laboral ¿Cuál considera sea la razón por la que muchos pacientes no reciben atención oportuna en las salas de espera?  
*Por la saturación de pacientes.*
13. ¿Cuál sería su propuesta para esta situación?  
*Mas médicos {Risa}, más personal.*

14. Desde su perspectiva ¿Cuál considera sea el horario más difícil para el paciente y sus familiares?
  - ¿Por qué?  
*¡Ay!, en la noche, por los horarios... estar en un hospital es muy feo.*
15. ¿Considera estas razones un problema que orbita en los puestos superiores de la unidad o de esta institución(IMSS)?  
*Pues sí, porque desde arriba viene todo eso*

#### Entrevista 4. Anónima: médico asistente (hombre).

1. **¿Cuál es su edad?**  
*38 años.*
2. **¿En qué área laboral se encuentra?**  
*Medico asistente en el IMSS.*
3. **¿Cuánto tiempo tiene laborando aquí?**  
*8 años*
4. **¿Cuál es su horario laboral?**  
*De 5:10 a 23:00 Sábado y Domingo*
5. **¿Es fijo su horario?**
  - Si
  - No           Especificar  
*Si.*
6. **¿En qué condiciones considera se encuentra el área en la que trabaja?**  
*Malas*
7. **De acuerdo con las siguientes escalas ¿Qué nivel de estrés maneja en su área de trabajo?**
  - Especificar: Bajo 1-3 ( ) Regular 3-6 ( )  
Alto 6-8 ( ) Muy alto 8- 10 ( )
  - Alto.*
8. **¿Considera que el horario laboral que tiene implique grado de estrés?**  
*Si.*
9. **¿Considera hay un horario más “caótico” que el suyo?**
  - Si           ¿Cuál?
  - No
  - Si, la mañana.*
10. **¿Cuáles son los principales conflictos que presenta en su área de trabajo?**
  - a) Trato con los pacientes y familiares
  - b) Falta de personal
  - c) Falta de administración
  - d) Falta de medicamentos, camas y material de apoyo
  - e) Otro:  
*Falta de recursos...ehhh falta de cultura; de cuidado por parte de las personas, de educación en salud, porque hay mucha obesidad.*
11. **¿Cuál considera sea la causa de ese problema? Suplanto la pregunta: ¿O sea que también considera es parte del paciente?**

*Si. Mal cuidado tenemos malos hábitos como la obesidad, y obesidad es horrible. El porcentaje es alto de la población de México en obesidad y tenemos uno de los peores lugares del mundo de diabetes mellitus que ocasiona hipertensión, ocasiona infartos, ocasiona epidemias, problemas renales. Todo le va mal.*

12. **Desde su perspectiva en el área laboral ¿Cuál considera sea la razón por la que muchos pacientes no reciben atención oportuna en las salas de espera?**

*El número o la saturación. En el número de pacientes que nos llega y el poco personal para la cantidad de persona que llega. La saturación de los... ahora sí que de recursos, de todo, de...pues... saturar todo el servicio que no nos dan abasto. Son bastantes personas y a veces en ellos mismos no existe la educación para poder saber cuál es la verdadera urgencia y cual no.*

13. **¿Cuál sería su propuesta para esta situación?**

*Contratar más personal médico, tener más recurso y una buena educación en la población en cuestiones de salud.*

14. **Desde su perspectiva ¿Cuál considera sea el horario más difícil para el paciente y sus familiares?**

- ¿Por qué?

*En la noche. Porque los familiares o el paciente están con... siento yo... con mayor saturación y menos médicos.*

15. **¿Considera estas razones un problema que orbita en los puestos superiores de la unidad o de esta institución (IMSS)?**

*Aparte de la institución también, nivel más arriba que gubernamental, creo, viene desde la secretaria todo esto. Bueno, yo creo que viene desde más arriba, la falta de oportunidad de trabajo, falta de personal, la falta de recursos que es importantísimo; hace falta muchos recursos que están escaseando.*

## Entrevista 5. Anónima: medico de medicina interna (mujer).

1. **¿Cuál es su edad?**  
38 años.
2. **¿En qué área laboral se encuentra?**  
*En hospitalización de medicina interna.*
3. **¿Cuánto tiempo tiene laborando aquí?**  
11 años.
4. **¿Cuál es su horario laboral?**  
*Es martes, jueves y domingo de 20:30 de la noche a 7:20 de la mañana.*
5. **¿Es fijo su horario?**
  - Si
  - No **Especificar**  
*Si*
6. **¿En qué condiciones considera se encuentra el área en la que trabaja?**  
*Malas.*  
**¿Por qué?**  
*Porque hacen falta recursos para atender a los pacientes, hace falta también médicos. En mi turno somos muy pocos, porque el hospital no funciona como el resto de los turnos, como el de la mañana y en la tarde. No tenemos estudios de gabinete y a veces no tenemos otros recursos como por ejemplo: trasladar pacientes.*
7. **De acuerdo con las siguientes escalas ¿Qué nivel de estrés maneja en su área de trabajo?**  
**Especificar: Bajo 1-3 ( ) Regular 3-6 ( ) Alto 6-8 ( ) Muy alto 8- 10 ( )**  
*Alto.*
8. **¿Considera que el horario laboral que tiene implique ese grado de estrés?**  
*Si. Si considero que si.*
9. **¿Considera hay un horario más "caótico" que el suyo?**
  - Si **¿Cuál?**
  - No*Mmm... yo creo que cada uno maneja su nivel de estrés, pero no creo que... sea tan elevado como en las noches.*
10. **¿Cuáles son los principales conflictos que presenta en su área de trabajo?**
  - a) Trato con los pacientes y familiares
  - b) Falta de personal
  - c) Falta de administración
  - d) Falta de medicamentos, camas y material de apoyo
  - e) Otro:  
*Todos los anteriores {Risa}... La verdad es que son todos, no nada más es el trato, también*

*muchas veces con los familiares. No nada más el paciente, sino los familiares son los que tenemos que tratar que son difíciles ¿sí? Porque la cantidad de personal no es suficiente. Te digo, nosotros ahorita, por ejemplo, en domingo, somos dos médicos para 106 pacientes; entonces la verdad no es la cantidad que en la mañana, por ejemplo, son alrededor de 14 médicos. Es diferente, se incrementa la cantidad de pacientes de los que tenemos hacer cargo y más la ausencia de medicamentos, de recursos para trasladar pacientes, ambulancias todo.*

### 11. **¿Cuál considera sea la causa de ese problema?**

*Yo creo que más bien será cuestión de organización de la institución... Yo creo que una gran responsabilidad es la institución porque, si, ellos son los encargados de proveer de recursos tanto humanos como materiales.*

### 12. **Desde su perspectiva en el área laboral ¿Cuál considera sea la razón por la que muchos pacientes no reciben atención oportuna en las salas de espera?**

*¡Uy! por lo mismo, falta de personal que pueda atender y hacerse cargo de toda la influencia de paciente que llegan, porque es muchísima. O sea en el país el IMSS se encarga del 80, 85% de la población eso son muchísimos pacientes para poco personal. Yo creo que está bien que se atienda un paciente en el tiempo que sea necesario; o sea no se puede decir que sea 15 minutos o 20 minutos lo necesario, porque cada paciente requiere de diferente tiempo de acuerdo a la patología por consulta, entonces se va a prolongar {se ríe}. O sea, no podemos presionar ni al médico, ni al paciente porque si tiene una serie de enfermedades muy complejas te vas a tardar más tiempo y obviamente la gente que está afuera lo va a resentir, pero no es una situación, muchas veces, que está en control tanto el medico como el paciente.*

### 13. **¿Cuál sería su propuesta para esta situación?**

*Que hubiera más personal, que el instituto realmente hiciera lo que se necesitaba hacer; los procesos que se requirieran para poder incrementar el número de médicos y personal que hay en los hospitales.*

### 14. **Desde su perspectiva ¿Cuál considera sea el horario más difícil para el paciente y sus familiares? ¿Por qué?**

*En la noche, por las razones que te digo.*

### 15. **¿Considera estas razones un problema que orbita en los puestos superiores de la unidad o políticos de esta institución (IMSS)?**

*Si claro, es cuestión de la organización de la institución ¿no? Pues porque ellos son los encargados de proveer recursos tanto humanos como materiales.*

## Entrevista 7. Anónima: medico de medicina interna (mujer).

1. **¿Cuál es su edad?**  
*44 años*
2. **¿En qué área laboral se encuentra?**  
*En Medicina interna*
3. **¿Cuánto tiempo tiene laborando aquí?**  
*12 años.*
4. **¿Cuál es su horario laboral?**  
*De las 8.20 pm a las 8:30 am.*
5. **¿Es fijo su horario?**
  - Si
  - No Especificar  
*Si*
6. **¿En qué condiciones considera se encuentra el área en la que trabaja?**  
*¿A qué condiciones te refieres?*  
**Emm... {No supe que responder, no me lo esperaba} condiciones generales podrían ser...**  
*Bueno en condiciones generales yo lo calificaría como... ehhh... malas.*
7. **De acuerdo con las siguientes escalas ¿Qué nivel de estrés maneja en su área de trabajo?**
  - Especificar: Bajo 1-3 ( ) Regular 3-6 ( ) Alto 6-8 ( ) Muy alto 8- 10 ( )*Alto*
8. **¿Considera que el horario laboral que tiene implique ese grado de estrés?**  
*Sí, claro.*
9. **¿Considera hay un horario más “caótico” que el suyo?**
  - Si ¿Cuál?
  - No*No, yo creo que los tres son caóticos, pero en la noche como que disminuye el recurso humano y eso hace que sea más caótico que otros.*
10. **¿Cuáles son los principales conflictos que presenta en su área de trabajo?**
  - a) Trato con los pacientes y familiares
  - b) Falta de personal
  - c) Falta de administración
  - d) Falta de medicamentos, camas y material de apoyo
  - e) Otro:  
*Yo creo que es más la falta de personal, falta de los materiales, como medicamentos.*
11. **¿Cuál considera sea la causa de ese problema?**  
*La falta de recursos... pues yo... no... pues yo pienso que es la falta de médicos. Es a nivel nacional de hecho hay*

*como categorías permanentemente abiertas de contrataciones de médicos especialistas, pero pues no hay un esfuerzo de trabajo. Y lo otro, la falta de recursos materiales, pues tiene que ver con la falta de dinero. Se dice que el IMSS tiene bastante dinero desde hace mucho tiempo.*

12. **Desde su perspectiva en el área laboral ¿Cuál considera sea la razón por la que muchos pacientes no reciben atención oportuna en las salas de espera?**  
*Pues la sala de espera no la tenemos en este piso. Eso sería una pregunta, yo pienso que para urgencias, pero por ejemplo, aquí en este piso no hay espacio; o sea el día de hoy no hay camas vacías entonces la gente que están en urgencias, están esperando ingresar. Entonces es como el efecto domino... atrás, si en urgencias está lleno pues los que están en espera no pueden pasar.*
13. **¿Cuál sería su propuesta para esta situación?**  
*Mas hospitales. Educar a la gente porque mucha gente viene por una urgencia que no es urgencia ¿no? Urgencias, en teoría, es algo que pone en peligro tu vida y a veces vienen por una uña enterrada {inclina los hombros} pues eso no pone en peligro la vida de nadie, pero ocupan ya el espacio y tiempo de un médico y a lo mejor un paciente que si tiene una verdadera urgencia se tarda ¿no? más su admisión.*
14. **Desde su perspectiva ¿Cuál considera sea el horario más difícil para el paciente y sus familiares?**
  - ¿Por qué?  
*¿En qué sentido? Es bien sabido no solo en este... en todos los hospitales... este... se manejan muchos hospitales ¿no? Por ejemplo, el turno matutino en un hospital es bien diferente al turno vespertino y luego en la noche en un hospital es bien diferente. Pero luego también en otro hospital es bien diferente en los fines de semana. Entonces yo creo que los turnos más difíciles para tener esta atención como continua serán siempre las noches y el fin de semana.*
15. **¿Considera estas razones un problema que orbita en los puestos superiores de la unidad o políticos de esta institución (IMSS)?**  
*Sí. Yo creo que todo deriva de una mala administración. El IMSS en una organización muy grande que yo creo que en teoría tiene como bien definido los puestos que deben de desempeñar en cada uno de ellos, pero en la práctica es otra cosa.*

## Entrevista 8. Anónima: Inhaloterapeuta (hombre).

1. **Cuál es su edad?**

46 años.

2. **¿En qué área laboral se encuentra?**

Inhalo terapia.

3. **¿Cuánto tiempo tiene laborando aquí?**

13 años

4. **¿Cuál es su horario laboral?**

20:30 a 8:00 de la mañana.

5. **¿Es fijo su horario?**

- Si
- No      Especificar

Si.

6. **¿En qué condiciones considera se encuentra el área en la que trabaja?**

*En lo general es buena, pero probablemente como en todo el sector salud hay carencias...y básicamente la carencia principal es el personal, tenemos poco personal y...y obviamente con eso la demanda es muy grande y nos rebasa.*

7. **De acuerdo con las siguientes escalas**

**¿Qué nivel de estrés maneja en su área de trabajo?**

**Especificar: Bajo 1-3 ( ) Regular 3- 6 ( ) Alto 6-8 ( ) Muy alto 8- 10 ( ).**

*Dependiendo. Como estamos en la noche...el nivel de estrés llega ser... básicamente importante, ¿Por qué? porque... tenemos muchos pacientes a los cuales hay que atender, entonces llega ser demasiado acorde al...número que deberíamos de tener. Nos rebasa por mucho.*

8. **¿Considera que el horario laboral que tiene implique ese grado de estrés?**

*Ehhh... más que nada las desveladas pudieran ser, combinadas con el exceso de trabajo.*

9. **¿Considera hay un horario más "caótico" que el suyo?**

- Si      ¿Cuál?
- No

*¿Más caótico? El mío es que tiene más más trabajo.*

10. **¿Cuáles son los principales conflictos que presenta en su área de trabajo?**

f) **Trato con los pacientes y familiares**

g) **Falta de personal**

h) **Falta de administración**

i) **Falta de medicamentos, camas y material de apoyo**

j) **Otro:**

*No, básicamente la falta de personal es la que nos pega y a veces e inclusive también la falta de equipo, ¿no?... O sea, eso son los factores principales...pero más la falta de personal.*

11. **¿Cuál considera sea la causa de ese problema?**

*El hecho de que no se hacen los estudios en los procesos graves. Los estudios que se han hecho con respecto a...cuantos pacientes tocan por cada trabajador, son ambiguos, entonces necesitan ser modernizados ya que las enfermedades crónico degenerativas han ido en aumento y hoy en día son las principales causas de internamiento en un hospital y también de muerte.*

12. **Desde su perspectiva en el área laboral**

**¿Cuál considera sea la razón por la que muchos pacientes no reciben atención oportuna en las salas de espera?**

*Debido a la falta de personal como anteriormente mencionaba.*

13. **¿Cuál sería su propuesta para esta situación?**

*Pues que se hagan estudios recientes, actuales y periódicamente para actualizar este...esos estándares y de ahí ser cubierto las necesidades...personales de cada institución, porque no solamente mi área hay falta de personal, por lo general es una problemática que tenemos en todas las áreas y básicamente se sitúa más en el turno nocturno o fin de semana.*

14. **Desde su perspectiva ¿Cuál considera sea el horario más difícil para el paciente y sus familiares?**

• **¿Por qué?**

*El horario más difícil, por lo general viene siendo en la noche, por lo mismo, porque la mayoría de las urgencias se dan en esas horas y por lo mismo de que hay menos personal pues se ve más complicado... Y también para el familiar es muy difícil porque el hecho de estar en esas horas implica estar en la intemperie ¿no? sin una cobija y expuestos a cambios climáticos muy bruscos.*

15. **¿Considera estas razones un problema que orbita en los puestos superiores de la unidad o políticos de esta institución (IMSS)?**

*Así es, por la falta del mismo, de esa sensibilidad que muchas veces el directivo se vuelve más administrativo...y ven menos la parte operativa.*