

Cómo citar este trabajo: Eskola Torres, Gladys; Minchala Urgiles, Rosa; Ortega Campoverde, Libia; Patiño Villalba, Gladys; Reino Díaz, Gloria (2023). El cuerpo vestido que somos: La bata de hospital y el lenguaje del cuerpo. *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 10, 50–71. <https://doi.org/10.46661/relies.8088>

El cuerpo vestido que somos: La bata de hospital y el lenguaje del cuerpo

The clothed body that we are: The hospital gown and the language of the
body

Gladys Eskola Torres

Sociedad de Historia de la Medicina del Azuay
genero_olavide@yahoo.es

Rosa Minchala Urgilés

Hospital José Carrasco Arteaga del IESS de Cuenca
rosaeminchalau@hotmail.com

Libia Ortega Campoverde

Hospital José Carrasco Arteaga del IESS de Cuenca
libiatete1963@hotmail.com

Gladys Patiño Villalba

Hospital José Carrasco Arteaga del IESS de Cuenca
gladis.estherpatino@gmail.com

Gloria Reino Díaz

Hospital José Carrasco Arteaga del IESS de Cuenca
ceciliareinodiaz@gmail.com

Resumen

Este trabajo centra el interés en el “cuerpo vestido” que somos, para acercarnos a los significados y sentidos que asignan las personas hospitalizadas a la exposición de su cuerpo y a su identificación genérica al ser sometidas al uso de una “bata de hospital”. Es una aproximación a las experiencias que vive el “cuerpo doliente” a través de la interpretación del lenguaje corporal (expresiones motoras y verbales) de un grupo de varones y mujeres (personas jóvenes y adultas), en el momento de su admisión en un hospital de la Ciudad de Cuenca (Ecuador). Cuarenta personas internadas fueron sujetos de observación participante y el mismo número de enfermeras, con experiencia en admisión y cuidado, ofrecieron testimonios acerca del tema. Las vivencias corresponden a un cuerpo incomodado físicamente, limitado en su movimiento, intimidad y pudor, e ignorado en su identidad.

Palabras clave: bata de hospital; cuerpo vestido; lenguaje corporal; sexualidad.

Abstract

This work focuses on the "dressed body" that we are, to approach the meanings and significance that patients assign to the exposure of their bodies and their generic identification when subjected to the use of a "hospital gown". It is an approximation to the experiences of the "suffering body" through the interpretation of body language (verbal and motor expressions) of a group of men and women (young adults, middle and older), at the time of their admission into a hospital in the city of Cuenca (Ecuador). Forty admitted patients were subjects of participant observation and the same number of nurses, with experience in admission and care, offered testimonies about the subject. The experiences correspond to a physically bothered body, limited in its movement, intimacy, and sense of decency; and ignored in its identity.

Key words: hospital gown; dressed body; body language; sexuality.

... la manera quizá más grave de desposeer a las personas de su dignidad intrínseca es violar su intimidad, forzarles a manifestarla contra su voluntad, aún por medio de la coacción física o psicológica: exponerlas a la vergüenza pública y privarlas de seguir siendo dueñas y señoras de aquello que es solo suyo: lo íntimo (Yepes, 1996: 73).

1 Introducción

Los estudios que aportan al conocimiento del cuerpo son centrales en la sociedad contemporánea. Códigos éticos y estéticos actuales sobre los usos sociales del cuerpo emergen de diversas especialidades entre las que se cuentan la medicina, la publicidad, el estilismo y la estética, constituyendo una nueva cultura somática (Martínez, 2004).

La construcción eminentemente social de la imagen corporal, de sus conceptos, discursos y representaciones, se produce históricamente en relación con los contextos culturales en los que habita y se desarrolla el cuerpo-persona. En ese proceso han ejercido influencia las visiones esencialistas del cuerpo relacionadas con la naturaleza y la biología, tanto como las que lo han escindido en materia y espíritu.

Hoy, la ciencia y la tecnología no solo están al servicio de la enfermedad y la vida, están al servicio de la transformación del cuerpo, en estrecha relación con las presiones sociales, el mercado, los medios de comunicación y la medicalización. La belleza, la sexualidad y la juventud son insumos de los cuerpos-objetos-globalizados que modela el capitalismo, entre el éxito, el desencanto, la fantasía, la vulnerabilidad, la temporalidad y la vigilancia de la existencia. Así, el cuerpo se encuentra sujeto a nuevos procesos y formas de dominación social (Pérez-Henao, 2011).

En general, las instituciones orientan y condicionan la actuación de las personas, crean sistemas de ejercicio del poder en procura de cuerpos dóciles y obedientes, a través de la normatividad como herramienta eficaz. La familia, la escuela, el hospital, la cárcel, el matrimonio, entre tantas, son instituciones que norman los cuerpos.

Por ejemplo, vestir una bata de hospital por parte de las personas internadas, durante el tiempo de su permanencia en el establecimiento sanitario, es norma incuestionable para los operadores de salud y condición natural de quien se hospitaliza. Las normas son formas de obligar a alguien a hacer algo en beneficio de otro, son formas de ejercicio de poder; conllevan una intencionalidad y una justificación. La bata de hospital facilita la observación o examen del cuerpo y la intervención sobre él.

En este marco, el estudio está orientado a visibilizar e interpretar las experiencias del cuerpo enfermo frente a la normativización del hospital, en cuanto institución social que determina y administra acciones dedicadas a canalizar la intervención de los agentes u operadores de salud en el cuerpo que busca alivio, prevención o curación de sus dolencias. Se trata de un estudio particular y local que se acerca a la singularidad de los sucesos de la vida de un grupo de personas enfermas que se internan en una institución de salud. No busca generalizar los hallazgos, solo dar cuenta de una forma de relación del cuerpo enfermo con el hospital como institución normalizadora. Fueron sujetos de observación participante cuarenta personas hospitalizadas, y el mismo número de enfermeras dieron testimonios sobre las reacciones verbales y motoras vividas por los enfermos en

el momento del cambio de la ropa personal por la bata de hospital. ¿Qué expresa el lenguaje del cuerpo enfermo frente a este hecho? ¿Qué es lo que más les molesta o disgusta a las personas en el momento de su internamiento? ¿Cómo vive la persona hospitalizada la experiencia de la desnudez del cuerpo?

2 Referentes conceptuales

2.1 El Cuerpo, una construcción social

Es necesario “Considerar que el cuerpo, la corporeidad y la enfermedad es un privilegiado punto de encuentro dentro de un sistema de signos, significados y prácticas de salud, entre el ambiente y la organización social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, ...” (Moreno, 2010: 156).

Como dimensión histórica, el cuerpo es espacio de inscripción del devenir de la existencia, muestra las huellas de nuestro estar en el mundo y del impacto de la sociedad y la cultura en él. El cuerpo es la entidad con la que el ser humano se comunica con el mundo, se introduce o integra en él e interactúa con las personas y las cosas. *Por el hecho de que la encarnación, la «in-corporación», constituye la característica más distintiva de la singularidad humana, cabrá tener muy presente que el cuerpo constituye el ámbito más próximo y más importante de la relacionalidad propia del ser humano.* (Duch y Mèlich, 2012: 18).

Desde una mirada fenomenológica de la dimensión corporal de la existencia humana, es a partir del cuerpo que podemos establecer innumerables interacciones con otros y hacer posible el curso de todos los procesos sociales, afectivos, emotivos, anímicos, reflexivos y axiológicos con el mundo de las cosas y las personas. El cuerpo siendo *ser-en-el-mundo* interactúa en él a través de su corporalidad, establece y vive relaciones en determinados contextos para constituirse en *cuerpo vivido*. *Se trata, en definitiva, de tomar en consideración el ámbito de las relaciones prácticas que el individuo establece con el mundo, lo que, evidentemente, implica destacar sus habilidades corporales y su constitución afectiva.* (Escudero, 2007: 146). En efecto, la dimensión vivencial del *cuerpo propio* se expresa a través de las modalidades de *espacialidad, motricidad, sexualidad¹, expresividad*. (De Castro, García y Rodríguez, 2006: 132). Y ese despliegue corporal se efectúa a través del *cuerpo vestido* en los espacios y tiempos cambiantes en los que habita y se relaciona socialmente.

2.2 Del cuerpo internado

La hospitalización es un proceso que tiene un lenguaje positivista, “... *hablará de la enfermedad, ofrecerá explicaciones lógicas y racionales respaldadas por la universalidad de la ciencia. (...) Si se aborda el asunto de las enfermedades desde un punto de vista científico, es necesario aislar el cuerpo, verlo como cosa, fragmentarlo, ubicar esas inoportunas dolencias en los órganos, los tejidos, las células, las moléculas*” (Estrada, 2012: 283). De ahí que la literatura médica referida a la dimensión física de la enfermedad es prolífica y cada vez más especializada, y los encuentros médicos que congregan a los estudiosos de las enfermedades, ofrecen el espectáculo del dato del “cuerpo objetivo” que tenemos y cada vez menos el padecimiento y la angustia del “cuerpo vivido”

¹La OMS (2006) define la sexualidad como “un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y roles de género, orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones”. http://sexosaludyenfermeria.blogspot.com/p/definiciones-de-laoms_22.html

que somos. Es evidente que las instituciones médicas ejercen biocontrol y biopoder, someten al cuerpo al orden de los hospitales y al discurso médico (Escudero, 2007).

El acto de admisión hospitalaria de una persona enferma es percibido por los operadores de salud como la decisión que se toma a partir de un diagnóstico que determina que un cuerpo tiene necesidad de observación y atención particular, según la dolencia, los protocolos y normativas oficiales de la institución sanitaria. En esa decisión no siempre está presente la voluntad de la persona enferma, aunque suscriba un conocimiento informado; es que, en general, las personas no optan espontáneamente por el encierro, la pérdida de autonomía (aunque esta sea transitoria), no buscan lo desconocido, ni se someten con gusto a una normativa o a la voluntad ajena.

En el cuerpo objetivo-subjetivo los síntomas tienen identidad particular; encarnados como están, vividos y sentidos por el enfermo, son parte de su historia y su conciencia que *“...no es una construcción puramente subjetiva sino social y cultural, pues lo que la determina se engarza con las contingencias que se van sedimentando y transformando.”* (López, 2004: 143).

Los cuidadores actúan en atención a los signos y síntomas que reclaman atención prioritaria, más que a una historia de *cuerpo vivido* que construye los sentidos del existir, del espacio y *tiempo histórico*, de las relaciones con otros y de su situación particular en el mundo. En este marco, la enfermedad sitúa al cuerpo en una situación de dependencia, de indefensión, y la hospitalización en un estado de sujeción del cuerpo a un espacio, personas, objetos, relaciones y tiempo extraños. *“Nuestro cuerpo se vuelve sobre sí mismo, pierde su relación... deja de ser nuestro y empieza a ser algo ajeno.”* (Pfeiffer, 1998: 28).

La hospitalización es una situación experiencial nueva, generalmente desagradable. ¿A quién le gusta el internamiento, es decir: el encierro, el aislamiento, la reclusión? En efecto, El término internamiento se refiere:

... al traslado involuntario, resistido o forzado, aunque pueda ser espontáneo o solicitado, de una persona a algún lugar donde queda sometida a tratamiento o vigilancia; como los enfermos en los hospitales, los locos en los manicomios (o algún sinónimo eufemístico), los prisioneros, refugiados y perseguidos en los campos de concentración, y ciertos detenidos o sujetos peligrosos en establecimientos de seguridad o corrección (Cabanellas, 2014:11).

El espacio hospitalario determina restricciones en la movilidad física, altera la voluntad, la capacidad de decisión, la socialización. Se afecta la expresividad (pensamientos, deseos y sentimientos), lo mismo que la sexualidad, por influencia del medio o por la dolencia presente. Entonces es imperativo “mirar” y “escuchar” lo que “dice” el cuerpo, en el sentido de percibir, reconocer, respetar, atender y entender su semiótica en cuanto signos sociales incorporados que envuelven la dolencia presente (Eskola, 2017). Por ello es necesario partir de la distinción del significado del *“cuerpo objetivo que tenemos”*, del *“cuerpo vivido que somos”*: el primero como *“depositario de los procesos fisiológicos de nuestras actividades”* y el segundo como *“la expresión y realización de proyectos y deseos.”* (López, 2010:90).

2.3 Lo público, lo privado y “lo íntimo” del espacio hospitalario

La idea de hospital nos remite inmediatamente a la de espacio público, dada su finalidad orientada al bien común, al beneficio de la salud colectiva, al derecho de acceso social de personas en busca

de bienestar y solución de dolencias o malestares corporales emergentes, agudos o crónicos. Las ideas de atención y cuidado nos remiten, a la vez, a la de espacio privado, de casa de familia, de afecto y cercanía humana, de confianza y equilibrio. Las finalidades de albergue se encuentran en uno y otro espacio, en el sentido de resguardo, defensa, garantía contra daños o prevención de riesgos. Una estructura tecno-científica, administrativa, normativa, ética y legal, la de hospital, se articula con otra eminentemente emocional y afectiva.

Dos espacios y dos morales parecerían coexistir en la institución hospitalaria y en el proceso de internamiento. Como señala Acuña (2005), el espacio privado alberga una “moral privada” en donde priman asuntos relativos al *sentimiento, la emoción, la afección, la responsabilidad, el amor, el agradecimiento, la compasión, la decencia, la amabilidad*; y el público una “moral pública” relativa al *deber, la justicia, los derechos, la igualdad, la libertad, la legitimidad, la resistencia*.

Y, es posible advertir un tercer espacio, el “íntimo”, frecuentemente no visto o no tomado en cuenta a la hora de la planificación de los proyectos de atención de la salud. Lo íntimo es el espacio personal protegido, interno o reservado, que le pertenece al sujeto, construido social y culturalmente; espacio que guarda temores, prejuicios, tabúes, percepciones, representaciones, cogniciones, sentimientos y otros estados personales resultantes de la historicidad y vulnerabilidad de un sujeto. Estados no siempre expresables en público, pero sí posibles de compartir con quienes se mantiene amistad estrecha y confianza especial.

Sobre el espacio íntimo, a propósito de la comunicación y la información, Carlos Soria dice: *“Hay cosas, por decirlo de una forma gráfica, que deben darse a conocer sólo y exclusivamente en la sede familiar, o en el pequeño círculo de amigos (...), o en la consulta de un médico, de un siquiatra o de un abogado, o ante la rejilla de un confesionario, o en unas cuartillas autógrafas de uso restringido.”* (Soria, 1989: 27- 29). En efecto, el internamiento hospitalario es un proceso en el que se confían situaciones íntimas de las personas enfermas, e información que la institución hospitalaria debe preservarla. La información es de pertenencia privada, corresponde al *cuero propio*, el del enfermo o enferma, proviene directamente de él o ella, de sus allegados, de los medios diagnósticos y terapéuticos empleados, o de la observación y la evaluación permitida por él o ella, o su familia. Pues, como insiste Soria, lo íntimo es solo objeto de comunicación pública si esta ha sido exteriorizada libre y voluntariamente, y solo podrá ser objeto de comunicación más allá del espacio personal si tiene relevancia social. Así:

... la salud o la enfermedad; la vida moral personal, con sus virtudes, errores y miserias; o el ocio y el descanso constituyen actividades de relevancia social, que pueden y deben ser conocidas en un ámbito vertebrado por el amor o la amistad, pero que fuera de ese ámbito son informaciones desplazadas y, por tanto, inútiles. (Soria, 1989: 29).

¿Qué objetivo persigue el uso de la bata de hospital?, ¿qué condiciones ha de cumplir para ser vestida?, ¿cuál es la vivencia del enfermo cuando tiene que vestir una bata de hospital?

2.4 El cuerpo vestido: corporalidad, identidad y lenguaje

Siendo el cuerpo una construcción social y cultural su historicidad es parte consustancial de la corporalidad y atraviesa sus diferentes dimensiones: una subjetiva, relacionada con las vivencias individuales del cuerpo dentro de un sistema social y cultural concreto; otra, compuesta por la injerencia de las instituciones sociales y su normatividad en el cuerpo individual y colectivo; así

mismo una dimensión simbólica, en cuanto el cuerpo construye representaciones cargadas de significado que circulan a través de diversos medios, especialmente los de comunicación. Este nivel simbólico mantiene y reproduce un orden social específico (Vidal y Donoso, 2002). Y el componente histórico del cuerpo define su temporalidad, su falibilidad, su tiempo de ser y estar en el mundo.

“El tiempo y el espacio ordenan nuestro sentido del yo en el mundo, nuestras relaciones y encuentros con los demás y, también, la forma de cuidar de nuestros cuerpos. (...) la experiencia de cuidar y presentar el cuerpo está social y temporalmente constituida.” (Martínez, 2004:136). En este marco, en torno al objeto de estudio del presente trabajo, el vestir forma parte del orden micro social de la mayoría de los espacios sociales, es contextual y se espera que se cumpla un código de vestir creado para los mismos. El género, la clase, la edad, la etnicidad y otros factores influyen en la conciencia del aspecto corporal, de modo que existen experiencias diversas de corporeidad.

La *indumentaria*, cuyo concepto incluye prendas de vestir, joyas, tatuajes, piercing en diferentes partes del cuerpo, cosméticos, etc., cumple el papel de embellecer el cuerpo, de cubrir o descubrirlo; permite la interacción social, la identificación genérica, la diferenciación de lo que hacemos en los espacios sociales públicos o privados. *La indumentaria y otros adornos corporales forman parte del vocabulario con el que los seres humanos se inventan a ellos mismos, llegan a entender a los demás y entablan significativas relaciones entre ellos.* (Entwistle, 2002: 207). Y el sexo y la sexualidad están muy ligados a las ideas de género y a la indumentaria. La ropa y los adornos tienen una particular connotación sexual.

Un cuerpo que se expone o se presenta en el mundo social lo hace a través de la ropa que selecciona. Es decir, el cuerpo y el vestido conforman discursos y prácticas particulares. Según vestimos al cuerpo somos parte o no de un grupo, pertenecemos o no a un espacio determinado, estamos o no en un tiempo presente. Podemos ser incluidos o excluidos según el grado de diferenciación que muestra el cuerpo vestido respecto de otros cuerpos, de los cánones establecidos para la ocasión, del lugar y la hora del día.

El lenguaje del cuerpo vestido no requiere signos fónicos, se manifiesta a través de recursos estéticos y símbolos cuya expresión está contenida en los colores, formas, posiciones y lugares de ubicación de las piezas del vestido y adornos del cuerpo, los que nos identifican y revelan hacia afuera. El cuerpo vestido es interpretado, calificado, aceptado, cuestionado, criticado o sancionado a través de las interrelaciones sociales, las cuales afirman un ser y estar corporal en el mundo.

El cuerpo es un *sitio específico* cuando es vestido, nos dice Mizrahi (2009), al tiempo que nos recuerda la relación entre *cuerpo, vestido y contexto* - en cuanto concebidos como tres lugares y lenguajes articulados -. De acuerdo con esta autora, el cuerpo se convierte en un lugar particular con la indumentaria, lugar del que se puede decir algo. El vestido asigna discursos diferentes al cuerpo. El cuerpo vestido deja de ser homogéneo, característica del cuerpo al nacer, pues, la piel es la cobertura homogénea con la que los seres humanos se sitúan en el mundo en el mismo momento del nacimiento. Generalmente se confecciona un vestido para un cuerpo específico, para una ocasión concreta y un lugar particular. Entonces, se habla del vestido como la *segunda piel* del cuerpo y *como lugar en el que el cuerpo habita*, a la vez sitio específico que conecta cuerpo y contexto. Y se habla de lenguajes del cuerpo, del vestido y del contexto. El vestido construye un discurso específico del cuerpo según el contexto en el que se presente (Mizrahi, 2009).

2.5 Vestir una bata de hospital: uniformar el cuerpo enfermo

Una mirada al vestido que es asignado a las personas que se hospitalizan, permite una aproximación al uso social del cuerpo y a la comprensión de su lenguaje. Vestir una bata de hospital cuando se vive un estado de vulnerabilidad y dependencia, por cursar una enfermedad, puede ser intrascendente desde una visión del saber y hacer puramente técnico de la salud-enfermedad o, todo lo contrario, a partir de una comprensión del cuerpo integral que siente que se aparta del mundo y corporeiza sus pérdidas y emergencias.

Así, el uso de la bata de hospital que confiere al cuerpo una situación de intimidad por ser una prenda que se lleva directamente sobre la piel, resulta ser una indumentaria que determina los límites de la movilidad de las personas internadas en el espacio; una herramienta que afecta la territorialidad del cuerpo (sus partes, significados y pertenencia); una norma que confiere a las personas enfermas un estatus dependiente.

El acto de vestir una bata de hospital contra la voluntad o a disgusto de una persona, o con aceptación aparente u obediencia, según sea su condición de dependencia (por la dolencia, por la clase social, por la procedencia, por la diferencia etaria, étnica, etc.), nos remite a una forma de uso social del cuerpo.

Permitir un acceso rápido al cuerpo para ser observado e intervenido por parte de los operadores de salud, es la razón del modelo de la bata de hospital: más bien corta, con abertura hacia atrás, con tiras para atar o desatar, ligera, de confección simple, un solo estilo para varones y mujeres.

Intervenir sobre el cuerpo es una de tantas formas de lograr la legitimidad del poder médico (Martínez, 2004). Esa condición de legitimidad de acción sobre el cuerpo ajeno hace posible poner al cuerpo al servicio del saber y la praxis médica. En este caso, la lógica del uso social del cuerpo es la lógica del servicio y del sometimiento.

Claudia Fernández (2013) establece que el vestido es una metáfora visual de la identidad, una referencia directa a la pertenencia. En efecto, nos presentamos vestidos socialmente y comunicamos sin más como somos; nos diferenciamos de otros a través del vestido y en esa diferencia reafirmamos nuestra forma de ser. Al referirse al uso de uniformes la autora expresa que *"... más allá de la referencia directa a la pertenencia, las connotaciones de jerarquía, orden y control son frecuentes a la hora de describir la participación del uniforme en la construcción de una idea de cuerpo, el cuerpo normalizado."* (Fernández, 2013: 73).

La bata de hospital identifica al cuerpo enfermo, lo clasifica y somete; un vestido de igual modelo, color y materiales de confección; un uniforme impregnado de subordinación y poder. Al uniformar los cuerpos se pierde la especificidad del vestido y su lenguaje; se oculta la estética en el sentido individual de la belleza; el cuerpo se despersonaliza.

El cuerpo uniformado habla tanto de las personas y la enfermedad que padecen lo mismo que del establecimiento que las acoge. Es tal su poder de representación que transparenta el simbolismo de una serie de categorías asociadas a la persona enferma y al hospital. Su efecto es representarlos, identificarlos y diferenciarlos de quienes no cursan enfermedades y de otras instituciones que no son las hospitalarias.

El uniforme resulta ser un mecanismo de orden y control de los cuerpos. Por ejemplo, la persona internada ha de usar inmediatamente la bata de hospital; así vestida, ocupa una cama y ciertos enseres para su estancia; puede movilizarse – si su estado lo permite – dentro de una zona establecida; recibir visitas en días y horarios establecidos por la institución; aceptar alimentos, medicinas y tratamientos prescritos en horarios y condiciones decididas oficialmente. Las rutinas de higiene, sueño y otras actividades diarias han de cumplirse de acuerdo con un orden institucional dirigido a controlar el cuerpo en tiempo y espacio. En efecto, el movimiento corporal, el sueño, la higiene, la alimentación, la comunicación y otras demandas corporales están perfectamente ordenadas y vigiladas.

3. Acercamiento metodológico

Desde la investigación cualitativa y una postura fenomenológica la observación participante nos acercaría a la vivencia del uso de la bata de hospital para advertir las impresiones y reacciones del enfermo, identificar sus conceptos, emociones y sentimientos. Asimismo, la visión idiográfica del estudio nos llevaría a comprender el significado de la situación particular vivida, los sentidos de las palabras y las conductas concretas de cada persona internada, reconociendo su marco propio de referencia social y cultural.

Se aplicó la metodología de observación participante y entrevista para obtener testimonios. Las enfermeras, como observadoras, siendo parte del contexto, con amplia experiencia en cuidado hospitalario y específicamente conocedoras del proceso de admisión estaban familiarizadas con los sujetos de observación y su situación, lo que permitiría comprender e interpretar mejor el mundo subjetivo de cada uno de los participantes del estudio. Las observadoras debían ser capaces de interactuar y conocer, desde dentro y no desde fuera de la situación de estudio, de modo que la información procurada permita captar, entender e interpretar el significado y sentido de las incidencias y dinámica de la realidad vivida.

Cuarenta personas con indicación de internamiento hospitalario fueron sujetos de observación individual. Se seleccionaron personas jóvenes, adultas y mayores, varones y mujeres, conscientes, orientadas y capaces de producir respuestas motoras y verbales ante el suceso de vestir la bata de hospital.

La observación se efectuó en el momento de la admisión de las personas con indicación de internamiento en el lugar establecido para tal efecto. La observadora pregunta, escucha y mira con atención la situación para llegar a entender sus significados; percibe en detalle y globalmente las respuestas de la persona observada en el momento del cambio de ropa personal con la bata de hospital. Particularmente importante fue la observación de los movimientos del cuerpo y sus expresiones de aceptación o rechazo, incomodidad o molestia; los movimientos de la cara (gestos), de las manos y brazos (ademanos); asimismo la postura o posición corporal: inmovilidad o fijeza; la actitud: airada, suplicante, burlesca, etc.

La interacción estuvo dirigida a identificar la aceptación o rechazo a vestir la bata de hospital. Para ello las observadoras debían ver, escuchar y sentir las reacciones motoras, verbales y no verbales de las personas internadas, con atención, interés y respeto. Se garantizaría el desenvolvimiento libre de los sujetos observados, de modo que sus motivaciones, actitudes y sentimientos no estuvieran sometidos a obstáculos o presiones por la observación. Estas condiciones son fundamentales para establecer la validez de la información cualitativa. Como señala Canales (2006), la confiabilidad de la información en estudios cualitativos se logra con la actuación del investigador

y del investigado dentro de una relación de empatía y confianza, lo mismo que con la experiencia práctica del investigador en el trabajo de campo cuando se trate de contrastar la información simulada o exagerada proveniente de los sujetos de estudio.

Sobre el número de personas estudiadas y testimonios obtenidos por entrevista debemos señalar que... *El interés fundamental no es aquí la medición, sino la comprensión de los fenómenos y los procesos sociales en toda su complejidad.* (Martínez, 2012: 615). La interpretación y la comprensión son, en esa misma dirección, condiciones necesarias de la denominada validez interpretativa, fundamental en la construcción teórica de los procesos sociales. Para ello, según Sandín (2000), son necesarios: la transcripción rigurosa de los datos para evitar la distorsión de los hechos recogidos y el descubrimiento de sus significados para las personas.

La observación individual de las personas internadas incluyó las siguientes variables:

- Identificación por sexo, procedencia, instrucción, estado civil, edad, religión y ocupación.
- Percepción del observador sobre el nivel de tensión psíquica (ansiedad) en el momento de la admisión.
- Percepción del observador sobre lo que más le molesta, asusta o disgusta a la persona internada en el momento de la admisión.
- Manifestaciones motoras que indican que acepta, pone reparos o rechaza el cambio de su ropa personal con la “bata de hospital”.
- Partes del cuerpo que intenta mantener cubiertas de modo preferente.
- Otros gestos faciales o movimientos de otras partes del cuerpo que indican la predisposición para aceptar o rechazar la bata de hospital en el momento de la admisión.
- Expresiones verbales que indican que acepta, pone reparos o rechaza el cambio de su ropa personal con la “bata de hospital”.
- Preocupaciones, temores, prejuicios y otros sentimientos relacionados con el cuerpo a propósito del uso de la “bata de hospital”.

Para la observación participante se diseñó y probó un guion semiestructurado con opciones de respuesta preformuladas, adaptado de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (Grupo de Trabajo de la GPC, 2008: 31).

Los testimonios acerca de las vivencias de las personas hospitalizadas en torno a vestir la bata de hospital fueron obtenidos de cuarenta enfermeras con experiencia profesional en admisión hospitalaria. La entrevista dirigida contó con dos preguntas: la primera, para conocer sus percepciones acerca de quiénes de las personas con indicación de hospitalización aceptaban fácilmente (sin molestia manifiesta) vestir la bata de hospital; la segunda, con la finalidad de conocer la apreciación sobre lo que más preocupaba o molestaba a las personas internadas al usar la bata de hospital.

Se mantuvo el anonimato en la aplicación de las dos metodologías.

4. Algunos hallazgos e interpretaciones:

4.1 El grupo de estudio:

Participaron en el estudio 40 personas enfermas: 21 mujeres y 19 varones, predominantemente del área urbana y la mayoría con instrucción universitaria y media; más casados que solteros; y más

adultos jóvenes y medios que adultos mayores; así mismo, en mayor número católicos, de distintas profesiones universitarias (ingenieros, contadores, enfermeras, odontólogos, maestros); y de otras ocupaciones: asistentes administrativos, artesanos, trabajadores de servicios, agricultores, comerciantes, oficinistas y estudiantes. Participaron también 40 enfermeras que ofrecieron testimonios sobre sus vivencias con respecto al uso de la bata de hospital de las personas con indicación de internamiento.

4.2. Presencia de tensión psíquica en las personas enfermas en el momento de la admisión

La observación a las personas enfermas tomadas para este estudio permitió identificar que la experiencia de admisión hospitalaria está acompañada de tensión psíquica en casi todos los casos.

De mayor a menor frecuencia se presentaron uno o más malestares: preocupación y aprensión, sensación de agobio, irritabilidad, inquietud, desasosiego, evitación, inhibición o bloqueo psicomotor. Estos estados de carácter desagradable acompañaron a la dolencia originaria razón del internamiento.

Para identificar cada uno de estos estados se tomó en consideración ciertas manifestaciones específicas de incomodidad o malestar en las personas ante la presencia de la bata de hospital, la orden de colocársela y la obligación de vestirla.

Malestares	Caracterización del estado
Preocupación	Estado de inquietud o temor, expresado con palabras o con actitudes faciales o de otras partes del cuerpo. El cuerpo enfermo traduce la dificultad de afrontar o resolver un problema.
Aprensión	Recelo o temor a colocarse una prenda íntima, especialmente por la idea de haber sido usada por otras personas y por ello la posibilidad de contagio.
Agobio	Expresión de molestia que coloca al individuo en estado de cansancio e impotencia para evitar colocase la bata de hospital.
Inquietud o desasosiego	Nerviosismo, sobresalto o agitación ante una situación que le produce gran molestia y dificultad para deshacerse de ella.
Irritabilidad	Estado de ira o rechazo en torno a un hecho o situación que le molesta o afecta.
Evitación	Estado en el que la persona que se interna elude centrar la atención o tomar en cuenta una dificultad o problema que le produce molestia o ansiedad. Demuestra no tomar en cuenta o minimizar la entrega de la bata de hospital y el pedido de usarla.
Inhibición o bloqueo psicomotor	Disminución menor, mayor o total, consciente o inconsciente del interés, voluntad y decisión para aceptar el cambio de ropa, traducida en la lentitud para hablar y moverse, o en la adopción del silencio, o inmovilidad corporal dirigidas al objetivo de cambiarse de ropa.

Identificamos que la molestia que causa vestir la bata de hospital, en unos casos, es instrumento canalizador de las vivencias de miedo o incertidumbre alrededor de la enfermedad, diagnóstico, tratamientos y sus resultados. Percibimos que centrar la atención en la bata de hospital, con afectación manifiesta, representada con ciertas expresiones verbales y motoras, es la manera como algunas personas desplazan o eluden temporalmente las dolencias y malestares propios del

padecimiento que enfrentan. En otros casos, es el foco inicial y principal de tensión por el significado de confinamiento a una cama hospitalaria y la concomitante dependencia, limitación de la libertad para tomar decisiones y para actuar en un medio extraño, situación que se suma a la dolencia presente.

La conciencia del cuerpo, de las cosas y las personas se forma en el proceso de vivir la experiencia. *“La conciencia es, pues, cuerpo vivido. A través de lo corporal se vislumbra una intencionalidad cimentada en el trasfondo de lo afectivo”* (Rodríguez, 2009:308.)

Entendemos que es necesario mirar más allá del signo y el síntoma orgánico para comprender las dolencias del cuerpo en su complejidad íntegra.

La medicina se interesa en la enfermedad como hecho biológico universal, como un daño en la estructura, y no tiene en cuenta que el fenómeno mismo, aquello que acontece en la facticidad, en realidad es la angustia humana que se encubre. En este caso, la enfermedad solo será un indicio, un aparecer, de un acontecimiento más amplio: el dolor de un hombre, el confrontarse con la existencia misma (Estrada, 2012: 283).

4.3 Lo que más le molesta, asusta o disgusta a la persona internada en el momento de la admisión

En la mayoría de las personas observadas está presente más de una razón para experimentar tensión a la hora de la admisión hospitalaria: cuentan los temores relacionados con el espacio desconocido, la presencia de personas extrañas, el sometimiento a exámenes diagnósticos y otros procedimientos, la misma dolencia, el interrogatorio de médicos, enfermeras y otros operadores de salud, la exposición del cuerpo para ser examinado, etc. En el estudio efectuado la frecuencia más alta de expresiones de tensión está representada por el uso de la bata de hospital, asociado o no a las demás razones.

En el siguiente cuadro puede advertirse que lo que más molesta a personas enfermas en el momento del ingreso hospitalario es el cambio de ropa personal por la bata de hospital. Este acto puede ser considerado una de las primeras experiencias no gratas de la relación del cuerpo enfermo con el medio hospitalario que pone al cuerpo a la expectativa de otras semejantes. De modo que, varias reacciones psicomotoras identificadas entre las personas enfermas que ingresan para hospitalización pueden ser catalogadas como defensivas o protectoras del cuerpo y su corporalidad.

La vivencia de vestir una bata de hospital y las reacciones que comporta es un hecho generalmente no tomado en cuenta por los operadores de salud, interpretado generalmente como una *rutina* y práctica obligatoria, *normal*. Poner atención en este hecho puede ayudar a descubrir experiencias desagradables para ser minimizadas o prevenidas, al tiempo de salir al encuentro del mundo subjetivo del enfermo, frecuentemente invisibilizado en la atención hospitalaria. En esta experiencia interactúan *sujeto, cuerpo y lenguaje* (Espinal, 2014).

Cuadro N° 1

Razones de 40 personas enfermas con indicación de hospitalización, acerca de lo que más les molesta, asusta o disgusta en el momento de la admisión

Razones	f
Usar la “bata de hospital”	26
Exponer el cuerpo para ser examinado	21
Interrogatorio de médicos, enfermeras y otros operadores	19
Espacio desconocido	19
Sometimiento a exámenes diagnósticos y otras rutinas	18
La dolencia presente	17
Presencia de personas extrañas	16

Experimentar lo desconocido genera ansiedad cuando la relación con las personas, con los espacios, prácticas, decisiones, gestiones, rutinas, códigos y reglas son extraños para los sujetos. La obligación de vestir una prenda íntima impropia estará siempre vinculada a las intervenciones sanitarias en el sentido de invasión del cuerpo, aunque se tenga claro o se acepte el significado terapéutico de las acciones de salud.

4.4 La experiencia de la pérdida de la intimidad y la inadecuación de la bata de hospital al cuerpo

En general el uso de la “bata de hospital” crea en las personas enfermas internadas un sentimiento de expropiación del cuerpo; le coloca en situación de indefensión; determina los movimientos que puede realizar y los límites espaciales; controla la expresividad y somete al cuerpo a un estar pendiente de cubrirlo, de protegerlo de las miradas de otros; pone al cuerpo al acecho.

El modelo abierto hacia atrás, uniforme en talla para varones y mujeres, produce experiencias desagradables respecto de la apariencia femenina de la bata en los varones y, en general, desconfianza respecto del estado de limpieza, miedo a las miradas debido a la dificultad de cubrir el cuerpo en su totalidad, burla, dificultad para realizar desplazamientos en las salas, entre otras incomodidades. La motricidad es una herramienta fundamental del cuerpo para interactuar en el mundo, de modo que el uso de la bata de hospital que restringe la movilidad del enfermo encierra al cuerpo dentro de unos estrechos límites espaciales y reduce la posibilidad de interrelacionarse y actuar. La relación cuerpo-mundo se produce cuando *“...el cuerpo se encuentra en una sintonía inmediata con su entorno. Ello indica no una explicación en términos neurobiológicos sino una interpretación del actuar práctico vital.”* (Rodríguez, 2009: 291).

Las personas nos relacionamos dentro de espacios o zonas con distancias diversas que se diferencian de acuerdo con el tipo de interlocutores, la ocasión, el objetivo de la interrelación, etc. Según Pease (2012), la *zona íntima* es un espacio para relaciones interpersonales cercanas, con familiares y amigos de confianza. Su distancia fluctúa entre 15 y 45 cm. Es una zona esencialmente reservada, llamada también burbuja personal, considerada de pertenencia del sujeto. Otra es la llamada *zona personal*, propiamente dicha, usada en reuniones, fiestas, trabajo; fluctúa entre 46 cm y 1,22 m. Un tercer espacio o *zona social*, permite interacciones con personas extrañas o desconocidas, a una distancia entre 1.22 y 3.6 m. La última es la denominada *zona pública* para relaciones con grupos de personas, a más de 3,6 m.

El cambio de ropa de una persona enferma con internamiento hospitalario se produce a través de interrelaciones en el espacio íntimo. Cuando requiere ayuda, el cuidador invade la *burbuja personal* o espacio propio, debido a que las acciones de cuidado se realizan desde un cuerpo a otro cuerpo en relación de proximidad o cercanía. Esta interrelación puede incomodar al sujeto, especialmente cuando no antecede información, explicación y consentimiento; siendo cercana físicamente se torna impersonal, sorpresiva y emocionalmente distante.

4.5. La vivencia de la desnudez del cuerpo enfermo: un *vestido que desviste*

Experimentar una enfermedad es un anuncio de la finitud y vulnerabilidad del ser humano a su paso por el mundo; por lo general, es un acontecer que priva a una persona del bienestar, de las libertades para estar en el mundo y disfrutar de las relaciones con otras personas y las cosas; se despoja del mundo al que estuvo incorporado a lo largo de su devenir histórico. Esa desnudez simbólica, esencialmente subjetiva, se complementa con la desnudez material del cuerpo cuando viste la bata de hospital. La desnudez ilustra la indefensión, la entrega no deseada del cuerpo al saber y al poder de los operadores de salud.

Vestir la bata de hospital como condición primera del internamiento es el inicio de las vivencias corporales que la persona enferma afrontará en su estancia hospitalaria desde su admisión hasta su alta. La sensación de frío, la irritabilidad, el enojo, el dolor no solo físico, signos como taquicardia, diaforesis, palidez facial, gesticulaciones, evasión de la mirada y otros acompañan las expresiones relativas a la desnudez del cuerpo: “... *esta bata, a más de vieja, permite que vean todo mi cuerpo porque es abierta...*”; “... *siento mucha angustia por estar desnudo...*”. Varios discursos, tanto de mujeres como de varones, están cruzados por temores que atañen a su sexualidad. En general, las prohibiciones, sanciones y “peligros de la sexualidad” que atemorizan y predisponen en contra de la sexualidad son incorporados a los individuos en forma temprana a través de los procesos de socialización.

El cuerpo presenta espacios diversos de inscripción de la sexualidad construidos cultural y socialmente. Hay áreas corporales que han de mantenerse cubiertas por su significación asociada al pudor y este sentimiento moviliza al sujeto para proteger su intimidad.

Cada grupo social crea tabúes para ciertas zonas corporales mientras resalta y legitima otras. Las partes erógenas del cuerpo cambian en su catálogo y en las cualidades atribuidas de cultura a cultura, con lo cual se les confiere un trato distinto, a menudo visible a través del diseño de la ropa y de los accesorios para el arreglo personal de varones y mujeres; niños, adultos y ancianos. (Rico, 1998: 22).

En la observación efectuada se advierte que mujeres y varones intentan, por igual, mantener cubierto su cuerpo, experimentando dificultades o limitaciones para lograrlo debido a la asignación de batas que no se ajustan a la talla, peso y sexo de la persona admitida. Las mujeres insisten en cubrir senos, genitales, glúteos, muslos y espalda. Los varones, por su parte: genitales, pecho, espalda, glúteos y abdomen. Con excepción del abdomen, nombrado por los varones, ellos y las mujeres se esfuerzan por cubrir las mismas zonas corporales. Es su intimidad la que está desprotegida, la que ha sido descubierta a través de un vestido que desviste, en un acto que siendo privado se convierte en público.

Muchas personas expresan sentirse agredidas sexualmente. En general, son frecuentes las expresiones verbales relacionadas con el miedo a exponer públicamente el cuerpo, pues el tipo de bata asignada somete a mujeres y a varones, por igual, a una experiencia de desprotección de las zonas genitales. Varones y mujeres expresan reparo o rechazo al cambio de la ropa personal con la bata de hospital.

Son frecuentes las expresiones de los varones con las que defienden su identidad masculina: *“Nunca me he puesto este vestido, no me gusta, parece de mujer”*. *“Es muy pequeña, es un vestido de mujer, quiero un pantalón”*. *“No me siento bien con un vestido, estoy extraño”*. *“No me gustan los vestidos”*.

Otras expresiones denotan inseguridad frente a una prenda de vestir inapropiada no solo para su sexo, sino también por su talla y limitación de los movimientos: *“No me da confianza con esta bata, es muy pequeña”*. *“Estoy incómodo, es muy pequeña, no cubre todo el cuerpo”*. *“Tengo miedo de que me vean...”* *“No me siento bien, tengo dificultad de caminar”*. Estas son expresiones que se derivan del estado de vergüenza que experimenta el cuerpo ante la posibilidad de mostrar su desnudez, sin quererlo, en un espacio íntimo que no es el suyo. La vergüenza, como explica Yepes (1996), es una vivencia que mina la autoestima y la dignidad personal, aparece cuando algo feo, censurable o inaceptable por los demás está presente en la persona.

Igual que las mujeres los varones se refieren a la experiencia de incomodidad y desagrado por la desnudez del cuerpo a la que les sujeta la bata de hospital, por ello insisten en mantenerse con su ropa personal, sin lograrlo: *“No me gustan los hospitales, no me gustan las batas porque me siento desnuda”*. *“No cubre el cuerpo suficientemente”*. *“No me gusta que observen mi cuerpo”*. *“La bata está abierta y se expone el cuerpo”*.

“Cuando uno se siente desposeído sin su permiso de algo íntimo que pasa a ser públicamente enseñado, siente vergüenza, rabia.” (Yepes, 1996: 73). Sentirse transparente ante los demás motiva al individuo a proteger cuanto antes su intimidad, a resguardar lo que le es propio. La intimidad está asociada a la dignidad y a la libertad, condiciones que confieren a la persona la capacidad de controlarla, pues la intimidad es parte del cuerpo, es interna y privada. La pérdida obligada de la intimidad genera un sentimiento de disminución, un estado de esclavitud.

Algunas expresiones dan cuenta del deseo de huir de una situación de afrontamiento obligado, de presión o sometimiento con que el establecimiento sanitario actúa a través del ritual del uso de la bata de hospital: *“Ojalá que esto valga la pena, que pueda salir pronto y me saquen esta cosa”*. *“Me pongo solo porque no me permiten ponerme otra cosa, no me gusta”*. *“Es una bata que se ponen todas las que ingresan al hospital”* *“... ya quisiera estar en mi casa, sin esta bata”*.

El pudor protege y mantiene latente la intimidad y es resistente a la desnudez. La desnudez del cuerpo tiene un carácter erótico dada la condición sexuada del cuerpo, y la sexualidad tiene una

connotación íntima, explica Yepes (1996). Algunas quejas: “Es demasiado incómodo y angustiante el hecho de quedarse desnuda; sería bueno que las batas tuvieran botones y estén abiertas adelante”. “Sería bueno que nos permitieran quedarnos con la ropa interior”.

Los términos “me hace sentir desnudo/a” se repiten indistintamente entre varones y mujeres. El reparo, molestia o rechazo que produce el uso de la bata de hospital en el internamiento son comunicados a través del lenguaje verbal y motor del cuerpo, y son a la vez expresiones de ansiedad, generalmente pasadas por alto por la institución hospitalaria.

4.6 El cuerpo es un cuerpo que habla: Manifestaciones motoras

El cuerpo es un cuerpo que habla, y lo es el cuerpo enfermo. La riqueza del lenguaje corporal, especialmente el del movimiento, expresa lo que no puede el sistema de fonación. El cuerpo enfermo da la palabra a los movimientos de la cara (gestos), de las manos y brazos (ademanos), a la postura corporal (inmovilidad o fijeza), a la actitud (airada, suplicante, burlesca...) para indicar sus necesidades, sentimientos y emociones, así como su desacuerdo, extrañeza o aceptación pasiva respecto de las rutinas y normativa aplicada durante el internamiento.

...el cuerpo, a través de los movimientos y sensaciones de sí mismo, o en el verse reflejado en el otro a través de gestos, etc., además de ser el centro de orientación espacial, se devela como el medio por el cual la conciencia está imbuida en el mundo social, cultural... De este modo, el sentido de los movimientos corporales se encuentra dado por el mismo organismo en su constante y cotidiano actuar dentro de un entorno. (Rodríguez, 2009: 291- 292).

La observación del proceso de admisión hospitalaria posibilitó advertir algunas manifestaciones motoras que indican que el enfermo pone reparos o rechaza el cambio de su ropa personal con la bata de hospital en el momento de la admisión.

Cuadro N° 2
Manifestaciones motoras de 40 personas internadas en el momento de vestir la “bata de hospital”.

Manifestaciones motoras	f
Movimientos con los que intenta cubrir totalmente el cuerpo con la bata de hospital.	34
Movimientos de búsqueda de reserva e intimidad para vestir la bata de hospital.	30
Cierra permanente o frecuentemente la abertura de la “bata de hospital” para no mostrar su cuerpo.	28
Actitud facial y corporal de recelo y pendiente de las miradas de las personas presentes.	27
Toma la bata de hospital y se cambia sin reparos (recibe ayuda si la necesita).	15
Movimientos ágiles para cambiarse sin demora (cuando lo permite su estado).	12
Movimientos lentos. Se demora para vestirse con la “bata de hospital” (sin que necesitare ayuda).	12
Da vueltas a la bata de hospital, una y otra vez	11
Frunce el ceño, la nariz o la boca. (Hace muecas).	10
Mueve brazos y manos sin saber qué hacer con la bata de hospital.	8

Otros gestos faciales, movimientos de otras partes del cuerpo o expresiones verbales fueron observados durante el proceso de cambio de ropa personal para vestir la bata de hospital en el momento de la admisión: muecas de desagrado con los labios; retiro evasivo de la mirada; tomar la bata y sacudirla con irritación o desprecio; risa o sonrisa irónicas al ver la bata al tiempo de preguntar si hay pantalón; mirar a todo lado; hablar muy rápido; reiteración de la pregunta: ¿esta bata me pongo?; mirar varias veces la bata, revisarla una y otra vez; mirar a los familiares presentes (como en busca de apoyo); volver a doblar la bata; cruzar manos y piernas, traduciendo negativa o resistencia a vestir la bata de hospital; dejar la bata a un lado y afirmar: "... prefiero ponerme mi ropa de cama".

Estas expresiones corporales comunican, en general, rechazo a dejar su ropa personal y sustituirla por la bata de hospital, además de impotencia para oponerse a una orden; también indecisión, timidez, angustia, irritabilidad o vergüenza y, en muchos casos, conformismo.

A través de la expresión facial percibimos el estado emocional de una persona. Los movimientos de la cara hablan sobre los estados de placer o displacer. El lenguaje gestual permite identificar estados de alegría, incertidumbre, miedo, tristeza, inseguridad, enojo, desprecio, sorpresa, rechazo, afecto, etc. Y el lenguaje visual es esencialmente elocuente en la comunicación no verbal. Davis (2010) describe que una persona que se encuentra incómoda, disgustada o confundida evita mirar a su interlocutor o desvía la mirada hacia otro objeto.

De la misma manera, la postura no muestra solamente rasgos del carácter de una persona, expresa también una actitud (Pease, 2012), es decir, una disposición para actuar de una determinada manera, un estado de ánimo que traduce las vivencias afectivas y emocionales que una persona está afrontando.

4.7. Testimonios de enfermeras

El estudio también tomó en cuenta los testimonios de enfermeras, con experiencia en internamiento hospitalario, acerca de quienes aceptan la admisión con mayor facilidad, sin molestias manifiestas. Se averiguó, asimismo, sobre las principales molestias advertidas en las personas admitidas ante la obligatoriedad de usar la bata de hospital. Las apreciaciones se listan en los cuadros 3 y 4.

Quienes rechazan o aceptan sin molestia manifiesta vestir la bata de hospital:

Los cuerpos con alto grado de dependencia son sometidos con mayor facilidad a las rutinas hospitalarias convertidos con aceptación o no en sujetos de observación, control, sujeción e intervención; asimismo, los que están menos familiarizados con el medio hospitalario urbano porque proceden de las zonas rurales o de menor desarrollo social; los cuerpos cuyas diferencias los alejan de los patrones de la normalidad, de la heteronormatividad, de la distinción de la clase, de los altos niveles de instrucción y formación, y de otros modelos corporales aceptados socialmente.

Apreciamos que vestir una bata de hospital no es un procedimiento simple o intrascendente, está cruzado por determinantes de índole social y cultural: hábitos, costumbres, creencias, temores, valores, entre otros. La vergüenza y el pudor, estados protectores de la intimidad, influyen en las reacciones de rechazo a la bata de hospital.

Las mujeres, personas solteras, adultas mayores, procedentes de zonas urbanas, con mejores niveles de instrucción y recursos económicos, reaccionan rechazando y ofreciendo mayores dificultades para vestir la bata de hospital. En cuanto al estado de la enfermedad que afrontan se resisten más a usarla quienes están menos graves.

En el cuadro que sigue se muestran las frecuencias que comparan la aceptación de la bata de hospital en los diferentes estados sociales y de salud de los enfermos admitidos.

Cuadro 3

Apreciación de 40 enfermeras sobre las personas enfermas que aceptan sin molestia manifiesta vestir la "bata de hospital

Características sociales y estado de la enfermedad	F
Más los hombres que las mujeres	29
Más las personas casadas, divorciadas o con unión de hecho que las solteras	27
Más las personas jóvenes que las adultas mayores	20
Más las personas muy graves que otras de menor gravedad	19
Más las personas del área rural que las de la urbana	15
Más las personas con bajos o ningún ingreso que las que sí los tienen	11
Más las personas con poca instrucción	11

Testimonios de enfermeras sobre las molestias que causa la bata de hospital en los enfermos:

Las relaciones interpersonales que se producen entre cuidadoras u operadores de salud y personas enfermas en los espacios hospitalarios son de carácter existencial, en cuanto son integrales, afectan al ser global, a la vida como realidad, historia y parte de una cultura concreta. Ignorar que el cuerpo en su estado de salud-enfermedad es una construcción sociocultural es desconocer sus necesidades, expectativas y vulnerabilidades.

Los testimonios ofrecidos por enfermeras con experiencia en admisión, acerca de las preocupaciones o molestias que enfrentan los enfermos al tener que vestir la bata de hospital, percibidas a lo largo de su ejercicio profesional, confirman las encontradas a través de la observación participante. Las de mayor relevancia tienen relación con la irrupción en la intimidad y privacidad del cuerpo, el sentido del pudor y la vergüenza de exponerlo de modo público.

Cuadro 4

Razones que encuentran 40 enfermeras en su práctica profesional sobre las molestias de los enfermos/as al usar la bata de hospital

Percepciones	f
Riesgo de mostrar fácil o innecesariamente su cuerpo	30
Sentir que no tienen privacidad	29
Incomodidad al sentarse o caminar	21
Faltar al sentido de pudor del cuerpo	20
Limitación para movilizarse libremente	17
Sentir que es una prenda insegura	12
Que el cuerpo sirva para ser examinado/a por otros	12
Ser el centro de las miradas	12
Sentirse con falta de estética	11
Sentirse uniformado/a	9
Ser objeto de burla	8
Que pueda ser acosado/a sexualmente	3

La salud-enfermedad como un proceso global está relacionada con escenarios donde el cuerpo es central como experiencia de la cultura y la interrelación del conocimiento con el ejercicio del poder. *Las relaciones entre saber, poder, resistencia, y la misma acción de los cuerpos son escenarios de vulnerabilidad social en salud.* (Ortega-Bolaños y Bula-Escobar, 2012: 1037).

5. Conclusiones

El trabajo expuesto es un acercamiento a la relación cuerpo-vestido-contexto (Mizrahi, 2009), en la que los cuerpos enfermos expresan su extrañeza por la desnudez que les impone un vestido que no es su “hábitat” cultural, en un contexto institucional que uniforma y, sobre todo, impone.

La observación participante y los testimonios, en cuanto metodología utilizada, ponen en primer plano al cuerpo físico con su experiencia de dolor, junto a las dolencias subjetivas en conflicto con sus costumbres, expectativas, necesidades, decisiones propias contravenidas, respecto no solo del cuerpo enfermo sino del cuerpo enfermo vestido y su relación con el entorno.

Es evidente el imperio de la voluntad ajena sobre un estado de dependencia del cuerpo enfermo que lo convierte en un cuerpo *extraño a sí mismo*. El lenguaje del cuerpo enfermo comunica su

estado más allá de las palabras: a través de la postura, los movimientos, los gestos, la mirada, la debilidad o fortaleza frente al dolor, las marcas dejadas por el tiempo y el espacio en cada una de sus estructuras.

No es un cuerpo máquina el que ingresa a un establecimiento de salud en busca de ayuda para sus dolencias. De ahí que el lenguaje del cuerpo que articula cognición, percepción y emoción protesta y resiste frente a la violencia de la normatividad de la que está impregnada la bata de hospital según las condiciones descritas en este trabajo.

El cuerpo enfermo cuestiona su condición de cuerpo vestido con una bata de hospital, incompatible con la talla, peso, morfología, estética, comodidad, pudor y seguridad como mujeres o varones; y desde ese lugar cuestiona al entorno que se vuelve hostil.

Los varones igual que las mujeres cuidan la intimidad alterada de su cuerpo. El lenguaje del cuerpo que emerge de la desnudez ocasionada por el uso de una bata de hospital expresa la vergüenza de su intimidad expuesta.

La exploración e intervención sobre el cuerpo por las personas operadoras de salud se logra con facilidad si una persona internada viste la bata de hospital, cuyo modelo permite el acceso al cuerpo con ahorro de tiempo, movimiento y esfuerzo. En este caso, el poder de la normatividad institucional coloca al cuerpo enfermo en una situación de sujeción y sumisión.

En este contexto, la corporalidad de la persona enferma está oculta o está negada, en tanto articulación de identidad e historia; parecería dejar de “ser y estar en el mundo” desde la experiencia de vestir una bata de hospital que limita el movimiento y las interrelaciones recíprocas en un espacio, tiempo y códigos incomprensibles por extraños.

Vestir la bata de hospital es la representación de la desnudez material y simbólica que configura el discurso de la condición de cuerpo enfermo, de internamiento, de dependencia y sometimiento al examen, al diagnóstico y a la intervención. La desnudez ilustra la indefensión, la entrega no deseada del cuerpo al saber y al poder de los operadores de salud.

Bibliografía

- Acuña, I. (2005). Repercusiones actuales de la exclusión política de las mujeres en la teoría del contrato social de los siglos XVII y XVIII. *Revista Intersticios. Filosofía/Arte/Religión*, Año 10, Nº 21.
- Cabanellas, G. (2006). *Diccionario Jurídico en Línea*. Internamiento. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1IKPCu8mBMAXi-HTgGh0hyk7ExWgXQI7/view> Canales C., Manuel (2006). Metodología de investigación social. Primera edición, Santiago: Lom Ediciones.
- Davis, F. (2010). *La comunicación no verbal*. Recuperado de: <https://comunicacionenlaunsj.files.wordpress.com/2011/09/la-comunicacion3b3n-noverbal.pdf>
- De Castro, A., García, G., Rodríguez, I. (2006). La dimensión corporal desde el enfoque fenomenológico existencial. *Psicología desde el Caribe, Revista del Programa de Psicología Universidad del Norte*, Nº 17, pp. 122-148.
- Duch, L. y Mèlich, J. (2012). *Escenarios de la corporeidad. Antropología de la vida cotidiana*. Traducción de Enrique Anrubia Aparici. Madrid: Editorial Trotta, S.A.
- Entwistle, J. (2002). *El cuerpo y la moda. Una visión sociológica*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.
- Escudero, J. (2007). "El cuerpo y sus representaciones". *Enrahonar* 38/39, pp: 141-157. Recuperado de: <http://revistes.uab.cat/enrahonar>
- Eskola, Gladys (2017). *Autorrepresentaciones y Dialéctica del Poder en la Práctica del Cuidado: Voces de Mujeres*. Universidad de Cuenca.
- Espinal, E. (2014). Sobre La Percepción Aproximación desde Maurice Merleau - Ponty y Arnold Gehlen. *Fides et Ratio - Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 7 (7), pp. 93-109.
- Estrada, D. (2012). Hacia una fenomenología de la enfermedad. *IATREIA* Vol 25(3), 277-286.
- Fernández, C. (2013). *De vestidos y cuerpos*. Medellín: UPB.
- Grupo de Trabajo de la GPC para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Agencia Laín Entralgo.
- López, M. (2004). El cuerpo vivido como nudo de identidad y diferencias. Una alternativa al cuerpo objetivado". *Antropología y ética ante los retos de la biotecnología. THÉMATA, Revista de Filosofía*, pp. 141-148.
- López, M. (2010). Hermenéutica del cuerpo doliente-dolido desde la fenomenología del sentir. *Investigaciones Fenomenológicas*, vol. monográfico 2: *Cuerpo y alteridad* UNED, pp. 89-122.
- Martínez B., Ana (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Universidad de A Coruña. *Papers. Revista de Sociología* 73, pp. 127-152.
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3): 613-619.
- Mizrahi, A. (2009). El cuerpo vestido: un site specific". Simposio III-A: Cultura, Cuerpo, Género: Arte, Moda, Estética. *I Congreso Internacional de Cultura y Género: La Cultura en el Cuerpo*, Universidad Miguel Hernández de Elche. Alicante, España.
- Moreno-Altamirano, Laura (2010). Enfermedad, cuerpo y corporeidad: una mirada antropológica. *Gac Méd Méx* Vol. 146 No. 2, pp-150-156.

- OMS (2006). *Definición de sexualidad*. Recuperado de: http://sexosaludyenfermeria.blogspot.com/p/definiciones-de-la-oms_22.html
- Ortega, J. y Bula J. (2012). El cuerpo como escenario de vulnerabilidad social en salud. *Rev. salud pública*. Volumen 14 (6), Octubre: 1037-1046.
- Orueta, R., Santos C., González E., et al. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(2):150-161.
- Pease, A. (2012). *Comunicación no verbal. El Lenguaje del Cuerpo*. Recuperado de: <https://utncomunicacionprofesional.files.wordpress.com/2012/04/allanpeaseellenguajedelcuerpo.pdf>
- Pérez-Henao, Horacio (2011). REALITY SHOW CAMBIO EXTREMO: El cuerpo como mercancía en la sociedad globalizada. *Cuadernos de Información*, nº 29 (julio -diciembre) / Universidad de Medellín, Colombia, pp. 51-58.
- Pfeiffer, M. (1998). El cuerpo ajeno. En: Rovaletti Lucrecia (Edit.). *Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Rico, A. (1998). *Las fronteras del cuerpo. Crítica de la corporeidad*. Quito-Ecuador Ediciones Abya-Yala.
- Rodríguez, H. (2009). La conciencia corporal: una visión fenomenológica-cognitiva." *Acta fenomenológica latinoamericana. Volumen III* (Actas del IV Coloquio Latinoamericano de Fenomenología), pp. 289-308.
- Sandín, M.P. (2000). Criterios de validez en la investigación cualitativa. De la objetividad a la solidaridad. *Revista de Investigación Educativa*, Vol. 18, nº1, págs. 223-242.
- Sunyé T. (2018). El cuerpo vestido en la sociedad occidental. *Temas de Psicoanálisis*, Núm 16, julio, pp. 1-25.
- Sánchez, A. (2009). Cuerpo y sexualidad, un derecho: avatares para su construcción en la diversidad sexual. *Sociológica*, año 24, número 69, enero-abril, pp. 101-122.
- Soria, C. (1989). La información de lo público, lo privado y lo íntimo. *Cuenta y razón*, nº 44-45, (Ejemplar dedicado a: Derecho a la información y a la intimidad), págs. 25-30. Recuperado de: http://www.cuentayrazon.org/revista/pdf/044/Num044_004.pdf
- Vidal, F. y Donoso, C. Eds. (2002). *Cuerpo y Sexualidad*. Universidad Arcis; FLACSO; Vivo Positivo. Chile: LOM Ediciones.
- Yepes, R. (1996) La Persona y su Intimidad. *Cuadernos de Anuario Filosófico*. Recuperado de: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/6360/1/48.pdf>