Biblioteca y Centro de Documentación
Alcira Silvia Wolfart
Inventario T. 1873

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

TESIS

"Percepción del trabajo en los enfermeros del Hospital Psiquiátrico 'Dr. Raúl Camino', de Federal"

Período Mayo 2007 – Diciembre 2009

Autora: Licenciada en Enfermería Silvia SOLER

Directora: Mag. Carina Muñoz

Paraná, Entre Ríos
Marzo de 2010

Resumen

Esta tesis indaga sobre el modo en que las enfermeras y enfermeros de una institución particular, en este caso, el Hospital Psiquiátrico Colonia "Dr. Raúl Antonio Camino" de Federal, Entre Ríos, perciben su trabajo. El interrogante que nos ha guiado es ¿cuáles son las significaciones que estas personas, estos profesionales construyen en su trabajo y acerca de su trabajo en un Hospital Psiquiátrico? La hipótesis de trabajo ha sido la siguiente: *la percepción de las enfermeras y enfermeros sobre el trabajo en esta institución es predominantemente negativa, sin embargo, en espacios de cierta intimidad, en los relatos individuales, aparecen aspectos positivos, otros significados que no suelen recuperarse en los relatos "públicos" que circulan en la vida institucional.*

Se trata de un estudio de tipo cualitativo interpretativo, basado en entrevistas en profundidad a miembros del equipo de enfermería de esta institución, varones y mujeres. Los antecedentes y perspectivas teóricas de este trabajo articulan producciones de campo de la psicopatología del trabajo, la psicología institucional, el enfoque de grupo en las instituciones, así como de los debates que -en el campo de la salud mental y desde luego en la enfermería- se han desplegado en torno a los distintos modelos teóricos y perspectivas terapéuticas.

Las conclusiones a las que hemos arribado pueden sintetizarse del siguiente modo: la percepción del trabajo articula distintos aspectos, los referidos a los motivos de ingreso, los referidos al paciente, los referidos a los compañeros de trabajo y los referidos a la institución. Estos dos últimos concentran la mayor parte de las consideraciones negativas, mientras que en relación con el paciente, aparecen aspectos positivos. El trabajo institucional aparece como productor de angustias que no se pueden expresar o canalizar debidamente, lo que en muchas entrevistas se expone como una queja que se deposita en el "otro".

Agradecimientos

En estas líneas expreso mi más sincero agradecimiento a la Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos, a su Director Psic. Prof. Juan Carlos Roquel y a su distinguido equipo académico por haberme dado la posibilidad de cursar esta carrera de posgrado y de elaborar el trabajo de tesis. A los enfermeros del Hospital Colonia "Dr. Raúl Antonio Camino" de Federal, Entre Ríos, que colaboraron en las entrevistas, sin cuyo apreciable aporte y generosidad esta tesis no hubiera sido posible. A la Mg. Carina Muñoz, por haberme dirigido, dedicando su valioso tiempo y sus elevados conocimientos para llegar a esta instancia. A mi familia, a mis hijas, por acompañarme y entenderme durante todo este proceso.

A todos muchas gracias.

INDICE

Resumen	1
Agradecimientos	2
Introducción	5
Capítulo I. Las instituciones	9
El sufrimiento psíquico en las instituciones	12
¿Qué es un grupo en una institución?	21
Las relaciones de poder y el funcionamiento Institucional	26
Capítulo II. Historia y mitos fundacionales de la institución	27
La salud mental en argentina	27
Historia local de la salud mental	34
Realidad fundacional del Hospital Colonia	35
Mitos y realidades de la comunidad Terapéutica de Federal, desde su creación hasta hoy	39
Capítulo III. Enfermería, Trabajo y Salud	42
La salud de los trabajadores de salud	45
Los problemas de salud mental en el ambiente laboral	46
Capítulo IV. La enfermera en salud mental	50
¿Qué es la Enfermería?	50
El concepto de *cuidado* de Enfermería	51
La enfermería en argentina	51
La enfermería como trabajo institucionalizado	53
Modelos o teorías de la enfermería en salud mental	54
Bases filosóficas de la enfermería en salud mental	57
Relación terapéutica enfermera/o – paciente	62
La enfermera que trabaja en salud mental y su propia salud mental	64

El silencio: ¿síntoma subjetivo o intersubjetivo? 65
El lugar de la palabra. Una experiencia 67
Capítulo V. Aspectos Metodológicos 71
La noción de percepción 71
El método y las técnicas 72
Capítulo VI. Análisis de las entrevistas 76
Conclusiones 106
Recomendaciones 111
Epílogo 112
Bibliografía 113

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de tesis se propone indagar el modo en que las enfermeras y enfermeros de una institución particular, en este caso, el Hospital Psiquiátrico Colonia "Dr. Raúl Antonio Camino" de Federal (Entre Ríos), perciben su trabajo. El interrogante principal es ¿cuáles son las significaciones que estas personas, estos profesionales construyen en su trabajo y acerca de su trabajo en un Hospital Psiquiátrico?

Esta inquietud se enlaza con una sospecha que ha constituido nuestra hipótesis de trabajo: la percepción de las enfermeras y enfermeros sobre el trabajo en esta institución es predominantemente negativa, sin embargo, en espacios de cierta intimidad, en los relatos individuales, aparecen aspectos positivos, otros significados que no suelen recuperarse en los relatos "públicos" que circulan en la propia institución. Estos significados positivos, pueden ofrecer lugar para producir espacios novedosos donde se recreen los vínculos y la satisfacción en el trabajo. Nuestro objetivo fue entonces conocer el modo en que se percibe el trabajo de enfermería en este punto particular. En el capítulo referido a los supuestos teórico-metodológicos, ofrecemos una aclaración del uso que daremos al término percepción en este trabajo.

El Hospital Psiquiátrico Colonia "Dr. Raúl Antonio Camino", es un hospital monovalente, de nivel IV de complejidad, que alberga ciento veinte pacientes psiquiátricos en su mayoría crónicos, de ambos sexos y diferentes grupos etarios. Es un hospital con sistema de atención de puertas abiertas, forma parte de uno de los cuatro nosocomios de esta especialidad de la provincia, cuya fundación se basó en el modelo de comunidad terapéutica, sistema de atención innovador para la época.

Geográficamente el nosocomio está ubicado en zona rural, a 5 kilómetros de la ciudad de Federal, por ruta de ripio N° 22. Su estructura edilicia data del año 1945, construida originariamente por orden del Presidente Perón para el funcionamiento del Cuartel N° 12 del Regimiento de Caballería, el que funcionó hasta

el año 1967 dando lugar desde 1968 al Hospital Colonia. Inicialmente el Hospital se llamó Colonia "Ciudad Federal", luego en el año 2005 se cambió la denominación a Hospital Colonia "Dr. Raúl Antonio Camino", en reconocimiento al médico fundador.

Su planta física está enmarcada en un predio de 20 hectáreas y su construcción es de estilo pabellonado. Cuenta con cuatro pabellones principales que conforman los servicios de internación, dos para pacientes psiquiátricos varones y dos para pacientes psiquiátricos mujeres, cuyas dimensiones alcanzan los mil metros cuadrados, cada uno, albergando cada servicio entre 40 y 50 pacientes, según existencia.

Los cuatro servicios de internación se intercomunican por un patio -- playón de grandes dimensiones. Existen edificios individuales integrados por los diferentes servicios que integran la estructura hospitalaria: Administración, Panadería, Comunidad Terapéutica Laboral, Talleres, Mantenimiento, Consultorios Externos, etc. Actualmente, cuenta con servicios de luz eléctrica, agua potable, cloacas, teléfonos, radiollamada.

Cada servicio está dotado de un salón dormitorio de uso común para los internos, baños, duchas, oficinas, habitación para la atención clínica de los pacientes que necesitan cuidado especial, sala individual adaptada para alojar internos psiquiátricos con antecedentes penales con orden judicial de aislamiento.

El aspecto físico de los servicios es regular, con pinturas en mal estado, techos con goteras, sanitarios de pacientes sin medidas de protección y seguridad. Enfermería no cuenta con espacio físico para cambiarse, para hacer el refrigerio. Las condiciones de trabajo y de seguridad laboral son precarias, con escaso mantenimiento, falta de calefacción y refrigeración, de sanitarios adecuados, de higiene y comodidad.

La estructura orgánica del hospital, reconocida por Decreto N° 6396 de la Secretaría de Salud Pública de la Provincia es la siguiente: Director, División Médica, División Enfermería (Jefe de División, Supervisores, Jefes y Subjefes de servicios, Enfermeros de planta), División de Trabajo Social, División Estadística (oficina central, admisión, egreso y consultorio externo, archivo), Administrador (División Personal, División Contable: Arancelamiento, Compras, Suministro y

Patrimonio, División Mantenimiento y Servicios Generales: Vigilancia, Obra Civil, Limpieza, Lavadero y Costurero, comunicaciones, Transporte).

La organización de enfermería prevé 20 enfermeros para cada unidad, un Jefe de División Enfermería y 7 Supervisores. En base a esto en el turno mañana se debería contar con 5 enfermeros, en el turno tarde 4 enfermeros y en turno noche 3 enfermeros (existen dos grupos para cada turno noche, con 3 enfermeros cada uno, se trabajan turnos de 12 horas por 24 de descanso) y teniendo en cuenta el personal que está de franco diario. Existe un elevado ausentismo imprevisto, lo que provoca que sea común encontrar guardias con uno o dos enfermeros para atender a toda la población de pacientes, lo que significa acumulación de horas extras que no pueden devolverse por falta de personal, además de sobrecarga laboral.

Cuando un enfermero se debe recargar, debe comunicarse con su familia para que le envíen una vianda, o como ocurre en muchos casos trabajar 12 o 18 horas corridas con un mate como único alimento. Es decir que el enfermero sale de su casa sabiendo la hora de ingreso, pero desconociendo a qué hora regresa debiendo descuidar casa, familia, hijos, otras ocupaciones personales y sociales.

Para llegar a la institución se debe viajar durante 30 – 50 minutos. Se viaja en colectivo, perteneciente a una Cooperativa de los empleados, por la que se abona una suma mensual de dinero, o en vehículo particular.

El enfermero se encarga de la atención integral del paciente en sus necesidades bio – físicas, psíquicas, sociales, debiendo enfrentar y solucionar las carencias económicas en cuanto a ropa, calzado, tratamientos especiales, etc. que estos presentan. Para la higiene personal de los pacientes se utiliza un sistema antiquísimo de duchas con calderas a leña, por lo que al proceder al baño el enfermero también se moja sus prendas.

La dinámica del trabajo de enfermería se da de la siguiente manera, los pacientes se levantan, se higienizan, toman su medicación, desayunan, se realizan controles, higienes, curaciones, pase de médico, reposición, preparación y administración de medicación, almuerzo, siesta, higienes, controles, tratamientos, curaciones, medicación, merienda, cena, medicación, controles, disposición para el sueño, controles nocturnos. Entre cada una de esas actividades rutinarias se ejecutan los

que surgen de acuerdo a la demanda de cada interno que serían las actividades de atención directa al paciente, las actividades de atención indirecta que son aquellas que si bien no van dirigidas personalmente al paciente se gestionan para satisfacer alguna necesidad de atención y las interdependientes que son aquellas actividades destinadas al paciente que se realizan en conjunto con otros profesionales o personas del equipo de salud.

En cuanto a las tareas pertinentes a enfermería, muchas veces se produce una clara desvirtuación de la función, al haber tareas indirectamente relacionadas con la atención de los pacientes que por no ser ejecutadas por sus responsables, son realizadas por enfermería, tal el caso de la tarea de Mucamos, si ocurre que en el turno no hay mucamos, el enfermero se encarga de la limpieza y demás tareas del rubro.

El personal de Enfermería carece de instancias de capacitación formal, sí reciben educación incidental en servicio; no se implementan aún evaluaciones en servicio. No existen criterios de selección de personal nuevo, ni examen pre ocupacional. No se cuenta con exámenes médicos psicofísicos periódicos tal como lo estipula la Ley 8182 para el personal que trabaja en salud mental. No existen métodos de control del ausentismo, ni espacios de atención y contención para el personal. No se dispone de espacios para expresar las distintas problemáticas enfermeras.

La mayoría del personal es titular en sus cargos, con más de 10 años de antigüedad, existe actualmente un número de enfermeros que acreditan los requisitos para adherirse al Régimen Jubilatorio. El 40% de la dotación total de enfermeros ingresó hace 4 años, con modalidad de contratos, los que fueron gestionados desde el Hospital a raíz de un suceso de violencia desde un paciente a una enfermera, como consecuencia del déficit de personal respecto al número de pacientes y en directa relación al ausentismo. Debido a la carencia de enfermeros en la ciudad de Federal, se convocó personal de otros lugares, los que acreditan cursos de enfermería de escaso nivel de formación.

Respecto a los niveles de formación del personal de enfermería, la mayoría son auxiliares (muchos de los cuales ingresaron como empíricos, realizando luego la Reconversión de empíricos a auxiliares), le siguen enfermeros profesionales

(terciarios y universitarios) y en menor número, licenciados en enfermería. Los cargos de conducción actualmente están desempeñados por personal profesional.

Esta institución se conformó como parte de un programa nacional que tendía a reducir las poblaciones del Hospital Borda, en Capital Federal. Pero casi desde sus orígenes, en 1968, y a partir de la iniciativa de su entonces director médico, el Dr. Raúl Camino, se implementó el sistema de Comunidad Terapéutica como enfoque terapéutico y desde allí se construyó la tarea primaria de la institución. Este proyecto no sólo fue modelo dentro de la política nacional de salud mental, sino que tuvo gran impacto en la propia ciudad de Federal. Aquella experiencia es parte de la historia institucional, es parte del legado que las actuales generaciones de pacientes y trabajadores de salud mental han recibido y han re significado, e incluso, olvidado.

La perspectiva teórica general con la que hemos realizado este trabajo es por una parte, el enfoque de las instituciones y el trabajo, especialmente los aportes de René Kaës, Eugene Enríquez y José Bleger, y en relación con la perspectiva de salud mental y trabajo, algunos aportes de enfermeras como la española Joanna Fornes Vives, en la línea de la psicopatología del trabajo. Por otra parte, hemos abordado problemáticas específicas referidas a la institución hospital psiquiátrico y el cuidado enfermero en salud mental y psiquiatría, como el pionero trabajo de Erving Goffmann y los actuales desarrollos de Emiliano Galende, Marcelo Percia; en el campo de la enfermería, en relación con la problematización del rol de enfermería en los distintos dispositivos de salud mental, los trabajos de Silvina Malvárez y algunos aportes de Carina Muñoz. Finalmente, y a fin de inscribir esta reflexión en el marco de debates históricos, se ha recurrido a los aportes de Enrique Carpintero, Ricardo Grimson y el propio Raúl Camino.

En suma, los antecedentes de este estudio están dados por la psicopatología del trabajo, por la psicología institucional, el enfoque de grupo en las instituciones, así como de los debates que -en el campo de la salud mental y desde luego en la enfermería- se han desplegado en torno a los distintos modelos teóricos y perspectivas terapéuticas. De estos campos tomamos distintas nociones teóricas con las que sostendremos nuestro análisis.

Podemos decir que hay dos grandes apartados, uno referido al trabajo institucionalizado y otro referido a la problemática del cuidado enfermero en las instituciones de salud mental. Entre ellos, un tercer eje es el que refiere y reflexiona sobre los mitos fundacionales de esta institución, a la luz de la historia social, política de nuestro país. Estos procesos influyeron en el desarrollo de las políticas de salud en general y de salud mental en particular y en el modo en que afectaron la vida de los hospitales psiquiátricos del país. Así también sobre las fragilidades subjetivas de los profesionales que trabajaban en pro de la reforma legal y del modelo de atención psiquiátrica aspirando a la transformación del modelo médico hegemónico en el campo de la salud mental. Podemos decirlo de otro modo: proponemos un recorrido que va del problema de las instituciones a ésta institución; del problema del trabajo a éste trabajo. Y todo ello para ver luego, el modo en que estas enfermeras y enfermeros *perciben*, describen, narran su trabajo en el sentido de darle un significado...

En el capítulo I, retomando los conceptos de la psicología social, especialmente a Bleger, Kaës y Enríquez, abordamos el problema de las instituciones y el sufrimiento psíquico en las instituciones. Trabajamos con la noción de grupo en una institución y las relaciones de poder y el funcionamiento institucional. En el capítulo II, recuperamos parte de la historia institucional y reconstruimos lo que puede ser el "mito fundacional" de la institución, nos referimos a la "época del Dr. Camino", a la experiencia de la Comunidad Terapéutica. Esta historia particular se relaciona con el momento de la historia argentina en el campo de la salud mental. En el capítulo III, trabajamos conceptos relacionados con el cuidado Enfermero, el trabajo y la salud mental, retomando algunas de las problemáticas vinculadas a la psicopatología del trabajo como los trabajos de Fornés Vives y a experiencias de intervención en instituciones de salud mental como las de M. Ciriani y M. Percia; con el trabajo de C. Muñoz, recuperamos los problemas de la práctica y el silenciamiento. En el capítulo IV, abordamos la especificidad del cuidado enfermero en salud mental con los aportes de J. Cook, Malvárez y Muñoz, acerca de la relación terapéutica. En el capítulo V explicitamos aspectos teórico metodológicos de nuestra investigación, especialmente a Bourdieu en relación con las entrevistas y especificamos el uso del término percepción, que no tiene una concepción empirista. En el capítulo VI, mostramos el análisis de las

entrevistas y finalmente, presentamos las conclusiones y algunas recomendaciones surgidas en este trabajo.

Este trabajo es un estudio de tipo cualitativo interpretativo, basado en entrevistas en profundidad a miembros del equipo de enfermería de esta institución, varones y mujeres. Sobre una dotación total de 88 enfermeros, se realizaron doce entrevistas en profundidad. El criterio de selección de los entrevistados fue el de pertenecer a la planta permanente de esa dotación, cuidando la distribución según sexo y antigüedad y el la saturación de los tópicos propuestos para la indagación. Pero se adoptó el criterio de fijar un plan de entrevistas por turno y servicio, de modo que el entrevistado era seleccionado al azar y luego se manifestaba su voluntad o no de participar del estudio.

El principal escollo para el presente trabajo fue el ser parte de esta comunidad objeto y sujeto de indagación, como parte del plantel de enfermería desde hace 13 años, y desde hace 3 como parte del equipo de supervisión. Las objeciones de la falta de distancia y todos los riesgos que ello implica, son evidentes y fue necesario un ejercicio de vigilancia epistemológica[1] permanente sobre diversos aspectos. Si bien en el camino reformulamos el objeto e hicimos ajustes teóricos, hemos insistido con estudiar esta problemática por varias razones. Primero porque la condición de ser parte del problema alcanza a la gran mayoría de los problemas sociales de interés; y por otra parte, porque el aislamiento y olvido en que suelen caer instituciones como estas, el enorme monto de sufrimiento psíquico que suele acompañar el trabajo en ellas, hace que sea imperioso el tratar de comprender, en el sentido de Bourdieu, las causas de este sufrimiento y, sobre todo, aportar para pensar formas de superarlo. Con todos los riesgos, creemos que vale la pena intentar la autorreflexión, pensar acerca de nuestras condiciones de existencia más próximas.

Como ya señalamos, aquí describimos el modo en que las enfermeras y enfermeros de hoy perciben su trabajo en la institución, pero también hemos tratado de recuperar parte de la historia fundacional de la Colonia de Federal y la experiencia de la Comunidad Terapéutica. La expectativa que este proyecto despertó en la comunidad de Federal, en especial en quienes trabajaban allí, así como el impacto

[1] Bourdieu, P. El oficio del Sociólogo. Siglo XXI, 1975 (ed. Or: 1973)

subjetivo impuesto por la impronta de los primeros pacientes y, con ello, los mitos y realidades fundacionales legadas a toda la historia institucional. A cuarenta años, se realiza este estudio que intenta reflexionar sobre cómo este presente y ese pasado sostienen una forma de vida cotidiana y de subjetividad.

CAPITULO I

LAS INSTITUCIONES

Cualquier civilización sería inconcebible sin instituciones. Las instituciones permiten el ingreso del hombre a un universo de valores, con sus propias normas y sistemas de referencia que hacen de ley organizadora. En las instituciones se da la posibilidad de vinculación entre las personas, favoreciendo el reconocimiento del otro como un ser semejante, con lo cual desempeñan un factor de regulación social integral.

El objeto primario de las instituciones se enmarca en la capacidad de 5 permitir que los seres humanos vivan, amen, trabajen y puedan quizás adaptar el mundo a su imagen. En este sentido, Familia, Iglesia, Estado, Escuelas, Hospitales son instituciones legítimas porque esbozan las contrariedades de la alteridad, en tanto la aceptación del otro como ser pensante, independiente y por el sostenimiento de relaciones de afecto y vínculos intelectuales.

R. Kaës define la institución como "el conjunto de las formas y las estructuras sociales instituidas por la ley y la costumbre: regula nuestras relaciones y se impone a nosotros: se inscribe en la permanencia"[2]. La institución, señala R. Kaës, además de estas formaciones culturales y sociales, cumple funciones psíquicas para cada sujeto movilizando representaciones que contribuyen a su identificación con el conjunto social, introduciéndolo en la subjetividad, en las estructuras de la simbolización a través de la presentación de la ley, del lenguaje articulado, de los puntos de referencia identificatorios.

Desde un enfoque psicoanalítico de las instituciones, R. Kaës considera el clima propio de cada institución entre los que reconoce la historia y la

---

[2] Kaës, R. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Capítulo I. Realidad Psíquica y Sufrimiento en las Instituciones. Paidós. 1996. Pág.22.-

estructura, la naturaleza y las dificultades de la tarea primaria, la infraestructura inconsciente. Las instituciones tantas veces puestas en paralelo con la familia como institución causan heridas narcisistas en el sentido que los individuos toman conciencia de que la institución no está particularmente diseñada para cada uno, por otra parte se da cuenta de que existe un inconsciente que no le es propio, sino que se da lugar un inconciente que pertenece a las instituciones. Desde esta perspectiva agrupa los problemas de manera que se presentan dependencias en las identificaciones imaginarias y simbólicas, que no permiten dependencias la singularidad de cada individuo; el problema del narcisismo centrista, individualista y estructurante que hacen de base de las relaciones que sostienen la identidad y la dificultad para abandonar la ilusión monocentrista de los individuos, los que define como "masividad de los efectos, machaqueo obnubilante y repetitivo de ideas fijas, parálisis de la capacidad de pensamiento, odios incontenibles, ataque paradójico contra la innovación en los momentos de innovación, confusión inextricable de los niveles de ordenes, sincretismo y ataques agrupados contra el proceso de vinculación y de diferenciación, acting y somatización violentas"[3]. Para el autor estos emergentes enuncian la dimensión del sufrimiento psíquico de las personas en las instituciones, de la angustia que genera su función de vinculación, las que dan lugar a la realidad psíquica del sujeto singular y la realidad psíquica que surge del agrupamiento.

La función de la institución de organizador psíquico inconsciente da cuenta de ello a partir de las construcciones de vínculos, coaliciones subconscientes, cadena asociativa grupal como síntoma compartido. Estos vínculos y procesos heterogéneos atravesados por factores sociales, políticos, económicos, culturales, psíquicos, constituyen, según R. Kaës, la lógica social de la institución por ser provenientes de la lógica psíquica, estableciendo así una doble relación de conjunto de sujetos con la institución. En este sentido el autor dice que vale considerar la aparición del <síntoma psíquico>, donde las cargas psíquicas se orientan por lo general en base a pactos inconscientes que aprueban el consenso colectivo pero que de acuerdo a cómo se dan las relaciones puede aparecer lo negativo reprimido haciendo quebrar esos ensambles inconscientes.

[3] Kaes, R. Ibid. Pág. 19.

Define esto como una crisis institucional, donde cada uno cuestiona la relación con la institución, se anulan contratos, pactos, acuerdos y consensos inconscientes, paraliza nuevos intentos de relación. Con esta situación institucional viene ligado el <sufrimiento psíquico>, sufrimiento que pone en juego un trabajo psíquico a través de los mecanismos de defensa asociados a la negación, buscando como efecto la no inscripción psíquica de las experiencias dolorosas. Este sufrimiento fundado en la angustia incontrolada, es patológica, dado que según refiere el autor, paraliza, deteriora el espacio intra psíquico del sujeto y de los espacios que comparte con otros sujetos. Agrega que se sufre por el hecho institucional mismo, por lo que Bleger denomina <sociabilidad sincrética>, es decir por la no individuación, por la falta de división entre el sujeto y la institución y por ende la angustia producida por querer esclarecer estos límites.

Así, "una gran parte de las cargas psíquicas está destinada a hacer coincidir en una unidad imaginaria esos ordenes lógicos diferentes y complementarios, para hacer desaparecer la conflictividad que contienen. Las instituciones fomentan la sinergia de la coincidencia y mantienen la relación isomórfica entre individuos y su grupo, hasta que la irrupción violenta de lo reprimido o lo negativo hace volar en fragmentos los pactos inconscientes que sellan el consenso y, disociando el ensamblamiento del grupo, revela las lógicas distintas que estaban disimuladas en las formaciones comunes, tan necesarias para el sujeto singular como para el conjunto de donde procede y que él compone".[4]

En este sentido el aparato psíquico grupal debe idealmente poseer la capacidad de articular la fuerza y el sentido de las interacciones entre sus miembros, de asegurar la existencia de espacios simbólicos que tomen y que transformen aquellos elementos que inmovilizan las formaciones psíquicas.

Sobre este tipo de formaciones R. Kaës continúa explicando que "contribuyen al fundamento psíquico de los conjuntos sociales, a la vez que constituyen el fundamento de nuestra psique. Tienen que ver con el reparto del placer y los medios puestos en común mediante la realización del deseo, la renuncia pulsional exigida por el advenimiento de la comunidad y la seguridad de los sujetos, las reciprocidades de las

[4] Kaes, R. Ibid. Pág.30,31

cargas narcisistas y de las representaciones, que aseguran la continuidad del trasfondo colectivo sobre el cual se despliega la pertenencia y la identidad, por último, el acuerdo inconsciente sobre lo que debe mantenerse en la represión o fuera de toda representación para que las condiciones psíquicas y sociales del vínculo se mantengan en la forma de agrupamiento que lo constituyó. Cada una de estas formaciones asegura, solidariamente con las otras, las condiciones psíquicas de la existencia y la vida de la institución. Contribuyen a su permanencia y a su capacidad estructurante; a la realización de su cometido primario (I. Menzies, 1960), y por consiguiente a la definición de su identidad".[5]

La institución de alguna manera es productora de sufrimientos, dado que las relaciones que se dan en ella, asimétricas, exigentes, que no garantiza el cumplimiento de pactos, de contratos y de su objetivo primario, que es en cierto modo lo que moviliza a los sujetos a estar allí. En la institución también se sufre porque no se comprende el sentido del sufrimiento mismo. Se sufre por el hecho institucional, sobre esto R. Kaës dice que corresponde a lo que Bleger denomina "sociabilidad sincrética" refiriéndose a la no individuación, cuyo fundamento se basa en las partes no diferenciadas del psiquismo.

El sufrimiento institucional también aparece ante situaciones desconocidas, nuevas, el miedo surge frente a lo desconocido, propio de cada persona, manifestándose comúnmente como ansiedades paranoides. Respecto a ello Kaes refiere que no sólo la novedad produce miedo sino también lo desconocido que existe dentro de lo conocido.

Acerca de lo indiferenciado R. Kaës dice que se funda el motivo principal del sufrimiento institucional, implicando una disposición de relación y una conflictividad. Dice que el sufrimiento mismo nace al intentar separarse de lo indiferenciado y de las angustias que este intento produce y por tener que enfrentar lo desconocido, lo carente de identidad.

La continuidad del objetivo primario de la institución y de su identidad se ven amenazados en casos de crisis, dando paso al cuestionamiento

---

[5] Kaes, R. Formaciones intermediarias y espacios comunes de la realidad psiquica. Pág. 34,35

institucional, concebido cuando sus integrantes se interpelan acerca de su relación con la institución, poniendo en dudas y a veces en nulidad los contratos, los pactos, los acuerdos y consensos inconscientes existentes.

Según R. Kaës la institución fomenta, produce y administra espacios psíquicos a partir de las cargas psíquicas que impone sobre los sujetos. Esta dinámica institucional que define el autor presenta ciertas ambigüedades dado que no todos sus miembros operan de igual modo, ya que mientras algunos trabajan para la unidad, a partir de un objetivo común, otros lo hacen en pro de la diferenciación y la incorporación de elementos diferentes y algunos tratan de retornar a lo indiferenciado, a disminuir tensiones y están aquellos que hostigan la asechanza y destrucción.

El autor continúa diciendo "lo que nos preocupa y reclama nuestro trabajo en las instituciones – el sufrimiento intra psíquico ligado con el hecho institucional y la liberación de potencialidades que contribuyen a la realización del cometido primario de la institución (cuidar, enseñar, producir)- podrá entonces aparecer en su singularidad."[6]

El sufrimiento psíquico en las instituciones

R. Kaës propone en su teoría que la institución presenta ciertas exigencias a los sujetos que la frecuentan y las propuestas que ofrece a cambio. Describe que hay aspectos de la realidad psíquica que reciben cargas institucionales y cómo induce nuevos espacios. Dice que pueden existir tres tipos diferentes de sufrimiento, los que aparecen intrincados cuando se trata de una queja o de designación de la causa: la primera se relaciona con el hecho institucional mismo, la segunda a una institución en particular, a su estructura social y a su estructura inconsciente propia, y la tercera a la configuración psíquica del sujeto singular. Asimismo el autor plantea la diferencia del sufrimiento ligado a la vida misma como consecuencia de las limitaciones, exigencias, decepciones que tienen que ver con el ciclo vital, es inherente

[6] Kaes, R. Ibid. Pág. 35

a la división del sujeto mismo, a la distancia entre el objeto y el deseo, a la inquietud, a formas de vinculación del individuo con la verdad.

Según el autor "la experiencia del desgarramiento mediante el que se la experimenta en el órgano psíquico es la de la distancia que hace extraño al sujeto para una parte de él mismo y amenazado por lo que en él mismo es otro y de ella su integridad. Este sufrimiento lleva a un trabajo psíquico, especialmente mediante el desarrollo de mecanismos de defensa superiores. Cuando fallan estos mecanismos de defensa y de sublimación desembocan en la destrucción del sujeto –en su cuerpo o en su vida psíquica-, y en la destrucción del objeto y del vínculo. Este sufrimiento, fundado en un desarrollo incontrolado de la angustia, es patológico: en las instituciones, como en cualquier otra parte, paraliza y deteriora de entrada el espacio interno, propio del sujeto singular, y los espacios comunes y compartidos de los sujetos asociados en las diferentes configuraciones del vínculo."[7]

Sin embargo, reflexiona, "la expresión de un desgarramiento o de una división no encuentra necesariamente su camino en la expresión del sufrimiento. Existen perturbaciones graves que no se expresan por ningún sufrimiento accesible al sujeto. Los mecanismos de defensa contra el sufrimiento son tales que se mantienen lo más prolongadamente posible fuera del campo de su experiencia. Las instituciones disponen, precisamente, de mecanismos de defensa de esta clase que constituyen un apoyo a las defensas de los sujetos singulares para evitarles todo sufrimiento, incluido el que generaría la institución misma. Tales mecanismos están asociados a las funciones del pacto de negación y a las disposiciones contractuales de protección contra lo negativo, cuyo efecto es la no inscripción psíquica de las experiencias dolorosas. Tales modalidades tienen consecuencias opuestas: unas sostienen, en vaciado, el trabajo del pensamiento; las otras lo toman imposible, lo vacían de todo objeto."[8]

Para R. Kaës, esta "intricación de muchas fuentes de sufrimiento en la institución, esta interferencia entre los medios para defenderse de ellas, que obedecen a lógicas diferentes, si bien no simplifican nuestra práctica ni nuestro esfuerzo de teorización, nos han puesto, sin embargo, sobre la pista de una indagación acerca de lo

---

[7] Kaes, R. Sufrimiento y Psicopatología en las Instituciones. Pág. 54,55
[8] Kaes, R . Ibid. Pág. 55

que sería un sufrimiento "institucional". Cuando digo, continúa el autor, de este sufrimiento que es institucional, no pretendo situarme en un punto de vista en el que enunciaría su causa. Importa más a mi propósito dar cuenta de la emergencia y el reconocimiento de sufrimientos que se producen con motivo de la vida institucional. Algunos de ellos están ligados con el ser-conjuntamente, pero el espacio institucional es también la escena de sufrimientos propios de los sujetos en su singularidad, que quizás la institución revela o controla. En nuestra práctica tenemos que tener presente esta distinción, porque la manifestación misma del sufrimiento por los que sufren y el discurso que éstos formulan sobre su origen y su sentido, exigen a quien intenta comprender o intervenir, que antes que nada, suspenda toda búsqueda de determinación causal.

Dice el autor que mientras estemos obsesionados por la cuestión de la causa, dejaremos de reconocer cosas importantes. La institución efectúa la gestión de otros sufrimientos distintos de los que son infaltablemente suscitados por el vínculo que ella organiza. Todo sufrimiento psíquico que se manifiesta en ella no tiene siempre sentido de síntoma para el funcionamiento institucional. R. Kaës continúa "no podemos satisfacernos con un análisis que aborde sistemáticamente el sufrimiento institucional como si se tratara de una casualidad anclada en la pura historia singular, sino que puede estar anclado en la red del vínculo. La cuestión de la causa debe, pues, permanecer suficientemente en suspenso para que afluya la diversidad de sus versiones y se manifieste su sobredeterminación."[9] Y se pregunta "¿Quién es el sujeto del sufrimiento institucional? Postular la institución como sujeto del sufrimiento no puede entenderse más que como la forma de un discurso en el que operan, sobre los términos de la relación entre el elemento y el conjunto y entre la parte y el todo, desplazamientos, condensaciones, inversiones: lo que se deja percibir en las figuras retóricas del discurso y, en la medida en que se mantenga una situación psicoanalítica adecuada, en los movimientos de la transferencia. La institución es un objeto psíquico común: hablando con propiedad, la institución no sufre. Nosotros sufrimos de nuestra relación con la institución, en esa relación; hablar del sufrimiento de las instituciones una manera de designar esta relación en nosotros, evacuándonos como sujeto, activo o pasivo.

[9] Kaes, R. Ibid. 55

Designamos así, por proyección, lo que sufre en los sujetos de la institución: la institución en nosotros, lo que en nosotros es la institución, es lo que sufre."[10]

R. Kaës refiere que "lo que tiene de genérico el sufrimiento institucional _ el de los sujetos que sufren por su relación con la institución y son la institución que está en ellos _ se ancla normalmente en dos niveles psíquicos de la vida institucional: el de los inextricable, lo sincrético y lo indiferenciado; el de lo contractual, que estructura las formaciones bifrontes del vínculo."[11]

R. Kaës considera el sufrimiento relacionado con la fundación, la función instituyente, las dificultades para desarrollar la tarea primaria y para mantener el espacio psíquico, dice que "la mayoría de las perturbaciones se refieren a las fallas de las funciones contractuales implicadas en la función instituyente, que estas pueden manifestarse por exceso, defecto o inadecuación, dice que hay demasiadas instituciones, o demasiado pocas, o la institución concretamente es inapropiada para su función y que en todos los casos estas perturbaciones y la estructura primaria terminan en sufrimiento..."[12] Aclara que, "una fuente constante de sufrimiento está asociada a la constitución de la ilusión: la falta de ilusión institucional priva a los sujetos de una satisfacción importante y debilita el espacio psíquico común de las cargas imaginarias que han de sostener la realización del proyecto de la institución, disponer la identificación narcisista y el sentimiento de pertenencia en un conjunto suficientemente idealizado para afrontar las necesidades internas y externas.", continúa diciendo que "todas las fallas contractuales podrían considerarse un sufrimiento de la fundación y de la función instituyente; el cumplimento de ciertos deseos se hace imposible o excesivo, la ley de la institución falla o se impone como la ley única de sus sujetos. El pacto de negación es insuficiente o paraliza el trabajo del pensamiento, el contrato narcisista no sostienen suficientemente a sus sujetos o el apartamiento que éstos introducen en la relación con la institución resulta intolerable."[13]

Reflexiona que si bien la tarea primaria es el objeto convocante y el fin de la existencia institucional, éste no siempre es único dentro del marco ya que en la

---

[10] Kaes, R. Ibid. Pág. 56,57
[11] Kaes, R Ibid Pág 59
[12] Kaes. R. Ibid. Pág 60,61
[13] Kaes, R Ibid. Pág.60,61

vida institucional se entrecruzan instancias complementarias que pueden volverse protagonistas al punto de derivar en otra forma de sufrimiento, expresa que "la tarea primaria de la institución funda su razón de ser, su finalidad, la razón del vínculo que establece con sus sujetos: sin llevarla a cabo, no puede sobrevivir. Así, la tarea primaria de las instituciones asistenciales es asistir. Pero cualquiera advierte, si reflexiona un poco, que la tarea primaria no es constantemente ni de manera principal la tarea a la que se entregan los miembros de la institución. No sólo pueden volverse dominantes algunas tareas complementarias, sino que además se instalan otras derivadas. Casi siempre existen otras tareas que, en un momento dado entran en competencia o en contradicción con la tarea primaria de la institución, hasta el punto de ocultar o invertir su sentido, siempre que la ley institucional lo tolere. Pero existen dispositivos institucionales que tienen relación de necesidad con la tarea primaria y que terminan por reemplazarla: esto es lo que sucede cuando la preocupación por la defensa del personal asistencial, contra los peligros reales o imaginarios ligados con la realización de la asistencia, moviliza toda energía disponible y transforma la organización institucional. El resultado a donde llegan estos derivados es que la institución protege a sus sujetos contra la realización de su tarea."[14]

Continúa analizando el autor "la naturaleza de las cargas psíquicas movilizadas en la tarea primaria es una variable importante..."[15] dice también que pueden observarse fenómenos defensivos en algunas instituciones asistenciales tendientes a evitar mantener una vida psíquica que enfrente unos a otros con el consecuente exceso de importancia y agresividad. Las dificultades hacia la implementación de la tarea primaria se manifiesta en forma particular a través de los mecanismos de defensa institucional. Explica que "el espacio psíquico en la institución se reduce con la prevalencia sobre lo instituyente, con el desarrollo burocrático de la organización contra el proceso, con la supremacía de las formaciones narcisistas, represivas, negadoras y defensivas que sostienen a la institución contra un ambiente hostil, o en la estrategia de dominio por parte de ciertos sujetos, o cuando parte de ellos se encuentran amenazados por la emergencia de formas elementales de la vida psíquica... El apartamiento entre la cultura de institución y el funcionamiento psíquico

[14] Kaes, R. Ibid. Pág. 61,62
[15] Kaes, R. Ibid. Pág. 62

inducido por la tarea está en la base de la dificultad para instaurar o mantener un espacio de contención, de conexión y de transformación."[16]

R. Kaës refiere que los cambios que se producen en la institución pueden generar diversos grados de angustias en sus integrantes, existiendo mecanismos defensivos contra esos cambios, a favor de cada individuo y del espacio psíquico común a esa institución. Cualquier institución puede exponer a sus miembros a vivenciar experiencias angustiantes sin la posibilidad de experimentar satisfacciones, ligado paradójicamente a las defensas individuales y las defensas institucionales, sin posibilidad de originar la metadefensa, así las instituciones terminan siendo atacadas por sus propios miembros, aumentando su angustia y careciendo de recursos para enfrentar tanto sufrimiento. El autor expresa la diferencia que existe entre la dificultad o imposibilidad, por parte de la institución, de tomar en cuenta la realidad psíquica de los sujetos.

¿Qué es un grupo en una institución?

El hombre desarrolla su personalidad en una sociedad en interacción con los demás. Las relaciones sociales influyen en su evolución, su seguridad, su felicidad permitiéndole además ampliar su ámbito personal. Este proceso de interacción implica comprender, respetar, reaccionar, relacionarse de distintas maneras con el otro. La diversidad en el pensar, sentir y conducirse que se manifiesta en el proceso de interacción está relacionado con la personalidad y la escala de valores que el individuo posee. Las experiencias vinculares, los componentes sociales y los modos de organización de respuesta de la persona que percibe y vive la interacción dan diferentes matices a las relaciones cuando se dan en el marco de un grupo.

José Bleger sostiene que grupo es un conjunto de personas que interaccionan compartiendo ciertas normas en una tarea. En todas las conformaciones grupales se dan dos niveles de identidad, una es la identidad dada por un trabajo en común que establece criterios grupales de interacción y de comportamiento

[16] Kaes, R. Ibid. Pág. 63

institucionalizadas dada por los individuos. Otra es la identidad grupal sincrética dada por la socialización, donde los participantes no tienen identidad singular sino que su identidad reside en la pertenencia al grupo. Según el autor los grupos pueden estar integrados de tres maneras diferentes: individuos dependientes o simbióticos: utilizan el grupo como dependencia o pertenencia, tratan de alcanzar su identidad con la identidad grupal, y de lograr una organización estable con interacción superficial, tendiendo a no dar lugar al proceso grupal; individuos neuróticos o normales: neurosis entendida como parte de la personalidad, con proporción entre individuación y personificación, es decir con aspectos maduros o realísticos de la personalidad, con tendencia a la interacción, grupos movidos – activos; individuos con personalidades psicopáticas, perversas, ambiguas: constituido por quienes nunca han tenido una relación simbiótica. Para estos el grupo tiene un papel subsidiario, poco importante, la sociabilidad sincrética no se manifiesta.

El autor dice que estas características de los grupos sirven para entender las conformaciones grupales en las instituciones. El grupo además tiende a estabilizarse como organización y tal como lo sostiene el autor toda organización tiende a presentar la misma estructura que el problema que ha de enfrentar y para el cual ha sido creada. Dice "así, un hospital termina por tener, en tanto organización, las mismas características que los enfermos mismos (aislamiento, deprivación sensorial, déficit de comunicación, etcétera)" Y agrega: "Nuestras organizaciones psiquiátricas, nuestras terapias, nuestras teorías y nuestras técnicas tienen también la misma estructura que los fenómenos que tenemos que enfrentar. Han devenido y no son otra cosa que organizaciones y cumplen por lo tanto una igual función de mantenimiento y control del clivaje: una tendencia a la burocratización"[17]

J. Bleger plantea que lá relación dada en los grupos tiene que ver con la no relación como efecto de la no individuación, estableciendo la base de todo grupo a la que llama <sociabilidad sincrética>. La interacción de la personalidad (o identidad) individual en la dinámica del grupo establece el tipo de relación o no relación de uno con otro. En el caso de la interrelación de un conjunto de personas establece una

[17] Bleger, J. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Capítulo II. El grupo como institución y el grupo en las instituciones. Paidós. 1996. Pág. 79

sociabilidad con un trasfondo de indiferenciación o de sincretismo, en el cual los individuos no tienen existencia como tales. En tanto en la identidad grupal intervienen dos niveles, el de la identidad dada por un trabajo en común y el de la identidad grupal sincrética; el primer nivel presenta pautas de interacción institucionalizadas, es decir con normas o reglas explícitas o implícitas, naturalizadas, y el segundo nivel que carece de esos límites donde los sujetos no tienen identidad como tales sino que ésta es dada por la pertenencia al grupo. Respecto a la burocratización a la que tienden los grupos, Bleger, insiste en definirlo como antiterapéutico a raíz de la repetición de pautas sobre los niveles de interacción y de la insistencia por mantener separados los niveles de sociabilidad, el de sociabilidad de interacción (relación o no relación de uno con otro) y el de sociabilidad sincrética (no relación, no individuación).

Para Eugene Enríquez la institución se centra en las relaciones humanas, en la trama simbólica e imaginaria donde se inscriben, plantean la alteridad y sus problemas, esto es la aceptación del otro como individuo pensante, autónomo, las instituciones crean sus propias normas y sistemas de referencia que sirven como ley organizadora de la vida física, mental y social de sus miembros. La autora refiere que en las instituciones donde las relaciones humanas ocupan el centro, donde las normas internas son consensuadas, aparentemente aceptadas por todos, se plantea la aceptación del otro como un semejante, como un sujeto pensante, autónomo, se mantienen relaciones afectivas y vínculos intelectuales, creándose normas particulares y sistemas referenciales que hacen de ley organizadora, donde la identidad de todos se da en tanto portadores de esa ley y en tanto ejecutores de un pacto silencioso de reprimir la violencia de todos contra todos.

Según E. Enríquez toda institución acarrea desde su origen un componente que denomina violencia fundadora referenciando lo prohibido, el deseo de transgresión, el conflicto y rivalidad entre humanos que rompen con el consenso previo. La autora dice que la violencia es consustancial a la vida institucional dado que precede a la legalidad de reprimir las pulsiones, permite el combate y el deseo de transgredir lo prohibido, presentando la violencia institucional no solo como violencia legal.

E. Enríquez afirma que cuando se forma un grupo aparecen mecanismos que denomina de proyección donde los individuos proyectan pulsiones y

objetos internos, ataques contra vínculos, utilizan tipos de defensa, proliferación de mentiras, de afirmaciones dictatoriales o indiscutibles. Para E. Enríquez las instituciones que no favorecen la verdad, sino las luchas por el poder, no necesariamente son psicóticas pero implican la existencia de grupos con relaciones irreales, de hostilidad, de suspicacia.

Las estructuras adoptadas por las instituciones para que éstas funcionen, se presentan para E. Enríquez como "defensas contra la ansiedad depresiva y contra la ansiedad persecutoria o como defensas contra lo informe, las pulsiones, los otros, lo desconocido, la palabra libre, el pensamiento".[18]

Según Enríquez la institución alberga diferentes personas con distintas ocupaciones y profesiones que desempeñan diferentes jerarquías, con roles teóricamente estables entre los que se dan las relaciones de poder. En consonancia con lo que enuncia Rousillón, concluye que las instituciones asistenciales asilan instituyentes con características particulares sometidas a tensiones, bajo presiones psicóticas o antisociales que pueden impactar traumáticamente en los grupos, dando lugar a la violencia y la envidia que llevan a algunos a sabotear el objetivo terapéutico, haciendo prevalecer la inercia, alimentadas por la repetición compulsiva de los pacientes, en relación a las reacciones de angustia que todo cambio genera, difíciles de elaborar tendiendo a la forma catastrófica de la angustia. Para E. Enríquez cada uno de los trabajadores sería un terapeuta, donde cada uno tiene su propio terreno para actuar, a la vez que aporta al objetivo común de la institución dando lugar a celos y rivalidades que se manifiestan respecto a las técnicas y procedimientos aplicados al enfermo, preguntándose a quién pertenece el paciente. Así, según la autora, aparece la idea tantas veces repetida de que <todo lo anterior fue lo mejor> y que <los viejos hacían todo bien>, fundado en conceptos como:

-cuando la institución fue creada, todos trabajaban en equipo, no había problemas internos, había proyecto de trabajo y todos adherían a él, creándose así un sentimiento de culpa en los nuevos por no poder alcanzar nunca ese nivel de trabajo próximo pasado;

---

[18] Enríquez, E. La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos. Capítulo III. El trabajo de la muerte en las instituciones. Paidós. 1996. Pág. 88

-mantener el poder de los fundadores y ponerlos como ejemplos de referencia aún cuando la institución ha evolucionado,

-no discutir el proyecto inicial y de esta manera impedir ver las fallas o inconsistencias que pudiera tener;

-favorecer la repercusión durante años de leyendas, mitos, contraverdades, rumores poco creíbles.

E. Enriquez refiere que lo anterior corresponde a lo que ella define como los fantasmas de los fundadores de una institución y la existencia mítica que envuelve el acto fundacional. Así estas funciones del fantasma institucional describen un origen primordial, donde existía un equipo cohesivo, carente de problemas internos y dotado de un proyecto coherente, lo que da lugar a la aparición de sentimientos de culpabilidad entre los nuevos integrantes de la institución por no lograr ser dignos de tales ancestros, por no poder mantener el proyecto inicial de los fundadores y por no permitírseles cuestionar este proyecto original, el que si fuera examinado cuidadosamente mostraría las fallas e inconsistencias que presenta desde su génesis y que son el origen de las dificultades actuales. Estos fantasmas institucionales fomentan las historias, leyendas, contraverdades y rumores que atestiguan la existencia subterránea de una escena primitiva intolerable reproducida con añadiduras dramáticas, así como la perpetuación de una serie de fenómenos diversos que pasaron en el silencio y que, una vez evocados, aparecen como irrisorios y dan un aire trágico al conjunto de la vida institucional.

E. Enríquez recupera la idea de Freud, quien sostiene que los hombres desarrollan sistemas defensivos contra las angustias individuales y grupales generadas en una institución. Procedimiento que tiene su origen en las estructuras sociales e institucionales, asegurando así un soporte a la identidad, a la vez que se busca dónde depositar todo lo que en el momento no puede decirse pero que pretende poder ser retomado en otro momento y circunstancia. Es así como, a los funcionamientos institucionales estructurados se constituyen formas de funcionamiento atípicos, donde puede depositarse lo que no puede hacerse en otro lado.

Las relaciones de poder y el funcionamiento institucional

E. Enríquez dice que los dispositivos de culpabilización, poder, dificultad de cambio, falla inconfesada, pueden convertir la institución en una gran máquina que experimenta grandes dificultades que tiene que resolver. La autora define espacios intersticiales en expresiones de lugares comunes a todos, de paso, de encuentro, en tanto términos de tiempo, es aquel que separa la duración del trabajo y el tiempo que insume la realización de determinado trabajo, dice que este espacio intersticial pertenece a todos, es sede de los funcionamientos psíquicos, de las regulaciones de las producciones psíquicas. Desde un carácter económico el intersticio es donde se realizan las descargas psíquicas con su carga energética, se relaciona con la institución y sus procesos grupales estructurales.

Cuando en el grupo se da mutuo soporte aparece la función intersticial de vocero, a donde se dicen las cosas que no pueden decirse en otro lado, para ser transmitidas en los lugares oficiales sin demasiado riesgo, ya que la autora afirma se utilizan intermediarios que evitan la necesidad de asumir un eventual rechazo, en esta función de soporte también pueden darse las descargas de lo que no pudo decirse en el lugar apropiado como una reunión, una consulta. Para que este funcionamiento se de, dice, se requieren personas que escuchen, reciban, obturen o hagan de voceros y en el caso de aumento de las angustias paranoides o esquizoides donde el grupo se sienta amenazado, el intersticio se transforma en cripta, convirtiéndose todo en secreto, en privado, lo que allí se dice no puede divulgarse y en el caso de que el vocero relate algo al exterior se lo considera mal, ya no es propicio criticar al otro, pueden excluirse personas de las charlas, etc. es aquí en el intersticio donde los rumores, organizados a partir de las angustias paranoides y esquizoides, nacen, toman forma y pueden desarrollarse. Con Rousillón, E., Enríquez sostiene que los conflictos interindividuales son potenciales generadores de crisis intergrupales y efectos paranoides.

CAPITULO II

HISTORIA Y MITOS FUNDACIONALES DE LA INSTITUCIÓN

La salud mental en argentina

La historia de la Salud Mental en la Argentina y la creación de los lugares de atención psiquiátricas está dada en un marco político, económico, social y cultural en estado de crisis, donde el principal protagonista fue el régimen de gobierno del momento. Al decir de E. Carpintero "Todos los golpes militares se realizaron con el necesario apoyo económico de civiles; la justificación para la intervención militar se fundaba en la existencia de una situación de caos y desorden que era imprescindible frenar."[19]

Tras sucesivos cambios de gobierno y golpes de estado se fue desarrollando la vida social Argentina, la clase obrera y las masas populares iniciaron una experiencia de resistencia clandestina, "la revolución militar de 1955 extremó la dicotomía de la sociedad argentina y estableció formas de resolución de los conflictos que incluyeron el uso de la violencia extrema, tales como fusilamientos y la proscripción de Perón y su movimiento durante dieciocho años. Esta represión enfocada primero hacia el peronismo fue extendida hacia la izquierda en su conjunto, instalando el hábito de la acción clandestina en sectores amplios de militantes (...) a raíz de estos conflictos políticos la sociedad argentina se fue volviendo paulatinamente más violenta".[20]

La vida social de los argentinos en la década del '50, '60, dice, fue cambiando, en los barrios, delimitados por clases sociales claramente se distinguían su pobladores y los papeles que cada uno desempeñaba, pero en los '60 la ciudad de Buenos Aires comenzó a crecer y con esto fue siendo cada vez más anónima, más impersonal, más extraña. El hogar y sus objetos constituían el refugio, la intimidad y el

[19] Carpintero, E. Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y salud mental en la argentina de los '60 y '70 (1957 – 1969). Cap. I. El progreso comienza a llamarse. El campo de la salud mental. Golpe a golpe, Verso a Verso. Buenos Aires. Topía. 2005. Pág. 53.
[20] Carpintero, E. Ibid. Pág. 54,55

aislamiento de las familias. La clase media se encontraba en un proceso de cambio que los llevaba a decidirse por el voluntarismo optimista y el voluntarismo pesimista. Expresa E. Carpintero que "por una parte, contra todos los disconformismos, sostiene una actitud optimista del mundo, una imagen del hombre generoso, hermoso, heroico por naturaleza, difundida por los discursos edificantes, las oraciones funerales, las ceremonias conmemorativas, (...) en fin, de la sensiblería pequeño burguesa". "Pero, por otra parece, y al mismo tiempo, sostiene un concepción naturalista, desilusionada, pesimista, (...), una imagen del hombre pequeño, egoísta, mezquina, tal como se ve a través de la "sabiduría popular", las charlas de café de los hombre "experimentados"... La "tristeza", la "indiferencia", (...) con sus típicas expresiones porteñas "no te metas", "ir tirando" (...), facultades inherentes al "alma nacional", no son al fin sino reacciones psicológicas de una determinada clase social en una determinada circunstancia histórica."[21]

Para el autor en este momento histórico los moralismos y tabúes estaban a la orden, pero esto no impidió que progresivamente se hiciera presente la liberación en diferentes ordenes de lo cotidiano, hecho que fue bien aprovechado por los gobiernos porque esto les servía para esconder las crisis económicas. Apoyando la creación de comités de moralidad avalando la censura. En esta época la mujer comenzó a incursionar en terrenos hasta ahora sólo ocupados por los hombres, así el género femenino tuvo inserción en política, vida laboral y profesional.

E. Carpintero refiere que ante todo este panorama, la idea de salud mental que tenían los argentinos era muy difusa. "los cambios políticos y las transformaciones en la vida cotidiana modificaron cualitativamente las ideas y las prácticas" ideas que resumidas en palabras de Emiliano Galende dicen: "En los últimos treinta años asistimos a una transformación profunda del campo hegemonizado hasta entonces por la medicina mental y que ha dado lugar a la nueva denominación de Salud Mental. Ésta no es de ningún modo una renovación o modernización de la psiquiatría; por el contrario, es un replanteo en profundidad de los problemas de la salud y la enfermedad mental que está dando lugar a una recomposición de todos sus aspectos: la comprensión del daño psíquico, en relación a las fragilidades subjetivas y con los

[21] Carpintero, E. Ibid. Pág.57

factores de riesgo; la constitución de un ámbito disciplinario nuevo, denominado políticas de Salud Mental; la reformulación de las teorías, con apertura a conceptualizaciones sociológicas, antropológicas, políticas, etc.; la organización de nuevas prácticas con preponderancia de las técnicas psicosociológicas, para intervenir en ámbitos comunitarios y en función preventiva; la abolición progresiva de la institucionalización psiquiátrica y sus establecimientos manicomiales, para ser reemplazados por Centros Periféricos y equipos comunitarios..."[22] Según Galende, dos características esenciales en la configuración actual en Salud Mental son: la caída de la psiquiatría como disciplina totalizadora, con la multiplicación de respuestas preventivo-asistenciales y una reformulación de las relaciones con la medicina, sus valores, su organización y sus modelos de atención".[23]

E. Carpintero señala que en 1957 se creó el Instituto Nacional de Salud Mental que dispuso una política activa del Estado en los problemas de Salud Mental y dejando otra denominación al tema pues hasta el momento se consideraba dominio de Psiquiatría. La Argentina poseía un sistema manicomial defectuoso y una psiquiatría hegemónica. Dice Carpintero, "entre 1880 1910 se había afirmado un dispositivo psiquiátrico siguiendo el positivismo y a la psiquiatría francesa, el denominado "alienismo". Se construyeron los primeros hospicios y se organizaron las primeras cátedras de psiquiatría y las primeras publicaciones. En 1854 se creó el Hospicio de Mujeres, hoy "Braulio Moyano" y en 1863 el de Hombres, actualmente Hospital "José T. Borda", en la ciudad de Buenos Aires. En 1886 se instaló la primera cátedra de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos aires, a cargo de Lucio Meléndez, que también era Director del Hospicio de Hombres. Meléndez bien puede ser definido como el primer alienista en la Argentina, en este modelo se proponía la supuesta curación de la enfermedad mental mediante el encierro de los pacientes a los cuales se les aplicaba una serie de tratamientos físicos y sociales de diversa índole."[24]

La creación del Open Door en 1899, por el alienista Domingo Cabred, trajo alivio al sobrepasado Hospital Borda. En 1906 Cabred creó la Comisión de Asilos

---

[22] Galende, E. En Carpintero E. Las huellas de la memoria. Pág. 62
[23] Galende, E. Ibid. Pág.62
[24] Carpintero, E. Op cit. Pág. 62,63

y Hospitales Regionales. En 1910 promovió la construcción de nuevas colonias y asilos. "Cabred llevó adelante una serie de reformas que estaban en las intenciones de los alienistas, tales como la organización de la vida cotidiana del asilo según el modelo de organización médica; la promoción de la autonomía relativa de la psiquiatría, la neurología y la criminología; el cuidado de la gestión propiamente institucional; las "puertas abiertas" del asilo simbolizando la ruptura con el pasado del gran encarcelamiento; descartar el papel del ambiente y de la organización externa en el tratamiento, considerando al trabajo como instrumento terapéutico...".[25]

Siguiendo a Enrique Carpintero, los nuevos modelos económicos financieros imperantes en el país tuvieron implicancia comprometiendo la perspectiva de la Salud Mental en la Argentina, dando lugar a nuevas formas sociales y con ellos nacientes problemas socio sanitarios. A raíz de ello Carpintero señala que a principios del siglo XX hace su incursión en la escena el modelo Higienista, que ampliaba el concepto de Salud Pública, dando lugar a los problemas sociales, y validando la psicoterapia como tratamiento para las enfermedades mentales.

Según el autor, "en las siguientes décadas se produjo una transición que fue desnudando los límites de las políticas de alienistas e higienicistas debido a la indigencia estructural, propio de la lógica manicomial; y por la insuficiencia crónica de recursos, que llevó a la creación de otras instituciones para atender las enfermedades mentales siguiendo las lógicas diferentes...".[26] En este sentido plantea que aparecen las instituciones solidarias y las instituciones higienistas, en tanto que en 1955 el Ministro de Salud Ramón Carrillo intentó dar soluciones en el campo de la Salud Mental, promovió la psiquiatría preventiva, propuso una nomenclatura de las enfermedades mentales y un sistema funcional de los Hospitales Psiquiátricos, reformulando la atención psiquiátrica cuyo modelo de organización de hospitales estaba fundado en la clasificación de las enfermedades mentales por lo que Carrillo propuso un modelo propio de catalogar las enfermedades y de funcionamiento de los hospitales.

Ya en esta época, señala que los presupuestos para los hospitales psiquiátricos eran deplorables, en tanto que a nivel mundial y aprobado por la

[25] Carpintero, E. Ibid. Pág. 63
[26] Carpintero, E. Ibid. Pág. 64

Organización Mundial de la Salud se proponían métodos alternativos al manicomio, mediante la prevención y promoción de la Salud Mental en la comunidad. Estas tendencias fueron recepcionadas por la Psiquiatría en Argentina evaluándose las situaciones de los Asilos apareciendo la Ley Kennedy de 1963, cuyos objetivos radicaban en la externación de los hospitales psiquiátricos y la creación de un sistema descentralizado de atención.

El autor continúa diciendo que a mediados de la década del '50 estos cambios promovidos por los reformistas de la psiquiatría habían acordado con las orientaciones del peronismo. "Todos se habían formado y trabajaban en manicomios, pero sostenían, en su intento de reformar el estado "manicomial" de la psiquiatría en la Argentina, los lineamientos de la Salud Mental, su visión de la psiquiatría era más amplia y abarcaba distintas disciplinas que iban desde el psicoanálisis a la reflexología. Entre ellos encontramos a Mauricio Goldenberg, Guillermo Vidal, Gregorio Bermann, Enrique Pichón Riviere, Jorge García Badaracco, Jorge Thenon, Ángel Fiasché,...).[27]
Según el autor, el 11 de octubre de 1957 se creó el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) el que tenía dos órganos: El "Consejo Nacional de Salud Mental" y La "Comisión Nacional Asesora de Salud Mental". "El INSM regía en los Hospicios y Colonias Nacionales y fue uno de los primeros organismos autárquicos. La iniciativa fue retomada por la gestión del desarrollismo de Frondizi, lo cual implicaba descentralización, desburocratización y formación en salud pública para el campo de la Salud Mental. Los postulados eran centralización normativa y descentralización ejecutiva en la prevención y la asistencia."[28]

En tanto esto sucedía, los hospitales psiquiátricos carecían cada vez más de presupuesto y sus estructuras se desvanecían, en esta línea E. Carpintero agrega, "los nosocomios de mayor capacidad, con pabellones en condiciones deplorables; soportando una sobrecarga de internados; con un personal técnico médico en número insuficiente y con sueldos miserables; con un personal de vigilancia, enfermeros, mucamas, etc. cada vez más reducido por la congelación de vacantes."[29]

---

[27] Carpintero, E. Ibid. Pág. 68
[28] Carpintero, E. Ibid. Pág. 69
[29] Carpintero, E. Ibid. Pág. 69

Los hospitales psiquiátricos argentinos tenían instalados su rutina diaria por lo que cualquier noticia de cambio era percibida de inmediato. Frente a estas circunstancias el grupo de psiquiatras reformistas tenían sus limitaciones y sus renuencias a aceptar en el campo la práctica de otras disciplinas, tal como la Psicología, detentando el poder en la Salud Mental, transformando la lucha por la Salud Mental en una interna psiquiátrica, lo que llevó a que no pudieran lograr los objetivos de transformación que se habían propuesto. "Solamente eran buenas intenciones para que todo siguiera igual." "Pero había comenzado otra época".[30]

En 1983, a días de recuperada la Democracia en la Argentina, el diario Clarín, en su suplemento de cultura, publicó un número completamente dedicado a la salud mental en el país, con una valiosísima colección de entrevistas a notables como Grimson, Pavlovsky, Camino, entre otros. Ricardo Grimson destaca el hacinamiento y malas condiciones generales de los hospitales psiquiátricos en ese momento. Dice que en Argentina existía un volumen total de 35.000 camas psiquiátricas, de las cuales solo una exigua cantidad satisfacía condiciones adecuadas para el tratamiento de la enfermedad mental. Escribe "la psiquiatría institucional tiene un nivel tan bajo que escandalizaría más contundentemente de tratarse de otro tipo de problema. La escasez de tratamientos se conjuga con una política de abandono social. Se suma así a la enfermedad que da origen a una internación, una política institucional incorrecta que crea una enfermedad secundaria agravante."[31] En cuanto a las políticas nacionales en la historia Argentina, Grimson remite a indicadores sociales, culturales, económicos y de organización comunitaria en general. Dice que se trata de apelar a un criterio no estigmatizante, no marginal, de no exclusión sobre la enfermedad mental. Para ello es necesario conciencia y responsabilidad social y terapéuticas adecuadas. Acerca de la enfermedad mental dice "La enfermedad mental en sus diferentes manifestaciones tiene un papel característico en una sociedad: actúa como revelador de la actitud de ese conjunto hacia su propio cuidado, de su disponibilidad de recursos, de sus reservas, de

[30] Carpintero, E. Ibid. Pág. 71

[31] Grimson, R. Clarín. Cultura y Nación "Salud Mental. Injusticia y Esperanza". 17 de noviembre de 1983. Pág. 1

su estado de alerta, del respeto por los semejantes; brevemente de la conducta social en relación con el interés común."[32]

Sobre las condiciones hospitalarias Grimson dice "Años después recorrería los hospitales desde un acercamiento que se pretendía sistemático y se proponía ser terapéutico. En ese duro viaje tuve la fortuna de encontrar dos maestros integrales: Mauricio Goldemberg y Enrique Pichón Riviere. Es justamente en el campo de las instituciones de la psiquiatría donde se encuentra radicada hoy la gravedad del problema de salud mental. (...) La persona que se perturba por la acción de su enfermedad, se deteriora por acción de la institución en que se la recluye. Nada indica ni autoriza a producir la muerte civil de un paciente psiquiátrico. Ninguna terapéutica integral puede promover el aislamiento social del paciente psiquiátrico, ni desvincularlo de su familia por ningún margen de tiempo".[33]

En tanto afirma que estas situaciones generales se relacionan también con los programas y sus responsables y que la solución debe abordarse desde el conjunto de la sociedad en forma colectiva "Lo que una sociedad produce con un conjunto humano desprotegido, estigmatizado, abandonado en la mayor parte de los casos a su propia suerte, es una automutilación degradante. Lo que termina degradado es la sociedad en su conjunto, ya que un todo social solo puede ser cualitativamente tan valioso como sus sectores. Digamos que tal calidad de una sociedad se expresa por la atención que presta a sus integrantes menos protegidos".[34]

En el mismo suplemento, Eduardo Pavlovsky escribe que en los últimos años se ha asistido a un deterioro sistemático de las condiciones asistenciales psiquiátricas en el país, evidenciándose la marginación y el aislamiento de los esfuerzos de una generación de programas comunitarios desarrollados a través de centros de salud mental, hospitales generales y hospitales psiquiátricos. Dice que estos esfuerzos no fueron casuales sino que se constituyeron sobre la base de una ampliación de los conceptos que sostienen la praxis de la psiquiatría. Esta reforma psiquiátrica según Pavlovsky en su artículo, estuvo liderada por el pionero Mauricio Goldemberg,

---

[32] Grimson, R. Ibid Pág. 1
[33] Grimson, R. Ibid Pág. 1
[34] Grimson, R. Ibid. Pág. 1

habiéndose inspirado en el maestro Enrique Pichón Rivière, lo que se tradujo en la creación de unidades psiquiátricas funcionales en hospitales generales y en Centros de Salud, estableciendo el Centro Piloto del Hospital Estévez y la Colonia Federal del Doctor Raúl Camino.

Pavlovsky señala que este proceso de cambio trajo aparejado contundentes oposiciones, que finalizaron con instituciones, eliminaron de sus cargos a los líderes del proceso renovador; concluyéndose en un retroceso en la capacidad de enfrentar las necesidades de la población en esta esfera. La oposición a este avance de la psiquiatría se empresó con contundencia. Se desarmaron instituciones, se eliminó de sus puestos a quienes lideraron el proceso renovador, se retrocedió un par de décadas en la capacidad de hacer frente coherentemente a las necesidades de la población. De pronto ser terapeuta de grupo se volvió inconveniente, riesgoso, audaz. "Aprender a pensar grupalmente" se tornó inseguro. Ser paciente de grupo pasó a ser digno de sospecha. De modo brusco se alteraron los valores. Se inventaron culpas inexistentes. También aquí el país paralizó su adelanto. Como consecuencia de estas intolerancias la práctica médica se volvió cada vez más individualista, retornándose a los abordajes psicoanalíticos individualistas, aislando al sujeto de su entorno social, histórico y real.

Historia local de la salud mental

La comunidad terapéutica de Federal, Entre Ríos, nace en 1968, durante el gobierno de Ongania, a partir de un proyecto inicial del Dr. Mauricio Goldemberg que luego continúa y hace realidad el Dr. Raúl Camino. Geográficamente se ubica a 5 kilómetros de la ciudad de Federal, funciona en los edificios pertenecientes al ex regimiento 11 de caballería, cuenta con un predio de alrededor de 5 hectáreas. Es una institución monovalente, con nivel IV de complejidad, de dependencia del estado provincial, cuya característica de atención es de puertas abiertas. Se asisten también pacientes ambulatorios por consultorio externo. Su planta física se corresponde a las estructuras típicas del regimiento militar que lo precedió. De estilo pabellonado, de las cuatro salas de internación que presenta, dos son para varones y dos para mujeres, la oficina de enfermería, la administración y la cocina se disponen alrededor de un gran

patio de cemento separadas entre si, las demás dependencias hospitalarias se sitúan alejadas de este radio por distancias que oscilan entre los 100 y 250 metros.

El hospital basa su funcionamiento jerárquico en la Estructura Orgánica aprobada por Secretaría de Salud Pública de Entre Ríos, que dispone la siguiente distribución operacional: El Director es la máxima jerarquía interna, está el cuerpo médico psiquiátrico y clínico, los distintos profesionales que forman parte del grupo de trabajo, el personal de los diferentes sectores anexos cada uno con su responsable y el sector Enfermería cuyo ordenamiento jerárquico está integrado por el Jefe de división, los Supervisores, los Jefes y Subjefes de Unidades y el personal de planta, prestando servicio los 365 días del año, las 24 horas.

Realidad fundacional del Hospital Colonia

En 1968 se fundó la Colonia de Rehabilitación Psiquiátrica, bajo la dirección del Doctor Raúl Antonio Camino, quien condujo la institución hasta 1976, proponiendo un modelo de asistencia psiquiátrica revolucionaria para la época como lo era el sistema de Comunidad Terapéutica. Jorge Martínez, Supervisor de Enfermería durante la Dirección del Dr. Raúl Camino en la Colonia de Federal, comenta de su experiencia de trabajo que "entre los meses de enero y febrero de 1968 ingresaron los Empleados Técnicos, los de Enfermería, los de Terapia Ocupacional, los de alimentación y cocina.

Con estos grupos comenzó un curso de clases intensivas de preparación para la llegada de los pacientes, todo bajo la atenta mirada del Dr. Camino, quien puso mayor énfasis en el aprendizaje del personal de Enfermería, logrando luego de largas clases diarias... introducirnos a la fantasía de que estábamos actuando frente al enfermo, poniendo en práctica el Rol Playing (juego de roles)". Martínez recuerda que "Esta preparación intensiva... sirvió además para que el Dr. Camino evaluara las potencialidades de cada uno de los que ingresamos en el cuerpo de enfermería, para formar luego los distintos tramos de esta área y de las demás dependencias de la

Colonia".[35] La llegada de los primeros pacientes derivados del Borda, conocido como "Hospicio de la Merced" o "Vieytes", generó, según el relato de Martínez, un clima inquietante en los habitantes federalenses, tejiendo hipótesis de evidente temor hacia la venida de los pacientes al psiquiátrico.

La propuesta terapéutica del Dr. Camino para la fundación de la Colonia era la Comunidad Terapéutica, sistema de tratamiento innovador en el país pero que ya tenía vigencia en Europa y Estados Unidos. Este método que planteaba la psiquiatría moderna de la mano del Dr. Camino, alcanzó tal magnitud en la Colonia de Rehabilitación de Federal que tuvo repercusión internacional. Por su modelo de atención psiquiátrica recibía visitas de reconocidos médicos del país y del extranjero. Dice Martínez que el sistema terapéutico desarrollado por el Dr. Camino tomó tanto auge que <la Colonia de Federal comenzó a ser la vedette> de la psiquiatría en la Argentina y empezaron a llegar delegaciones de profesionales de todo el país, estudiantes de Medicina, de Enfermería, de Psicología, directores de otros hospitales, etc., que reconocían cómo un psiquiatra joven de apenas 28 años y con un grupo de empleados, de los cuales casi el 80% era empírico, había montado semejante obra.

El modelo de comunidad terapéutica propuesta por el Dr. Camino tomaba como base para el tratamiento de los enfermos la participación de todo el personal del hospital, cada uno desde su rol actuaba como terapeuta, tratando de armonizar desde la guía, observación, corrección de la conducta, inculcando hábitos y costumbres al paciente con el fin de reproducir experiencias cotidianas semejantes a las que se viven fuera del hospital, preparando así para la vida en sociedad en el momento del alta al paciente. La participación activa de todos los miembros del hospital y de los internos se reflejaba en las asambleas donde todos tenían derecho a la palabra y a la intervención en la toma de decisiones.

El suplemento Cultura y Nación del diario Clarín, del 17 de noviembre de 1983, se dedica por completo a la temática de la Salud Mental. Allí, el Dr. Camino recuerda la experiencia y dice que "lo que más cura" es una concepción saludable de cómo armar una institución cuya meta sea la salud, demostrando que los programas valen más que los recursos. El Dr. Camino escribe "Nuestro país ha sido

[35] Martínez, J. Supervisor de Enfermería. Jubilado. Hospital Colonia. Federal. Entre Ríos. 1998.

considerado modelo en dos oportunidades de la historia de la psiquiatría por los adelantos alcanzados en la concepción estructural de sus instituciones asistenciales para enfermos mentales. La primera de ellas ocurre a fines del siglo pasado y comienzos de este, cuando se lleva a cabo la creación y construcción de grandes nosocomios en las ciudades y en la campaña que por largo tiempo se autoabastecieron con el trabajo terapéutico de sus internados; además, fueron centros de irradiación de la ciencia y práctica de la psiquiatría en nuestro continente y para la Europa aún en aquellos tiempos orgullosa de su dominio sobre todo el mundo".

El Dr. Camino reconoce la importancia de los psicofármacos en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas, pero advierte que se corre el riesgo de adoptar como método único el organicista – biologista, que considera que el hombre puede funcionar normal o patológicamente en relación a presencia o ausencia de sustancias químicas.

En este artículo el Dr. Camino afirma sobre el abordaje multidisciplinar "El segundo momento de la psiquiatría argentina se produce un corto período de 1967 a 1971, cuando otras disciplinas son incorporadas e integradas al quehacer del campo de la salud mental. Los hospitales psiquiátricos de esa manera se ven enriquecidos en su funcionamiento y rendimiento por la inclusión en el equipo terapéutico – hasta ese momento formado por el binomio médico-enfermera –de distintos especialistas, tales como psicólogos clínicos, psicólogos institucionales, administradores sanitarios, sociólogos, antropólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, enfermeros especializados en psiquiatría, voluntarios, musicoterapeutas y otros. Se produce así un gran cambio en la estructura y funcionamiento del Hospital Psiquiátrico. Podría afirmarse, continúa Camino, que el haber logrado la integración de equipos multidisciplinarios, que desarrollan actividades diversificadas y especificadas para el tratamiento de cada paciente, fue la base y cimiento para que el hospital – manicomio se transformara en un verdadero ambiente terapéutico, cuya atmósfera impregnara hasta el último rincón del establecimiento. El concepto de equipo multidisciplinario se amplia a incluir e integrar en la actividad terapéutica también al personal no universitario ni destinado específicamente al tratamiento, tales como auxiliares de sala, de enfermería, mucamos, choferes, operarios, obreros y peones, quienes pasan a participar en el programa terapéutico del hospital,

convirtiéndose en importantes agentes terapéuticos o en coterapeutas. Ya no se habla entonces de equipo multidisciplinario constituido únicamente por profesionales, sino de "equipo terapéutico", cuyos integrantes son todos los empleados – profesionales o no – que constituyen el plantel del hospital. Estos criterios no han sido aceptados por la psiquiatría oficial y academicista, para lo cual el eje terapéutico pasa únicamente por el médico psiquiatra".

Camino dice que "...la terapia efectuada por los terapeutas profesionales se suma y potencia con aquellas acciones terapéuticas llevadas a cabo por el personal no profesional y los pacientes mas recuperados. Este sistema organizado en base al vínculo de todos con todos es lo que se denominó comunidad terapéutica. El alto índice de recuperaciones obtenidas permite afirmar que toda la comunidad hospitalaria se convierte en terapéutica para pacientes y personal cuando su estructura funciona como un sistema democrático, con permisividad y comprensión hacia las conductas de sus pacientes y cuando el prestigio no depende de la autoridad jerárquica, sino a la solidaridad; la vida cotidiana se convierte en fuente de aprendizaje para el enfrentamiento de las frustraciones de la realidad, y con el tiempo la institución va desarrollando una historia propia conformando una cultura terapéutica que se transmite de miembro a miembro.

Los fines principales de una comunidad terapéutica pueden resumirse en los siguientes objetivos: recuperación de la salud mental, resocialización en la vida comunitaria y rehabilitación en el campo laboral". "La organización administrativa toma capital importancia cuando se pone principalmente al servicio de los fines terapéuticos de la institución, facilitando el complejo funcionamiento de los múltiples nuevos problemas que plantean las terapias grupales, asambleas, reuniones de personal y pacientes, comisiones de internados y sosteniendo el programa sistematizado de actividades terapéuticas y de rehabilitación. El tratamiento comunitario es eminentemente de corte social, y no invalida, descarta ni elimina ningún otro tipo de terapia que se realice en el hospital, actuando como coordinador de todos los recursos terapéuticos y convirtiéndose en si mismo en un recurso terapéutico más". Camino continúa explicitando "En 1968 comenzaron a funcionar en el país varias comunidades terapéuticas: en el Hospital Estévez, en Lomas de Zamora; en Federal (Entre Ríos), y aproximadamente diez más. En ellas se lograron, además de altos índices de

recuperación (80 por ciento en algunos casos), rapidez en las mejorías y menor tiempo de internación". También dice el doctor Camino que la indiferencia del gobierno hacia este plan terapéutico eliminó esta reforma psiquiátrica que aportaba nuevas esperanzas a pacientes y familias. "Al igual que después de los tiempos de Cabred, el hospital psiquiátrico y los programas de salud mental han caído en el olvido a pesar de los esfuerzos individuales..."[36]

Mitos y realidades de la Comunidad Terapéutica de Federal, desde su creación hasta hoy

La propuesta de la Comunidad Terapéutica apuntaba a rescatar la dignidad del paciente con hechos concretos como, desterrar el trato paternalista, devolver la noción de la imagen propia, dignificar hechos cotidianos tal como comer con utensilios, escuchar las inquietudes, permitirles la participación en la decisión de sus tratamientos (a lo que Camino llama en palabras de Lacan, <ser secretario del psicótico>), fundamentalmente utilizando las asambleas como eje principal de la Comunidad Terapéutica y recurriendo al trabajo como herramienta terapéutica. Durante la dirección del Dr. Camino el 82% de los pacientes trabajaba en las distintas tareas propias de la Colonia, partiendo del principio de que todos los empleados eran agentes terapéuticos; sólo un mínimo porcentaje de pacientes se cronificaban, el resto alcanzaba altas transitorias o permanentes con seguimiento del tratamiento por consultorio externo, ya que se entendía la internación como un recurso más de la medicina contemporánea. El Dr. Camino dice que "... en el Hospital Colonia hubo 82% de altas, 40% de reingresos que a su vez se iban recuperando", otra estadística dice "era la disminución del consumo de medicamentos"[37]

[36] Carpintero, E.; Vainer A. "Comunidad de Locos". Película Documental basada en la investigación del libro "Las Huellas de la Memoria, Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70". Tomo I y II. Buenos Aires, 2005

[37] Carpintero, E.; Vainer, A. Ibid

La Comunidad Terapéutica de Federal funcionó a cargo del Dr. Camino entre 1968 y 1976 cuando la dictadura militar la intervino. La indiferencia del gobierno hacia el plan terapéutico propuesto, hacia los objetivos de la Comunidad Terapéutica, hacia los programas de salud mental, hacia los resultados, hacia los mismos pacientes y familiares y hacia sus esperanzas promovió el "olvido" a pesar de "los esfuerzos individuales".

El modelo de Comunidad Terapéutica de la mano de este joven psiquiatra, además del auge innovador que ocasionó en el campo de la salud mental y que en la práctica arrojó resultados positivos para quienes tuvieron la oportunidad de recibir esta terapia holística, posicionando al modelo biologista como un instrumento más dentro del sistema de atención propuesto promovió que paradójicamente el término *comunidad* recibiera la mirada desconfiada de los gobernantes de turno. Estos proyectos que se abrían camino en el ámbito de la salud mental argentina en general y de Federal en particular que atraía tantas miradas, significó que el gobierno interviniera estos procesos. Tal como lo describe una enfermera de la época "...se fue el Dr. Camino y se terminaron las actividades terapéuticas, las charlas,... pero ya los pacientes comenzaron a decaer y hasta algunos murieron..."[38]. Este relato describe la <nueva realidad> del Hospital Colonia, con la caída del proceso terapéutico.

El Hospital Colonia de Federal continúa trabajando, con ausencia de gran parte de los ejes que identifican a la Comunidad Terapéutica. El mito-realidad que hoy sobresale lo constituye la "cronificación" de los pacientes y de sus esquemas de tratamiento, siendo la terapia con psicofármacos la base del tratamiento, en tanto que el ocio pasó a ser el pasatiempo favorito de los internos, la contención socio-familiar ha quedado relegada a un último plano. "El banco del hospicio es como un banco a lo largo del muro". (Jacobo Fijman, 1968).

¿Será que el fantasma fundacional que envolvía los objetivos primarios de la creación del Hospital Colonia se perpetúan en el tiempo?, ¿Esas fantasías que el Dr. Camino describe habrían sido propiedad exclusiva de los pobladores de la época o se habrán infiltrado entre los trabajadores actuales del Hospital?, la no presencia de un líder reconocido y de un plan de trabajo genuino ¿habrá transformado la

[38] Benitez, C. Supervisora de Enfermería. Jubilada. Hospital Colonia. Federal. Entre Ríos. 1998.

mirada, la percepción de los trabajadores hacia el Hospital Psiquiátrico?, esa percepción ¿identificará el trabajo, particularmente de los enfermeros como repetitivo, rutinario, cronificante, estresante, enfermante?, ¿sólo lo identificarán negativamente?, ¿existirán otras significaciones que hagan que persistan en él...?

CAPITULO III

ENFERMERÍA, TRABAJO Y SALUD

En el marco de las transformaciones macroeconómicas se esbozan nuevas formas y condiciones de trabajo con nuevos riesgos para la salud de los trabajadores. Esta realidad histórica social en constante cambio implica un complejo vínculo de causa efecto en relación a que las condiciones de trabajo pueden ocasionar problemas de salud, tanto como que estos problemas de salud pueden alterar el desarrollo del trabajo. La revolución industrial trajo consigo modificaciones en las formas de trabajo, tendiendo a la incorporación de tecnología, deshumanización, situaciones laborales arbitrarias, subordinadas, monótonas y agresivas para el trabajador y potencialmente riesgosas para su salud.

El orden social capitalista actual, caracterizado por políticas neoliberales, globalización de la economía, cambios recesivos en el mercado laboral, produjo modificaciones en el contenido - estructura y organización del *trabajo* y en consecuencia vínculos deshumanizados, individualistas, de competitividad extrema. Estas consecuencias se han naturalizado y se observan en distintos conflictos, comenzando desde el microsistema, que es la familia, y reproduciéndose en el macro sistema social cuyo mayor representante es el *trabajo*, lugar donde el ser humano pasa la mayor parte del tiempo de su vida.

Carina Muñoz refiere el impacto de la "cultura del ajuste" neoliberal en el ámbito laboral. Comparte la idea general de que el neoliberalismo ha impactado en las formas de subjetividad y de lazos sociales desarrollados en la Argentina y en el mundo. Sostiene que las prácticas sociales de la competitividad y del individualismo, aceptadas en lo cotidiano, producen efectos negativos para la salud mental. En ese marco, se pregunta: "¿Cómo es posible que las mismas prácticas que generan tanto sufrimiento y malestar, se reproduzcan? ¿De qué modo nos afectan las actuales condiciones como para no tender a transformarlas aun cuando nos resultan frustrantes?

¿Cuáles son los alcances de estas afecciones en el plano de la subjetividad y de los vínculos que se establecen el campo de la salud mental? ¿Es posible hace jugar estas condiciones <<a favor >> de la salud mental?[39]

Desde otro punto de vista, podemos decir que el *trabajo* también puede entenderse como significante de satisfacción y realización personal, como modo de satisfacer las necesidades básicas, como el espacio para desarrollar cierto grado de sociabilidad y creatividad, concibiendo que el trabajo no solo es un derecho o una obligación, sino que además el trabajo es la principal actividad del ser humano desde un perspectiva antropológica. El trabajo como actividad humana desarrolla todas sus potencialidades creativas e imaginarias, cognitivas, relacionales y afectivas. Por lo tanto es considerado como un fin en si mismo y no como un medio de supervivencia.

El carácter social del trabajo permite al hombre adquirir y desarrollar un lugar en la sociedad. En el proceso laboral el trabajador comparte condiciones comunes de vida y de trabajo, en tanto que el tipo de acción que desempeñen las personas intervienen en la definición del carácter de las relaciones familiares, el tiempo dedicado al descanso, al esparcimiento, etc.

Ahora bien, esto puede resultar diferente si el trabajo es desarrollado en un ámbito laboral donde la escena se da en una institución de salud y la cronicidad. Erving Goffman dice que son "lugares de residencia y trabajo donde gran número de individuos en igual situación comparten una rutina diaria por un período de tiempo apreciable y le proporciona un mundo propio"[40], es decir, son espacios que resultan en fuertes generadores de estrés. Algunos estudios reflejan que el primer blanco de repercusión del estrés profesional en el campo de la salud es la *enfermera*, en lo que respecta a su estructura física y psicológica y a las relaciones con su entorno más cercano.

Las instituciones de salud de nuestro país, especialmente las de salud mental, han sido atravesadas por distintos avatares; entre la psiquiatría convencional, la antipsiquiatría, la institucionalización de los enfermos mentales, las terapias físicas, los

[39] Muñoz, C. "La salud Mental de las /os enfermeras /os en la cultura argentina del ajuste". Encuentro Nacional de Enfermeros de Salud Mental. Asociación de Enfermería de Córdoba. 2003. Pág. 1.
[40] Goffman, E. En Programa de capacitación en salud mental. Módulo I. "Salud, Trabajo y Condiciones de Vida". 2001.

tratamientos con psicofármacos, la creación de las comunidades terapéuticas con la inclusión del equipo multidisciplinario, los intentos de desmanicomialización, los retos por el cumplimiento de la Ley de protección al sufriente mental, los Derechos Humanos de los pacientes y en el reclamo de un rol más activo de la sociedad, avatares que no dejaron ajenos a los *enfermeros*. Ellos, como parte integrante de los equipos de salud y de todas esas modificaciones históricas, han tratado de acomodarse a las modalidades propuestas en cada momento respecto a la Salud Mental: observando, actuando, aprendiendo, profesionalizando la disciplina y desde un tiempo a esta parte: interpelando sus propias prácticas, aún con las dificultades que esta práctica implica para las propias enfermeras y enfermeros.

La salud mental ha sido motivo de grandes debates, publicaciones, discursos, se ha discutido y también se han producido cambios. Se ha criticado el modelo asilar ¡vaya! si se ha trabajado. *Pero sin embargo, las prácticas repetitivas, automatistas, con ideas naturalizadas y cronificadas e instituidas subsisten. Y donde subsisten estas prácticas producen impacto sobre la salud de los enfermeros; de la percepción de los enfermeros sobre sus trabajos.*

Oscar Hernández, un enfermero que escribe en Tomar la Palabra, la revista de los enfermeros del Hospital Colonia de Oliveros (Santa Fe) se pregunta "¿cómo tiene o tendría que ser nuestro rol de enfermeros en un hospital psiquiátrico?, ¿Qué tenemos que aprender?, ¿Cuánto más nos falta por entender?, ¿Cómo intentamos afinar nuestra relación con los terapeutas y entre nosotros mismos?, y que todo esto redunde en beneficio de los pacientes y nuestra propia Salud Mental."[41]

En el trabajo de enfermería se da una particular interacción entre el trabajo y la salud que están verdaderamente ligadas y cuyos resultantes pueden verse afectados recíprocamente. El trabajo de las enfermeras tiene por objeto el "cuidar a otro". Ese otro es un ser humano con dificultades en su salud, en cualquiera de las esferas bio – psico – social – espiritual. El trabajo de enfermería por tanto está dado en un marco de continua interacción con otras personas, pacientes y sus familiares, colegas

[41] Hernández, O. "Tomar la Palabra". Primera revista de enfermería en salud mental. Número 1. Vol. II. Colonia Psiquiátrica Dr. Freire. Oliveros . Santa Fe. Diciembre de 1999. Pág. 3

y otros miembros del equipo de salud. Y es la relación que establece la enfermera con el paciente el principal componente del proceso terapéutico e interpersonal, cuyo objetivo primordial es ayudarlo a recuperar la salud.

Ahora bien, en general, los que cuidan "a otro", los enfermeros, consciente o inconscientemente se autoexcluyen de ese cuidado de la salud. Como si los problemas de salud y enfermedad, son del otro y no también de quien ejerce ese cuidado. Esto parece acentuarse a la hora de hablar de salud y de enfermedad mental.

La salud de los trabajadores de salud

El equilibrio inestable y dinámico que es la salud se ve afectado por distintos factores. Las condiciones de trabajo, las relaciones interpersonales, la naturaleza de la tarea y la relación que se establezca con ella, afectan a todo profesional o trabajador, sin distinguir edad, sexo ni profesión u ocupación laboral que se posea. Así es que quienes se dedican a proporcionar cuidados de salud hacia otras personas también pueden verse perturbados y enfermar. La salud de los enfermeros puede verse afectada por diversos factores de riesgo entre los que se destacan los del orden físico, psíquico y social.

Existen diversos modelos para abordar estos factores de riesgo y sus efectos o consecuencias pueden darse a nivel biofísico, psicológico y social de los enfermeros. Según Lucía Artazcoz del Instituto Municipal de Salud Pública, Barcelona, existen evidencias científicas de que a nivel biológico las alteraciones se manifiestan por enfermedades cardiovasculares, lumbalgias, cervicalgias, hipertensión arterial, úlceras estomacales; trastornos psicológicos como ansiedad, depresión o insatisfacción laboral, estrés y a nivel social puede darse escasa productividad, aumento del ausentismo, pasividad en la vida personal. Refiere además que existe estrecha relación entre el trabajo altamente tensionante, escaso control sobre el trabajo y el escaso reconocimiento social de la profesión con las enfermedades mencionadas.

Los enfermeros poco hablan de su propia salud mental, lo que quizá encuentre su razón en el hecho de que los enfermeros se conciben solo como cuidadores, como quienes están para asistir y no para ser asistidos, para cuidar y no para

ser cuidados, y aquí vale mencionar lo que dice Virginia Henderson "poseemos la fuerza, la voluntad y el conocimiento..." para cuidar a las personas. Entonces cabe preguntarse si acaso los enfermeros no se piensan a sí mismos como personas que necesitan cuidado, también cuidado en relación a su propia salud mental. Es posible también que persistan fuertes prejuicios del sentido común que indica que el que trabaja en salud mental no está expuesto a los mismos sufrimientos que el resto de la población.

Según el Programa de Capacitación en Salud Mental el hombre actual vive sumergido en un mundo predominantemente conflictivo, cuyas tensiones comienzan ya en el núcleo familiar, es decir su propio micromundo que luego se derivan al macromundo donde los conflictos y luchas por el poder se dan en el orden mundial.[42] Uno de los entornos más cercanos a la persona y donde pasa la mayor parte de su tiempo extrafamiliar es el trabajo. Este trabajo puede resultar un generador de estrés, tal el caso del ambiente donde se desempeñan los enfermeros en salud mental, cuya oferta laboral transcurre entre la institución y la cronicidad.

Los problemas de salud mental en el ambiente laboral

Las formas de organización del trabajo están en relación directa con la salud del trabajador. "...la salud es lo más importante que tienen los trabajadores... sin salud no se puede trabajar. La manera cómo se trabaja tiene una relación directa con los estados de salud y enfermedad de la población laboral".[43] Sin embargo, el trabajo puede producir deterioro a nivel físico y/ o mental, así como enfermedades manifestadas a través de múltiples lesiones.

Según Carina Muñoz, las formas nosológicas que definen los problemas más comunes de salud mental en las enfermeras hoy están focalizadas en el Burn out y el Mobbing, como resultados emblemáticos y relacionadas a la cultura del ajuste en nuestro país. En el caso del Burn out, Muñoz escribe "se trata de un síndrome

[42] Programa de Capacitación en Salud Mental. Módulo I. "Salud, Trabajo y Condiciones de Vida". Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras. Factores de riesgo en su salud mental, cómo repercute en las instituciones de salud. Año 2004.
[43] Programa de capacitación en salud mental. . Ibid.

de cansancio emocional que lleva a una pérdida de la motivación profesional, a la despersonalización, con sentimientos de inadecuación y fracaso (Maslach; 1982). Los factores predisponentes, tienen que ver con a) el *contexto laboral* de inestabilidad, bajos salarios, amenaza de mala praxis, sobreexigencias, ambigüedades en los fines y objetivos institucionales; b) factores individuales como rasgos de vulnerabilidad, con escasos recursos socioafectivos, con escaso umbral para las frustraciones, con falta de motivación en el ejercicio profesional o bien, al contrario, las personas <<adictas al trabajo>> con alto nivel de autoexigencia, que suelen tener dificultades para disfrutar del tiempo libre con vida social, recreación o actividades creativas y, finalmente, la falta de formación en la tarea aumenta el estrés laboral. Otros factores importantes son c) las relaciones interpersonales conflictivas o competitivas abonan este tipo de trastornos y, d) la naturaleza de la tarea, el trato directo con pacientes y familias con alto nivel de demanda emocional, el volumen de trabajo y las presiones para realizar la tarea así como el nivel de reconocimiento y jerarquización profesional." [44]

En tanto del Mobbing, dice Muñoz, es "un síndrome de estudio muy reciente, está contextualizado dentro de la categoría de los "malos tratos y abuso de poder" y de las "enfermedades laborales" (Leymann; 1994). Los rasgos que lo diferencian de cualquier otro tipo de conflicto interpersonal en el medio laboral son, la duración, la repetición y la relación asimétrica o desigual entre las dos partes del conflicto. Se da cuando existe la figura de un acosador, cuyo rasgo típico es la perversidad; una víctima, que suele ser una persona vulnerable o bien muy destacada individualmente en el grupo. Pero, además, es preciso que exista también un grupo que tolere la situación de acoso, es decir, el acoso requiere de una comunidad de cómplices. Es decir, no se trata de meras <<explosiones>> de violencia contingente, que pueden ocurrir en cualquier relación interpersonal. Según Joana Fornes, catedrática de Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Baleares, el acoso incluye dos fenómenos concurrentes: "A) el abuso de poder y la manipulación perversa por parte del agresor. B) una institución incompetente para resolver conflictos." Y, retomando la tesis de C. Dejour sobre la trivialización social del mal, advierte cómo

43 Muñoz, C. Op cit. Pág. 5

"personas normales, carentes de toda hostilidad, cuando trabajan pueden convertirse en agentes de un proceso atroz de destrucción." (Forner; 2001).[45]

Siguiendo a M. Heredia y S. Malvárez, C. Muñoz explica que estos sufrimientos, se sobreagregan a la carga emocional ansiógena significativa de la relación terapéutica que suponen los cuidados enfermeros (Heredia; 2002. Malvárez; 2002). Asimismo, agrega, "las nuevas condiciones de trabajo con deterioro progresivo del salario y de las condiciones de seguridad laboral, las transgresión sistemática de la ley de ejercicio tanto en el sector público como en el privado, las tendencias a la especialización y fragmentación de la tarea, la falta de horizontes de discusión y producción científicas y tendencias definidas desde una agenda propia, hacen de esta profesión un lugar cada vez más difícil. Todo ello, además, en una conflictividad social creciente, en que la violencia social se traslada desde los pacientes y sus familiares al personal de salud, especialmente a las enfermeras".[46]

Desde su punto de vista, estas formas de sufrimiento se traducen como una desgracia personal o como la generalización de un mal que termina siendo naturalizado. Para Muñoz, el estrés laboral se relaciona con la aceptación de condiciones no humanas al punto de producir problemas de salud física y psíquica. El acoso moral, reflexiona, es el paradigma de las relaciones cosificadas, donde prima el individualismo y la apatía de los grupos hacia la falta de justicia y el maltrato a los demás, síndrome de reciente estudio cuyas características distintivas de ser repetitivas, durables en el tiempo y asimétricas en cuanto a la relación entre partes, hacen del Mobbing o acoso moral una de las patologías relacionadas al ambiente laboral, ligadas a las relaciones laborales conflictivas como causantes de alteraciones de la salud mental y productoras de enfermedad laboral.

C. Muñoz retoma planteos de la antropóloga francesa Michele Petit quien expresa que cuando no se puede expresar el malestar a través de la palabra, el cuerpo habla a través del síntoma o de la simple violencia (Petit, 2000) y menciona la necesidad que tienen las enfermeras de crear espacios para hablar de los problemas, de las causas de malestar, tratando de desnaturalizar estos inconvenientes tendiendo a

[45] Muñoz, C. Ibid. Pág. 5
[46] Muñoz, C. Ibid. Pág. 5,6

alcanzar la humanización de los vínculos y lograr lugares de trabajo solidarios y eficientes.

CAPITULO IV

LA ENFERMERA EN SALUD MENTAL

¿Qué es la Enfermería?

En sus orígenes la Enfermería no era considerada una profesión, sino una ocupación basada en la experiencia práctica y en el conocimiento común, sin considerar el conocimiento científico. La Enfermería comienza a constituirse como campo profesional y de conocimiento en el siglo XIX; ha sido definida desde diferentes acepciones y concepciones; de la mano de Florence Nightingale, pionera en la profesión con la publicación de su libro "Notas de Enfermería", en 1852, sentó las bases de la Enfermería como profesión, aquí define el aporte específico que la Enfermería da al cuidado de la salud y en 1859 describe la Enfermería como "la encargada de la salud personal de alguien ... y lo que la enfermería tiene que hacer ... es poner al cliente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él"[47]

Los teóricos de Enfermería desarrollan conceptos y postulados que manifiestan los objetos de interés para la profesión (Fawcett, 1989), desde donde extraen teorías que representan sus objetivos y filosofías basados principalmente en principios, valores y opiniones que gobiernan la práctica laboral. Parte de estas definiciones teóricas reflejan a la Enfermería como ciencia y arte con conocimientos que le son propios basados en teorías científicas orientadas a la salud y bienestar de las personas. En tanto que la práctica enfermera se apoya en aspectos físicos, psicosociales y espirituales, considerando todo el entorno del individuo, de las familias y comunidades.

Entre 1950 y 1960 se formó una corriente filosófica tendiente a buscar fundamentos de la profesión y así fueron surgiendo las distintas teorías. La década anterior a esta había estado limitada en su desarrollo teórico por influencias como el matiz femenino y religioso de la profesión, en esa época la mujer no participaba de

[47] Iyer, P y otros. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3° ed. McGraw – Hill Interamericana. México. 1997. Pág 2

estudios científicos, la realización única de actividades delegadas por superiores, el escaso nivel de estudio previos a la formación de enfermeras, la situación sociopolítica de los países y las guerras continuas, el gran apogeo de la medicina que centraba su atención en el médico y no en el paciente. A partir de allí se gestan otros modelos que aportan diferentes filosofías tendientes a ayudar a entender la Enfermería y el concepto de cuidado. La Enfermería es un proceso terapéutico e interpersonal, que funciona en colaboración con otros procesos del ser humano, posibilitando que los individuos alcancen la salud.

El concepto de *cuidado* de Enfermería

La Enfermería como práctica se define desde el concepto de cuidado. La acción de las enfermeras y los enfermeros está destinada al cuidar. Es decir, interactuar con otros individuos o grupos, sanos o enfermos, con el objeto de promover la salud y atenderlos durante la enfermedad a través de los niveles de la prevención, del diagnóstico, del tratamiento y de la rehabilitación. El cuidado constituye una forma de interacción centrado en la salud y la enfermedad, los problemas, los intereses y las necesidades en el campo de la salud definen el inicio de la interacción, la, promoción de la salud y la atención de la enfermedad que en definitiva son los medios para contribuir al bienestar, la calidad de vida y el desarrollo de las personas con las que interactúa.

Dorothea Orem define que el concepto de cuidado surge de las proposiciones establecidas entre las concepciones de entorno, persona y salud, mediante el cuidado se ayuda a la persona a satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico.

La enfermería en Argentina

La enfermería en Argentina se desarrolla junto con el surgimiento del Estado nacional. Inicialmente fuertemente ligada al campo religioso, a la caridad, en los hospicios y luego, con un proceso de secularización, de independización de lo religioso para transformarse en una actividad liberal, basada en conocimientos científicos. Esto estuvo acompañado por el surgimiento de escuelas de enfermería que se iniciaron a principios del siglo XX. Las transformaciones dadas en las prácticas y organizaciones

de salud, como consecuencia de ello y de las tendencias mundiales a respecto vienen también transformando las prácticas de enfermería.

Como en la mayoría de los países latinoamericanos, en la Argentina, la Enfermería tiene rasgos críticos tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo: dificultades en la calidad de formación, fuertes diferencias de calificación, desde auxiliares de enfermería hasta licenciados en enfermería, todos igualmente aceptados en todos los puestos de trabajo y muy bajo número en relación con la población. Es conocido el déficit de enfermeros en el país. Esta problemática tiene sus raíces en el proceso de constitución histórica del actual modelo de atención, asumiendo también connotaciones sociales en cuanto a la escasa valoración social y profesional de la enfermería. Numerosos programas dedicados a analizar las problemáticas del sector, han identificando sus áreas críticas, entre las más sobresalientes se destacan las malas relaciones interpersonales, el ausentismo, la escasa valoración social de la profesión, los bajos sueldos, horarios rotativos, entre otras.

El impacto de la crisis económica y las políticas de ajuste que ha sufrido nuestro país en los últimos años, con el consabido deterioro del hospital público, produjeron fuertes huellas sobre las condiciones de trabajo del personal de enfermería y han interferido en el proceso de educación y organización del trabajo. En este sentido las malas condiciones de trabajo (bajos salarios, beneficios exiguos, turnos rotativos, horarios rígidos exceso de paciente a cargo, falta de oportunidades para capacitarse, falta de reconocimiento social, indiferenciación de funciones, estructurados sistemas de organización verticalistas, etc.) constituyen factores de expulsión y de falta de atractivo de la profesión de enfermería en argentina, lo que inevitablemente repercute en la calidad de atención tanto como en el clima laboral de las enfermeras, pues se evidencian situaciones de dicotomía y fragmentación en el hacer, interferencia en las relaciones interpersonales, las prácticas y las funciones.[48] Así, frente al nuevo milenio, las enfermeras argentinas definieron como eje de las políticas públicas para el sector: "Fortalecer la imagen de la profesión, a través de acciones visibles que permitan identificar y valorar a la enfermería como importante fuerza social con relación a su

[48] Módulo de Teorías y Tendencias en Enfermería. Licenciatura en Enfermería. Educación a Distancia. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. 1999

esencial contribución a la salud de la población" (Políticas Argentinas de Enfermería para el decenio 2000)[49].

La enfermería como trabajo institucionalizado

La institución genera por cierto distintos roles, jerarquizando unos sobre otros y su funcionamiento basado en organigramas clásicos y verticalistas genera presiones sobre todos los niveles de la escala jerárquica, produciendo en ellos diferentes grados de alienación. Es así que pueden observarse expresiones sintomáticas que son pronunciadas más enfáticamente a medida que se desciende en la escala jerárquica, recayendo sobre las enfermeras el mayor peso ya que sostienen con su labor las falencias y deficiencias del sistema.

El ámbito laboral sobre el que se desempeñan las tareas de enfermería requiere como soporte fundamental lazos solidarios, cooperativos y de reconocimiento entre sus pares a fin de dar sostén a la propia identidad. Sin embargo, la situación es otra, los enfermeros buscan reconocerse en otros, que no son sus pares y que socialmente gozan de mayor prestigio, así lejos de encontrar vías de sostén e intercambio en tanto grupo sometido establecen relaciones de rivalidad y competencia que reproduce en espejo su propio maltrato, disminuyendo la autoestima y valorización de su propia situación. "Así la ética de la vocación de servicio se convierte en el imperativo del *súper yo*, en cuanto todo esfuerzo es poco, cualquier debilidad, cualquier beneficio es vivido con culpa. Asume desprestigio como imperativo hacia su par, convirtiéndolo en un rival"[50].

Según Bleger, la mejor dinámica dada en el marco institucional no está marcada por la ausencia de conflictos, sino por la posibilidad de expresarlos, de tratarlos y encontrar respuestas, es decir, depende del grado de sumisión de sus actores en el marco de sus propias tareas. Sostiene que el conflicto es un elemento imprescindible en el desarrollo de las manifestaciones humanas, que la patología del

[49] Revista de Enfermería del Hospital Italiano. Año 4 -Número 11- Diciembre 2000

[50] "Perfil Epidemiológico Social del Personal de Enfermería. Determinaciones en su Salud Mental". Proyecto realizado en conjunto entre el Movimiento Solidario de Salud Mental y el Departamento de Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires. (Resumen) Revista Argentina de Enfermería. Número 26. Mayo, 1990. Pág. 46 – 59.

conflicto más que relacionarse con el conflicto mismo lo hace con la ausencia de los soportes necesarios para resolverlos o dinamizarlos. Generalmente el conflicto encubre el verdadero problema.

Desde el punto de vista de Bleger la vida de los seres humanos transcurre en gran medida en el marco institucional, y ésta constituye parte de la organización subjetiva de la personalidad incluyendo el esquema corporal la institución o parte de ella. Las personas encuentran en las instituciones una suerte de soporte, de seguridad, de identidad, de inserción social o de pertenencia. Desde lo psicológico la institución forma parte de la personalidad de los individuos, configurando distintas significaciones y valores. Cuanto más integrada la personalidad menos se dependerá del soporte que da la institución, cuanto más inmadura más dependiente de la misma.

Así como la personalidad tiene constituidas dinámicamente sus defensas, parte de estas se concretan en las instituciones, en ellas se dan los procesos de reparación y de defensa contra las ansiedades psicóticas. La institución es el medio por el que pueden enriquecerse o empobrecerse y vaciarse como seres humanos, en tanto lo que usualmente se llama adaptación constituye la rendición a la alienación y el sometimiento a la estereotipia institucional.

En la institución hospitalaria el contacto directo y permanente con la enfermedad hace que la tarea resulte altamente ansiógena, generadora de tensiones, tanto a nivel del equipo médico como de los otros miembros del equipo de salud, entre quienes se destaca al personal de enfermería por tener una exposición permanente frente a esta realidad. La estabilización, la estereotipia, la monotonía además de cumplir funciones psicológicas dentro de la institución, llevan por otro lado a un continuo y reiterado desgaste y empobrecimiento de las relaciones interpersonales entre otros tantos problemas.

Modelos o teorías de la enfermería en la salud mental

La enfermería psiquiátrica o en salud mental, según Joyce Trabelvee, "se define como un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera ayuda a una persona, familia o comunidad con el objeto de promover la salud mental, prevenir o

afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental si es necesario contribuir a descubrir un sentido a estas experiencias".[51]

Desde las primeras teorías de Enfermería formuladas por las pioneras de la profesión, el sistema teórico ha basado sus supuestos partiendo de una concepción del hombre como una combinación única e irrepetible de factores físicos, cognitivos, sociales, emocionales y espirituales indivisibles. Según Cook – Fontaine desde la primera teoría de Enfermería propuesta por Florence Nightingale, con su teoría del entorno, se enfatizó la visión holística del ser humano, y fue esta Enfermera quien insistió en que la Enfermería debía definirse a si misma como profesión con sus propias bases teóricas y científicas. Primero surgieron los modelos teóricos médicos de enfermería que dieron lugar a la compilación de manuales de procedimientos. Fue luego de la Segunda Guerra Mundial que se avanzó y se logró enfocar y direccionar la Enfermería desde un modelo de Enfermería como tarea a Enfermería como procesos interpersonales, esta valoración de los procesos interpersonales se evidencia a través de la descripción del trabajo de las enfermeras teóricas de la época.

Los modelos más significativos y que dieron importantes aportes a la Enfermería como profesión fueron los de Virginia Henderson; Hildegard Peplau; Ida Jean Orlando; Dorothy Johnson; Imogene M King; Juane Mellow; Dorothea Orem; Martha Rogers; Joyce Travelbee; Sister Callista Roy; Betty Neuman.

Para Cook – Fontaine el primer trabajo de V. Henderson publicado en 1939, mostraba clara influencia de la teoría de las necesidades humanas, proponiendo la imposible separación de la personalidad, la mente y el cuerpo. Veía como función única de la Enfermera la de ayudar al paciente, escribió acerca del cuidado centrado en el paciente, planteó el rol y función en forma independiente de la Enfermera (Safier, 1977).

Según Cook – Fontaine, "Peplau definió la Enfermería como un proceso interpersonal"[52], donde desarrollaba el modelo de las relaciones interpersonales, principalmente desde los conceptos de crecimiento, desarrollo, comunicación y roles. El núcleo de su teoría lo constituyó la relación terapéutica enfermera – paciente, la

---

[51] Programa Nacional de Capacitación en Salud Mental. Op cit.
[52] Cook, S; Fontaine, K. L. Enfermería Psiquiátrica. 2° edición. Madrid. España. Interamericana. 1993. Pág. 51

comunicación era para ella un instrumento válido para establecer esta relación terapéutica y colaborar en el proceso de solución de los problemas de los pacientes. Reconocía la unidad de cada persona impregnado por aspectos culturales y biológicos. Propuso cuatro fases de la relación terapéutica y aún hoy ejerce una fuerte influencia en el marco teórico y práctico de la Enfermería en Salud Mental.

De acuerdo a Cook; Fontaine, Ida Orlando propone como resultado de sus propias observaciones de enfermería la teoría de la comunicación, al tiempo que observó la necesidad de utilizar el proceso de enfermería como instrumento para solucionar los problemas de los pacientes. En tanto, Dorothy Johnson propuso el modelo de sistemas conductuales, de acuerdo a lo que Cook; Fontaine describen, definió la persona como ser bio – psico – social, influenciada por la teoría general de sistemas y la teoría de las necesidades humanas. Definió los cuidados de enfermería como servicio hacia la persona cuyo primordial propósito lo constituía el que la enfermera ayude al paciente a alcanzar y mantener cierto grado de estabilidad.

Según Cook; Fontaine, el trabajo de Imogene King en su teoría del logro de metas, estuvo influenciada por la teoría general de sistemas, consideró la Enfermería a partir de un proceso interaccional dado entre la enfermera y el paciente y consideró a las personas como sistemas abiertos, donde entre ambos lograban la consecución de los objetivos propuestos a través de la comunicación. King definió al proceso de enfermería desde la acción, reacción, interacción y transacción de los sistemas sociales (King, 1981)

Para Cook; Fontaine, Mellow propone un abordaje teórico desde la perspectiva psicoanalítica, considerando que entre la enferma y el paciente se daba una relación del tipo simbiótica, donde la enfermera según Mellow, debía aportar su experiencia emocional correctora a partir del desarrollo de vínculos emocionales como lo eran hablar, escuchar, bañar, alimentar, vestir, divirtiendo al paciente (Lego, 1975; Murry y Huelsloetter, 1983) En tanto Martha Rogers, contribuyó, según Cook y Fontaine, con los conceptos de humanos como unitarios y sinérgicos, basándose también en la teoría general de sistemas. Propuso que la interacción entre las personas ayudaba a reconocer el máximo potencial de salud. A partir de reconocer los procesos vitales de las personas creyó el proceso de enfermería desde el diagnóstico, actuación y la evaluación de las actuaciones de enfermería (Rogers, 1970).

Según Cook y Fontaine, J. Travelbee, reconoció como naturaleza única de la enfermería las relaciones interpersonales. Reconoció que la enfermera ejerce ayuda al paciente y su familia en la prevención o afrontamiento de la enfermedad y a dar significación a esa experiencia. Mientras que S. Callista Roy, desarrolló el modelo de adaptación, basado en la teoría homónima. Describió que los seres humanos estaban conformados por elementos unidos y susceptibles de tensiones, y que el paciente como receptor de los cuidados de enfermería era un sistema adaptativo. Definió al sistema como mecanismo de entradas, procesos internos y de feed-back y de salidas. Describió que la función de la enfermera era promover la adaptación del paciente, concibió la enfermería como proceso de solución de problemas. En cuanto al proceso de enfermería identificó seis pasos que describió como primer y segundo nivel de valoración, identificar el problema, establecer objetivos, seleccionar las intervenciones y realizar la evaluación (Roy y Roberts, 1981).

Betty Neuman, de acuerdo a lo que describen Cook; Fontaine, desde el modelo de sistemas, propuso un abordaje de la persona en su globalidad para alcanzar la solución de sus problemas. Definió la enfermería desde variables que afectan la respuesta de la personas a agentes estresores. Desarrolló un instrumento de valoración e intervención para la obtención de los datos biográficos del paciente, los factores estresantes que identifique, los factores de estrés percibidos por los cuidadores, la identificación de factores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales, los objetivos y el plan de acción (Neuman, 1980).

Bases filosóficas de la enfermería en salud mental

La filosofía proporciona fundamentos a la Enfermería. La enfermera que ingresa al centro de Salud Mental lleva consigo sus propias creencias y valores que sustentan las acciones destinadas al cuidado de los pacientes. La Asociación de Enfermeras Americanas (ANA), ha formulado pautas para la práctica de la enfermería en salud mental cuyo propósito específico es mantener la calidad de los cuidados destinados a los pacientes con enfermedad mental. Refiere a la función de enfermería

como "el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud reales o potenciales"[53].

Según J. Cook y K. Fontaine, autoras de uno de los libros más difundidos en la formación de enfermería en nuestro país, esta definición describe la amplitud de los cuidados de salud por parte de los enfermeros, en concordancia con el complejo sistema de salud general, por lo que se han desarrollado disciplinas especializadas tendientes a dar cobertura a las múltiples necesidades del ser humano. Es así que una de esas disciplinas especializadas la constituye la enfermería en salud mental, que Evans y col. (1976) han definido como "un área especializada de la práctica de la enfermería que emplea teorías de la conducta humana como su ciencia y hace uso intencionado del yo como su arte. Está dirigida a tener un impacto tanto preventivo como correctivo sobre los trastornos mentales y sus secuelas, y se preocupa de la promoción de una óptima salud mental para la sociedad"[54].

J. Cook y K. Fontaine explican que las bases filosóficas que rigen la enfermería sirven para aplicar, clarificar y justificar sus prácticas. Estas prácticas hayan sus justificaciones en las bases teóricas, psicológicas y sociales, y es en el análisis de las teorías donde se fundamenta la relación con la práctica de la enfermería en salud mental. Las bases de la enfermería en salud mental devienen de la naturaleza misma de la experiencia humana, es decir de las actitudes, de los valores, de los sentimientos y de las emociones de las personas. Estas justificaciones filosóficas se basan en el enfoque teórico de los conceptos del proceso de enfermería, en el enfoque psicológico de las premisas del ser humano y en el enfoque social de los modelos profesionales admitidos en la práctica de la enfermería en salud mental. Para Cook y Fontaine las teorías analizan los hechos y sus relaciones, ayudan a presagiar el mundo existente y organizan en forma sistemática sus declaraciones. "Una teoría puede describirse como los fundamentos racionales de la ideas filosóficas (Yura y Walsh, 1978)"[55].

J. Cook y K. Fontaine describen que las enfermeras además de la base filosófica de su profesión deben entender las teorías de muchas disciplinas, en tanto que

---

[53] Cook, S.; Fontaine, K. L. Ibid Pág. 46
[54] Cook, S.; Fontaine, K. L. Ibid Pág. 46
[55] Cook, S.; Fontaine, K. L. Ibid. Pág. 47

la praxis de la enfermería en salud mental evolucionada a lo largo del tiempo ha sido influenciada por los cambios sociales, científicos y tecnológicos, pero es en el campo de las teorías de enfermería desarrolladas dentro de las estructuras del proceso de atención de enfermería donde se ha producido el mayor adelanto. Estos postulados proporcionan herramientas para la organización del pensamiento, para la observación y para la interpretación del proceso de enfermería. Esta teorización de la enfermería se ha basado en la suposición de que cada individuo es una combinación única de factores físicos, cognitivos, emocionales y espirituales inseparables. Enfermería enfatiza en dar una visión holística al ser humano y atenderlo en consecuencia.

Estas autoras subrayan que la enfermería debe destacar también sus propias filosofías de la salud y del sufrimiento, ya que sus propias creencias y valores otorgan significados a la práctica dentro de la trama interpersonal. Las creencias de cada enfermero hacia su rol profesional se fundamentan especialmente en el cuidar, en tanto que esto no es simplemente un sentimiento o un valor sino que constituye una forma de relación con los demás, implica la jerarquía que se le asigna a las personas y la capacidad de comprometerse genuinamente y de dar respuestas a la otra persona. "En las relaciones de cuidados, las enfermeras están motivadas a realizar acciones por consideración a los clientes, y se comprometen a ayudar a los clientes a cubrir sus necesidades y a crecer hacia el potencial (Holderby y McNulty, 1982; Watson, 1985)"[56].

Las filosofías de salud, sufrimiento y enfermedad establecen las prioridades, el insumo de tiempo, la energía necesaria para las actividades, y el grado de emoción que implica, en tanto el conjunto de valores y creencias tienen relación con la propia consideración de las enfermeras, el grado de satisfacción hacia el trabajo, contribuyendo a desarrollar una filosofía de vida que luego impacta a nivel personal y profesional.

El Programa de Capacitación en Salud Mental del Departamento de Enfermería Central, División Psicogerontología, Secretaría de Salud, dice que en el lugar de trabajo se produce una continua interacción con otras personas, las que según Hildergard Peplau <viven en equilibrio inestable>, la constante búsqueda de armonía puede ocasionar tensión y en consecuencia los individuos presentan diferentes

[56] Cook, S.; Fontaine, k. L. Ibid. Pág. 6

comportamientos tendientes a satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. Estas conductas suelen determinar malestar o bienestar influyendo en diferentes grados en la personalidad y el temperamento de la persona.

La tolerancia ante los agentes productores de tensión, la aceptación de los cambios, la capacidad de adaptación, la inclinación a correr riesgos y el valor que se le otorga a la satisfacción inmediata confieren considerables efectos en la salud de los trabajadores. Por su parte la comunicación es otro aspecto importante de la interacción con los demás, abriendo así un mecanismo de retroalimentación y por ende produciendo disímiles formas conductuales. Este feed-back dado a lo largo de la vida de las personas está impregnado de situaciones de tensión, la capacidad para poner en actuación los mecanismos de ajuste y resolución, contribuyen a alcanzar el equilibrio, a crear recursos propios para esgrimir, aceptar o resolver la crisis o por el contrario vivir en estado de conflicto.

En este Programa describen el conflicto como parte de la vida y del trabajo de las personas, el modo cómo cada uno lo maneja se relaciona a factores como la educación, la historia de vida, las experiencias previas, las características de la personalidad, el grado de tolerancia y de habilidad. "El conflicto está presente en toda organización, su presencia influye en los pensamientos, acciones y comunicación. Puede ser funcional, es decir estimulador, constructivo de nuevos caminos pero el nivel disfuncional implica que existe una excesiva tensión, apremio y hostilidad, esto determina en los actores sociales de la organizaciones de salud específicamente un quiebre comunicacional, relacional y de interactuación que conllevan la ineficiencia de la prestación, el fracaso y la exclusión".[57]

En tanto expresan que el concepto de trabajo en su idea más reduccionista es considerado como fuerza manual capaz de transformar objetos, tradicionalmente se concebía al trabajador como un simple factor de producción. Tan pronto como las organizaciones tayloristas y fordistas entraron en crisis se comenzó a cuestionar este concepto. Aparece la preocupación por determinar los riesgos físicos, controlarlos y limitarlos; pero esto tiende a disimular el carácter social del trabajo y como no se trata de eliminar los riesgos respetando la percepción del trabajador, la salud

[57] Programa de capacitación en salud mental. Ibid.

tiende a considerarse un bien negociable, donde los accidentes o las incapacidades se pagan bajo códigos de primas por riesgo, trabajo insalubre, etc.

En este Programa de Capacitación se describen tres pilares básicos de los que dependen el trabajo y la salud mental de los enfermeros que abordan el sufrimiento psíquico: la relación cuantitativa enfermero – paciente; la formación y la capacidad de gestión, los que de no darse como tales pueden convertirse en factores productores de estrés laboral, complicando el pleno desarrollo de la tarea, demostrando la complejidad de un problema compuesto por múltiples factores, lo que implica que no pueden significarse por si solos, sino que son emergentes de una realidad histórico – social concreta y en cambios constantes. "El hombre en situación de trabajo, pasaría a ser un nuevo eje desde donde es pensada su salud..."[58]. "Las características de la organización del trabajo determinan el contenido del mismo, la forma de inserción del trabajador en el proceso productivo, la duración de la jornada, el ritmo al que se produce, las modalidades de control del propio trabajador, la complejidad de las tareas, etc. Es por todo esto que el tipo de organización del trabajo posee efectos directos sobre la salud de los trabajadores, sobre su salud mental, física y psíquica"[59]

La perspectiva filosófica de enfermería define el modo en que la enfermera se posiciona en relación con ella misma, con las instituciones y con los pacientes. Determina también el principal componente de su rol que es el concepto del cuidado, cuidado no solo como emoción sino como valores y formas de relacionarse con los demás. Desde la perspectiva de Silvina Malvárez, referente de la Enfermería en Salud Mental de la Argentina, enfermería organiza su trabajo, determina las prioridades y el tiempo que se destina a las tareas, también fija el grado de energía y emotividad que se despliegan en ellas. El hecho de conocer las emociones propias, permite anticipar las reacciones de cada uno con el paciente, los elementos que se movilizan internamente a raíz de la interacción que se da con el paciente. Estos valores y creencias dan directrices y significaciones a la práctica de la enfermería en el contexto interpersonal.

El adecuado análisis de estos puntos y su resolución en el terreno idóneo, posibilitan al enfermero una actitud terapéutica y un trabajo eficaz. El

[58] Korinfeld, S.; Marcos, M. F.; Alimena S. Congreso Nacional del Trabajo Artículo El nuevo paradigma económico – productivo y las condiciones de trabajo. 2001. Pág. 9
[59] Korinfeld, S.; Marcos, M. F.; Alimena S. Ibid Pág. 9

autoanálisis de las enfermeras, como proceso dinámico y sostenido, les permite conocerse, comprenderse desde el interior en sus aspectos físico, emocional, social y espiritual, dando también respuesta a cómo cada uno interacciona con los demás, ayuda a identificar las necesidades, a asumir la responsabilidad de la conducta propia y del efecto de esa conducta sobre los demás. Esta autocomprensión tiene ventajas para las enfermeras, ya que les permite aceptar sus potencialidades y sus limitaciones al tiempo que pueden trabajar en su crecimiento interior, es decir adquieren capacidad de responsabilidad de sus éxitos y fracasos. La persona que no conoce aspectos de si misma tiende a razonar defensivamente o a proyectar estos rasgos a un tercero. La autoaceptación constituye un requisito previo para la aceptación de los demás.

Relación terapéutica enfermera/o – paciente

En el proceso de enfermería, la relación enfermera/o – paciente es el factor clave, es el medio por el que las enfermeras valoran los pacientes, formulan diagnósticos, planifican, ejecutan acciones y evalúan la eficacia del proceso. "La relación terapéutica es el instrumento principal del cambio (Kasch, 1984). Para facilitar el cambio, las enfermeras definen y valoran la naturaleza de sus relaciones con los clientes desde una perspectiva holística"[60].

Según Silvina Malvárez, existen cuatro componentes que intervienen en la relación terapéutica enfermera – paciente: el componente físico incluye los procedimientos y habilidades técnicas; el componente emocional es la respuesta al otro admitiéndolo como ser humano, aquí las enfermeras deben aportar consideración positiva, no juzgar, aceptación, cariño, empatía, autenticidad, congruencia en el mensaje verbal y no verbal, capacidad para no revelarse a si mismo y este comportamiento incluye técnicas de observación, análisis, comunicación; el componente espiritual es el sentimiento de conexión entre enfermera y paciente, es preciso que la enfermera esté en armonía con sus valores espirituales para respetar la de

[60] Cook, S.; Fontaine, K. L. Op cit . Pág. 14

los pacientes; el componente del poder se relaciona a la idea del control, su equilibrio permite que la enfermera motive al paciente en la participación hacia el logro de conductas adaptativas. Estos componentes, según los apuntes de la Cátedra deben estar interrelacionados y funcionar como unidad, considerando que la esencia de las relaciones es la implicación.

Por su parte J. Cook y K. Fontaine dicen que la esencia de las relaciones está dada por la implicación, que según Golsborough (1969, p.66): <<La implicación esencialmente es cuidar profundamente lo que está sucediendo y lo que podría sucederle a una persona, y luego hacer algo con y para esa persona. Es alcanzar, tocar y escuchar el ser interior del otro >>[61].

Para Silvina Malvárez, la relación enfermera paciente es un proceso interpersonal particular en el que se desarrolla el cuidado. Explica que para que el proceso resulte eficaz requiere de ciertos elementos actitudinales, que la enfermera ha desarrollado previamente permitiéndole enfrentarse al paciente, tales como el compromiso, es decir, la preocupación e interés auténtico por comprender al enfermo, priorizando las acciones tendientes a satisfacer sus necesidades; la aceptación, es decir reconocer al paciente como único, independiente y con su forma de reacción particular hacia la situación que vive; la objetividad, tratar de mantenerse ajeno a las emociones o prejuicios personales que entorpezcan o distorsionen la realidad; la sinceridad, es la necesidad de ser genuinos con uno mismo y con los demás; la estabilidad emocional, es la madurez que requiere la enfermera para desarrollar su práctica, le permite manejar su ansiedad, resolver problemas, mantener una línea de conducta, flexibilidad ante los cambios y reacción adecuada a las distintas circunstancias. Afirma que mantener en equilibrio estas actitudes permite a la enfermera estar bien consigo misma, actuar correctamente y mantener relaciones interpersonales en el marco terapéutico.

En síntesis, como plantean Nosetto y Muñoz[62], hay dos grandes tendencias contrapuestas, o modelos de atención de enfermería en Salud Mental: un modelo tradicional, manicomial, asilar –custodial, cronificante, basado en una atención

[61] Cook, S.; Fontaine, K. L. Ibid. Pág. 14

[62] Muñoz, C. (2003) Materiales de Cátedra de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. FCVYS. UADER

rutinaria, otro modelo que se plantea la función terapéutica de enfermería, basada en un cuidado centrado en la subjetividad del paciente y con vistas a su reinserción social.

La enfermera que trabaja en salud mental y su propia salud mental

La enfermera que trabaja en salud mental desarrolla sus acciones profesionales con el objeto de ayudar a individuos y sus familias, al entorno social – comunitario, enfocado a la promoción y prevención de la enfermedad, al tratamiento oportuno y eficaz, así como la reinserción social del paciente si es que la enfermedad está instalada. Los distintos niveles en que la enfermería realiza su intervención significan un elevado grado de compromiso personal, convirtiéndose en un instrumento terapéutico importante. La filosofía de salud que cada enfermera tenga influye en la forma de dar y recibir los cuidados de salud, abordando a los clientes desde una perspectiva holística y considerando que las distintas dimensiones que conforman al ser humano son inseparables y están íntimamente relacionadas.

En el lugar de trabajo es donde la persona transcurre gran parte de su tiempo, a través de él busca alcanzar la satisfacción de las necesidades básicas; el trabajo constituye también un espacio de sociabilidad y creatividad. Algunos de estos lugares de trabajo han dejado de ser sitios seguros y saludables. Existen profesiones como la Enfermería donde se trabaja de cerca con el sufrimiento y el dolor. En la esfera de la salud mental y psiquiatría, los enfermeros desempeñan su función en ámbitos ligados a la cronicidad; son "lugares de residencia y trabajo donde gran número de individuos en igual situación comparten una rutina diaria por un período de tiempo apreciable y le proporciona un mundo propio (Erving Goffman)".[63]

Estos espacios son generadores de estrés precisamente porque los enfermeros trabajan con el sufrimiento psíquico. Vale aquí mencionar dos elementos claves como son el contexto y las características propias como factores condicionantes e interrelacionados entre sí. El estrés profesional produce un impacto en las personas y

[63] Programa de capacitación en salud mental. Op cit.

son las enfermeras el primer blanco, en lo que a su estructura psicofísica y sus relaciones con el entorno se refiere. El sufrimiento de los enfermeros influye también en el modo de actuar frente al enfermo mental, resulta importante que cada enfermero revise sus propias experiencias frente al sufrimiento para determinar su propia práctica de enfermería.

El silencio: ¿síntoma subjetivo o intersubjetivo?

Las enfermeras de esta época están siendo cada vez más capacitadas para ser mejor en lo suyo, su formación académica les permite tomar decisiones fundadas científicamente, interpelarse acerca de ciertas prácticas así como realizar tareas independientes amén de aquellas indicadas por el médico y las que realiza en equipo con otras disciplinadas llamadas interdependientes.

Pero es en las tareas independientes donde parecen encontrar los mayores obstáculos, al respecto en libro de M. Percia se lee: "En la charla se dijo que lo urgente hace que no podamos cumplir con lo importante. No lo tomen a mal, pero a mí me parece que no se cumple con lo urgente ni con lo importante. A veces, todo tu tiempo se lo lleva el capricho de un jefe. Se discute sobre el absurdo de algunas rutinas que se cumplen como religión. Alguien dice que parecen obsesiones bobas. Para algunos, agrega, la necesidad de su costumbre es más importante que la necesidad de las pacientes. Parece loco, ¿no? Se molestan con las pacientes porque las sacan de la urgencia de tener acomodadito el ropero."[64]

M. Cirianni y M. Percia dicen que no siempre las enfermeras tienen garantizado el derecho de hablar de lo que ven y escuchan. "Hay cosas que se murmuran, pero no se dicen; cosas que se comentan en los pasillos, pero no se dicen; cosas que se saben, pero no se dicen. Una enfermera nueva en el hospital relata al director que ella vio cómo una *aclimatada* agarró a patadas y de los pelos a una paciente. ¿Pasó del rumor a la denuncia? Dicen que denunciar es comunicar un delito a

[64] Cirianni, M.; Percia, M. Op cit. Pág. 40

una autoridad, que delatar es ir con el cuento y traicionar la palabra empeñada a un compañero, y que para trabajar tranquilos es mejor mantener la boca cerrada".

Estas condiciones de vida laboral, esto de no poder poner en palabras aquello que puede cuestionarse o trabajar sobre las prácticas de enfermería que podrían interrogarse, establece en parte las condiciones de vida laboral en determinadas instituciones. Las condiciones de trabajo de enfermería suelen ser dominadas por un ambiente laboral tenso; en esos contextos se producen formas defensivas en las que suelen reproducirse prácticas de enfermería repetitivas, cronificantes, sobre las que no se discute, no se habla. Muchas veces en total contraste con lo que debería ser, a favor de modificar las cuestiones desbordantes, antipáticas y estresantes en lugares de trabajo saludables. Asi en ese trabajo se forma una subjetividad. La victimización ante estas condiciones suele ser un modo de enfrentarla. Pero esta postura de cierta justificación, que en cierto modo despersonaliza a los profesionales, tiende a depositar y tercerizar las culpas y esperando que otros solucionen sus problemas.

La victimización es un modo de enfrentar los ambientes hostiles pero impide imaginar el cambio de las condiciones, pues la víctima, por definición, no se hace cargo de las causas del problema sino que sólo lo sufre. Esta suele ser una forma habitual en enfermería. Entonces cabe preguntarse con C. Muñoz *"cómo es posible que, criticando el sistema y las prácticas que nos oprimen, al mismo tiempo las reproducimos?"*[65]; su respuesta es que "las condiciones de vida y de trabajo *afectan* la salud mental de las personas. El trabajo es un espacio de vida cotidiana donde se condensan los síntomas de una época." De allí que, para Muñoz, la posibilidad de desnaturalizar esos síntomas de época corre pareja con la práctica de interrogarnos por lo obvio, por lo naturalizado.[66]

El malestar persiste aunque no se hable de él. El silencio puede manifestar una forma de sufrimiento del que no se puede hablar, y a veces, tampoco se puede escuchar; silencio como forma de hacer presente lo callado, lo ausente. El no poder poner en palabras, el tener que callar para el individuo significa un trabajo, que a

[65] Muñoz, C. Violencia laboral. XVIII Congreso Argentino de Enfermería. Buenos Aires. 2006. Pág. 1.
[66] Muñoz, C. La salud mental de las/os enfermeras/os en la cultura argentina del ajuste. Encuentro Nacional de Enfermeros en Salud Mental. Asociación de Enfermería de Córdoba 6 y 7 de Junio de 2003. Córdoba.

su vez, multiplica el sufrimiento. El silencio quizá para quien lo ejerce puede significar cohibir o excluir el problema, completando el círculo de sufrir por no poder manifestar el sufrimiento.

Este sufrimiento puede darse a nivel individual o subjetivo, pero también las instituciones ofrecen otra forma de sufrimiento que es el intersubjetivo, tratando a través de sus propias defensas el reprimir la expresión del sufrimiento individual. Sin embargo este sufrimiento que se calla, busca otras vías de expresión. En este sentido Muñoz reproduce lo que dice Michelle Petit "cuando no hay modo de disponer de la palabra para nombrar el dolor, sólo queda el cuerpo para hacerlo; ya sea como enfermedad o como violencia contra sí o los otros." En Psicología se describen mecanismos en los cuales los propios sujetos agobiados por la angustia reprimida, que no tiene espacio, terminan por volver toda su agresividad hacia la institución desencadenando fuertes procesos de disolución.

El lugar de la palabra. Una experiencia

Como ya dijimos, el ambiente laboral de las enfermeras suele ser estructurado, muy organizado, institucionalizado, donde las prácticas se repiten a veces sin cuestionamientos, sin posibilidad de cambios o ni siquiera detenerse y sentarse a pensar y discutir cómo podrían adaptarse a las nuevas demandas, a la realidad actual; las enfermeras hacen y hacen, pero casi nunca se preguntan porqué. Esta situación que puede ser incómoda, inadaptada para algunas puede originar problemas justamente por no tener siempre la oportunidad de problematizar sus prácticas.

M. Cirianni y M. Percia propusieron en un estudio de campo, que las enfermeras hablaran de lo que les pasaba y puedan así denominar sus actos. Desde su punto de vista que un grupo de enfermeras piense en lo que les pasa puede ocasionar desestructuraciones, desestabilizaciones de hábitos, de rutinas institucionalizadas. Dicen que a veces los grupos institucionales sólo exhiben automatismos logrados, fundamentando sus acciones en que las cosas siempre fueron hechas de esa manera;

explican, "a veces los grupos son campamento para intimidades desorientadas. Ocasiones para voces indignadas contra lo establecido".[67]

Luego se interrogan acerca de la mentalidad del enfermero, dado que el director de un hospital psiquiátrico les había solicitado capacitación para los enfermeros pues quería cambiar la mentalidad de los enfermeros y que "el manicomio no se chupe a los recién ingresados"[68]; en relación a que la inercia institucional suele arrastrar a los enfermeros que recién ingresan a trabajar el autor se pregunta "¿el loquero mastica a los diferentes?" "¿...los principiantes se infectarán de indolencia?" "¿la necesidad de mantener su fuente de trabajo hace que acepten cualquier cosa?" "¿los enfermeros en estado de palabra significan acuerdos, desacuerdos, desatan problemas de convivencia laboral?" "¿si suceden discusiones habrá voces indignadas que no acepten explicaciones?".[69]

M. Cirianni y M. Percia insisten en las desestructuraciones que pueden devenir a causa de que las enfermeras se detengan a pensar, ejerciten la palabra, y desestabilicen ***hábitos institucionales instituidos, arraigados, cronificados***, pero que de alguna manera siguen vigentes actuando desde el automatismo fundamentando sus acciones en ***las prácticas de enfermería cronificadas***, mientras el manicomio sigue funcionando, y aquí se preguntan: "¿Es posible, hoy, trabajar en un manicomio? Entre encierros, vigilancias y disciplinamientos ¿son imaginables actos de humanidad? ¿Cómo *explico* eso que llamo *humanidad*? ¿Humanidad es cuidar de otro? ¿Acompañar su soledad, atender su estupor, tocar su piel? ¿Qué pensar sobre los enfermeros? ¿Carceleros sin alma? ¿Declarar, otra vez, que los asilos no están para amparar sino para marginar, segregar y expulsar? La existencia injusta del psiquiátrico ¿se enfrenta, sólo, declarando la necesidad de su abolición? ..."[70]

La cronificación y el estilo asilar de la mayoría de los manicomios repite su condición en las prácticas enfermeras; a veces el trabajo es tanto, la demanda permanente de los pacientes, el escaso número de enfermeras en relación a la cantidad

---

[67] Cirianni, M; Percia, M. Salud y subjetividad. Capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico. Lugar Editorial. 1998. Pág. 23
[68] Cirianni, M ; Percia, M. Ibid. Pág. 24
[69] Cirianni, M.; Percia, M. Ibid. Pág. 24
[70] Cirianni, M ; Percia, M. Ibid. Pág. 24,25

de internos, que las enfermeras se ven impedidas de tomarse un tiempo para hablar de su trabajo, para discutir sus inconvenientes y en realidad terminan cronificándose las prácticas de enfermería y con esto los inconvenientes sobre las propias enfermeras.

Los autores hacen hincapié sobre la falta de tiempo, de pausas en el trabajo para ***interrogarse acerca de las prácticas de enfermería***, y ante estas desavenencias el manicomio sigue actuando... las acciones de enfermería se repiten en sus horarios, sus formas, sus estilos, sin que nadie se atreva a interrogarse o a preguntar sobre su continuidad, su posibilidad de modificación, de adaptación a las necesidades reales. Acerca del relato de las experiencias de las enfermeras en una situación grupal describen algunas: "Aquí, en las reuniones, hablamos y hablamos de cosas lindas, pero cuando vamos a la sala son impracticables. Hay puertas que no se abren. Ventanas que se cierran. No dejan correr aire... muchos opinan sin haber pisado el hospital. Aunque te digo, que a veces echar raíces no significa nada. Con el tiempo te acostumbras a cualquier cosa. ¿Sabes cómo le dicen a las enfermeras que tienen muchos años de manicomio? ¡Aclimatadas! Desde que vengo a estas reuniones, hay una aclimatada que no me saluda. Alguien comenta: "Las viejas quieren que repitamos el caminito que hicieron ellas. Si nos salimos de la huella, nos cortan las piernas". Otra cuenta de una jefa que maneja la sala como si fuera su casa: "le cambias de lugar un alfiler y se vuelve loca".[71]

M. Cirianni y M. Percia en su experiencia con las enfermeras recogen que también *hay miedo de hablar,* "algunos tienen miedo de decir lo que piensan, de decir lo que ven, de decir lo que escuchan. Conocen que hay cosas que pueden decir y cosas que no pueden decir. Piden garantías para hablar. Destapar la olla significa poner a la vista lo que se está cocinando y dejar salir lo que hace presión por hacerse lugar. Hace tiempo sabemos que el trabajo grupal necesita de la confiabilidad y de la seguridad recíproca. Alguien pregunta: ¿Cómo va a trascender lo que hablamos en el grupo fuera de estas paredes? Alguien explica que el que habla queda *marcado*. Percia continúa escribiendo relatos de las enfermeras. "Comentan sobre el consumo de alcohol, el comercio de cigarrillos y otras cosas de las que prefieren no hablar. Piden que anote

[71] Cirianni, M.; Percia, M. Ibid. Pág. 37,38

que en el psiquiátrico, también, hay *pactos* y comportamientos *mafiosos*. Una mujer da a entender que *hacer la vista gorda* es su estrategia de supervivencia".[72]

Acerca de las injusticias y violencias vivenciadas en un hospital psiquiátrico se preguntan si el ser éstas rutinarias, establecidas, cronificadas son factores predisponentes a la aceptación, a ser complacientes... "¿Por qué injusticias y violencias se vuelven aceptables en un manicomio? ¿Por qué algunos son complacientes con las desgracias?"[73] A lo que obtuvieron por respuestas que estas formas de sufrimientos reconocidas o no como tal se relacionan a alianzas con el poder, necesidad de conservar el empleo, miedos, odios, supersticiones, pactos favor por favor, adulaciones a la autoridad, fanatismos, intereses particulares, sentimientos sinceros, temor a quedar solas, necesidad de confirmar que todo será igual...

M. Cirianni y M. Percia hacen referencia a Fernando Ulloa, que se pregunta "cómo nombrar, en un trabajo institucional, *la mudez sorda y ciega de la mortificación*, propiciar una inteligencia compartida sobre el padecimiento o inventar tiempos para que algunos levanten su protesta enojada y dolida. Dice que la fijeza de *lo instituido* configura una cultura monolítica y resignada. La mortificación hecha cultura. Propone el nombre de *encerrona trágica* para pensar la situación de quienes dependen (sin un tercero a quien apelar) de otros que lo maltratan. Entiende que estas *encerronas* configuran un sufrimiento larvado y explícito en las instituciones".[74]

Los autores, tomando los testimonios de las enfermeras dicen "Un testimonio tiene algo de creencia y de invento. Es, también, palabra de algo que no sabemos. De algo que escuchamos, que suponemos o imaginamos. El testimonio no es la verdad que transparenta las cosas de la institución. A veces, es *relato* provocado por un *estado de grupo* que piensa (como puede) lo que nos está pasando en esta institución. Y, ese testimonio compartido, quizá, se aflija de distintos dolores. Y como dice Walsh, precise *de palabras-ganzúa ("hasta que la más oxidada del manojo funciona")* para vencer las barreras protectoras que custodian eso que vive callado en la palabra".[75]

---

[72] Cirianni, M.; Percia, M. Ibid. Pág. 39
[73] Cirianni, M.; Percia, M. Ibid. Pág. 25
[74] Cirianni, M.; Percia, M. Ibid. Pág. 26
[75] Cirianni, M.; Percia, M. Ibid. Pág. 34

CAPÍTULO V

ASPECTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS

La noción de percepción

Usamos el término percepción en un sentido distinto del concepto habitual que refiere a la sensibilidad, a los sentidos, tal como caracteriza al empirismo. El empirismo clásico sostenía que la experiencia sensorial, la percepción era el sustento del conocimiento y que la experiencia del mundo que podían tener los seres humanos se reducía a esa percepción sensorial.[76] No es esta nuestra concepción. La filosofía analítica, en cambio, introduce un matiz importante a esta noción de percepción. Por ejemplo, John Hospers reconoce que la experiencia sensorial es una de las fuentes privilegiadas del conocimiento humano, sin embargo, destaca el papel crucial de la razón, es decir de los juicios: "La experiencia sensorial proporciona la materia prima para el juicio de que esto es un libro, pero sin la razón no podríamos formular ningún juicio, ni siquiera en silencio"[77]; es decir, lo que llamamos percepción tiene dos dimensiones, una sensorial y otra la lingüística, la formulación verbal de esa experiencia "esto es un libro".

Entonces, el modo en que usamos aquí la noción de percepción es para señalar la manera particular en que un sujeto refiere a su experiencia cotidiana, al modo en que la expresa desde su subjetividad. Si se quiere, este uso está más cercano a un uso en el vocabulario corriente, antes que del concepto específico que acuñó el empirismo. En nuestro trabajo, no hemos estudiado cómo se construyen estas percepciones, sino que partimos del presupuesto que en la interacción que se produce en las instituciones, en el trabajo institucional, en este caso un trabajo dedicado al cuidado de pacientes con enfermedad mental, los sujetos establecen vínculos significativos.

---

[76] Hume, D. *Tratado de la naturaleza humana.* "Introducción". (ed Or : 1739) Madrid, Tecnos. 1988

[77] Hospers, J. *Introducción al análisis filosófico.* Cap. 2, apartados 6 y 7: "Verdad" y "Las fuentes del conocimiento". A-U Textos, Madrid, 1982. Página 173

El modo en que se relatan esas experiencias, es lo que hemos llamado "percepción", para indicar el carácter subjetivo de esta experiencia colectiva. En un sentido, este uso de la noción de percepción está más cercano a la noción de experiencia tal como la entiende Paul Ricoeur, es decir, como la producción discursiva de la vivencia humana.[78]

El método y las técnicas

El trabajo de investigación, dice Bourdieu, consiste en construir objetos de investigación; "Establecer con Bachelard, que el hecho científico se conquista, construye, comprueba, implica rechazar al mismo tiempo el empirismo que reduce el acto científico a una comprobación."[79] Los objetos se construyen desde una mirada teórica y esa mirada también involucra el enfoque metodológico. Desde esta mirada teórico metodológica el investigador toma todas las decisiones, incluyendo las técnicas que usará.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó la técnica de entrevista en profundidad. Siguiendo las recomendaciones de Bourdieu, se tomaron todas las medidas posibles para dominar los efectos, para maximizar la objetividad y reducir al mínimo la "violencia simbólica"[80]. En sentido estricto, la entrevista en profundidad es una técnica de tipo cualitativa. Esta técnica supone la producción de una base empírica a partir de esta relación particular del investigador con el entrevistado y es especialmente adecuada para los estudios de tipo cualitativo, es decir, aquellos que se proponen comprender los sentidos atribuidos por los sujetos. Tal como señala P. Bourdieu, sin embargo, esta técnica exige tomar una serie de recaudos a fin de minimizar problemas que le son propios, el más importante, el de la "violencia simbólica", los problemas de la objetividad.

---

[78] Ricoeur, P. [2001(1986)] "Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II" Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
[79] Bourdieu, P., Chamboredon, J-C , y Passeron, J-C *El oficio de sociólogo*. [ed. or: 1973]. Siglo XXI, 1975. Página 25
[80] Bourdieu, P. "Comprender". *La miseria del mundo*. FCE, México, 1999. Pág. 529

En este caso, se tuvieron en cuenta los siguientes recaudos: realizar entrevista previa como prueba piloto y hacer los ajustes necesarios; solicitar la participación del encuestado; definir claramente el objetivo de la entrevista; asegurar el anonimato al entrevistado si lo requiere; establecer relación de escucha activa y metódica; captar el lenguaje verbal y gestual; elegir guardias de enfermería al azar para ejecutar las entrevistas, a modo de no conocer con anticipación a quiénes se entrevistará; establecer relación encuestador – encuestado cordial y respetuosa; acordar lugar y momento apropiado para el entrevistado el día elegido azarosamente; realizar entrevista previa como prueba piloto y hacer los ajustes necesarios.

Las guardias fueron elegidas al azar como recaudo metodológico con el objeto de reducir la subjetividad, de maximizar la objetividad y para evitar la intervención de preferencias, dado que el entrevistador y entrevistado son parte del grupo en estudio.

Un problema a resolver por parte del investigador es el de la proximidad social con el entrevistado. Según Bourdieu, si un entrevistador y un entrevistado comparten la misma profesión o trabajo, es casi seguro que compartan las características de sus prácticas y representaciones al cual se unen por una profunda relación de familiaridad, "sus preguntas se originan en sus disposiciones, objetivamente armonizadas con las del encuestado; no hay razón alguna para que las más brutalmente objetivante de esas preguntas se manifiesten como amenazantes o agresivas, porque su interlocutor sabe perfectamente que comparte con él lo esencial de lo que llevan a transmitir y, al mismo tiempo, los riesgos a los que se expone al transmitirlo"[81]; mantener diálogo objetivante, siguiendo a Bourdieu significa que "...el interrogador tampoco puede olvidar que al objetivar al interrogado se objetiva a sí mismo como lo testimonian las correcciones que introduce en tales o cuales de sus preguntas, pasando del tú objetivante al *se* o *uno* que remite a un colectivo impersonal, y luego al *nosotros* en el que afirma claramente que la objetivación también lo incluye"[82]; el tema es intentar recoger los elementos necesarios pertinentes y no se trata únicamente de recoger un " 'discurso natural', lo menos afectado posible por el efecto

[81] Bourdieu, P. Ibid. Pág. 530
[82] Bourdieu, P. Ibid. Pág. 530

de la asimetría cultural; también hay que construirlo científicamente de manera tal que transmita los elementos necesarios para su propia explicación."[83] Según él, ponerse en el lado del encuestado, "no es efectuar la "proyección de si mismo en el otro... Es darse una comprensión genérica y genérica de lo que él es, fundada en el dominio (teórico o práctico) de las condiciones sociales vinculados a su posición y su trayectoria particulares en el espacio social"[84]; ejercer comprensión al entrevistado, desde lo tranquilizador e incitador de presentar y dirigir la entrevista, de mantener sentido coherente entre el interrogatorio y la situación; utilizar el método de improvisación de preguntas pertinentes a modo de hipótesis que estimulen la ampliación del relato por parte del encuestado; utilización de grabador a fin de poder realizar una transcripción literal de lo dicho por el entrevistado.

El momento de la entrevista propiamente dicha es clave, para ello se procuró asegurar un entorno adecuado, sin interrupciones, con cierta calidez, como el acompañamiento de un café o mate; como entrevistador, se tendrá en cuenta aportar desde lo corporal y gestual, del mismo modo que en lo discursivo, mantener una disposición positiva que abone una situación de diálogo fluido, de intercambio que permita la repregunta, esto con el objeto de lograr mayor integración y compromiso del entrevistado.

Para la transcripción de las entrevistas se tuvieron ciertos recaudos realizándose un trabajo científico minucioso, transcribiendo los aspectos verbales y no verbales, gestos, silencios y tonos de voz, sin reemplazar palabras, sin alterar el orden de las preguntas a fin de promover y facilitar la comprensión de las mismas para el lector.

El número de enfermeras y enfermeros entrevistados fue 12 porque es en este espacio donde se alcanzó la saturación. Entendiendo saturación, en los términos de Glaser y Strauss, es decir "alcanzar el punto en que la recolección de datos parece contraproducente" porque lo nuevo, del material que se incorpora comienza a ser redundante.[85] Como dice Uwe Flick, "El procedimiento de interpretar datos, como la

---

[83] Bourdieu, P. Ibid. Pág. 530
[84] Bourdieu, P. Ibid. Pág. 530
[8585] Strauss A. y Corbin, J. (1998) "Bases para la investigación cualitativa". Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía. Medellín, colombia. Pág. 149

integración de material adicional, acaba en el punto en que se ha alcanzado la saturación teórica"[86] . Hay coincidencia en que el concepto de saturación teórica ofrece dificultades en su definición, y deja abierto al criterio y decisión del investigador, sin embargo, su aplicación está muy extendida en el campo de la investigación cualitativa por su utilidad. Los criterios para la selección de los doce entrevistados fueron los siguientes: ser personal de planta de la institución, no estar en uso de licencia, prestar acuerdo para participar del estudio. Se tuvo en cuenta cierto equilibrio en la distribución por sexo. Las entrevistas se realizaron en el horario de trabajo y en un espacio físico y temporal adecuado, sin interrupciones.

La entrevista en profundidad se hizo con preguntas abiertas, pero sobre la base de un protocolo que unificó los tópicos de la indagación. Los tópicos fueron los siguientes:

1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la enfermería?

2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar? ¿Cuántos años de trabajo llevas?

3.- ¿Cómo fue que entraste a trabajar al Hospital Psiquiátrico? ¿Vos elegiste este hospital?

4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un día de trabajo, cómo es trabajar acá ¿qué les dirías?

5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería?

6.- ¿Qué cosas tratas de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees se debe enseñar?

Se incluyó luego una pregunta sobre cómo definirían el trabajo ideal, con vistas a trabajar precisamente los aspectos positivos y negativos atribuidos a la experiencia real.

[86] Flick, U. (2007) Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata. Página 81

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

El trabajo de analizar entrevistas supone poner en tensión nuestros marcos teóricos, (textos, autores, conceptos, con los que hemos construido nuestra manera de concebir los problemas), con un corpus empírico, que en este caso son los relatos de enfermeras y enfermeros del Hospital Psiquiátrico Colonia "Dr. Raúl A. Camino" de Federal. A partir de este trabajo de análisis, de lectura, de interpretación, hemos construido seis grandes categorías, a saber, Elección de la profesión y del lugar de trabajo; Identificación subjetiva con la enfermería en esta institución; Imagen subjetiva del paciente, del compañero de trabajo y de la institución (imagen subjetiva del paciente, el cuidado enfermero, imagen subjetiva del compañero de trabajo, imagen subjetiva hacia la institución); Falta de respaldo; Tercerización de culpas; Aspectos negativos – Aspectos positivos de la percepción de trabajo.

Dichas categorías nos permiten comprender el modo en que estas enfermeras y enfermeros "perciben" su trabajo en este espacio institucional particular, es decir, cómo se establece esta relación del trabajo con la subjetividad a partir de lo que resulta significativo. Este trabajo con las entrevistas nos ha permitido también plantear y dejar expresados algunos interrogantes para seguir pensando.

1.- Elección de la profesión y del lugar de trabajo

La mayor parte de los entrevistados refiere no haber elegido la Enfermería como profesión. Sin embargo, hay casos en los que la elección se relaciona con la identificación con la enfermería como profesión de los padres, y con el propio deseo.

En el primer caso, la elección aparece ligada a otras razones como el no haber podido estudiar otra carrera; haber aceptado una oportunidad laboral a partir de

contar con un familiar que ya lo hacía en el psiquiátrico; por casualidad a partir de compartir un deporte con el director del hospital. Esto queda reflejado por ejemplo en la Entrevista N° 1 "Yo primero quería ser médico y como económicamente no podía me fui a estudiar Enfermería..."; en la Entrevista N° 2 "Yo en realidad no elegí, o sea, estudié obligada, por necesidad capaz,..." ; en Entrevista N° 3 "... yo lo comento siempre, que por ir a jugar al fútbol, había un director que me llamó y me preguntó si quería trabajar acá y yo le dije que NO..."; en Entrevista N° 4 "Bueno, fue así. Yo digamos, tenía que repetir si o si 4° año, entonces mi mamá me dijo repetís 4° año o vas a hacer ese curso de enfermería que salió..."; en Entrevista N° 6 "Bueno, la verdad yo nunca me decidí por esto. Yo no quería saber nada!! ... Imaginate antes nadie se animaba a venir acá, ... Así que imaginate que con ese panorama y yo re jovencito, no quería saber nada..."; en Entrevista N° 7 "..., la verdad que yo no elegí esta tarea o esta profesión, sino que empecé a trabajar de esto por necesidad, en ese momento era lo único que había..."; en Entrevista N° 9 "Uh, es que yo nunca me decidí por esto, en realidad siempre pensé que lo mío no era justamente ser enfermero, pero la necesidad económica hizo que cuando me ofrecieron venir a trabajar acá tuviera que aceptar, ..."

La elección de la profesión es una segunda opción frente a posibilidades frustradas, a necesidades económicas, a la imposición familiar, a la escasa oferta laboral en la ciudad. En cambio, la identificación con un familiar directo enfermero, y la emergencia del propio deseo aparecen en otras entrevistas. En la entrevista N° 5, escuchamos: "Nooo <alarga la palabra>, no tengo una explicación... mi mamá me decía que era una loca <risas> cómo iba a estudiar enfermería, que no me iba a redituar, que no tenía salida laboral, todo económico. Y yo le dije que no, que era lo que yo quería. No tengo una respuesta para decirte porqué lo elegí, se que lo elegí y también se que hoy no sé qué otra cosa haría si no es esto." Y en la entrevista N° 8, aparecen ligadas por una parte la identificación con el trabajo de los padres, y por otra, el propio deseo: "Estudié enfermería porque mi mamá trabaja de enfermera y mi viejo se jubiló acá, en otra área. Pero digamos que desde siempre estuve vinculado con la profesión. Y sentía la necesidad de estudiar algo relacionado con la salud, porque creo que desde acá puedo ayudar, puedo ser útil, al menos eso espero."

En relación con el lugar específico de trabajo, también aparece en algunas entrevistas la falta de posibilidad de elegir el hospital psiquiátrico como primera

opción; en algunos casos manifiestamente refieren una imposición, aceptada por necesidades generalmente del tipo económico. Esto por ejemplo podemos verlo en Entrevista N° 6 "...yo necesitaba laburar, pero pensaba ¿justo ahí me ofrecen? Y bueno por la necesidad tuve que aceptar..."; en Entrevista N° 7 "...como te decía antes, empecé por necesidad, como otros tantos,..."; en Entrevista N° 8 "... convengamos que en Federal, mucho para elegir no hay..."; en Entrevista N° 9 "...no, yo en realidad vine acá porque me ofrecieron, ni siquiera elegí esta profesión".

Muchos refieren "acostumbramiento a la tarea" como leemos en Entrevista N° 7 "... lo único que había pedido siempre, siempre era que por favor no me pusieran en enfermería, ..., porque de verdad no me gustaba, ... Y bueno ... me banqué la primera suplencia, pensando que era la primera y la última... y me dieron otra y otra y otra, y fui quedando y de a poco me fui acostumbrando..."; en Entrevista N° 9 "...me dieron trabajo como enfermero en la sala, y acá estoy, no es que me disguste porque ya me acostumbré pero no era algo de mi elección..."

Sin embargo, en algunas de las entrevistas que refieren este acostumbramiento, en algunos de ellos puede inferirse cierto grado de apropiación e identificación con el trabajo logradas con "el tiempo", por ejemplo, en las entrevista N°1 "...vine a Federal y me llamaron y dije bueno pruebo, si no me gusta me voy, y me gustó, la prueba está en los años que tengo acá..."; en Entrevista N° 2 "...hasta que probé y con el tiempo me acostumbré, me gustó, ..."; en Entrevista N° 3 "...me había gustado, eso de tratar con los pacientes psiquiátricos de alguna manera me había gustado, ..."; en Entrevista N° 5 "...Cada día uno se encariña un poco más con este lugar, más allá de que parezca una rutina, ..."

La necesidad de supervivencia, de encontrar una salida laboral en Federal, supone este espacio dentro del mercado de trabajo para enfermeros, dado que en esta localidad solo existen dos hospitales estatales los que en sus inicios tomaban personal empírico por la carencia de personal formado o capacitado en la profesión, algunos de los cuales fueron entrevistados. Sin embargo, aunque no estamos en condiciones de afirmar que en todos los casos, después del proceso de imposición-no elección inicial haya un trabajo de apropiación positivo, es preciso destacar que ninguna de las entrevistas refiere un rechazo explícito al lugar de trabajo.

Estos testimonios permiten interrogarnos acerca del malestar en el trabajo, el acostumbramiento parece un denominador común que a modo de mecanismo defensivo ¿ayuda a permanecer? en un lugar y en un trabajo que no solo no fue elegido sino que de haber podido tampoco lo hubiesen adoptado.

Algunos lo hicieron por necesidad laboral, para sustentar sus demandas económicas, otros por imposición o castigo al no continuar sus estudios secundarios, y otros, ponen en juego el "querer ser enfermeros". El argumento individual de los entrevistados va dejando ver su relación personal con la enfermería, cómo es que se dio en ellos este trabajo, la forma en que iniciaron su trato con la profesión y con la institución, es decir, el modo en que "perciben".

Estos aspectos son significativos en el modo de permanecer trabajando en este lugar, si se tiene en cuenta el sufrimiento que impone el hecho institucional. En este punto conviene referir lo que R. Kaës[87] desde un enfoque psicoanalítico presenta como una asociación de problemas como la obediencia a las caracterizaciones imaginarias y simbólicas que impiden reconocer la particularidad que sostiene una identidad, una subjetividad. Para el autor estas dimensiones refieren al sufrimiento psíquico que se genera en la institución así como a la angustia que se produce a partir del vínculo que se da con la institución, dando lugar a la realidad psíquica singular y grupal. Esta situación institucional de sufrimiento psíquico, da lugar al desencadenamiento de mecanismos defensivos tendientes a la negación y de esta forma alcanzar la no inscripción de aquellas experiencias que pueden resultar demasiado dolorosas para las personas.

2.- Identificación subjetiva con la enfermería en esta institución

A la mayoría de los entrevistados les interesa y preocupa explicar que en el psiquiátrico "sí se trabaja", y tratan de desmitificar ciertos tabúes y mitos que socialmente se manejan en la comunidad, algunos trazan paralelismos entre enfermeros del psiquiátrico y enfermeros clínicos. Es como si trataran de explicar que el enfermero

[87] Kaes, R. Op. Cit.

del psiquiátrico si trabaja, como puede verse en la Entrevista Nº 1 " ... hacemos un poco de todo, de mucamos, de asistente social, de psicólogo, tratamos de contenerlos, de ayudarlos en su alimentación, la vestimenta, bañarlos... A mi me pasa que a la gente vos le explicas lo que haces y dicen: ah pero hacen cosas!! ...". En la Entrevista Nº 2 escuchamos, "... desde que subís al colectivo ya venís pensando lo que tenés que hacer y, por ahí encontrás para hacer una cosa u otra, y bueno,...". En la Entrevista Nº 3 podemos advertir otros detalles: "...es un trabajo en forma directa con los pacientes, uno con el paciente puede hablar, reír, escucharlo si le pasa algo; que nosotros en realidad somos el nexo que tienen con el exterior, que ellos nos preguntan cosas, ..., los bañamos o hacemos bañar, les damos de comer o vemos que se alimenten, controlamos sus signos vitales, su eliminación, si duermen o no, les damos la medicación que ¡el médico indica!! <enfatiza>, porque aún hoy hay gente que cree que nosotros le damos cualquier cosa a los pacientes, y que registramos todo lo que vemos de los pacientes y todo lo que hacemos, que básicamente es como ser un enfermero clínico más el componente psiquiátrico de los pacientes, ..." Advertimos el énfasis en una relación interpersonal, en el "nexo con el exterior", es decir, en relación con la práctica asilar; los aspectos que destacan el rol tradicional –higienizar, alimentar, medicar- y el papel responsable en la medicación, desmintiendo un supuesto prejuicio sobre este rol.

En la Entrevista Nº 4 encontramos una definición comparativa con los otros profesionales de enfermería: "... llegar a conocer el trato que tenemos con los pacientes, ...acá somos y no somos como otros enfermeros, porque, digamos, yo digo que para trabajar acá, uno tienen que <silencio>, porque hay enfermeros que han venido de un clínico y no han podido trabajar acá, o sea, uno para trabajar acá tiene que tener, cómo decirte, paciencia, también un poco de tolerancia, a muchas cosas que uno tiene que ver acá, porque hay de todo, y, yo digo que no, que no somos iguales a las enfermeras que trabajan en un clínico pero a la vez creo que quizás no conocen, quizás un enfermero clínico viene y tolera, le gusta el trabajo de acá, pero en general, la tolerancia marca la diferencia, porque ha pasado que han venido a trabajar y no, no pueden". Esto de comparar las cualidades enfermeras puede encontrar fundamento en lo que S. Cook; K.L. Fontaine[88] dicen acerca de las cualidades del personal de enfermería,

[88] Cook, S.; Fontaine K. L. Op. Cit.

características que de alguna manera distinguen el grado de profesionalismo laboral y que, de acreditar con ciertas características personales y profesionales, también lo distinguen en su accionar.

¿Ser enfermero del psiquiátrico es sinónimo de no trabajar? ¿Cómo se responde a esto?

Aquí podemos referenciar la Entrevista Nº 5 "... a veces muchos vienen porque tienen el concepto de que acá no se hace nada. Entonces les diría que no es así, que cumplimos con una rutina, como uno cumple con una rutina en cualquier trabajo <asevera elevando el tono>. Tenemos nuestra rutina de trabajo, tenemos nuestros trabajos, tenemos nuestros horarios, tenemos nuestro sistema de trabajo, pero, después, eh, siempre hay algo para hacer, con cada uno de los pacientes, ya sea el diálogo que tuviste con el paciente ya es algo que hiciste en el día, el prestar atención a veces en alguna cosa que te quieran decir, es tan importante para ellos, para vos, ... es un trabajo asistencial, un trabajo, eh, como emocional, porque uno trabaja emocionalmente con el paciente, si uno no sabe diferenciarse, a veces hay pacientes que te llegan más que otros, o por su forma de ser, hay pacientes que son más demandantes que otros, o más colaboradores que otros, porque te caen bien, por simpatía, o, o, porque podes tener más *filing* con uno que con otro". Esto quizá puede relacionarse con la empatía, cualidad que S. Cook, K.L. Fontaine[89] describen como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, en este caso el otro lo constituye el paciente, capacidad de entenderlo y comprender lo que siente para poder ayudarlo desde ese lugar en un marco predeterminado por ambos en pro de alcanzar una respuesta. Esta entrevista, destaca el "plus" emocional que exige este trabajo particular, además de las rutinas que todo servicio de enfermería tiene.

En la Entrevista Nº 6, en cambio, encontramos una comparación entre el hoy y el ayer: "Y, lo que pasa que yo conocí el trabajo de antes, te hablo de los primeros años de la Colonia, de cuando eran casi 200 pacientes por sala y éramos re poquitos enfermeros, pocos, de decirte 2 en el turno mañana y uno de tarde y uno de noche, trabajábamos noche por medio pero con un franco cada 15 días, no como ahora." Lo que esta entrevista destaca es un antes de mayor esfuerzo, casi heroico, que parece

[89] Cook. S.; Fontaine K. L. Op. Cit.

decir: *antes trabajábamos duro, no como ahora*. Mientras que en la Entrevista Nº 8, podemos advertir algo en esta dirección: somos muchos más, pero no todos trabajan igual: "..., y la verdad que se hace y mucho, pero viste es tanto el laburo y tan pocos los que venimos realmente a laburar que te enloqueces con la rutina, entras en una vorágine de trabajo...". Es decir, este ahora parece evidenciar un escenario en el que el compromiso con el trabajo, no se vive de igual manera por toda la comunidad.

Los entrevistados refieren un grado de compromiso con la profesión al tiempo que les preocupa describir sus tareas, sus funciones, acciones que van dirigidas a otras personas, en este caso pacientes, es decir, un trabajo que se inscribe en una institución asistencial, es decir, un trabajo dirigido a otro. Como plantea E. Enriquez[90] sería la congregación en las instituciones de las relaciones humanas donde la aceptación del otro como ser individual, autónomo, ocupa un lugar preponderante que a la vez dan lugar a normas y sistemas de convivencia particulares y sistemas referenciales que sirven de ley organizadora.

En los entrevistados aparece una preocupación por el otro, en este caso el otro lo constituye el paciente, aparece un otro difuso, que puede ser un enfermero de otra institución o la comunidad, quienes "devuelven" una imagen sobre el enfermero del hospital psiquiátrico. Esta imagen intenta discutir la idea de que "aquí no se trabaja" y, al mismo tiempo, se establecen distinciones entre el modo de trabajar "antes y ahora" así como también el modo de trabajar de "unos y otros."

3.- Imagen subjetiva del paciente, del compañero de trabajo y de la institución

En todos los casos aparece una consideración subjetiva positiva hacia el paciente, negativa hacia las relaciones interpersonales con los compañeros y la falta de reglas claras desde lo institucional y las jerarquías propiamente dichas.

a.- Imagen subjetiva del paciente:

[90] Enriquez, E. Op. Cit.

Los entrevistados se esfuerzan en demostrar con palabras su conformidad e imagen positiva hacia el paciente, como queda descripto en Entrevista N° 1 "... nosotros nos debemos a ellos..."; en Entrevista N° 3 "... es un trabajo en forma directa con los pacientes, ... no todo el tiempo están agresivos, ..., y a mi me gusta contarles que ... uno con el paciente puede hablar, reír, escucharlo si les pasa algo; que nosotros en realidad somos el nexo que tienen con el exterior, ... que los bañamos o hacemos bañar, les damos de comer, ..."; en entrevista N° 4 "... porque me había gustado, eso de tratar con los pacientes psiquiátricos de alguna manera me había atraído, ..."; en Entrevista N° 5 "...siempre hay algo para hacer, con cada uno de los pacientes, ya sea el diálogo que tuviste con el paciente..., el prestar atención a veces en alguna cosa que te quieran decir, es tan importante para ellos, para vos, porque aprendes día a día del paciente"; en Entrevista N° 9 "... el trabajo con el paciente en si es gratificante, porque ellos dan mucho más de lo que reciben de uno, a pesar de todos sus problemas...".

Aquí vemos que los enfermeros asignan significaciones distintas al <interés por el paciente>, donde lo priorizan, dan un lugar de privilegio dentro del marco institucional, preocupación por la atención, contención y en la forma de relacionarse con él y de ser transmisores de sus problemas e inquietudes; sin embargo vemos que prevalece un modelo de atención conductista de enfermería hacia el paciente, ya que es el enfermero el que suple las necesidades del paciente, tal como lo refleja la Entrevista N° 1 "... tal vez por la relación del número de enfermeros con la cantidad de pacientes, ..., tratamos de contenerlos, de ayudarlos en su alimentación, la vestimenta, bañarlos...". En la Entrevista N° 5, escuchamos: "... entonces es como, no se si está bien, pero como un estilo de niñero, .., ...niñero digamos en el sentido que los cuidas, los atendés y también eh, enfermería porque les das la medicación, los higienizás, curás heridas, hay una mezcla entre niñera que cuida y asiste a un chico y a la vez mezclamos la tarea de enfermería que es el cuidado, este, lo veo así, porque en si dependen de todo lo que les digas, andá, vení, levantate."

Sin embargo, si prestamos atención a esta descripción de la dependencia del paciente y de los rasgos principales del cuidado enfermero específico, la preocupación de los entrevistados por el paciente se manifiesta casi en los mismos términos del rol tradicional de enfermería, propio del modelo de atención manicomial.

Además, si atendemos al contexto institucional en el que se despliega este trabajo, por ejemplo, si consideramos la relación del número de pacientes internados con la dotación diaria real de enfermeros, el modo en que se organiza la atención y el tipo de demandas que se atiende, tiende a reproducir ese modelo tradicional. En tanto parece quedar relegada a segundo plano la función terapéutica del cuidado enfermero, esto es, basado en una relación terapéutica flexible, significativa, que recupere la autonomía del paciente, que apunte a la reinserción socio familiar, tal como lo justifican las bases filosóficas acerca de la calidad de los cuidados destinados al paciente propuestas para la profesión de enfermería por J. Cook, y K. Fontaine, K[91]; o tal como se proponía el dispositivo de Comunidad Terapéutica desarrollado en esta misma institución por el modelo propuesto por el Dr. Camino.[92] La concepción de este modelo, era considerar desde el primero al último de los empleados como terapeuta, donde se trataban de reproducir experiencias cotidianas similares a las que se dan en el ámbito extra hospitalario y donde la participación activa de todos los miembros del hospital se reflejaba en las asambleas cuyo objetivo era poder expresarse y participar en la toma de decisiones.

El modelo actual difiere del sistema de comunidad terapéutica propuesta por R. Camino[93]; entonces nos preguntamos ¿qué pasó durante este tiempo con el modelo de comunidad terapéutica?, ¿acaso la comunidad terapéutica era Camino?, ¿por qué este modelo no se sostuvo en el tiempo luego de la partida de Camino?, ¿no quedan rastros de esa memoria institucional?

Podemos pensar que la repetición de la frase <el pasado fue mejor> tiene alguna particularidad, porque ¿qué fue lo mejor del pasado? ¿Por qué lo pasado fue mejor? ¿Por qué ahora no es lo mejor cuando muchos de los entrevistados dicen que ahora se prioriza al paciente? ¿Por qué decir que antes era mejor pero se trabajaba más?

Resulta significativo que, paradójicamente, muchos afirman que antes se trabajaba mejor pero al mismo tiempo relatan que todo el tiempo "limpiaban y limpiaban", es decir, sin mencionar cuidados específicos al paciente en sus acciones de

---

[91] Cook, J ; Fontaine, K.L. Op. Cit.
[92] Camino, R. Avances y retrocesos del Hospital Psiquiátrico. Hacia un estado de dignidad. Suplemento Cultura y Nación del diario Clarín. Nov. 17 de 1983. Pág. 4
[93] Camino, R. Op. Cit

enfermera. No aparece un modelo terapéutico de atención, pero tampoco un cuidado enfermero tradicional, aparecen relatos que refieren tareas que nada tienen que ver con el cuidado enfermero y, sorprendentemente, se significa como un tiempo "mejor".

Citamos por ejemplo la Entrevista Nº 2 "...lo que se hace hoy es muy distinto a cómo trabajábamos antes, porque antes te hacían baldear, fregar ventanas, baños, laburábamos; y, hoy yo veo que hay mucho más personal pero se trabaja menos, ..., hoy con la ley de enfermería se mejoró en muchas cosas pero también se retrocedió en otras, porque lo usan en beneficio propio y no del hospital como debe ser, al final la institución termina trabajando en función de ellos y no al revés."; o en Entrevista Nº 6 "...Y antes se hacía mucho más que ahora, está bien trabajábamos como empleados generales porque capaz que enfermería en si hacíamos poco, pero si los jefes te mandaban tenías que hacerlo, no quedaba otra me acuerdo que entrábamos derecho a limpiar, a baldear el salón, correr doble fila de camas, ¿vos sabes lo que era eso?, ..., y eso nos llevaba hasta las 10 o 10 y media de la mañana, entre medio servíamos el desayuno. Después preparar la medicación, atender los pacientes, traer la ropa del lavadero, preparar para el baño, luchar con los pacientes malos...".

Esto demuestra que "el trabajo" pasaba por tareas ajenas a enfermería, y, en relación con el paciente emerge la idea de una "lucha" con su mala conducta. Pero al mismo tiempo parece demostrar que es el índice que mide el "verdadero" trabajo, ese <antes trabajábamos más> que se repite en estas entrevistas, nos permite pensar que el paciente ocupaba un lugar secundario, ya que las tareas dedicadas a ellos son mencionadas como al pasar, <entre medio servíamos el desayuno>, no hay mención de la tarea primaria referida a cuidados enfermeros que no sea el "control" de la conducta del paciente y del propio espacio vital del hospital.

Vemos que aquí aparece un punto en tensión entre el pasado mejor y el presente que parece decir otra cosa, pero, ¿qué quiere decir en realidad?, ¿existe realmente tensión aquí o son formas de expresión de diferentes formas de trabajo en distinta época?, ¿tiene esto que ver con lo que R. Kaës[94] refiere a cómo el rechazo que se produce cuando en las instituciones se generan cambios, con la consiguiente producción de angustias en sus participantes que de alguna manera impiden

[94] Kaes, R. Op. Cit.

experimentar satisfacción, en relación al desencadenamiento de defensas en el plano individual como institucional?. Desde lo que dice E. Enriquez[95] esto puede explicarse desde la doctrina igualitaria donde por un lado aparece la colaboración igualitaria y por otro aparecen confrontaciones, competencias, oposiciones y los intentos por definir la pertenencia del paciente de unos u otros, o lo que da lugar a la idea de que todo lo anterior fue lo mejor y que los viejos hacían todo bien.

b.- El cuidado enfermero:

Existe una recurrente preocupación por el paciente en algunos de los entrevistados, pero ambivalentemente en el momento de describir las jornadas de trabajo persevera un régimen asilar, tradicional, enraizado, que deja ver un modelo de cosificación rutinaria, es decir, no se visualiza un modelo de atención terapéutica en la función de enfermería.

Por ejemplo, en la Entrevista N° 6 escuchamos: "...porque ahora se prioriza la atención de los pacientes...", o en la Entrevista N° 9 "...el trabajo con los pacientes es gratificante...". Por otra parte, volvemos a citar las entrevistas 1 y 5: "...Tratamos de contenerlos, de ayudarlos en su alimentación, la vestimenta, bañarlos..." (Entrevista N°1) "... entonces es como, no se si está bien, pero como un estilo de niñero, .., ...niñero digamos en el sentido que los cuidás, los atendés y también eh, enfermería porque les das la medicación, los higienizás, curás heridas, hay una mezcla entre niñera que cuida y asiste a un chico y a la vez mezclamos la tarea de enfermería que es el cuidado, este , lo veo así, porque en si dependen de todo lo que les digas, andá, vení, levantate." (Entrevista N°5)

En este sentido, cabe señalar la ambivalencia que supone trabajar con una prioridad de la atención del paciente, que además, se percibe como gratificante y por otro, una función de contención que se asocia con las funciones del rol tradicional; además, la relación con el paciente, el vínculo de cuidado, parece ser percibida con un componente de lo maternal, aunque en el sentido de las interpelación con que se nombran las acciones: "andá, vení...", es decir, dándole órdenes, hay una suerte de infantilización del paciente.

[95] Enriquez. E. Op. Cit.

Esto queda ligado de alguna manera con el ítem anterior. Para algunos entrevistados, "priorizar al paciente" pasa por las tareas secundarias o indirectas de enfermería, por las desvirtuaciones (es decir aquellas que no corresponden a enfermería pero son ejecutadas por los enfermeros). Para otros, en cambio, priorizar al paciente significa dedicarse a las tareas de atención directa al paciente. Ahora bien, es preciso considerar que hay distintos modelos de atención de enfermería, uno tradicional, para lo cual la atención directa se reduce a medicar, higienizar, alimentar y vigilar; y otro modelo que plantea el papel terapéutico del cuidado enfermero, que incluyen valorar el discurso del paciente, promover su dignidad e independencia, tener como objetivo la socialización, entre otras. Podemos pensar que, debido a las distintas oportunidades de formación, no todos los enfermeros y enfermeras conocen la tendencia actual del modelo de atención de los pacientes, no todos saben qué significa la tarea primaria en una institución, especialmente en una institución psiquiátrica. De ahí que entre lo que se hace por el paciente y lo que se dice que se hace o que importa el paciente aparece con sentidos y significados diferentes.

En ese sentido, S. Cook y K. L. Fontaine[96], siguiendo cierta tradición en el campo profesional, proponen como modelo de atención de enfermería psiquiátrica una visión holística del hombre y su entorno definiendo la enfermería como verdadera profesión. Sin embargo, en la práctica profesional, el trabajo institucionalizado produce rutinas y estereotipias que reproducen el modelo tradicional asilar y custodial antes que favorecer este otro enfoque integral. Aunque, es evidente, que la centralidad del paciente y sus necesidades, persiste en las entrevistas como aquello que a veces "se deja de lado", bajo distintos nombres, lo que no se puede hacer, lo que otros no hacen, etc.

c.- *Imagen subjetiva del compañero de trabajo:*

En la Entrevista N° 1 aparecen varias cuestiones en relación con el compañero de trabajo: "... lo que está afectando mucho es el ausentismo,... ya sabemos que aquella sala hoy por hoy <señala otra sala> es la que tiene el mayor problema de ausentismo, si será por alguna causa en particular, alguna razón especial, enemistad con los compañeros, o ... pero, digamos que yo creo que no hay mucho compañerismo <continúa hablando de la otra sala>, acá están usando la ley del sálvese quien pueda, yo

[96] Cook, S.; Fontaine K. L. Op. Cit.

salvo mi guardia ... y trato que pasen las horas de la mía y listo, ...Porque acá es un lugar donde, por el tipo de trabajo, hace que estés trabajando con el enemigo de tu vida. Lamentablemente vos dependés de tu compañero, acá para las tareas que sean, ... dependés siempre de un compañero, del compañero enfermero, del compañero mucamo, ...que es algo que no todos entienden y muchas veces te toca solo, todos se centran en "no yo soy enfermero, o soy mucamo", tampoco te digo confundir las tareas de cada uno, pero comprender que ante ciertas situaciones somos todos, todos del mismo lugar <silencio>, falta eso del trabajo en equipo..." Vemos una queja en relación con el ausentismo que se traduce como "falta de compañerismo", incluso, de enemistad. Por otra parte, se describe la dependencia del "otro- compañero", más allá de la función específica de cada uno, una dependencia creada por la naturaleza de la tarea y eso, traducido como la necesidad del trabajo en equipo.

La valoración del trabajo en equipo como enfoque de la atención, como hemos señalado, era la base del modelo de Comunidad Terapéutica implementada por el Dr. Camino. Según lo recuerda J. Martínez[97], Supervisor de Enfermería de esa época, desde el primero al último de los empleados del hospital oficiaba de terapeuta desde su propio rol; ese era el modo de alcanzar cambios positivos en el paciente para el momento de su alta. Todo el personal era parte activa en el tratamiento del enfermo mental.

En las entrevista N° 4 y N° 7, aparecen especificaciones del "compañerismo". Escuchemos: "...lo que yo veo acá es la falta de compañerismo, eso es lo más malo que veo acá. No se si en todos lados será igual, pero, yo veo gran falta de compañerismo, eh, eh, digamos, pisar cabezas, sin interesarse en el otro, tratar de estar más arriba, escalar sin merecerlo, o, estar, no se, no veo, no se cómo llamarlo pero que está, la mala onda que se percibe y que enferma, hace un lugar difícil para trabajar, ... se priorizan los problemas personales, del personal, hay gente buena, pero también hay gente con la que no se puede trabajar, o siempre te están tirando todo lo que vos querés hacer, o intentás hacer al menos, ... Entonces la parte que hace lo negativo es el compañero...". En este caso, la queja falta de compañerismo, alude a la competencia, a la mala onda, a la falta de compromiso con el trabajo. En la Entrevista N° 7, aparecen

[97] Martínez, J. Op Cit.

otros elementos: "... están los que no hacen ni dejan de hacer, ponen palos en la rueda, frenan, hablan mal de todo, chismosean, nunca están conformes, son inconformistas, nada les viene bien, entonces ahí se crean los roces, las disputas, los problemas, por esa gente que no tiene interés en hacer nada."

En las entrevistas N° 8 y en la N° 9 también aparecen estos aspectos: "...como negativo te diría <contabiliza con los dedos de la mano> en primer lugar el ausentismo, eso hace que se trabaje mal, que no se puedan garantizar guardias de enfermería es espantoso; la falta de compañerismo; la falta de compromiso con la profesión y con los pacientes...; la falta de responsabilidad para cumplir con las tareas asignadas, a algunos les da lo mismo hacer o no hacer..." (Entrevista N° 8). "Acá nadie se preocupa por el compañero, cada uno trata de salvarse a si mismo, y te digo, hasta del paciente se olvidan..." (Entrevista N° 9). Como vemos, en estas entrevistas, la queja se dirige al negativismo del otro y al otro como obstáculo, en suma, el otro como principal "traba" para la tarea primaria.

En la Entrevista N° 3 y en la N° 5, encontramos intentos de explicación a los problemas "con el otro". Escuchemos: "... lo que pasa que ahora entró mucha gente que tiene la misma preparación de auxiliar o de otros cursos que, la verdad no se qué aprendieron <se encoge de hombros>, porque están en otra, no tienen interés en el laburo, en el paciente, solo quieren pasar las horas, haciendo lo mínimo posible, e irse, no se, ..."; o en la Entrevista N° 5 "...uno a veces tiene ganas de hacer algo y no tenes nadie atrás que te va a seguir, ..., veo ... personas que están cansadas de trabajar, ..., y no tienen ganas de seguir trabajando, están cansadas y ven todo negro...". Vemos que la falta de formación, la mala formación, el interés y los problemas personales, como ejes que tratan de explicar los problemas interpersonales.

En cambio, la Entrevista N° 6 "... veo que mucha gente que ahora entró con cursos y estudios no tienen interés en la enfermería, ni en el paciente psiquiátrico, sino que vienen llenos de leyes y reclamos desde el primer día, hacen desastres con los mismos compañeros, porque nada les viene bien, entonces se arman problemas. ...los enfermeros siempre fuimos problemáticos, fijate vos que siempre nos destacamos por problemáticos, por no decirlo de otra manera, si la verdad que si uno no viene por algunos días, cuando venís lo primero que preguntás es ¿qué problema nuevo

hay? Quién se peleó con quién?..."; si bien aparecen elementos comunes, en este caso, a diferencia de la Entrevista N° 3, no es la falta de formación sino lo contrario, una mayor "titulación", asociada a la falta de compromiso, lo que se asocia a los problemas con el otro.

En las entrevistas vemos en forma predominante que la queja es depositada en el otro, en el compañero. El vínculo con el compañero de trabajo pareciera frustrante y negativo. "El otro" compañero de trabajo parece ser percibido como el que causa problemas y el motivo de todas las desavenencias institucionales. Esto quizá tenga fundamento en lo que M. Cirianni y M. Percia[98] describen como una predisposición a la aceptación dado su estilo rutinario, establecido y crónico. El nivel tan organizado, estructurado del trabajo de las enfermeras conlleva a prácticas repetitivas, que son naturalizadas, aceptadas porque siempre fue así, sin posibilidad de replantearse acerca de sus objetivos individuales, grupales e institucionales. Es así que lo no hablado, lo silenciado termina depositándose en el otro y convirtiéndose en una condición laboral que persiste para poder permanecer. La depositación de culpas en el otro constituye una forma de funcionamiento institucional que parece ser aceptada y adoptada por muchos, como si fuera requisito para pertenecer al grupo, para subsistir en la tarea.

d.- Imagen subjetiva de lo institucional:

Se repite el afán de trazar un paralelismo entre la institución de antes y la de ahora, lo/s viejo/s y lo/s nuevo/s, y para ambas temporalidades, se establecen consideraciones positivas y negativas. En esta suerte de paralelismo, la imagen de la institución se relaciona mucho con la imagen de los jefes. En cuanto a los aspectos negativos, hay una diferencia notable: para algunos de ellos los jefes de antes eran déspotas y los actuales han perdido poder. Es decir, el autoritarismo tanto como la pérdida de autoridad, son percibidos como un problema para el trabajo en la institución, en este caso, específicamente, la función de jefatura.

[98] Cirianni, M.; Percia, M. Op Cit.

Sin embargo, esta relación <antes – ahora>, no aparece como una narración de lo que podríamos llamar, siguiendo a E. Enríquez, el "mito fundacional de la institución", en este caso, al estilo terapéutico propuesto por el Dr. Camino[99] con el que se iniciara esta institución. Los relatos no nombran la época de Comunidad Terapéutica como ese pasado colectivo, no aparece narración que haga lazo, salvo la propia trayectoria personal en la institución. La historia de la institución es percibida únicamente desde la trayectoria individual. En ese sentido, el pasado de la institución es el propio pasado de cada uno, no hay un relato que trascienda las trayectorias individuales.

Escuchemos la Entrevista Nº 6 "Y, lo que pasa que yo conocí el trabajo de antes, te hablo de los primeros años de la Colonia, de cuando eran casi 200 pacientes por sala y éramos re poquitos enfermeros, ..., antes se hacía mucho más que ahora, ..., pero si los jefes te mandaban tenías que hacerlo, Por eso les cuento esto para que vean que esto no es nada, ahora no se hace ni la cuarta parte de lo de antes, ...yo creo que acá lo que está faltando es que la cabeza funcione, porque si no tenés alguien que te de ordenes claras y te exija de alguna forma, nadie hace nada, porque es la ley del menor esfuerzo. Yo creo que se perdió el respeto, antes el jefe era muy respetado equivocado o no se lo respetaba, y ahora mirá vos lo que pasa, esto es un despelote... porque cada uno hace lo que quiere, dejan pasar todo, yo no se si es para no tener problemas o qué pero todos miran para otro lado, y si alguien de los superiores quiere tomar medidas enseguida lo aprietan, o no lo respaldan..., me parece que en el fondo lo que reclamamos es que alguien nos ponga riendas, que nos ponga límites..., esto no puede funcionar si no te guían, si no te ponen límites. Por lo menos en enfermería necesitamos eso, y creo que eso está pasando en todo el hospital, porque toda la institución está mal, es como que nos falta un referente que se juegue y ponga en orden las cosas, pero claro, están muy presionados por la política también...". Aquí se puede observar que el contraste antes ahora se relaciona con la presencia/ausencia de autoridad como fuente de sufrimiento.

En la Entrevista Nº 7 aparecen otros matices del malestar con la institución, en el presente: "...ahora también se trabaja mal. ... Y ojo que creo que esto

[99] Camino, R. Op. Cit.

pasa en todos lados, ahora todo está mal, en todas las instituciones, falta decisión, poder de decisión, falta liderazgo, ... les falta respaldo, les falta alguien que les ponga la firma cuando les toca tomar una decisión, entonces qué pasa, si vos sabes que sos jefe de una sala y que por ahí tenés que tomar medidas y sabés que el que está arriba tuyo no te va a respaldar, y la pensás dos veces, y así van dejando pasar cosas, cosas grosas, por justamente no tener respaldo para tomar decisiones y poder encarrilar las cosas. No sé si me explico, lo que te quiero decir es que a todo nivel falta liderazgo, poder." La autoridad falta en la medida que no hay respaldo, es decir, autoridades "autorizadas".

En la Entrevista N° 8 aparece nuevamente este aspecto: "... la falta de autoridad a todo nivel en la institución, nadie quiere tomar medidas porque no se siente apoyado por los superiores entonces todo sigue mal..., pero no quiero dejar la institución tan mal che <risas> pero es la realidad qué le vamos a hacer!! <se encoge de hombros>" y en la Entrevista N° 9 otra referencia: "...es como que falta conducción, porque yo creo que si hubiera una cabeza que funcione bien y haga respetar las cosas, todo sería diferente, vendríamos a trabajar en serio y no a crear problemas, pero todo está mal, la institución está mal, parece que cada vez vamos peor..." En la Entrevista N° 1 aparece a modo de síntesis: "...no hay una política de trabajo..."

La provincia de Entre Ríos cuenta con un Régimen jubilatorio especial para los trabajadores de salud mental, quienes alcanzan el beneficio jubilatorio con 45 años de edad y 20 de servicio. Vale decir que quienes tienen máxima antigüedad al momento de las entrevistas han ingresado mucho después de finalizada la "época de Camino", quien fue echado por la dictadura militar en 1976. Esta aclaración es importante para considerar la relevancia de estas narrativas que hablan de "los primeros años de la Colonia" que, en sentido estricto, se remontan a 1968. Por un lado, puede inferirse que la historia institucional se percibe fuertemente ligada a la trayectoria individual personal, y en ese caso, hay que preguntarse qué consecuencias tiene esto, si se trata de un proceso de fuerte identificación o si acaso no es un síntoma de discontinuidad entre la trayectoria personal y la del conjunto de la "comunidad" (en el sentido de comunidad institucional, de grupo). Que el pasado se perciba como mejor, pero que al mismo tiempo se describa como autoritario, ¿significa que fue mejor en qué sentido? Es posible que, aun tratándose de un pasado autoritario y de exceso de trabajo, con recarga de funciones ajenas, aun así, se perciba "mejor" que el presente. Este

presente aparentemente más laxo en cuanto al modelo de autoridad y más humano en la cantidad de trabajo, se percibe como peor que el pasado. En ese sentido, podemos pensar en lo que R. Kaës llama sufrimiento por exceso o por falta de institución[100].

E. Enriquez[101] nos permite reflexionar sobre esto cuando habla del trabajo institucional como productor de cargas psíquicas manifiestas a través de angustias, celos, culpas, negación al cambio, etc. De allí la importancia de contar con ciertos espacios comunes, donde puedan exponerse estas dificultades, donde puedan expresarse estas experiencias dolorosas como puede ser el trabajo enfermero, un lugar donde poder poner en palabras lo que les pasa a los enfermeros que trabajan con los pacientes psiquiátricos. Este espacio para problematizar las prácticas de enfermería, de dar nombre a sus actos, de hablar de lo que les pasa respecto a su trabajo, a ese ejecutar acciones dirigidas a personas enfermas según M. Cirianni y M. Percia,[102] juega un papel preponderante ya que de no darse, las enfermeras terminan cronificando sus prácticas, repitiendo un estilo asilar manicomial que acarrea problemas diversos sobre las propias enfermeras.

4.- Falta de respaldo

Aparece en los entrevistados una queja recurrente sobre la "falta de respaldo", que puede ser interpretada también como un clara demanda. Tal como lo expresa la entrevista Nº 5, "lo único que siento..., no sentís un respaldo, venimos al laburo porque venimos, por inercia, llegamos porque llegamos y nos vamos porque nos tenemos que ir, lo que no te vas con un día de trabajo satisfactorio porque conseguiste un logro digamos..., vos individualmente te podes fijar metas pero nunca vas a conseguir el logro, es muy rara la vez, casi nunca te vas satisfecho... Creo que en gran parte los logros no se alcanzan por el personal, porque nosotros estamos cansados pero porque nosotros no tenemos asistencia, a nosotros nadie nos cuida..., nadie –nadie se interesa por nosotros.... Porque nosotros mismos hacemos que nadie se importe de nosotros...". En la Entrevista Nº 6 encontramos la siguiente expresión: "... si alguien de los superiores quiere tomar medidas enseguida lo aprietan, o no lo respaldan..., eso

[100] Kaës, R. Op. Cit.
[101] Enriquez, E. Op. Cit.
[102] Cirianni, M.; Percia, M. Op. Cit.

viene pasando hace rato y se está yendo todo a la miércoles. Yo creo que todos los enfermeros cuando nos juntamos a charlar sacamos este tema y me parece que en el fondo lo que reclamamos es que alguien nos ponga riendas, que nos ponga límites, parecemos *gurises* ... es como que nos falta un referente que se juegue y ponga en orden las cosas, ...". Y en la Entrevista N° 7, amplía la idea: "... si vos sabés que sos jefe de una sala y que por ahí tenés que tomar medidas y sabés que el que está arriba tuyo no te va a respaldar, y la pensás dos veces, y así van pasando cosas, cosas grosas, por justamente no tener respaldo para tomar decisiones y poder encarrilar las cosas..."

Vale interrogarnos a qué apunta esta <falta de respaldo>; ¿es verdaderamente una denuncia o constituye una renuncia a lo formal, a lo instituido en el marco institucional?, ¿no será una forma de manifestar desacuerdo hacia las leyes institucionales, a las normas laborales? Al decir de R. Kaës[103], esto es lo que ocurre cuando lo instituido prevalece sobre lo instituyente, donde las formas burocráticas atentan contra la organización y a través de formaciones narcisistas, represivas, de negación y defensivas sustentan la institución contra un ambiente laboral discrepante; tal vez pueda tener que ver con las características psíquicas propias individuales y/o grupales de la institución. Es posible que la "falta de respaldo" sea una forma de percibir la falta de función instituyente. Pero cabe preguntarse también si acaso "falta de respaldo" alcanza también a las acciones que se sabe se deben ejecutar, que están normatizadas. En ese caso, siguiendo a Kaës, esta falta de respaldo en verdad es el modo de nombrar la percepción de una puesta en crisis de la tarea primaria: la del enfermero de hacer su tarea rutinariamente y la del jefe no tomando las decisiones que debe.

5.- Tercerización de culpas

Llamativamente, los entrevistados hablan de terceros como los responsables de todas las problemáticas del hospital, no se incluyen ni reconocen como parte del grupo, siempre refieren a "los otros". Esto puede verse reflejado en las Entrevistas N° 1 "...lo que está afectando mucho es el ausentismo, ...otra cosa que yo

[103] Kaes; R. Op. Cit.

veo, que yo creo es que no hay mucho compañerismo, ..., acá están usando la ley del sálvese quien pueda, ...yo creo que están haciendo las tareas medio por rutina, ..." ; Entrevista N° 2 " ...es como por ahí hablábamos con otro compañero ayer, si vos por ejemplo hacés algo de más es como que ya, o sos el alcahuete del jefe o querés ser más que otro, ...entonces para evitar todos esos roces, optás por quedarte en el molde, ..." El otro es el responsable del ausentismo, señalado como mal compañerismo; otra forma de sufrimiento es causado por el temor de ser considerado mal compañero, sospechoso, a causa de cumplir bien el trabajo. En este caso, puede observarse el mecanismo de traba a la tarea primaria.

En la Entrevista N° 4 leemos: "...porque vos escuchás, que muchos dicen, "tal cosa por el paciente" como que todo, o hacen por y para el paciente y en realidad veo que no es así, sino todo lo contrario, porque es lo que menos les preocupa, pero cómo decirte, se esconden en esa frase, porque si todos vendríamos por el paciente, no se, creo, que trabajaríamos de otra forma. O también puede ser que vos tratás de trabajar de otra forma pero empezás con algo viste y que el otro no te siga es como que ya te da bronca, porque vos tiras sola del carro, o siempre te están tirando abajo lo que vos querés hacer, o intentás hacer al menos, entonces últimamente uno viene, o sea, creo que a todos nos pasa, por el sueldo nomás. Entonces la parte que hace lo negativo del trabajo es el compañero..., para mi no es el paciente el que te afecta, es más la parte del compañerismo que, o sea, el personal...". Así, en la Entrevista N° 5 aparece lo siguiente: "...uno a veces tiene ganas de hacer algo y no tenés nadie atrás que te va a seguir... Veo... personas que están cansadas de trabajar, porque es este trabajo, eh, y no tienen ganas de seguir trabajando, están cansadas y ven todo negro... llegar y que tu compañero esté mal, esté enfermo, se queje o vos no te lleves bien, o que discutieron o que le sumés, es suficiente, ... me parece que uno tiene que venir a trabajar muy bien con el otro, tenés que venir a trabajar poniendo la mejor onda posible para que el día, las 6 horas pasen de buenas maneras, de buenos modos y si te podés reír fantástico...<corta la frase, da a entender que es lo mejor con lenguaje corporal>. ..." En todos los casos, aparece el otro como principal obstáculo para el "hacer", ya sea por cansancio o por falta de compromiso con el paciente.

En Entrevista N° 6, "...Digo en cuanto a la forma que laburábamos, ... no entiendo de qué se quejan ahora, ... pero veo que mucha gente ... no tiene interés

en la enfermería, ni en el paciente psiquiátrico, ..."; en Entrevista Nº 7 "...capaz que en una guardia somos 5 y ninguno se comide a empezar una tarea, ..., están los que no hacen ni dejan hacer, ponen palos en la rueda, frenan, hablan mal de todo, chismosean, nunca están conformes, son inconformistas, nada les viene bien, entonces ahí se crean los roces, las disputas, los problemas, por esa gente que no tiene interés en hacer nada. ... ahora entran a trabajar a veces sin conocer el hospital, a veces entran y de una les toca trabajar solos o solas y la verdad, es muy feo porque no sabés ni para qué lado agarrar, y eso es consecuencia del gran ausentismo que hay, la gente falta y no le importa nada."; en Entrevista Nº 8 "...la falta de compañerismo; la falta de compromiso con la profesión y con los pacientes, todos dicen que hacen tal o cual cosa por el paciente y en general son los que ni siquiera vienen a laburar, cero compromiso; la falta de responsabilidad para cumplir con las tareas asignadas, a algunos les da lo mismo hacer o no hacer lo que les dejó el jefe del servicio; ..."; en Entrevista Nº 9 "...Y lo feo, lo negativo, ..., la problemática, viste que siempre estamos en los medios de comunicación, pero justamente por los problemas que hay acá adentro, y de los que algunos se hacen demasiado eco y parece que sin esos quilomb... no pueden vivir, como si no pueden venir a trabajar, hacer cada uno lo suyo e irse a su casa tranquilamente a descansar, no, vivimos de problema en problema..."

Esta modalidad de tercerizar las culpas de enfermería, parece representar un estilo de vida institucional, una naturalización de prácticas crónicas, donde la inexistencia de espacios para poner en palabras lo que les pasa a las enfermeras y los enfermeros del Hospital Colonia parece afectarles a algunos de los entrevistados en su subjetividad. M, Ciriani y M. Percia[104] hablan de las consecuencias de la falta de garantías institucionales para que las enfermeras hablen de lo que les pasa. Este no poder poner en palabras lo que les pasa puede constituir una forma de sufrimiento individual subjetivo o intersubjetivo, sufrimiento que, al ser callado, puede buscar otras formas de expresión.

Estos mecanismos de angustia reprimida suelen volver su agresividad hacia la institución liberando procesos de disolución. Sobre esta forma de sufrimiento R.

[104] Cirianni, M.; Percia, M. Op. Cit.

Kaës[105] dice que naturalizar es un modo de enfrentar el sufrimiento, con el riesgo de enfermar, pero constituyente de un modo al fin, cuando no se dispone de otros recursos, como puede ser el espacio psíquico para pensar y expresar el malestar. En tanto E. Enriquez[106] explica que las instituciones llevan desde su inicio el dispositivo de la violencia fundadora indicando lo prohibido, el deseo de transgredir las normas, el conflicto y las rivalidades entre las personas que integran la institución. Dice que este tipo de relaciones institucionales implica la existencia de grupos polémicos en sus vinculaciones.

En este trabajo no hemos observamos este pedido explícito de espacios para hablar y problematizar sus propias prácticas en todos los entrevistados. Por lo que vale preguntarnos hasta qué punto un sujeto de prácticas institucionales cualquiera -en este caso los enfermeros- estamos dispuestos a la dura tarea de desnaturalizar las propias prácticas; es decir, ¿hasta dónde es posible objetivar el propio trabajo? Por otra parte, cabe interrogarse doblemente por esta dificultad, considerando que en esta realidad institucional no todos tuvieron la oportunidad de elegir su profesión o su trabajo; algunos ni siquiera tuvieron oportunidad de estudiar, de formarse, de capacitarse, de recibir educación en servicio y por lo tanto acceder a una forma de desnaturalización y objetivación que es la que ofrece la formación teórica. Éste constituye un punto importante a considerar a la hora de comprender el sufrimiento psíquico al que están expuestos.

6.- Tarea primaria

Al describir el modo en que perciben su trabajo en distintas dimensiones, aparecen rasgos que podemos reconocer como tarea primaria. Hay una recurrente preocupación por el paciente; tratan de dar a conocer que la relación entre el enfermero y el paciente es buena; pretenden desmitificar ciertos tabúes respecto al enfermo mental y a los enfermeros de esta especialidad; se esmeran por describir las acciones de enfermería directas o indirectas dirigidas al paciente, lo que nos hace

[105] Kaes, R. Op. Cit.
[106] Enriquez, E. Op. Cit.

suponer que se prioriza al paciente, aún en un modelo de atención tradicional y de estilo manicomial. Mientras que por otro lado, aparece la queja de que muchos utilizan la frase "lo hago por el paciente" pero en algunas entrevistas se discute esta percepción, pareciera "que no es tan así."

En la Entrevista N° 1 escuchamos "... priorizan sus propios problemas antes que los verdaderos que son las cuestiones de los pacientes, aunque es común escuchar que todo lo hacen por el paciente, creo que es una frase hecha que no concuerda con la realidad, ...". Por su parte, en la Entrevista N° 4 leemos, "... porque vos escuchás, que muchos dicen, "tal cosa por el paciente" como que todo lo hacen por y para el paciente y en realidad veo que no es así, sino todo lo contrario, porque es lo que menos les preocupa, pero cómo decirte, se esconden en esa frase, porque si todos vendríamos por el paciente, no se, creo, que trabajaríamos de otra forma". También aparece en la Entrevista N° 5 con más énfasis: "... Mirá, de los 83 enfermeros que somos en el hospital, yo creo que 40 vendrán por la razón de ser de la profesión, es decir, por el paciente, el resto no!!! ... No, no porque no, yo digo que no es asi porque si todos vendríamos por esa razón de ser, el paciente estaría 10 más IVA, porque todos vendríamos a atender al paciente, me entendés...?". En la Entrevista N° 8 "...todos dicen que tal o cual cosa por el paciente y en general son los que ni siquiera vienen a laburar, cero compromiso;...". Finalmente, en la Entrevista N° 9 "...cada uno trata de salvarse a si mismo, y te digo, hasta del paciente se olvidan, porque la verdad pasan a último plano, aunque parezca mentira pero es así.".

Esto que se presenta como un contraste entre la aparente preocupación por el paciente y la preocupación real, puede asociarse con las condiciones en la que se despliega ese trabajo; por ejemplo, con la falta de oportunidades de formación, de elección de la profesión, de la vocación, etc., pero que es destacada por los entrevistados como una realidad institucional. No simbolizan las relaciones interpersonales como eje fundamental para alcanzar un tipo de trabajo ideal de enfermería, más bien parece centrarse en el individualismo y las necesidades que asegurarían, según los entrevistados su propia comodidad laboral. De acuerdo a lo que R. Kaës[107] dice, la tarea primaria de la institución suele ser reemplazada por instancias complementarias que

[107] Kaes, R. Op. Cit.

pueden volverse protagonistas de la situación al punto de derivar en otra forma de sufrimiento psíquico, como pueden ser las rivalidades y las luchas internas por el poder.

El trabajo ideal respecto al paciente al que refieren los entrevistados como lo describen las Entrevistas Nº 3 "... les contaría que es un trabajo en forma directa con los pacientes, que no todo el tiempo están agresivos, ..., uno con el paciente puede hablar, reír, escucharlo ...; pediría que compartan sus conocimientos con los que tenemos solo el curso de auxiliar, porque tienen mejor estudio, y, a la vez siempre les ofrezco todo lo que desde mi experiencia puedo compartir porque eso acá vale mucho, vos podés tener la teoría y está bárbaro pero si además lo juntamos con la experiencia de trabajo podemos hacer muchas cosas buenas...". En la Entrevista Nº 4 se refiere: "... para mi lo positivo sería el trabajo con el paciente..." y agrega: "...si todos vendríamos por el paciente, no se, creo, que trabajaríamos de otra forma..." lo primero que trato acá es decirles que ellos cumplan, que hagan sus trabajos lo mejor que puedan...". En Entrevista Nº 5 "...siempre hay algo para hacer, con cada uno de los pacientes, ya sea el diálogo que tuviste con el paciente..., el prestar atención a veces en alguna cosa que te quieran decir, es tan importante para ellos, para vos, porque aprendés día a día del paciente...".

Por un lado tratan de explicitar todo lo que hacen por el paciente y por otro reclaman en sus compañeros este mismo interés por el paciente, como si alcanzando un mismo nivel de interés y de atención alcanzarían el ideal del trabajo de enfermería. Por otro, hay una persistente queja sobre el otro compañero en el que se depositan los aspectos negativos y, especialmente, los obstáculos para la realización de la tarea primaria, incluso en relación con el propio paciente. Así desde la imagen subjetiva del paciente, hacia la negatividad depositada en el compañero de trabajo y en la institución; como falta de autoridad o como falta de respaldo, se organiza bajo la forma de la tercerización de culpas. Esto nos lleva a replantearnos si estas percepciones constituyen causas para la no inscripción de la tarea primaria, o, al contrario, constituyen las consecuencias subjetivas de las trabas institucionales de la tarea primaria.

En la Entrevista Nº 5 aparece una reflexión sobre la naturaleza de la terea primaria, en comparación con la enfermería en otras especialidades: "Por ejemplo

trabajando clínicamente tenés, qué se yo, que te toca un paciente que te hizo un paro y vos hiciste tu parte y lo salvaste, o algo tan simple como ver recuperado y de alta al paciente. Creo que en gran parte los logros no se alcanzan por el personal, porque nosotros estamos cansados pero porque nosotros no tenemos asistencia, a nosotros nadie nos cuida, justamente tendríamos que recibir algún cuidado para nosotros poder emocionalmente aflojar y poder venir a trabajar todos los días, porque es difícil, no se puede venir a trabajar de cero todos los días. Este trabajo es para venir todos los días en blanco, es la única manera de que vos puedas venir a trabajar, a ver cosas, las que a veces no las ves y están, están. Yo creo que como todo hospital tenemos deficiencias, nadie – nadie se interesa por nosotros, porque vos escuchás en la radio y, sale todo lo malo. Pero porque nosotros mismos hacemos que nadie se importe de nosotros, porque vos escuchás la radio y, noticias buenas del Urquiza, agradecimientos de pacientes al Urquiza, porqué? porque ellos se hacen notar, o sea, vivimos en un país que el que no se hace notar no existe para el mundo, que si vos no sacás la mano y decís acá estoy yo, nadie se va a acordar de que vos estás ahí, y nosotros somos un hospital así. Entonces nosotros no hacemos notar las cosas buenas, seguimos hundidos en un océano, porque yo creo que cada uno de nosotros hace un granito de arena para que nos critiquen, que todo el tiempo hablen de nosotros, mal, porque nos automarcamos lo negativo, nadie te marca lo positivo, entendés. Hay diferentes cosas, como por ejemplo, un psiquiatra que atiende a las personas ambulatorias, las del pueblo, en consultorio externo, y yo creo que esas cosas hay que hacerlas conocer para que el pueblo las conozca, porque hay gente que no conoce este hospital, entonces me parece que si no hacés que la gente sepa que el psiquiátrico existe, no lo van a conocer"

Esto que puede aparecer como una demanda de reconocimiento, es al mismo tiempo una percepción muy ajustada de la dificultad que entraña el trabajo con la enfermedad crónica, a diferencia de la enfermedad aguda: el paciente agudo, recuperado, agradece y lo hace públicamente. El paciente crónico, y especialmente el enfermo mental, carece de esa posibilidad social y por lo tanto el trabajo profesional es socialmente poco valorado. Además, en esta entrevista se pone en evidencia la necesidad de sostén emocional de los profesionales en estas condiciones y en este tipo de tarea.

7. La percepción de lo positivo del trabajo

En un primer análisis, parece que los entrevistados resaltan más lo negativo que lo positivo. Cabe preguntarnos por qué. Si fuera así, ¿qué se busca en realidad al remarcar en forma prioritaria las negatividades? ¿Se busca algo con ello o es una forma habitual – natural de describir el trabajo? ¿Por qué lo positivo parece ocupar un lugar secundario? ¿Cómo se sostiene el trabajo desde una percepción subjetiva tan negativa?

En la mayoría de los entrevistados aparece como a flor de piel el relato de las cuestiones que consideran negativas, y en segundo orden mencionan las positivas. Algunos de ellos, reconociendo que lo primero que les surge es lo negativo; esto se puede reseñar en varios casos. Por ejemplo en la Entrevista Nº 1 "Algo positivo... <piensa> <le lleva un tiempo>, algo positivo, no sé, por ahí es lo más difícil, será porque estamos acostumbrados a la queja, a los problemas, a que acá todo es difícil y nos cuesta ver lo bueno. Pero te puedo decir que rescato la comunicación, hoy es mejor que hace algunos años, en algunos casos hay más compañerismo, aunque claro hay excepciones, pero hoy todo el personal puede hablar, tirar ideas, en fin dar su opinión y ser escuchados..." <silencio, se encoge de hombros>. Los mismos entrevistados que despliegan la queja en términos generales, cuando refieren una experiencia más concreta, reconocen la presencia de "buenos compañeros". Asimismo, se considera como aspecto positivo la mayor flexibilidad del entorno, cuya contracara puede ser "la falta de autoridad".

En la Entrevista Nº 2 aparecen también valoraciones positivas sobre los nuevos jefes; recordemos que en el nuevo personal se deposita también una mala formación. Escuchemos: "Y algo positivo, ... es que hay gente joven y profesional a cargo de las salas, que deja participar al personal, le pide su opinión, nosotros hoy podemos compartir ideas, cosas con ellos, que antes no!! <lo dice enfáticamente>".

En la Entrevista Nº 7 este mismo aspecto aparece como positivo: "Y lo positivo, sería que hoy hay gente preparada al mando de cada sala, y que si bien no pueden hacer todo lo que quisieran para mejorar el trabajo, y hacerlo como debería ser, han mejorado muchas cosas, te respetan, te permiten opinar, y esas cosas...pero...". Inmediatamente, este aspecto positivo aparece enlazado necesariamente a la dinámica

negativa de la autoridad: " pero, <piensa, mueve negativamente la cabeza> les falta respaldo, les falta alguien que les ponga la firma cuando les toca tomar una decisión; entonces qué pasa, si vos sabés que sos jefe de una sala y que por ahí tenés que tomar medidas y sabés que el que está arriba tuyo no te va a respaldar, y la pensás dos veces, y así van dejando pasar cosas, cosas grosas, por justamente no tener respaldo para tomar decisiones y poder encarrilar las cosas. No sé si me explico, lo que te quiero decir es que a todo nivel falta liderazgo, poder". Lo que se pone en evidencia es que no hay modo de separar ambas cosas.

En la Entrevista Nº 3 podemos observar otro punto de vista sobre este papel de los jefes: "Algo positivo sería el poder participar, yo ahora con el jefe puedo hablar, tirarle ideas, por ahí se me ocurren cosas que se pueden hacer, otras que se podrían cambiar, y, no solo me siento escuchado sino que veo que algunas cosas se ponen en práctica y la satisfacción que eso te da, no tiene precio!!! <eleva el tono, abre los brazos como agradeciendo>, porque antes no era así y uno se guardaba muchas cosas. <silencio, baja la mirada como buscando qué más agregar>, creo que lo mejor es eso, y después todo lo que aprendí, porque hubo gente que me enseñó a trabajar, y después bueno, hice el curso de enfermería, pero a trabajar acá se aprende trabajando".

En estos tres casos, se recupera como aspecto positivo, una cierta flexibilidad que, como ya señaláramos, en ocasiones se marca como "falta se autoridad". Pero hay otros aspectos positivos.

En la Entrevista Nº 6, aparece una variante, cierta ironía, al considerar positivo justamente el aspecto más negativo del trabajo institucionalizado e ironizar sobre el modo de ser de los enfermeros: "Y, creo que lo negativo, negativo ya pasó. Digo en cuanto a la forma que laburábamos, por eso no entiendo de qué se quejan ahora, si la verdad no se hace nada! comparado con lo que teníamos que hacer antes. Pero veo que mucha que ahora entró con cursos y estudios no tiene interés en la enfermería, ni en el paciente psiquiátrico, sino que vienen llenos de leyes y reclamos desde el primer día, hacen desastres con los mismos compañeros, porque nada les viene bien, entonces se arman los problemas. Porque antes suponete no podíamos estar como ahora charlando y tomando un mate, ¡no!, tampoco podíamos leer el cuaderno de novedades, ni participar en las decisiones, eso era exclusividad de los jefes. Y ahora eso cambió porque los jefes te dejan participar, comparten el mate con vos, te dejan opinar. Qué se yo, es distinto.

Por eso creo que lo negativo lo hacen, porque los enfermeros siempre fuimos problemáticos, fijate vos que siempre nos destacamos por los problemas, por no decirlo de otra manera, si la verdad que si uno no viene por algunos días, cuando venís lo primero que preguntas es qué problema nuevo hay? Quién se peleó con quién? No se, es como que no concebís la cosa si no hay quilomb... <risas> pero es así, todos sabemos que es así. Lo que pasa que a veces no lo dicen, pero..."

Este mismo entrevistado, luego, reformula esta valoración: "Y algo positivo, sería que podemos participar, dialogar, compartir, que se nos tiene en cuenta, pero fijate vos y vuelvo a lo anterior, ahora que tenemos esas posibilidades algunos no la saben aprovechar porque se abusan, les dan la mano y se agarran el codo, enseguida, porque yo creo que acá lo que está faltando es que la cabeza funcione, porque si no tenés alguien que te de ordenes claras y te exija de alguna forma, nadie hace nada, porque es la ley del menor esfuerzo. Yo creo que se perdió el respeto, antes el jefe era muy respetado equivocado o no se lo respetaba, y ahora mira vos lo que pasa, esto es un despelot... porque cada uno hace lo que quiere, dejan pasar todo, yo no se si es para no tener problemas o qué pero pasa eso..." Concluye riéndose de sí mismo: "Al final te llené de cosas negativas, las buenas vamos a esperarlas <risas>".

Por ejemplo, en la Entrevista Nº 4 lo positivo se vincula a la relación con el paciente: "Positivo, eh, <piensa, se toma su tiempo, se encoge de hombros>, para mi lo positivo sería el trabajo con el paciente, que uno muchas veces decimos ¡ah no, porqué a mi, porqué me pasa esto o aquello! Y uno se pone a verlos a ellos ¿no?, te ponés a pensar y decís, pucha!!, me enojo por pavadas y uno ve acá otras cosas que pasan a los pacientes y no se quejan". De igual modo, en la Entrevista Nº 5 se pone en valor el paciente pero en relación con lo que se aprende y enriquece en esa relación, tanto en la clínica como en la posibilidad de valorar otras cosas: "¿Positivo del trabajo? eh, que uno aprende mucho, de los pacientes mismos, aprendés lo positivo, que el paciente aprende a conocerte a vos, como vos aprendés a conocer al paciente, porque hay pacientes que viven con vos 20 años acá adentro que es hasta donde te jubilás y ellos siguen quedando y, aprendés que el día a día ellos aprenden de vos y vos de ellos, que te conocen, que te toman como familia, eh, positivo, que te enseñan muchísimo, te enseñan el respeto, porque ellos creo se sienten personas sin derechos, si, por estar acá, porque ellos son personas que, que saben que tienen que obedecer, que tienen que hacer

cosas y que a veces ¡no quieren! como cualquier persona tiene ganas de hacer otra cosa, no lo que uno quiere que hagan y vos tenés que aprender eso, que son personas que también tienen sus vidas y que, yo creo que uno aprende como lecciones de vida, sí, porque son pacientes muy sufridos, pacientes que te cuentan historias de vida, algunas historias que no son lindas, y pienso, mañana puedo ser yo la que estoy acá, nadie está exento de estar acá y que a veces nosotros tampoco nos damos cuenta de eso, por eso a veces reaccionamos de alguna manera que después nos ponemos a pensar caramba! Mañana puedo ser yo la que esté ahí. O sea lo positivo, lo veo más como desde lo emocional, el trabajo te llega mucho, uno aprende mucho..."

En la Entrevista Nº 8 aparece como positivo la valoración de la formación: "Y bueno, como positivo... además puedo rescatar que ahora se respeta más a los que han estudiado, porque antes Dios mío era de terror, la envidia que producía al personal más antiguo que alguien venga con un título de enfermero, era terrible!! <lo enfatiza con gesto corporal>". Finalmente, en la Entrevista Nº 9 se valora la estabilidad de la fuente laboral "Algo bueno, o positivo, sería que esta fuente de trabajo persiste para nosotros a pesar de todo, que por los pacientes, pobrecitos, nosotros tenemos un laburo, es feo decirlo, puede ser que suene mal, pero creo que es así, este hospital da de comer a mucha gente, algo que a veces creo que no se valora..."

En estas significaciones que los entrevistados atribuyen a distintos aspectos del entorno laboral, podemos comprender el modo en que los enfermeros perciben su trabajo en esta institución. Como dice E. Enriquez[108] las instituciones, desde su origen presentan lo que ella denomina "violencia fundadora", es decir, hay prohibiciones, hay transgresión, hay conflictos y rivalidades entre individuos. Se sobreentiende que en toda institución las relaciones humanas pueden o no ser afectuosas entre los participantes. El "otro" es un problema; las diferencias, los intereses distintos y el tener que aceptar al otro con sus individualidades, con su autonomía pueden crear ciertos conflictos, especialmente cuando la aceptación de ese otro como ser pensante resulta dificultosa, advierte Enríquez.

R. Kaes[109] explica que la institución suele actuar como organizador psíquico colectivo donde aparece el síntoma compartido, donde se evidencian los

[108] Enriquez, E. Op. Cit.
[109] Kaes, R. Op. Cit.

vínculos y procesos heterogéneos atravesados por factores sociales, económicos, políticos, culturales y otros. El sufrimiento psíquico del que habla puede explicar el sentimiento subjetivo desde el síntoma compartido que se genera a partir de la angustia de la vinculación. La tensión entre la necesidad de mantener la individuación, el hacer lo que me satisface y hacer lo que el grupo demanda, adaptándome con sufrimiento. Esto genera cargas psíquicas que necesitan ser tramitadas por los sujetos y reprimidas por parte de la propia institución: la negación se presenta como un mecanismo defensivo. Estas cargas psíquicas, se presentan de diferente manera en cada sujeto y, por ende, las respuestas pueden ser dispares, pues algunos pueden responder trabajando por el objetivo primario de la institución y otros en tanto tienden a lo destructivo.

De allí que nos parezca importante rescatar los aspectos positivos de ésta percepción. Lo llamativo es que a los mismos aspectos considerados negativos, el otro, la institución, se le reconocen también, aspectos positivos. Esto que puede parecer paradójico o contradictorio, puede ser interpretado como un punto interesante para recuperar lo que se ha perdido de tarea primaria y que, en algunos casos, todavía aparece como demanda a otro, ya sea de hacer algo o de reconocimiento social. Estos aspectos positivos, movilizan a los sujetos a identificarse socialmente, fortalecen la subjetividad en la medida que ayuda a la construcción de lo colectivo.

CONCLUSIONES

En esta tesis hemos trabajado sobre un interrogante principal, a saber, "¿Cómo perciben su trabajo las enfermeras y los enfermeros del Hospital Psiquiátrico Colonia "Dr. Raúl Antonio Camino" de Federal, Entre Ríos?". Ese interrogante surge a partir de preguntarnos por un cierto sentido común: la percepción de este trabajo es, en general, negativa. Frente a ello nos surgía una inquietud: si las enfermeras y los enfermeros realmente perciben su trabajo negativamente, ¿cómo se sostiene ese trabajo?

Nuestra hipótesis de trabajo sostenía que dado que las enfermeras y los enfermeros del Hospital Psiquiátrico Colonia "Dr. Raúl Antonio Camino" de Federal, Entre Ríos, en una primera instancia, describen negativamente su trabajo y al mismo tiempo permanecen en este ambiente, es porque además de las negativas, existen otras significaciones percepciones para el sostenimiento de ese trabajo. Nuestro objetivo entonces fue conocer el modo en que los enfermeros de esta institución significaban su trabajo, es decir, qué es lo más significativo de esta experiencia.

A partir de las entrevistas realizadas y de las nociones teóricas que han nutrido nuestro análisis, hemos tratado de describir estas percepciones en relación con aspectos subjetivos del vínculo con el trabajo y la tarea primaria, con la institución, con el otro par, con el otro paciente.

Las principales conclusiones a las que arribamos al finalizar este trabajo pueden sintetizarse siguiendo las seis grandes categorías que surgen del análisis de las entrevistas, no sólo de lo que se pone de manifiesto sino que arriesgamos algunas conclusiones acerca de lo silenciado, lo que no se dice pero que puede "verse" en el marco teórico descripto.

En primer lugar, acerca de la Elección de la profesión y del lugar de trabajo surge como significativo que pese a que la mayoría de los entrevistados refiere no haber elegido voluntariamente la profesión ni el lugar de trabajo, aparecen, sin embargo, rasgos de identificación con la enfermería, especialmente en aquellos casos en que se trata de la misma profesión ejercida por algún familiar, o por el propio deseo a partir de experiencias personales. También aparece la elección ligada a razones particulares como son el no haber tenido la posibilidad de estudiar otra carrera, una salida económica, oportunidad laboral, casualidad..., en tanto la no elección del lugar

de trabajo también encuentra relación con la falta de oportunidad laboral en la ciudad de Federal.

En algunos casos, se refiere "acostumbramiento" más que identificación, pero en muchos, a pesar de no ser el lugar de trabajo elegido y de tener este poco prestigio social y, además, de contar con escasas herramientas teóricas, hay referencias a rescatar la relación con el paciente, la tarea primaria, como algo positivo. Ahora, cabe preguntarnos si se trata de un mecanismo defensivo que ayuda a permanecer. Siguiendo a Bleger y a Kaës, es importante considerar que esto sea una fuente de sufrimiento psíquico impuesto por el hecho institucional y relacionado a las subjetividades de sus participantes. Esta situación genera angustia y da lugar a mecanismos defensivos tendientes a la negación y a la no inscripción psíquica de las experiencias que a los entrevistados y al resto del personal resultan demasiado dolorosas. Y es un aspecto importante a tener en cuenta para proteger la salud mental de estos trabajadores.

La identificación subjetiva con la enfermería en esta institución es un hallazgo cuya relevancia radica en el intento repetido en muchos de los entrevistados por desmitificar ciertos tabúes socialmente conocidos respecto al trabajo de los enfermeros en el psiquiátrico. Tratan de dar a conocer que en la institución "sí se trabaja" al tiempo que trazan paralelismos entre la enfermería clínica y la enfermería psiquiátrica, explicando diferencias y similitudes. Tratan de explicar la aceptación del paciente como otro pensante, con derechos y hacia el que dirigen su atención con cierto grado de compromiso con la profesión.

Sobre la imagen subjetiva del paciente, del compañero de trabajo y de la institución en todos los entrevistados existe consideración positiva hacia el paciente y negativa hacia las relaciones interpersonales con los compañeros de trabajo y hacia la falta de reglas claras desde lo institucional y las jerarquías propiamente dichas. Asignan significaciones prioritarias hacia el paciente, tratan de explicitar todas las acciones que a ellos dirigen. Sin embargo vemos predominar un modelo de atención tradicional de enfermería hacia el paciente, con prevalencia de la higiene, la vigilancia, la medicación, la alimentación. Esta preocupación por el paciente se manifiesta en términos de un rol tradicional de enfermería propio del modelo de atención manicomial. Observamos relegado a segundo plano la función terapéutica del cuidado enfermero y del modelo de

comunidad terapéutica propuesta por el Dr. Raúl Camino. Significan que el pasado fue mejor pero no mencionan los cuidados enfermeros, sino que describen un trabajo pesado, duro e incluso excesivo, en relación a tareas que se corresponden con la enfermería.

El trabajo institucional aparece como productor de angustias que no se pueden expresar debidamente. Esto aparece en muchas entrevistas como queja; pero en muy pocos casos, aparece una demanda explícita de "espacios" para tramitar estos problemas, o la necesidad de apoyo terapéutico en la tarea. Desde nuestro marco teórico, entendemos que esto da lugar a angustias reprimidas que pueden expresarse desde la agresividad y ser direccionadas positivamente a lo institucional. Sin embargo, hablar del malestar no es una tarea sencilla ni liviana: la invitación a desnaturalizar las prácticas no es tan sólo un ejercicio de catarsis sino una dura tarea de reflexión a la que no siempre estamos dispuestos. Por otra parte, cabe preguntarnos también ¿hasta dónde es posible objetivar el propio trabajo?

Aunque es un rasgo común en muchas instituciones, resulta llamativa la recurrente depositación de aspectos negativos en el otro-compañero de trabajo. La tercerización de culpas, parece ser una forma de relación que probablemente "ayuda" a aliviar la propia responsabilidad, por supuesto, con las consecuencias negativas que conlleva. El quejarse del otro, parece un rasgo común del propio grupo.

Si bien aparecen referencias al "antes" y al "ahora", e incluso hay huellas en la memoria de lo que fuera la experiencia de la Comunidad Terapéutica, con que se fundara la institución, este pasado no tiene la forma de un "mito fundacional" que organice la pertenencia a la institución. La narración de que el pasado fue mejor, refiere a la historia personal de los entrevistados y no a una historia compartida.

Otro aspecto negativo, recurrente es la queja que se enuncia como "Falta de respaldo". Se refiere a las iniciativas del propio personal como a la falta de autoridad de los jefes. Decíamos antes que es posible que la "falta de respaldo" sea una forma de percibir la falta de función instituyente. Y pensábamos que probablemente alcanza también a las acciones que se sabe se deben ejecutar, que están normatizadas. Siguiendo a Kaës, nos preguntábamos si acaso esta falta de respaldo no es en verdad el modo de nombrar la percepción de una puesta en crisis de la tarea primaria: la del

enfermero de hacer su tarea rutinariamente y la del jefe no tomando las decisiones que debe.

Al describir su trabajo en sus diferentes dimensiones, aparecen rasgos reconocibles como tarea primaria. La preocupación por el paciente, por demostrar la buena relación enfermero-paciente y por tratar de desmitificar ciertos tabúes respecto a la atención de pacientes psiquiátricos, nos permite suponer que la prioridad de atención sigue siendo el paciente, aún en un contexto de atención de estilo tradicional, manicomial. Hay otros elementos que aparecen como la contratara de esta definición, pues algunos entrevistados reflejan que <muchos dicen que hacen cosas por el paciente y que en la realidad no lo ven así>. En estas entrevistas se denuncia que el ideal de trabajo que es el paciente, aparece como desplazado o emerge trabas manifiestas a la tarea primaria. Tal como decíamos antes: esto nos lleva a replantearnos si estas percepciones constituyen causas para la no inscripción de la tarea primaria, o, al contrario, constituyen las consecuencias subjetivas de las trabas institucionales de la tarea primaria.

En cuanto a los aspectos positivos en la percepción del trabajo, decíamos que un primer análisis, pareciera que los entrevistados resaltan más lo negativo que lo positivo. Y nos preguntábamos por qué. Si fuera así, ¿Qué se busca en realidad al remarcar en forma prioritaria las negatividades? ¿Se busca algo con ello o es una forma habitual – natural de describir el trabajo? ¿Por qué lo positivo parece ocupar un lugar secundario? ¿Cómo se sostiene el trabajo desde una percepción subjetiva tan negativa?

Decíamos también que los aspectos positivos se reconocen enlazados a los mismos aspectos que se señalan como negativos. Por ejemplo, lo que se visualiza como mayor flexibilidad de los jefes, también se significa como falta de autoridad o falta de respaldo. Lo positivo del aprendizaje en la experiencia. Lo positivo del nuevo personal: en el que también se reconoce que tiene mala formación, al mismo tiempo que ahora se valora la formación, y antes no. Lo mismo en relación con los compañeros: hay una valoración general negativa, pero al mismo tiempo, un reconocimiento de "diferencias": no todos son iguales.

Desde nuestro punto de vista, esta aparente contradicción deja ver un espacio de posibilidades para mejorar las condiciones en que se despliega este trabajo.

Puede ser interpretada como el punto de apoyo para recuperar lo que se ha perdido de tarea primaria y que, en algunos casos, todavía aparece como demanda a otro, ya sea de hacer algo o de reconocimiento social. Estos aspectos positivos, movilizan a los sujetos a identificarse socialmente, fortalecen la subjetividad en la medida que ayuda a la construcción de lo colectivo. En algunas entrevistas, aparece la demanda de reconocimiento y legitimidad social como un reclamo de reconocimiento hacia toda la institución, no sólo personal.

Actualmente la Salud Pública atraviesa momentos difíciles en cuyo sistema se inserta la enfermería, con sus aciertos, avances científicos, técnicos, pero también con problemáticas de diversa índole. La enfermería en salud mental, y también el trabajo enfermero en esta institución particular, no está ajena al sufrimiento psíquico de las instituciones. La angustia que esto genera, los mecanismos de defensa expuestos a fin de lograr la no inscripción psíquica de experiencias que resulten demasiado dolorosas, las relaciones antiterapéuticas, etc., constituyen problemas difíciles de resolver, sobre todo en condiciones de enfermedad y sufrimiento psíquico que a veces sobrepasan a la comprensión científica, tal como lo expresa este poeta y ex paciente que citamos en el epílogo.

Recomendaciones

De la escucha de estas entrevistas surgen problemáticas frente a las cuales, luego de este análisis de la percepción del trabajo, podemos formular algunas recomendaciones que aunque seguramente no las resuelvan completamente, pueden ayudar a enfrentarlas:

- La creación de espacios que permitan hablar de lo que les pasa a los individuos y a los grupos, puede ayudar a aliviar el sufrimiento, en la medida que ponga en palabras las percepciones negativas y las positivas.

- La organización de programas de formación al personal que ofrezca mejores herramientas para el cuidado enfermero, el vínculo terapéutico y para el cuidado de la propia salud mental de los profesionales. La capacitación como forma de promover la satisfacción en la tarea.

- La recuperación de la historia institucional, poniendo en valor la experiencia de la *Comunidad Terapéutica* como una memoria colectiva que puede recuperar algo del reconocimiento social, de la identificación institucional y de la tarea primaria.

Epílogo

"Los médicos no entienden esas cosas
se portan fácilmente bien
pero no pueden ser lo que no son
simplemente toman la temperatura de la piel
dan pastillas, inyecciones
como si se tratara de un almacén
y olvidan que en el fondo
es una cuestión moral
y es que no existe nadie que pueda
entender la mente
sin embargo no los odio
hacen lo que pueden
lo terrible es que nos traen
para que uno no se muera por la calle
y luego todos nos morimos aquí."

Jacobo Fijman, poeta.[110]
Pasó los últimos 30 años de su vida internado en el Hospital Borda.

[110] Fijman, J. "Comunidad de locos" Película Documental basada en la investigación del libro "Las Huellas de la Memoria Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70". Tomo I y II. Buenos Aires. 2005.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger, José. El grupo como institución y el grupo en las instituciones. En Kaës, René. 1996. "La institución y las instituciones" Estudios psicoanalíticos. PAIDOS
- Bourdieu, P., Chamboredon, J-C., y Passeron, J-C. *El oficio de sociólogo*, Siglo XXI, 1975 (ed. or: 1973)
- Bourdieu, Pierre. "Comprender". *La miseria del mundo*, FCE, México, 1999.
- Carpintero, Enrique; Vainer Alejandro. "Comunidad de Locos". Película Documental basada en la investigación del libro "Las Huellas de la Memoria, Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70". Tomo I y II. Buenos Aires, 2005.
- Cirianni, Maluca; Percia, Marcelo. Salud y subjetividad. Capacitación con enfermeras y enfermeros en un psiquiátrico. Lugar Editorial. 1998.
- Cook, Sue.; Fontaine, Kareen Lee. Enfermería Psiquiátrica. 2° edición. Interamericana. Madrid. España. 1993
- Fijman, Jacobo. "Comunidad de locos". Película Documental basada en la investigación del libro "Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70. tomo I y II. Buenos Aires. 2005.
- Flick, U. (2007) Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata.
- Galende, Enrique. En Carpintero E. Las huellas de la memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los '60 y '70". Tomo I y II. Buenos Aires, 2005.
- Goffman, Erving. En Programa de capacitación en salud mental. Módulo I. "Salud, Trabajo y Condiciones de Vida". 2001.
- Grimson, Ricardo. Clarín. Cultura y Nación. "Salud Mental. Injusticia y Esperanza". 17 de dic. de 1983. Pág. 1
- Hernández, Oscar. "Tomar la Palabra". Número 1. Primera revista de enfermería en salud mental. Colonia Psiquiátrica Dr. Freire. Oliveros . Santa Fe, 1999
- Hospers, John. *Introducción al análisis filosófico*, A-U Textos, Madrid, 1982; cap. 2, apartados 6 y 7: "Verdad" y "Las fuentes del conocimiento"
- Hume, David. *Tratado de la naturaleza humana*, Tecnos, Madrid, 1988 (ed. or.: 1739)
- Iyer, Patricia y otros. Proceso y Diagnóstico de Enfermería. 3° ed. McGraw – Hill Interamericana. México. 1997
- Kaës, René."La institución y las instituciones" Estudios psicoanalíticos. PAIDOS, 1996

- Korinfeld, S.: Marcos M. F.; Alimena S. Congreso Nacional del Trabajo. Artículo El nuevo paradigma económico – productivo y las condiciones de trabajo. 2001.
- Módulo de Teorías y Tendencias en Enfermería. Licenciatura en Enfermería. Educación a Distancia. Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. 1999
- Muñoz, Carina. (2003) Materiales de Cátedra de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. FCVYS UADER
    - "La salud Mental de las /os enfermeras /os en la cultura argentina del ajuste". Encuentro Nacional de Enfermeros de Salud Mental. Asociación de Enfermería de Córdoba. 2003.
    - La salud mental de las/os enfermeras/os en la cultura argentina del ajuste. Encuentro Nacional de Enfermeros en Salud Mental.. Asociación de Enfermería de Córdoba 6 y 7 de Junio de 2003. Córdoba.
    - Violencia laboral. XVIII Congreso Argentino de Enfermería. Buenos Aires.
- Perfil epidemiológico social del personal de enfermería. Determinaciones en su salud mental. Proyecto realizado en conjunto entre el Movimiento Solidario de Salud Mental y el Departamento de Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires. (RESUMEN) Revista Argentina de Enfermería Número 26. Pág. 46 – 59. Mayo, 1990.
- Programa de Capacitación en Salud Mental. Módulo I. "Salud, Trabajo y Condiciones de Vida". Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras. Factores de riesgo en su salud mental, cómo repercute en las instituciones de salud. Año 2004.
- Revista de Enfermería del Hospital Italiano. Año 4 -Número 11- Diciembre 2000.
- Ricoeur, Paul. [2001(1986)] "Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II" Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Strauss A. y Corbin, J. (1998) "Bases para la investigación cualitativa". Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía. Medellín. Colombia.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

MAESTRÍA EN SALUD MENTAL

TESIS

"Percepción del trabajo en los enfermeros del Hospital Psiquiátrico 'Dr. Raúl Camino', de Federal"

ANEXOS

Autora: Licenciada en Enfermería Silvia SOLER

Directora: Mag. Carina Muñoz

Período Junio – Octubre de 2008

Paraná, Entre Ríos
Marzo de 2010

ANEXO I: PROTOCOLO DE ENTREVISTAS

ENTREVISTAS

ENTREVISTA N°.....

LUGAR.....

FECHA.....

HORA.....

"¿CÓMO PERCIBEN SU TRABAJO LAS ENFERMERAS Y LOS ENFERMEROS DEL HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL ANTONIO CAMINO"

1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la enfermería?

2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar? ¿Cuántos años de trabajo llevas?

3.- ¿Cómo fue que entraste a trabajar al Hospital Psiquiátrico? ¿Vos elegiste este hospital?

4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un día de trabajo, cómo es trabajar acá ¿qué les dirías?

5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería?

6.- ¿Qué cosas tratas de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees se debe enseñar?

7.- ¿Cómo sería el tipo de trabajo ideal de enfermería en este hospital?

8.- ¿Cómo quisieran trabajar los enfermeros de este hospital?

ANEXO II
TRANSCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE ENTREVISTAS

ENTREVISTA Nº 1
NOMBRE: JORGE
FECHA: 18.06.08
HORA: 10.- DURACIÓN: 40'
LUGAR: SALA "A". HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO". FEDERAL.-

TEXTO DE LA ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.-Cómo fue que te decidiste por la Enfermería? J: "Yo primero quería ser médico y como económicamente no podía me fui a estudiar Enfermería en Paraná y la elección se dio por el tiempo que yo pasé en los hospitales internado, siempre enfermo, entonces el contacto continuo con la salud hizo que sea enfermero. Siempre estaba internado, y claro me gustó la profesión de médico, incluso decía que quería ser Pediatra Neumonólogo. Donde se dio fue en la última internación que tenía 13 años en el Hospital de Niños Gutiérrez, estuve internado 50 días, y a los 10 nomás ya no sabía qué hacer, entonces me recorría todos los servicios, el Gutiérrez creo que ocupa 2 manzanas y 3 pisos y entonces yo me recorría todo y me hacía ver con los médicos, me iba a comer con ellos al comedor, con los colombianos, los ecuatorianos, todo eso y tanto recorrer, recorrer... incluso me habían regalado estetoscopio, inyecciones, todo eso, tenía todo el equipo médico mío... ja ja. <Silencio> y después vos sabes que yo pensando, reprochándome a mi mismo, yo tranquilamente podría haberme ido a estudiar medicina... sino que de quedado... porque si me dio para ir de Nogoyá a Paraná, cómo no me iba a dar para ir a Rosario..." 2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar en este hospital, cuántos años de trabajo llevas?	Elección de la Profesión	Clara identificación con la Salud, eligiendo primero ser médico, pero estudiando luego Enfermería por razones económicas. Se reprocha no haber estudiado medicina. Parece haberse conformado con ser Enfermero al no poder ser Médico.	

J: "Y... empecé a los 21 – 22 años, y hace alrededor de 5 – 6 años que trabajo acá en el Colonia".			
3.- ¿Vos elegiste trabajar en este hospital? J: "La verdad nunca me imaginé que vendría a trabajar en el psiquiátrico, se dio porque vine a Federal y me llamaron y dije bueno pruebo, si no me gusta me voy, y me gustó, la prueba está en los años que tengo acá... risas."	Elección del lugar de trabajo.	A pesar de no elegir el lugar de trabajo, refiere que le gusta, parece que logró apropiarse en el rol e implicarse con la profesión.	Implicancia
4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un día de trabajo, cómo es trabajar acá ¿qué les dirías? J: "Enfermería acá, así digamos, si lo tomas como algo general es muy distinto a un enfermero convencional, como se supone, o conocen, de la típica enfermera del cuadro que hace silencio, y no, acá se hace tarea mas de..., <piensa>, surgen cosas, pero es una tarea más social digamos, es una tarea de varias profesiones, digo yo, no es una sola, tal vez por ahí no desarrollamos tan profundamente, tal vez por la relación del número de enfermeros con la cantidad de pacientes, pero hacemos un poco de todo, de mucamos, de asistente social, de psicólogo, tratamos de contenerlos, de ayudarlos en su alimentación, la vestimenta, bañarlos... A mi me pasa que a la gente vos le explicas lo que haces y dicen: ah pero hacen cosas!! Porque la imagen que se llevan todos es por ahí, generalmente el que viene de afuera, o que se yo, si es casualidad o qué, justo te agarraron tomando un mate, pero tal vez entrecortado uno hace las tareas, uno llega y verifica que estén abrigados, los levantamos, los acondicionamos y a la vez que como en el caso mío estás levantando un paciente y tenes que estar atento que las cloacas se taparon, que se cortó la luz, que te falta un foco, que se quemó el calefón, que se quebró un elástico de cama, digamos, se involucran muchas cosas, por eso te digo no es el típico enfermero que llega a una sala	Visión subjetiva de la tarea del enfermero en el hospital psiquiátrico.	Marca una diferencia con el enfermero que trabaja en el hospital clínico, hace referencia al típico cuadro de la enfermera haciendo silencio, identifica la función del enfermero con otras profesiones, denotando una indiferenciación de funciones.	
	Identificación social subjetiva de la Enfermería.	Existe necesidad de hacer saber que enfermería en el hospital trabaja, que hace muchas cosas. Sentimiento subjetivo de cómo se ve la profesión desde afuera.	Bases filosóficas de la enfermería: -prácticas con bases teóricas, psicológicas y sociales.

recorre, toma la temperatura, revisa el suero, cura una herida, claro, que hace un trabajo específico, es enfermero y hace de enfermero, acá hacemos enfermería pero trae atrás un montón de otras tareas ajenas. A veces escucho que la gente nueva dice, no se me pasan nunca las horas, y en realidad ¡hay cosas! Y hay para hacer cosas, para hacer hay, tal vez por ahí es como dicen algunos, vienen acá trabajan, prueban y ven que enfermería en sí no hay y bueno se deciden por un hospital clínico, como hay gente que vienen y les gusta la parte psiquiátrica porque a su vez vos tenes que estar atento: que el baño no es solo bañar y cambiarlos, vos tenes que bañar y revisar, observar, tal es el caso que en el baño general del miércoles pasado fue que descubrieron la infección de un paciente, sino tal vez por ahí nosotros... un poco que andan medio abrigados y otra que tal vez no se le dio demasiada atención capaz que por ahí se lo descubríamos recién hoy... Por ahí el trabajo acá requiere agudizar otros sentidos..."	Identificación subjetiva de los otros enfermeros con la enfermería en el psiquiátrico.	Trata de explicar el sentimiento de los enfermeros que ingresan a trabajar, vínculo subjetivo con el paciente. Explica la identificación con el otro, el impacto de la relación directa con los pacientes.	Relación terapéutica enfermero-paciente: -filosofías de salud propias; -filosofías del sufrimiento propias.
5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería?. J: "Algo positivo... <piensa> <le lleva un tiempo>, algo positivo, no se, por ahí es lo más difícil, será porque estamos acostumbrados a la queja, a los problemas, a que acá todo es difícil y nos cuesta ver lo bueno. Pero, te puedo decir que rescato la comunicación, hoy es mejor que hace algunos años, en algunos casos hay más compañerismo, aunque claro hay excepciones, pero hoy todo el personal puede hablar, tirar ideas, en fin dar su opinión y ser escuchados..." <silencio, se encoje de hombros>. "Y algo negativo, por empezar la enfermería acá es medio... <piensa> que no se, tal vez si tanto en esta sala, pero... lo que me da a entender que lo que está afectando mucho es el ausentismo, ahora yo no se si es un ausentismo, digamos, si	Observación subjetiva de su relación con el trabajo.	El hecho de relatar con más facilidad lo negativo que lo positivo puede relacionarse con los mecanismos de defensa, quizá está más preparado para defenderse de las negatividades y estar menos atento a las cuestiones positivas.	Mecanismos defensivos de ajuste y resolución.

los certificados que presentan son enfermedades reales o es que están tan cansados y hartos de la tarea, que habría que ver porque? Y que hace que los certificados sea, digamos "truchos" ".<lo dice en tono bajo>. Hartos, de la rutina, todos los días lo mismo, ya sabemos que aquella sala hoy por hoy <señala otra sala> es la que tiene el mayor problema de ausentismo, si será por alguna causa en particular, alguna razón especial, enemistad con los compañeros, o... pero, digamos, yo creo que están afectados por el ausentismo, después otra cosa que yo veo, que yo creo es que no hay mucho compañerismo <continúa hablando de la otra sala>, acá están usando la ley del sálvese quien pueda, yo salvo mi guardia y... y trato que pasen las horas de la mía y listo, tal vez con gente que uno tiene más afinidad si charla, trata de estar bien, por ejemplo la mañana que tuvimos antes de ayer que todos teníamos afinidad, pero, fue una guardia hermosa!, divina, todos contentos, trabajábamos parejo, eh! <risas>. El tema es que si tenés problemas personales, tratar de dejar el problema en la casa, llegar acá y tratar de ser lo más profesionales posible que también es otra cosa que está faltando, yo creo que están haciendo las tareas medio por rutina, por acostumbramiento y no, y no tratan de innovar de poner la cuota profesional, incluso los que han hecho, o los que hemos hecho algún curso, aprendimos la teoría pero lamentablemente no lo llevan a la práctica, tal vez sea un poco por cansancio o por haraganería , comodidad, pero... este, por ejemplo ahora que surgió este trabajo que trajo el Jefe de División, que hay que hacer una valoración de los pacientes, me lo dio, yo le dije que sí y me lo guardé ahí está en el cajón, ni lo leí nada, por ahí digamos, está mal todo de la cabeza para abajo, porque si a vos no, digamos, se perdió la imagen del respeto, del como decían la otra vez en una	Afinidad con el otro. Profesionalismo Tareas rutinarias En el orden de los compañeros de trabajo.	Pone en dudas la veracidad de los certificados médicos que justifican el elevado ausentismo, marca como posible causa, la rutina, la cotidiano, lo repetitivo. Sentimiento ambiguo y subjetivo en cuanto al compañerismo, en un momento dice "en algunos casos hay más compañerismo" pero enseguida aclara "aunque claro hay excepciones". Y en otro momento dice que están usando "la ley del sálvese quien pueda" tratando de explicar el impacto personal que produce el ausentismo, la falta de compañerismo. Prevalece la necesidad de estar bien con el compañero de trabajo, de ser profesionales al trabajar, dejando de lado las preocupaciones personales. Identifica el impacto subjetivo que tiene en cada uno la rutina, lo repetitivo, lo cronificante.	Prácticas de enfermería cronificantes.

reunión, de la cultura del trabajo, tal vez yo que he trabajado en otros lugares cuando llegaba el Jefe o el Supervisor, yo no te digo que le tengas miedo o que..., tenerle respeto, digamos porque por algo ocupa el lugar que ocupa y... se supone sabe delegar y hacer las tareas, lo que pasa que acá yo veo que llega el Jefe de División o el Supervisor y si yo estoy con los pies para arriba tomando mate, sigo en la misma postura, tampoco te digo que saltes y dejes lo que estas haciendo pero... un respeto, un saludo... o comentarle alguna novedad de la sala, que no se también si se maneja así que todos los jefes van y cuentan lo que va surgiendo en cada sala, no eso es lo que pienso <silencio>. Claro porque si vos tenes a alguien que te organiza, que medianamente te da las pautas de trabajo, de tareas, del respeto, de la responsabilidad, todos más o menos vamos a cantar pero, pero acá lo que hay es cierta autonomía para algunas cosas, digamos, para mi, para las cosas serias, digamos, esperan que pase algo para después reaccionar de acuerdo a la consecuencia de una mala acción, no tratan de evitar que eso pase. Y lo que yo he visto en algunos problemas es particular, que no tratan de solucionar el problemas sino que lo corren de lugar, si el problema fue un personal, me parece a mío lo que yo he visto, no lo hablan y le dicen "che mirá me comentaron esto y esto, será verdad", no, directamente agarran y lo corren, lo pasan de sala, o incluso lo mismo pasa con los pacientes; un paciente medio problemático lo cambian de sala y no tratan de solucionar el problema. Yo creo que lo que se olvida la gente es porqué está acá y por quién está acá, no tienen en cuenta a los pacientes verdaderamente, que por decirlo de algún modo: gracias a su desgracia tenemos el trabajo y que nosotros nos debemos a ellos, está bien, por ahí nos cansa, sabemos cómo es todo	Imagen subjetiva del respeto por los superiores. En el orden institucional. Reglas institucionales.	Respecto al vínculo enfermero – jefe parece reclamar que le exijan respeto, "se perdió la imagen del respeto". Parece que la falta de reglas institucionales claras tiene su impacto en el vínculo que se establece con el otro. De acuerdo a lo anterior la falta de normas institucionales parecen marcar formas de relacionarse con el otro como par y con el otro	Objetivo o tarea primaria de la institución.

esto pero son las reglas del juego que nos pusieron al entrar acá y sabemos con los pacientes que tratamos, lo mismo yo le planteaba por ejemplo, porque acá también otra cosa que nos diferencia de otro hospital es que por ahí en otro lugar mantenimiento es mantenimiento, lavadero es lavadero, pero acá somos medio como un conjunto que no anda, todo **el conjunto no anda** <enfatiza la repetición>,porque vino el Jefe de Mantenimiento y me criticaba que cómo dejé tapar los piletones de los baños y bueno, le dí la razón porque era un poco de responsabilidad mía que los Mucamos tal vez no sean tan responsables y no limpien bien, pero yo estoy seguro que dejan acá todo brilloso y a los 10 minutos viene un paciente y te ensucia y ¡qué le vamos a hacer!. <piensa> claro, tenemos que cuidar donde trabajamos, tampoco no solo por el hecho, por ese solo hecho, dejar que todas las cosas que supuestamente son anormales se nos hagan **natural** <enfatiza con idioma gestual>, pero, hay que tratar de llevar la realidad del lugar donde estamos. Uno puede tratar de educarlos, de guiarlos, tratar de transformarles la conducta, pero, en algunos casos se puede, o tal vez en algún lugar, en un hospital clínico vos al paciente le decís que espere que el Doctor ya viene y aunque se recontra enoje 2 o 3 horas va a esperar, acá los tenés preparados esperando al Doctor y en un segundo el paciente se te fue..." 6.- ¿Qué cosas tratás de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees que se debe enseñar? J: <silencio prolongado> "Sería por ejemplo que hay conductas o actitudes de cada paciente que se dan antes de que tenga una crisis, o que ya sabemos, este, digamos, qué reacción van a tener de acuerdo a cada costumbre... le podemos explicar que si el paciente "A" empieza a chasquear los dedos seguramente va a tener alguna crisis, que si "J" convulsiona	Formas subjetivas de solución de problemas. Razón de ser de la profesión. Multiplicidad de funciones de enfermería. Visión subjetiva de cómo funciona la institución. Naturalización de los problemas.	como superior, ¿será una justificación subjetiva del vale todo? La forma institucional de solución de problemas parece que impacta en las conductas, en los pensamientos del personal. Marca la implicancia personal, afectiva con los pacientes, los pone en un primer lugar. La indiferenciación de funciones, la multiplicidad de roles que debe cumplir el enfermero parecen tener un impacto sobre su visión de la profesión, parece no haber separación entre lo que es enfermería y los otros servicios. Parece sentirse culpable por no poder atender todas las demandas aunque muchas no sean de su competencia, el hecho de que sean cuestiones cotidianas parecen naturalizadas, aunque aparecen como tal.	Carga laboral, demanda permanente.

hay que hacerle el SOS, controlarlo, observarlo, esperar, que la convulsión puede durar 10 minutos como 8 horas en un día, que no hay que desesperarse, que existe un protocolo de paciente en crisis convulsiva que tenemos que completar para después informarle al médico, digamos, tratar de explicar el poco conocimiento que tenemos de cada paciente y que hay cosas que te pueden llamar la atención, que hay conductas que te van a sorprender, pero no hay que hacer un mundo, tampoco por eso hay que perder la capacidad de asombro. No sé, haber qué más. La conducta del compañero, que no todos pensamos igual pero, por lo menos en el caso de acá de la sala, yo pienso que medianamente todos tiramos hacia el mismo lado, capaz algunos más otros menos, hay problemas del personal que nadie los puede acomodar, yo pienso que son cosas más bien actitudinales, rutinarias, que ya vienen de años que no se van a cambiar, por ahí noto que priorizan sus propios problemas antes que los verdaderos que son la cuestiones de los pacientes, aunque es común escuchar que todo lo hacen por el paciente , creo que es una frase hecha que no concuerda con la realidad, yo todavía no entiendo cómo les cuesta tanto dar 10 cc. de jarabe y sin embargo el comprimido lo dan como si nada, es como si la tarea empieza y termina en la medicación en comprimidos... Después qué se yo, recordarles que hay ciertas técnicas, ciertas tareas de enfermería que tienen un protocolo un formato que tal vez por ahí por la poca frecuencia con la que se hacen se está perdiendo la práctica, claro, el que estudió así nomás de memoria lo hace por una cuestión teórica más que por una cuestión práctica, pero, si vos también dejes que te lleve la rutina y la costumbre y no pones un poquito de interés personal, obvio, que no vas a saber hacerlo, incluso si vamos al caso te convienen decir no lo sé hacer, así	Esto en el orden de los pacientes. Prioriza enseñar acerca de los pacientes. Acerca del compañero de trabajo. Compromiso con la profesión.	Implicancia con la profesión, aclara que a veces todo no es posible, habla de su implicancia subjetiva en la relación con el paciente. Coincide con lo que dice más arriba, pues lo primero que surge es enseñar algo acerca de los pacientes. Identificación subjetiva con el otro, marca diferencias y similitudes. Ejemplifica claramente la falta de compromiso, de identificación con la	Vinculación subjetiva con el otro.

vos sabes que no te van a buscar de otra sala o que no vas a ser el candidato que siempre las hace... porque incluso hasta un enema ahora la tiene que hacer el jefe porque "no la saben hacer" a esas conductas hemos llegado, imagínate...		profesión de algunos enfermeros, cuestión actitudinal.	
Porque acá es un lugar donde por el tipo de trabajo, así sea que estés trabajando con el peor enemigo de tu vida, lamentablemente vos dependes de tu compañero, acá para las tareas que sean, para buscar ropa de la ropería, para hacer una curación, para atender la crisis psiquiátrica del paciente, dependes siempre de un compañero y no solo de un compañero enfermero, del compañero mucamo, justo el de mantenimiento capaz que estaba barriendo, que es algo que por ahí no todos entienden y muchas veces te toca solo, todos se centran en "no yo soy enfermero, o soy mucamo", tampoco te digo confundir las tareas de cada uno, pero comprender que ante ciertas situaciones somos todos, todos del mismo lugar <silencio>, falta eso del trabajo en equipo, el grupo, no funciona como tal, es como te decía antes la ley del sálvese quien pueda, sin embargo es llamativo porque para cuestiones problemáticas, porque no les gusta la cara de alguien o cosas así si se juntan y parecen formar un grupo, no se no entiendo... Otra cosa que no se si está relacionado con esto, es el descontrol del recurso humano; yo por ejemplo todos los días tengo que venir y preguntarle a esa persona si va a avenir a trabajar, y dónde vos ves que el jefe del servicio tenga que andar preguntando si viene a trabajar o no, y se que pasa en todas las salas, yo se que a veces se abusan pero lo tengo que hacer para dejar cubierta la sala, o para que el compañero que vino no tenga que trabajar recargado 12 o 18 horas seguidas, como tanta veces pasa. Y eso sabes la bronca, la carga negativa que te produce y que la llevas a tu casa, pero también lo que llama mi atención es que el enojo lo dirigen al Jefe	Relaciones interpersonales subjetivas. Rol del enfermero Concepto de grupo. Equipo. Visión subjetiva. Recurso humano. Implicancia emocional.	Queda claro por su descripción del compañerismo que la forma de relación que se da en la institución impacta en su subjetividad. Demuestra identificación con su rol y apropiación de su función. Analiza subjetivamente los conceptos de trabajo grupal o en equipo presentes en la institución y el impacto que le genera. Poner el cuerpo en la situación, aunque no sea su función "dónde vos ves que el jefe del servicio tenga que andar preguntando si viene a trabajar o no", genera un impacto en su subjetividad, en su modo de ver las cosas. Bronca, carga negativa, enojo, culpa. Considera que los problemas interpersonales son	Concepto subjetivo de grupo. Violencia fundadora.

de sala como si fuera el culpable, y después cuando se encuentran con el compañero que les colgó la guardia ¡nada! ¡no le dicen nada! <tono de asombro y desconcierto> Y como yo digo no hay un reglamento, no digo un reglamento, una línea que todos tengamos que respetar acá, no puede ser que seamos siempre los mismos los que tenemos que venir y laburar, no hay una política de trabajo... y encima quiénes ligan? Quiénes son los verdaderos perjudicados? ¡los pacientes!! Y ahí ves que lo que te digo de la frase hecha queda demostrado con esto, del paciente, en estos casos, ¡nadie se acuerda!!!"	Política de trabajo institucional.	mercerizados y dirigidos a la figura del jefe, que vive como carga emocional y psíquica extra a todas sus responsabilidades. Ubica a los pacientes en un lugar de prioridad y desde su propia apropiación del rol trata de cumplir con ellos.	

ENTREVISTA N° 2
NOMBRE: ANGELICA
FECHA: 18.06.08
HORA: 9 DURACIÓN: 30 MINUTOS
LUGAR: SALA "A". HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO". FEDERAL.

TEXTO DE ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANALISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la Enfermería? L: "Yo en realidad no elegí, o sea, estudié obligada, por necesidad capaz porque como el que ahora es mi marido, trabajaba acá, hacía suplencias, yo empecé a trabajar acá en el Lavadero <enfatiza que su primer trabajo fue en Lavadero> y después como la mayoría era empírico, entonces una vez me preguntaron si quería trabajar en la sala, y bueno dije yo <se encoje de hombros> voy a probar y entré acá a esta sala me acuerdo porque la mucama estaba de licencia y ahí entonces hacía de mucama y de todo, obligada viste, pero hasta que probé y con el tiempo me acostrumbré, me gustó, por ejemplo hoy justamente estaba diciendo que con el tema del contagio de las infecciones, tendríamos que estar mirá, llena capáz de piojos, todo, por ejemplo antes no trabajábamos con guantes y todavía algunos no nos acostumbramos a trabajar con guantes.	Elección de la profesión. Apropiación. Identificación.	Refiera que no eligió esta tarea, que en principio lo hizo obligada, sintiéndose luego identificada con lo que su novio que ya estaba haciéndolo. "...me acostumbré, me gustó..." intenta demostrar su identificación con la profesión, logró apropiarse de la enfermería, parece vivirlo de manera orgullosa, como un logro personal.	
2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar? ¿Cuántos años de trabajo llevas? L: "Yo tenía 19 años cuando empecé acá!!! <enfatiza como un logro o algo muy positivo> y tengo 14 años de antigüedad. 3.- ¿Vos elegiste este hospital? L: "No, en realidad vine a trabajar acá por lo que te contaba antes, que acá trabajaba mi novio, y me consiguió acá, pero podría haber sido cualquier otro lado". 4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un día de trabajo,	Trabajo	Define la diferencia del	Lo de antes,

cómo es trabajar acá ¿qué les dirías? L: "Y no sé, no sé porque lo que se hace hoy es muy distinto a cómo trabajábamos antes, porque antes te hacían baldear, fregar ventanas, baños, laburábamos; y, hoy yo veo que hay mucho más personal pero se trabaja menos, no se están todos llenos de leyes y de problemas que antes no existían, si teníamos problemas pero no podías decirlos, porque si no te gustaba te cortaban la suplencia y le daban a otro, hoy con lo de la ley de enfermería se mejoró en muchas cosas pero también se retrocedió en otras, porque lo usan en beneficio propio y no del hospital como debe ser, al final la institución termina trabajando en función de ellos y no al revés.	institucional.	trabajo de antes con el actual. Identifica problemas antes y ahora, pero aclara que antes se solucionaban de otra forma "...te cortaban la suplencia y...", lo que parece producir un impacto en su subjetividad.	lo de ahora.
5.- Si tuviera que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería? L: "Algo negativo, además de lo que te dije anteriormente, hoy por hoy los nuevos que entraron, esto cambió, ya no es como antes, porque si somos más, en cantidad, pero no sé, hacemos menos, si porque a lo mejor vos venís con ganas de trabajar y bueno si, si tu compañero no te acompaña, eh, te quita las ganas, porque es como que no te sentís incentivado. Yo me pongo a pensar, se nos pasan millones de cosas, se te pasan montones de cosas, porque viste qué se yo, a veces vos decís, y yo capaz en mi casa cuando estoy me acuerdo de cosas. Antes por ejemplo el jefe era el jefe, vos tenías que llegar decir buen día e ir para allá atrás, yo me acuerdo que yo entraba a la sala de enfrente y estaban el jefe y el subjefe, nosotros no tomábamos mate con ellos, ellos hablaban entre jefe y subjefe y hablaban ellos, a nosotros es como que no nos daban participación, ellos por ejemplo suponete que llegaba el Jefe de División y les decía que quería hablar con ellos, nosotros teníamos que salir, y porqué? Porque en realidad si era algún problema de enfermería teníamos que estar nosotros, y no, te sacaban.	Política institucional. Lo nuevo, lo viejo. Niveles jerárquicos. Políticas	Lo vive de manera negativa, parece relacionarse a su propia implicancia en la tarea. Describe un claro descontento con las relaciones interpersonales, separa los nuevos de los viejos, identifica un antes y un después; la identificación o diferenciación con el otro demuestra un impacto en su subjetividad y en el modo en que decide actuar, como si terminara trabajando en consecuencia de sus relaciones interpersonales. Vive con desagrado el haber sido excluida por los jefes, generando una implicancia subjetiva y afectación negativa. Le agrada poder	

Y algo positivo, es que todo eso cambió, porque hoy hay gente joven y profesional a cargo de las salas, que deja participar al personal, le pide su opinión, nosotros hoy podemos compartir ideas, cosas con ellos, que antes no!!! <lo dice enfáticamente>. Y otra cosa negativa, que yo creo, es la rutina, porque por ejemplo me ha pasado, bueno ahora no sé qué me está pasando con el tema de trabajar de noche, porque llega la noche y para mi es ya, tengo que trabajar de noche, y llego y ya se que ahora la comida la da el turno tarde, pero la rutina que vos sabes es venir, leer las novedades y ya ir a preparar la medicación, después daaarla <alarga la palabra como con tedio>, es como todo una vieja rutina, que, a mi me enferma, con solo pensar que y bueno terminas allá en el office lo que estás haciendo y venir acá a la oficina a esperar acá, esperar el otro día <tono angustiado>; por eso a mi me gusta más a la mañana, porque tiene más que ver conmigo, es más movido, haces más cosas, ves a los pacientes andando. No sé qué me está pasando últimamente porque yo antes no tenía problema, me gustaba cualquier turno, será por la rutina claro, porque llega un momento que siempre lo mismo, siempre lo mismo, pero yo te digo por ejemplo, o sea, desde que subís al colectivo ya venís pensando lo que tenes que hacer y, y por ahí encontrás para hacer una cosa u otra y bueno, es como por ahí hablábamos con otro compañero ayer, si vos por ejemplo hacés algo demás es como que ya, o sos el alcahuete del jefe o querés ser más que otro, o te querés hacer ver, entonces para evitar todos esos roces, optás por quedarte en el molde y decir bueno, no hago nada, o, ya el otro día por ejemplo estábamos descosiendo unos buzos viejos y llegaron y empezaron ¡qué querés hacer! Qué se yo! Entonces no sabés que hacer. 6.- Qué cosas tratás de enseñar vos a los	institucionales actuales. La descripción de un día de trabajo aparece como una cuestión rutinaria que no satisface. Angustia por lo rutinario. Cronificación – relaciones interpersonales.	participar, siente la inclusión, que le permitan poner el cuerpo, ver, estar, participar parece producirle un impacto positivo en su subjetividad. La cronificación de las tareas, el trabajo rutinario parece producirle un impacto negativo que define con la frase "...una vieja rutina, que, a mi me enferma..." Parece que ver los pacientes en su pasiva actividad nocturna, le genera cierto impacto en su subjetividad que se relaciona con su implicancia en la profesión; prefiere la actividad de los turnos diurnos. Pareciera que el hecho de intentar romper con las tareas crónica – cronificantes quedan supeditadas a la opinión del compañero de trabajo, en este sentido puede ser que se activen los mecanismos de defensa, en el plano de preferir no innovar para no tener problemas interpersonales, generando cierto efecto en su esfera subjetiva.	Cronificación, estilo asilar.

que recién empiezan o que crees que se debe enseñar? L: "Y, <piensa, silencio> y no se, porque por ahí uno quisiera compartir, explicarles cómo es trabajar acá, no se, de los cuidados que hay que tener, cómo están normatizadas las rutinas, pero por ahí vos ves que no a todos les interesa, parece que lo que la mayoría quiere es venir cumplir con las horas, hacer lo menos posible e irse, y los que son de afuera se desesperan y recargarse, juntar horas y después irse por unos cuantos días. Entonces así es difícil, por suerte hay gente, poca pero hay, que si se interesa, y con ellos bueno, se comparte todo lo que se puede, lo que se ha aprendido, porque tampoco sabemos todo <risas>.	Compartir conocimientos según el interés del otro.	Lo que el enfermero "viejo" pueda o no compartir queda supeditado a la implicancia o no del otro según refiere "por ahí vos ves que no a todos les interesa..." Aparece la subjetividad en el modo de ver la identificación de "los nuevos" con la función y el impacto negativo que le produce.	

ENTREVISTA Nº 3
NOMBRE: MIGUEL
FECHA: 18.06.08
HORA: 11 DURACIÓN: 25 MINUTOS
LUGAR: SALA "B" HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO". FEDERAL.

TEXTO DE ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANALISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la Enfermería? M: "Yo, yo lo comento siempre, que por ir a jugar al fútbol, había un director que me llamó y me preguntó si quería trabajar acá y yo le dije que NO <lo enfatiza categóricamente>; que no <risas>, yo ya tenía trabajo, eh, entonces a los 2 o 3 días, yo me acuerdo que fueron y me dijeron "andá, andá, que vas a tener suerte, vas a quedar", todo, yo no quería saber nada! Y bueno después vine, y directamente a esta sala, de entrada, me acuerdo que estuve parado en la puerta, m m m <expresión>, y claro, tenía miedo, antes era más jodido, bueno y después eh, era una suplencia de 30 días, seguí, entró otro director, G..., eh, también andaba con nosotros en el tema del karate, y, yo le comenté que yo me iba, entonces me dice: "no Miguel quedate, mirá que yo (justo estaba con el tema de los nombramientos) voy a proponerte, tengo que presentar una nota, y entre esos estás vos, aguantá! 1 mes o dos más y, bueno, fue así que aguanté". 2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar en este hospital, cuántos años de trabajo llevás?	Elección de la profesión.	Cuenta que por jugar al fútbol terminó trabajando de enfermero. Explica su desinterés y hasta temor por el trabajo inicialmente.	
M: "Tenía 22 años cuando empecé y ya estoy a punto de irme, tengo 19 años y meses de antigüedad, así que ya me jubilo!! <expresa cansancio y emoción>". 3.- ¿Vos elegiste trabajar en este hospital? M: "Y no, creo que nunca se me hubiera cruzado por la cabeza venir a laburar acá, pero todo se fue dando como te contaba, yo por mi, por elección no lo hubiera elegido, pero ya ves, mal no me fue <risas>". 4.- La gente mucho no sabe cómo es	Servicio cumplido.	Anteriormente decía que no quería saber nada, pero "aguanté" y hoy con 19 años de servicio cuenta los días para jubilarse. Esto parece hablar de su escasa implicancia inicial con la profesión, viviéndolo como una carga y actualmente como un feliz objetivo logrado.	

trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un día de trabajo, cómo es trabajar acá ¿qué les dirías? M:"Un día de trabajo <suspira, piensa, lleva sus manos a la cara>, y, descontaría que es un trabajo en forma directa con los pacientes, que no todo el tiempo están agresivos, porque es increíble, pero mucha gente cree cuando te pregunta, que andan pegando, a las piñas, qué se yo, y a mi me gusta contarles que no, que no es así, que uno con el paciente puede hablar, reír, escucharlo si le pasa algo; que nosotros en realidad somos el nexo que tienen con el exterior, que ellos nos preguntan cosas, que están informados, que esperan a sus familiares, y después les explico que los bañamos o hacemos bañar, les damos de comer o vemos que se alimenten, controlamos sus signos vitales, su eliminación, si duermen o no, les damos la medicación que ¡el médico le indica!! <enfatiza>, porque aún hoy hay gente que cree que nosotros le damos cualquier cosa a los pacientes, y que registramos todo lo que vemos de los pacientes y todo lo que hacemos, que básicamente es como ser un enfermero clínico más el componente psiquiátrico de los pacientes, lo que uno va aprendiendo en los cursos y con la práctica diaria".	Relación con la función.	A pesar que aparece no estar claramente identificado con la profesión, prioriza aclarar la conducta de los pacientes, su relación con ellos, habla de su trabajo en la atención directa de los pacientes.	Concepto de cuidado.
5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería? M: "Algo positivo sería el poder participar, yo ahora con el jefe puedo hablar, tirarle ideas, por ahí se me ocurren cosas que se pueden hacer, otras que se podrían cambiar, y, no solo me siento escuchado sino que veo que algunas cosas se ponen en práctica y la satisfacción que eso te da, no tiene precio!!! <eleva el tono, abre los brazos como agradeciendo>, porque antes no era así y uno se guardaba muchas cosas. <silencio, baja la mirada como buscando qué más agregar>, creo que lo mejor es eso, y después todo lo que aprendí, porque hubo gente que me enseñó a trabajar, y después	Grado de satisfacción laboral.	Rescata el ser escuchado y que se le permite poner el cuerpo y las ideas en el trabajo, esto parece impactar positivamente en su subjetividad.	

bueno, hice el curso de enfermería, pero a trabajar acá se aprende trabajando". "Y algo negativo, todo lo que pasó, porque a mi no me dejaban crecer, no me dieron la oportunidad, no me dieron la oportunidad <lo repite>, si oportunidad de opinar, de dar ideas, porque yo cuando empecé era joven y con muchas ganas de aprender, de hacer, pero eso no se podía, sólo podían opinar "los viejos" <hace signo de comillas con las manos>, nosotros los nuevos estábamos para fregar, limpiar y esas cosas, por suerte todo eso cambió".		Aparece nuevamente la diferenciación entre "los nuevos", "los viejos".	
6.- ¿Qué cosas tratás de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees que se debe enseñar? M: "Primero les pediría que ellos compartan sus conocimientos con los que tenemos solo el curso de auxiliar, porque tienen mejor estudio, y, a la vez siempre les ofrezco todo lo que desde mi experiencia puedo compartir porque eso acá vale mucho, vos podés tener la teoría y está bárbaro pero si además lo juntamos con la experiencia de trabajo podemos hacer muchas cosas buenas; lo que pasa que ahora entró mucha gente que tiene la misma preparación de auxiliar o de otros cursos que, la verdad no se qué aprendieron <se encoge de hombros>, porque están en otra, no tienen interés en el laburo, en el paciente, solo quieren pasar las horas, haciendo lo mínimo posible, e irse, no se, es un antes y un después, digo de la entrada de estas 20 personas contratadas, claro, por suerte hay algunos que realmente valen la pena y le ponen el hombro y que son compañeros.	Relaciones interpersonales.	Marca un antes y un después del ingreso de personal nuevo, parece impactarle de modo negativo en su forma de relacionarse con ellos.	
Pero básicamente creo que se les debe enseñar la modalidad del trabajo, a tratar con el paciente psiquiátrico, el respeto, el respeto tanto por el paciente como por los compañeros y superiores, y todo lo que uno sepa de los pacientes".	Relaciones interpersonales.	Destaca el respeto que debe tenerse por los pacientes, por el compañero y por los superiores.	

ENTREVISTA N° 4
NOMBRE: ANDREA
FECHA: 07.07.08
HORA: 15 DURACIÓN: 40 MINUTOS
LUGAR: SALA "D". HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO" FEDERAL.-

TEXTO DE LA ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANALISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la Enfermería? A: "Bueno, fue así. Yo digamos, tenía que repetir si o si 4° año, entonces mi mamá me dijo repetís 4° año o vas a hacer ese curso de enfermería que salió (lo anunciaban por radio). Bueno dije, yo voy a hacer el curso de enfermería pero a trabajar ¡no voy a ir! <enfatiza y agrega lenguaje gestual elevando los brazos>. Empecé el curso de enfermería y cuando empezamos acá las prácticas, tuve miedo, porque nunca había pisado acá, no sabía ni cómo era, y, me re gustó, porque el tema del paciente, no era malo. Porque viste que todo el mundo opina mal del psiquiátrico, aunque no lo conozcan, bueno, cuando me recibí, me llamaron del Urquiza y de acá al mismo tiempo, enseguida. Y me vine acá. 2.- ¡A qué edad empezaste a trabajar en este hospital, cuántos años de trabajo llevás?	Elección de la profesión.	A pesar que hizo el curso por obligación luego sintió identificación con los pacientes que parece haberle despertado el interés por el trabajo en el hospital.	
A: "Y ya tenía 18 años, y, hace, <piensa> hace, 8 años que estoy acá, aunque me da la sensación que hace muchos más años, risas. Pero eso viste, nos pasa creo que a todos, sentimos que hace muuuchos años que estamos trabajando". 3.- ¿Vos elegiste trabajar en este hospital?	Sensación de cronificación en la tarea.	Con la frase "...me da la sensación que hace muchos años..." de su trabajo en este hospital puede observarse que impacta en su subjetividad. Parece que venció los tabúes que le	Cronificación de la tarea.
A: "Y en cierto modo si, a pesar que le había dicho a mi mamá que el curso lo hacía pero trabajar no, porque cuando me llamaron del hospital clínico y de acá al mismo tiempo yo elegí venir acá, porque me había gustado, eso de tratar con los pacientes psiquiátricos	Trabajo institucional. Identificación con la profesión. Relación con los pacientes.	transmitían acerca de los pacientes, demuestra identificación con la profesión.	

de alguna manera me había atraído, entonces contesto que si, yo elegí venir acá": 4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un día de trabajo, cómo es trabajar acá ¿qué les dirías? A: "No se, porque está en que uno venga y vea, porque bueno, a mi antes tampoco se me hubiese ocurrido venir un sábado o un domingo a conocer, a compartir, y ver, porque es la única forma de sacarse las dudas, eh, llegar a conocer el trato que tenemos con los pacientes, no es lo mismo contar que venir y ver, porque a mi me pasaba, uno me decía una cosa, otro me decía otra, y antes de empezar, que esto ni existía para mi, porque la verdad que era así. Me decían que los pacientes son esto, son aquello, pero cuando yo vine, ahí realmente me di cuenta de lo que era. Les diría que acá somos y no somos como otros enfermeros, porque, digamos, yo digo que para trabajar acá, uno tienen que <silencio>, porque hay enfermeros que han venido de un clínico y no han podido trabajar acá, o sea, uno para trabajar acá tiene que tener, cómo decirte, paciencia, también un poco de tolerancia, a muchas cosas que uno tiene que ver acá, porque hay de todo, y, yo digo que no, que no somos iguales a las enfermeras que trabajan en el clínico, pero a la vez creo que quizás no conocen, quizás un enfermero clínico viene y tolera, le gusta el trabajo de acá. Pero en general, la tolerancia marca la diferencia, porque ha pasado que han venido a trabajar y no, no pueden. 5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería? A."Positivo, eh, <piensa, se toma su tiempo, se encoge de hombros>, para mi lo positivo sería el trabajo con el	Acerca de la profesión. Observación subjetiva del trabajo.	Marca diferencias y similitudes con "otros enfermeros". Destaca virtudes o mecanismos de defensa que se ponen en juego en esta función. Parece costarle encontrar algo positivo para contar. Destaca al paciente y sus necesidades como prioridad.	Sistemas defensivos. Concepto del cuidado.

paciente, que uno muchas veces decimos ¡ah no, porqué a mi, porqué me pasa esto o aquello! Y uno se pone a verlos a ellos no, te ponés a pensar y decís, pucha!!, me enojo por pavadas y uno ve acá otras cosas que pasan a los pacientes y no se quejan. Y lo negativo, digamos, lo que yo veo acá es la falta de compañerismo, eso es lo más malo que veo acá. No se si en todos lados será igual, pero, yo veo gran falta de compañerismo, eh, eh, digamos, pisar cabezas, sin interesarse en el otro, tratar de estar más arriba, escalar sin merecerlo, o, estar, no se, no veo, no se cómo llamarlo pero que está, la mala onda que se percibe y que enferma, hace un lugar difícil para trabajar, siendo que el verdadero dolor		Resulta más fácil llegar a lo negativo. Refiere la falta de compañerismo, parece afectar su subjetividad. Expone que se siente afectada por la forma de actuar de algunos compañeros, "la mala onda... y que enferma", parece generarle una carga de estrés, de emotividad negativa que el cuerpo traduce de alguna manera.	Condiciones de vida y de trabajo.
lo tienen los pacientes, pero al contrario se priorizan los problemas personales, del personal, hay gente buena, pero también hay gente con la que no se puede trabajar. Otra cosa que me viene a la mente es que yo creo que al paciente no se lo tiene en el lugar que debe ocupar, porque vos escuchás, que muchos dicen, "tal cosa por el paciente" como que todo lo hacen por y para el paciente y en	El lugar del paciente. El lugar del enfermero. Percepción subjetiva.	Refiere que se dice que el paciente es la prioridad pero que se hace otra cosa. Su implicación y desacuerdo con esto parece generarle un impacto subjetivo fuerte.	
realidad veo que no es así, sino todo lo contrario, porque es lo que menos les preocupa, pero cómo decirte, se esconden en esa frase, porque si todos vendríamos por el pacientes, no se, creo, que trabajaríamos de otra forma. O también puede ser que vos tratás de trabajar de otra forma pero empezás con algo viste y que el otro no te siga es como que ya te da bronca, porque vos tirar sola del carro, o siempre te están tirando abajo todo lo que vos querés hacer, o intentás hacer al menos, entonces últimamente uno	Relaciones interpersonales.	Dice que la parte negativa del trabajo pasa por el compañero y que las tareas quedan subordinadas a la reacción del compañero.	
viene, o sea, creo que a todos nos pasa, por el sueldo nomás. Entonces la parte que hace lo negativo del trabajo es el compañero, que muchas veces	Relación con el paciente.	Siente subjetivamente que se relaciona mejor con el paciente que con el compañero de trabajo,	

viste que la mayoría del personal, te lleva a la depresión, para mi no es el paciente el que te afecta, es más la parte del compañerismo que, o sea, el personal porque para mi el paciente te ayuda a vos, para mi más me ayuda que <corta la frase> Es más, ahora cuando me reincorporé de mi licencia por maternidad, yo dije, bueno, se van a olvidar de mi, y yo llegué y me saludaban y me preguntaban por el bebé y cómo estaba, son cosas que te sorprenden, porque estuve 8 meses afuera y llegar y que se acuerden de tu nombre, viste capáz que vos lo podés tomar como pavada, pero, si te ponés a pensar, hay compañeros de trabajo que me vieron de nuevo pero ni me preguntaron nada, cómo andaba, qué tuve, por mi bebé, nada, nada, frío total, desinterés, no se. Por ahí me ha pasado que he faltado por tener mis hijos enfermos y nadie de mis compañeros fue capáz de preguntar ¡che, qué te pasa?, ¿necesitas algo?, nada, es como nada, es raro. 6.- ¿Qué cosas tratas de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees que se debe enseñar? A: "Lo primero que trato acá es decirles que ellos cumplan, que hagan sus trabajos lo mejor que puedan, o sea, si tienen alguna duda que me pregunten, o, si tienen algún comentario que no se lo guarden, porque eso es lo que te lleva a tener rencor quizás con otra persona que ni enterada está de lo que te dijeron, decirles, que acá hay muchos comentarios, chismes, pero que bueno que vayan y lo hablen con esa persona, que no se guarden nada, que si tenés una duda que vayas y lo plantees con la persona, que no anden con el me dijo, te dijeron, porque por ahí vienen los dramas en nuestras relaciones, que tan problemáticas son por cierto. Y después hacer lo mejor	Relaciones interpersonales. Relaciones interpersonales.	siente que el paciente se preocupa por ella y que no pasa lo mismo con algunos compañeros. La reacción de sus compañeros parece impactar en su subjetividad. Sigue enfatizando en la importancia de mantener buenas relaciones, lo marca como una necesidad para alcanzar un clima laboral adecuado.	Deshumanización del vínculo.

que sepan y tratar de aprender cada día".			

ENTREVISTA Nº 5
NOMBRE: BELÉN
FECHA: 01.07.08
HORA: 15 DURACIÓN: 50 MINUTOS
LUGAR: SALA "C". HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO" FEDERAL.

TEXTO DE ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLASIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la Enfermería? B: "Nooo <alarga la palabra>, no tengo una explicación, un día le dije a mi mamá que quería estudiar enfermería, estaba en 5° año y mi mamá me quería mandar a hacer un test vocacional, y yo le dije que para qué me iba a hace un test vocacional si al psicólogo le iba a contestar lo mismo. <silencio> Ajá, entonces mi mamá como no quería que estudie enfermería, porque en aquel momento, hace 8 años atrás, todavía no se escuchaba mucho el tema de estudiar enfermería, es una carrera que recién estaba surgiendo, en el estudio digamos, entonces mi mamá me decía que era una loca <risas> cómo iba a estudiar enfermería, que no me iba a redituar, que no tenía salida laboral, todo económico. Y yo le dije que no, que era lo que yo quería. No tengo una respuesta para decirte porqué lo elegí, se que lo elegí y también se que hoy no sé qué otra cosa haría si no es esto. 2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar en este hospital, cuántos años de trabajo llevas? B: "Empecé a los veinte... veintiuno y después vine para acá, en este hospital hace 4 años y medio que trabajo". 3.- ¿Vos elegiste trabajar en este hospital? B: "Yo me recibí y después me vine a Federal, estuve una semana de vacaciones, presenté currículo en las clínicas privadas de acá de Federal y a los pocos días me llamaron porque mi objetivo era en ese momento seguir estudiando pero a la vez quería trabajar,	Elección de la profesión. Reconocimiento social de la profesión. Identificación con el lugar de trabajo.	Si bien eligió ser enfermera no sabe explicar porqué. Relata que para su familia no era adecuado que estudiara enfermería por su escaso reconocimiento social, porque temían no le fuera redituable. Quizá la adrenalina a la que refiere gustarle también la encuentra en el trabajo con pacientes psiquiátricos, identificándose desde ahí con la profesión.	

y no quería trabajar en Paraná, que era donde yo tenía que estudiar, entonces la Licenciatura me daba la posibilidad de trabajar 3 días acá y estudiar 3 días allá, entonces estudiaba lunes, martes y miércoles; jueves, viernes, sábados y domingos trabajaba acá. Me encantaba lo clínico, hasta el día de hoy me apasiona, me gusta la adrenalina que despierta el trabajar sola en una clínica, eso de no saber qué te vas a encontrar en la guardia, en fin eso en cuanto a lo clínico, me gustaba mucho estar ahí, pero como pregunté, evalué si podía quedar o no, no vi un terreno seguro, eh, tampoco me pagaban bien, entonces dije buenote voy a anotar en otro lugar, el Urquiza no me gustaba, no, no lo conozco, nunca trabajé, no tengo intenciones de irme, si me quedaría sin trabajo acá me iría a un clínico, pero al Urquiza no me iría, voy a trabajar en un lugar que llame mi atención, soy así, si me gusta voy. Y llegué acá, yo ya había hecho una suplencia de 2 semanas, y me fui!!!! porque me acuerdo que me corrió una paciente, desistí!!!<enfatiza, mueve sus manos>, esa fue mi primera experiencia en el 2003. Bueno, volví, y bueno acá estoy. Cada día uno se encariña un poco mas con este lugar, más allá de que parezca una rutina, el día a día, pero depende la perspectiva de cada uno, que lo vea o no como rutinario, todos los días tenés algo diferente. Por ahí es la capacidad que uno tiene para, para hacer, siempre algo nuevo, siempre ves algo distinto, es el ojo, y afinarlo. Aja. Siempre encontrás algo para hacer, algo diferente, algo para implementar, obviamente que no es como algo clínico, pero, yo siempre encuentro algo para hacer". 4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, cómo es un día de trabajo acá ¿qué les dirías? B: "Y le diría bueno, que en primer lugar, a veces muchos vienen porque	Sensación inicial de frustración. Identificación con la profesión. Cronificación – innovación. Subjetividad.	Declara que sui primera experiencia fue frustrante, no obstante ello decidió darse una nueva oportunidad, alcanzando la identificación y apropiación con la tarea. Visión subjetiva interesante para romper con la rutina, con lo crónico.	Concepto subjetivo de trabajo. Filosofías subjetivas de cronificación e innovación.

tienen el concepto de que acá no se hace nada. Entonces les diría que no es así, que cumplimos con una rutina, como uno cumple con una rutina en cualquier trabajo <asevera elevando el tono>. Tenemos nuestra rutina de trabajo, tenemos nuestros trabajos, tenemos nuestros horarios, tenemos nuestro sistema de trabajo, pero, después, eh, siempre hay algo para hacer, con cada uno de los pacientes, ya sea el diálogo que tuviste con el paciente ya es algo que hiciste en el día, el prestar atención a veces en alguna cosa que te quieran decir, es tan importante para ellos, para vos, porque aprendés día a día del paciente. Que es un trabajo asistencial, un trabajo, eh, como emocional, porque uno trabaja emocionalmente con el paciente, si uno no sabe diferenciarse, a veces hay pacientes que te llegan más que otros, o por su forma de ser, hay pacientes que son más demandantes que otros, o más colaboradores que otros, porque te caen bien, por simpatía, o, o, porque podes tener más filing con uno que con otro. Los chicos, los enfermeros que recién empiezan, por a.m. se rozan mucho mas, llegan mas al paciente que es mas dado, que al que no es tanto, por, por el solo hecho que el paciente que es dado va a llegar solo a charlar con vos, entonces uno tiene que llegarle también a los otros pacientes que son mas quedaditos, que es, si bien es de perfil mas bajo pero que están viendo todo, que si alguien atiende mas a uno, le significa emocionalmente, a ellos les llega, porque todos quieren la misma atención; entonces es como, no se si esta bien, pero como un estilo de niñero, a grandes rasgos, porque niñero digamos en el sentido que los cuidas, los atendés y también eh, enfermería porque les das la medicación, los higienizás, curás heridas, hay una mezcla entre niñera que cuida y asiste a un chico y a la vez mezclamos la tarea de enfermería que es	Visión subjetiva de la tarea del enfermero en el hospital psiquiátrico. Implicancia emocional. Relación con los pacientes. Enfermera –	Demuestra una clara apropiación del rol y parece defender la postura de que la cronificación o no, depende de cada uno. Poner el cuerpo, estar en permanente contacto con los pacientes genera un impacto subjetivo. Hace una descripción de las formas de relacionarse con los pacientes, por momento parece no haber separación entre el paciente que sufre y el enfermero que atiende el sufrimiento. Identificación con el	 Implicancia emocional. Relación enfermero-paciente.

el cuidado, este, lo veo así, porque en si dependen de todo lo que les digas, andá, vení, levantate. 5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería? B: "Positivo del trabajo? Eh, que uno aprende mucho, de los pacientes mismos, aprendés lo positivo, que el paciente aprende a conocerte a vos, como vos aprendés a conocer al paciente, porque hay pacientes que viven con vos 20 años acá adentro que es hasta donde te jubilás y ellos siguen quedando y, aprendés que el día a día ellos aprenden de vos y vos de ellos, que te conocen, que te toman como familia, eh, positivo, que te enseñan muchísimo, te enseñan el respeto, porque ellos creo se sienten personas sin derechos, si, por estar acá, porque ellos son personas que, que saben que tienen que obedecer, que tienen que hacer cosas y que a veces ¡no quieren! Como cualquier persona tiene ganas de hacer otra cosa, no lo que uno quiere que hagan y vos tenés que aprender eso, que son personas que también tienen sus vidas y que, yo creo que uno aprende como lecciones de vida, si, porque son pacientes muy sufridos, pacientes que te cuentan historias de vida, algunas historias que no son lindas, y pienso, mañana puedo ser yo la que estoy acá, nadie está exento de estar acá y que a veces nosotros tampoco nos damos cuenta de eso, por eso a veces reaccionamos de alguna manera que después nos ponemos a pensar caramba! Mañana puedo ser yo la que esté ahí. O sea lo positivo, lo veo más como desde lo emocional, el trabajo te llega mucho, uno aprende mucho... Y en cuanto a lo negativo, tengo un montón, <risas>, viste siempre nos resulta más fácil resaltar lo negativo, sale enseguida! Veo que por ejemplo uno a veces tiene ganas de hacer algo y no tenés nadie atrás que te va a seguir, eso veo como negativo. Veo como negativo,	niñera. Visión subjetiva. Sistema conductista de atención. Relación con los pacientes. Concepto de cronificación de pacientes. Reaparece idea del modelo conductista. Empatía con el paciente. Identificación con el sufrimiento. Necesidad de contención para enfermería. El relato de lo negativo.	otro, a partir de la frase "...como un estilo de niñero..." permite pensar una proyección de vínculo maternal, al satisfacer las necesidades que los pacientes no pueden por si solos. Demuestra la implicación que le genera su tarea sobre el otro y el impacto sobre su subjetividad. En su relato prioriza la relación que alcanza con los pacientes. El involucrarse tanto en la relación con el paciente parece impactar en su emotividad, el sufrimiento del otro parece afectarle. La relación cuerpo a cuerpo con el paciente, con sus sufrimientos, con sus dependencias, la colocan en un lugar de responsabilidad, de implicancia subjetiva que repercute en su propia emotividad, en su psiquis, al punto de referir la necesidad de contención para enfermería. El aspecto negativo le resulta más fácil de	

eh, personas que están cansadas de trabajar, porque es este trabajo, eh, y no tienen ganas de seguir trabajando, están cansadas y ven todo negro, y negativo veo que si llega momento que si uno no se sienta y piensa con la cabeza fría, uno empieza a naturalizar las cosas, cosas negativas que uno naturalizas, llega un momento que la rutina que hay acá, que yo no quiero tener, te hace naturalizar cosas, problemas. Conozco gente con 4 años de trabajo o menos que ya están naturalizando cosas, que ve como natural todo, lo bueno y lo malo, Igual pasa desde el hospital, como institución te diría, porque es como que todo viene, como que todo viene <repite>, lo único que siento, que viene y que venimos, no sentis un respaldo, venimos al laburo porque venimos, por inercia, llegamos porque llegamos y nos vamos porque nos tenemos que ir, lo que no te vas con un día de trabajo satisfactorio porque conseguiste un logro digamos, ¡venís nomás! <repite, encoge sus hombros, levanta las manos y las deja caer>, vos individualmente te podes fijar metas pero nunca vas a conseguir el logro, es muy rara la vez, casi nunca te vas satisfecho. Por ejemplo trabajando clínicamente tenés, qué se yo, que te toca un paciente que te hizo un paro y vos hiciste tu parte y lo salvaste, o algo tan simple como ver recuperado y de alta al paciente. Creo que en gran parte los logros no se alcanzan por el personal, porque nosotros estamos cansados pero porque nosotros no tenemos asistencia, a nosotros nadie nos cuida, justamente tendríamos que recibir algún cuidado para nosotros poder emocionalmente aflojar y poder venir a trabajar todos los días, porque es difícil, no se puede venir a trabajar de cero todos los días. Este trabajo es para venir todo los días en blanco, es la única manera de que vos puedas venir a trabajar, a ver cosas, las que a veces no las ves y están, están. Yo	Concepto de naturalización de lo negativo, de lo problemático. Mecanismo de defensa. Aspecto institucional. Falta de objetivos institucionales. Grado de satisfacción laboral. Sensación de frustración laboral. Concepto de cronificación del paciente psiquiátrico. Aspecto del personal. Falta de asistencia para enfermería.	relatar. Destaca que su tarea está supeditada al interés del compañero, a su apoyo o a la negatividad de los mismos. Materializa lo negativo, lo crónico y problemático desde la naturalización, aparece como mecanismo de defensa para no ver lo malo. La falta de políticas institucionales marca un ritmo inerte en el trabajo donde cada uno hace lo que puede o lo que quiere, esto parece impactar en lo subjetivo de la entrevistada. No poder alcanzar siempre sus objetivos, no ver progresos o cambios parece provocar un impacto en su subjetividad. Relata que los cambios no se dan en relación a la actitud del personal, por el cansancio. Reclama asistencia al enfermero. Implicancia emocional por no recibir ayuda, reconocimiento social, que impacta en su subjetividad.	Naturalización como mecanismo defensivo. Objetivo o tarea primaria de la institución.

creo que como todo hospital tenemos deficiencias, nadie – nadie se interesa por nosotros, porque vos escuchás en la radio y, sale todo lo malo. Pero porque nosotros mismos hacemos que nadie se importe de nosotros, porque vos escuchás la radio y, noticias buenas del Urquiza, agradecimientos de pacientes al Urquiza, porqué? Porque ellos se hacen notar, o sea, vivimos en un país que el que no se hace notar no existe para el mundo, que si vos no sacás la mano y decís acá estoy yo, nadie se va a acordar de que vos estás ahí, y nosotros somos un hospital asi. Entonces nosotros no hacemos notar las cosas buenas, seguimos hundidos en un océano, porque yo creo que cada uno de nosotros hace un granito de arena para que nos critiquen, que todo el tiempo hablen de nosotros, mal, porque nos automarcamos lo negativo, nadie te marca lo positivo, entendés. Hay diferentes cosas, como por ejemplo, un psiquiatra que atiende a las personas ambulatorias, las del pueblo, en consultorio externo, y yo creo que esas cosas hay que hacerlas conocer para que el pueblo las conozca, porque hay gente que no conoce este hospital, entonces me parece que si no hacés que la gente sepa que el psiquiátrico existe, no lo van a conocer". 6.- ¿Qué cosas tratas de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees que se debe enseñar? B: " Y bueno, a cada uno del personal que ingresa trato de, por ahí me pasa que tengo personal que ingresa y yo los veo en mi turno recién a las 2 semanas de ingresados y ahí me doy cuenta a las 2 semanas qué tan chispas son para trabajar o no, porque si vos hace 2 semanas que estás trabajando, hay cosas que si no te las enseñan, o preguntás o averiguás, la única manera de aprender en este hospital es metiendo la nariz, eh, es vos mismo, no hay mejor manera de aprender que la que uno solo se da,			

porque otros te pueden mostrar pero si no lo hacés no aprendes, no hay mejor manera de aprender que cuando uno propio lo hace, entonces, pregunto a las 3 semanas que ingresan y no tienen idea si cuidamos o no cuidamos al paciente y, no se, por ejemplo eh, qué medicación trabajamos, hay medicación que trabaja el hospital que son solamente intramuscular y no endovenoso, que cuando el médico te las da sos vos el que tenés que mirar qué presentación tenés en la farmacia del hospital, y cosas que o que a mi me han pasado y que las uso como referencia para, o rutinarias de la sala, eh, y, uno puede enseñar, pero por ejemplo, enseñar con palabras, está en el otro poder, querer aprender, porque va en uno ya, yo también digo que a veces el ser enfermero lo lleva adentro, al enfermero que lo lleva adentro vos le enseñas y ves y agarró vuelo, el enfermero que no le interesa y, le va a costar horrores porque no va a a querer hacer eso porque no le gusta y porque no lo sabe hacer! Entonces obviamente no lo va a hacer, pero, tengo que enseñar algo más, y el día a día te lo hace, te hace enseñar, el día a día te hace marcar errores para que de ese error el otro aprenda, generalmente pasa eso que marca el error porque, todos, porque hasta a mi me marcan errores para que yo aprenda, pero bueno. Y otra cosa que no me quiero olvidar, es en cuanto a la falta de educación que tenemos respecto a la comunicación, hay poca comunicación, que marca por ahí la clase de relaciones interpersonales que tenemos acá, bastante conflictivas por cierto, hay poca comunicación porque creo hay poco interés, si no hay interés vos no podes enseñar, ni dialogar, hay gente que viene y te digo así como así, porque viene, por inercia, porque sabe que tiene que llegar nada más, después lo que pase a su alrededor no le afectó! <enfatiza> Pero que hay poca relación,			

poco compañerismo, poco interés, poco de todo, pero en todos veo que también se basa en que uno está saturado, eh, no tenés descarga, no descargás, no hacés tierra en un momento, y seguís, todo el tiempo vas saturado, saturado y hacés tierra cuando tenés 20 años de servicio y 45 de edad y tenés que ir a tu casa y te vas saturado porque nunca descargaste nada, y bueno entonces qué hacés, te descargás en tu casa, te enfermás en tu casa, entonces eso es lo que me parece que pasa, me parece que, uno dice uh! Mirá que cantidad de enfermeros que tiene que tomar medicación para dormir, o que toman medicación, o qué se yo, pero nadie piensa porqué? Uno dice ah pero este está loco, no! tiene que haber uno porque nadie se tiene que olvidar de que trabajamos ya de por si en un hospital de patología psiquiátrica y que si uno ya es tendiente a... vas de cabeza!! Si no tenés una descarga por ahí, me parece que eso es lo que pasa, entonces, llegar acá a trabajar y encima se te junten 40 pacientes en crisis, o un paciente bastante complicado, te complicó el día, porque es así acá, acá va fantástico cuando van todos fantásticos, donde hay un paciente que anda descarrilado, se te descarrilaron 5, porque ese hace que los otros vayan desencadenando crisis porque se autogeneran las crisis, entonces, llegar y que tu compañero esté mal, esté enfermo, se queje o vos no te lleves bien, o que discutieron o que le sumés, es suficiente, te vas con la cabeza echa un loco, entonces me parece que por ahí uno tiene que venir a trabajar muy bien con el otro, tenés que venir a trabajar tratando de poner la mejor onda posible para que el día, las 6 horas pasen de buenas maneras, de buenos modos y si te podés reír fantástico porque... <corta la frase, da a entender que es lo mejor con lenguaje corporal>. Mirá, de los 83 enfermeros que somos en el hospital, yo			

creo que 40 vendrán por la razón de ser de la profesión, es decir, por el paciente, el resto no!!! <enfatiza y niega con señas>. No, no porque no, yo digo que no es así porque si todos vendríamos por esa razón de ser, el paciente estaría 10 más IVA, porque todos vendríamos a atender al paciente, me entendés, pero como no venimos el 100 por 100 de los enfermeros a atender al paciente, me aparece que acá está en las condiciones que está y nadie les da bola porque si enfermería vendría a atender al paciente, reclamaría, por esto por aquello por todo y el hospital sería un lujo, pero como no venimos por el paciente, la mayoría, entonces no, yo calculo que no, te digo que 40 personas vendrán por el paciente, que son las que se preocupan, que son las que se desloman por el paciente, que son las que lucha, se pelean acá y allá por cosas que necesita el paciente, que son las que ponen límites al paciente, porque por ahí quieren hacer cualquier cosa, como consecuencia de que nadie les da bola, el paciente va, viene hace lo que quiere, entonces al que le interesa la vida de los pacientes pone límites. Al contrario de los que hacen lo opuesto, que o no vienen nunca a trabajar o vienen solo en son de conflicto, de queja, de no conformarse con nada, que son la parte triste de la institución. Y si me permitís un ratito más, y aprovechando este espacio que nunca antes lo tuve, está bueno lo que hacés, quisiera referirme a la enfermería porque enfermería acá es todo, si este hospital no tendría enfermeros, el hospital no existe, porque el enfermero cuando no llega la leche hace la leche!, cuando no hay mucamos el enfermero limpia!, cuando no hay familiares que contengan un paciente cuando está llorando lo hace el enfermero!, por lo tanto si no hay psicólogo, psiquiatra, ni familia a quién le toca? Al enfermero! , entonces qué pasa el enfermero se va cargando de			

cosas que no son tus quehaceres. Enfermería hace todo, yo siempre digo enfermería lava, plancha y cocina acá adentro. Enfermería es el pilar de este hospital. No se si alguien se ha dado cuenta de eso todavía. Enfermería cambia el foco, arregla esto, reclama aquello, y así se va cargando de problemas y a eso sumale los problemas interpersonales que siempre están que son como nuestro distintivo, pero me parece que esto no debe ser así, no es justo, no se puede hace toso, porque aparte de todo el enfermero está en contacto directo y permanente con el paciente, porque el paciente demanda cosas, pide, pide y pide porque sos la cara visible y a veces no tenés los medios para responder, y la institución no está, entonces enfermería tiene que cargar un gran peso sobre sus espaldas. Gracias por permitirme contar nuestra realidad, espero haber sido clara".			

ENTREVISTA N° 6
NOMBRE: C
FECHA: 20.08.08
HORA: 15 DURACIÓN: 28'
LUGAR: SALA "B". HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO". FEDERAL.

TEXTO DE ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la enfermería? C: "Bueno, la verdad yo nunca me decidí por esto. YO no quería saber nada, pero nada!! Con esto <lo enfatiza y acompaña con gesto corporal de negación>. Imaginate antes nadie se animaba a venir acá, te estoy hablando de hace unos cuantos años atrás. Esto para la gente del pueblo era, no se, como el cuco te diría, porque era todo un tema. Así que imaginate que con ese panorama y yo re jovencito, no quería saber nada, porque la verdad no me animaba!! <enfatiza nuevamente>. 2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar en este hospital, cuántos años de trabajo llevás?	Elección de la profesión.	Con la respuesta y su gesto corporal negativo demuestra que no sentía ninguna identificación con el trabajo de enfermería, habla claramente del tabú que significaba para la población el hospital y los pacientes psiquiátricos en sus inicios. Relata el miedo que le producía el hecho de trabajar en este hospital.	
C: " Y habré tenido 18 – 19 años, ni me acuerdo, ya hace tanto!! Y llevo 21 años de trabajo y por ser tan joven <risas> todavía estoy acá, me falta edad, si me falta edad <suspira, como cansado>. Si no ya me hubiera ido, porque ya estoy cansado <acompaña con gesto de agotamiento>".	Sensación de cronicidad personal en el trabajo.	Por su relato puede inferirse que la sensación de cansancio en el trabajo a afectado su subjetividad.	Sensación subjetiva de cronificación. Trabajo como forma de satisfacer necesidades.
3.- ¿Vos elegiste trabajar en este hospital? C: "Y, no, porque como te contaba a mi me llamaron y me tuvieron que convencer <risas> porque yo necesitaba laburar, pero pensaba ¡justo ahí me ofrecen! Y bueno por la necesidad tuve que aceptar y acá estoy, la pelée, la luché, tuve que aguantar muchas cosas, y acá estoy, gracias a Dios contando los días para jubilarme. 4.-La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que	Trabajo por necesidad.	El no haber tenido oportunidad de elegir un trabajo de su agrado parece haberle afectado en su subjetividad.	

contarles cómo es un día de trabajo acá ¿qué les dirías? C: "Y, lo que pasa que yo conocí el trabajo de antes, te hablo de los primeros años de la Colonia, de cuando eran casi 200 pacientes por sala y éramos re poquitos enfermeros, pocos, de decirte 2 en el turno mañana y uno de tarde y uno de noche, trabajábamos noche por medio pero con un franco cada 15 días, no como ahora. Y nosotros ni preguntábamos por los francos, veníamos nomás. Y antes se hacía mucho más que ahora, está bien, trabajábamos como empleados generales porque capaz que enfermería en si hacíamos poco, pero si los jefes te mandaban tenías que hacerlo, no quedaba otra. Me acuerdo que entrábamos derecho a limpiar, a baldear el salón, correr doble fila de camas, porque el salón estaba repleto de camas, ¿vos sabes lo que era eso? <se toma la cabeza, al tiempo que parece enfervorizarse en su discurso> y eso nos llevaba hasta las 10 o 10 y media de la mañana, entre medio servíamos el desayuno. Después preparar la medicación, atender los pacientes, traer la ropa del lavadero, preparar para el baño, luchar con los pacientes malos, porque antes eran más malos los pacientes, no se porqué pero eran más peligrosos. Y de tarde lo mismo, sobre que llegabas te tenías que poner a fregar la sala, y los baños, los baños para los enfermeros viejos era sagrado, más vale que estén brillosos, me acuerdo de cómo fregábamos los azulejos, fo! esos azulejos! <se toma la cabeza> y no nos quejábamos eh! Porque si te quejabas chau, afuera! te cortaban la suplencia y listo!! y de noche, quedaba uno solo, cuando no te tocaba atender dos salas, porque a veces no venía el enfermero de otra sala y te asignaban y no tenías reclamo ¡eso si que era bravo! Pero bueno! <gesto como de resignación> Por eso yo ahora les cuento esto para que vean que esto no es nada, ahora no se	Las formas de trabajo según el tiempo.	Hace una clara diferenciación entre lo de antes y lo de ahora. Simboliza el trabajo de antes como una verdadera carga laboral, simplifica el trabajo actual desde la concepción de que se hace menos, hay menos pacientes y hay más participación en la toma de decisiones. La carga laboral vivenciada desde la aceptación sin derecho a la queja, como un acostumbramiento para poder permanecer parece haberlo marcado muy fuerte en su subjetividad. En su relato prevalece la tarea de enfermero-mucamo, donde la limpieza y el orden aparecían ser las vedettes de la situación, ¿y la atención de los pacientes qué lugar ocuparía?	Lo de antes, lo de ahora.

hace ni la cuarta parte de lo de antes. Pero igual ves que viven quejándose, porque ahora se prioriza la atención de los pacientes, ya las actividades que nos tocaba hacer antes, como limpiar, la ropa, todo eso, no se hace más, están bien se hace peor, vos ves que las salas no están tan limpias, que las roperías no están ordenadas, pero bueno, yo digo que ahora es mejor, es más fácil, pero hay gente que no lo entiende. Y a la gente me gusta contarle lo que hacemos, que tratamos bien los pacientes, porque viste está ese mito de que los enfermeros somos esto y aquello, que los tratamos mal, que los medicamos <se encoje de hombros> y la verdad, no es así, porque la gente se da cuenta de eso y de lo que hacemos si viene y conoce el hospital, recién ahí se dan cuenta de la realidad y se convencen de que en realidad lo que necesitan ellos es cariño, que la gente se acuerde de ellos, que sus familias los vengan a visitar, que les traigan tabaco, yerba, no es mucho, pero para ellos significa todo. Uy para contar tengo tanto!! <silencio>". 5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería?			
C: "Y, creo que lo negativo, negativo ya pasó. Digo en cuanto a la forma que laburábamos, por eso no entiendo de qué se quejan ahora, si la verdad no se hace nada! Comparado con lo que teníamos que hacer antes. Pero veo que mucha que ahora entró con cursos y estudios no tiene interés en la enfermería, ni en el paciente psiquiátrico, sino que vienen llenos de leyes y reclamos desde el primer día, hacen desastres con los mismos compañeros, porque nada les viene bien, entonces se arman los problemas. Porque antes suponete no podíamos estar como ahora charlando y tomando un mate, ¡no!, tampoco podíamos leer el cuaderno de novedades, ni participar en las decisiones, eso era exclusividad de los jefes. Y ahora eso cambió porque los jefes te dejan participar, comparten el mate con vos, te	Lo negativo, lo positivo. Subjetividad.	El relato demuestra la implicancia emocional y el impacto en su subjetividad, producto de años de trabajo duro de enfermería.	
	La no participación en las decisiones.	La implicancia con lo emocional y lo psíquico puede significarle una implicancia afectiva.	Implicancia emocional y afectiva.

dejan opinar. Qué se yo, es distinto. Por eso creo que lo negativo lo hacen, porque los enfermeros siempre fuimos problemáticos, fijate vos que siempre nos destacamos por los problemas, por no decirlo de otra manera, si la verdad que si uno no viene por algunos días, cuando venís lo primero que preguntas es qué problema nuevo hay? Quién se peleó con quieén? No se, es como que no concebís la cosa si no hay quilomb... <risas> pero es así, todos sabemos que es así. Lo que pasa que a veces no lo dicen, pero...			
Y algo positivo, sería que podemos participar, dialogar, compartir, que se nos tiene en cuenta, pero fijate vos y vuelvo a lo anterior, ahora que tenemos esas posibilidades algunos no la saben aprovechar porque se abusan, les dan la mano y se agarran el codo, enseguida, porque yo creo que acá lo que está faltando es que la cabeza funcione,	Positivo.	Destaca lo positivo como un logro, en el sentido que la participación parece producirle un impacto en su subjetividad.	
porque si no tenés alguien que te de ordenes claras y te exija de alguna forma, nadie hace nada, porque es la ley del menor esfuerzo. Yo creo que se perdió el respeto, antes el jefe era muy respetado equivocado o no se lo respetaba, y ahora mira vos lo que pasa, esto es un despelot... porque cada uno hace lo que quiere, dejan pasar todo, yo no se si es para no tener problemas o qué pero pasa eso, fijate que si yo me mando una macana nadie me dice nada, todos miran para otro lado, y si alguien de los superiores quiere tomar medidas enseguida lo aprietan, o no lo respaldan, eso viene pasando hace rato y se está yendo todo a la miércoles. Yo creo que todos los enfermeros cuando nos juntamos a charlar sacamos este tema y me parece que en el fondo lo que reclamamos es que alguien nos ponga riendas, que nos ponga límites, parecemos gurises <risas> pero es así, esto no puede funcionar si no te guían, si no te ponen límites. Por lo menos en enfermería necesitamos eso, y creo que	Necesidad de lineamientos para trabajar.	Con su relato demuestra la necesidad de puesta de líneas claras, como que su falta demuestra que no se puede trabajar bien. Con la frase "parecemos gurises pero es así" demuestra la necesidad colectiva de límites institucionales para que el trabajo se haga y sea parejo para todos.	Objetivo o tarea primaria de la institución.

eso está pasando en todo el hospital, porque toda la institución está mal, es como que nos falta un referente que se juegue y ponga en orden las cosas, pero claro, están muy presionados por la política también. Y lo que veo, que creo vos coincidirás es que de los pobres pacientes nadie se acuerda, todos estamos pendientes de nuestros problemas, que si me arreglaron la guardia, que cuándo voy a faltar, que esto y lo otro, y los pacientes andan a la buena de Dios <silencio>".	Acerca de lo institucional.	Hace una comparación desde lo particular, que sería enfermería, hasta lo general, constituido por lo institucional.	
"Al final te llené de cosas negativas, las buenas vamos a esperarlas <risas>".	Acerca de los pacientes.	Nuevamente traza un paralelismo entre el personal de enfermería, lo institucional y el lugar que ocupan los pacientes en la atención.	
6.- ¿Qué cosas tratas de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees que se debe enseñar?			
C: "Y, yo lo que siempre les digo es que valoren todas las posibilidades que hay ahora, que traten de hacer cosas por el paciente, que no se ocupen tanto de los problemas, de si fulanito o menganito, qué se yo, porque yo de teoría mucho no se, viste, yo hice el curso nomás, pero ahora hay más facilidades de estudiar, les digo que sigan estudiando, que la enfermería siempre tiene cosas nuevas. No sé qué más decirte".	Compartir.	Prioriza las necesidades de los pacientes y la importancia de compartir lo poco con lo mucho desde la teoría y la experiencia práctica dada por sus años de trabajo. Desde lo emocional relata que los problemas interpersonales no hacen bien al clima laboral.	

ENTREVISTA Nº 7
NOMBRE: N.N.
FECHA: 01.09.2008
HORA: 10 DURACIÓN: 28'
LUGAR: SALA "D". HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO". FEDERAL.

TEXTO DE ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la enfermería? NN: "Bueno, la verdad que yo no elegí esta tarea o esta profesión, sinó que empecé a trabajar de esto por necesidad, en ese momento era lo único que había. Y en realidad cuando empecé estuve primero en Mantenimiento, hacía de todo tipo de trabajo. Y un día cuando me renovaron la suplencia, me dijeron que empezaba en enfermería, yo me quería morir, porque nunca puse condiciones, pero lo único que había pedido siempre, siempre era que por favor no me pusieran en enfermería, <risas>, porque de verdad no me gustaba!! No me imaginaba a mi mismo de enfermero, si no sabía nada!! Y bueno en el medio, pasó de todo, me banqué la suplencia, pensando que era la primera y la última vez que trabajaba de enfermero, y me dieron otra y otra y otra, y fui quedando y de a poco me fui acostumbrando. Pero volviendo a tu pregunta, yo no elegí ser enfermero".	Elección de la profesión. Salida laboral. Identificación con la profesión. ¿Rechazo subjetivo a la enfermería?	Relata que nunca pensó trabajar de enfermero. Tiene una mirada particular de su situación, primero reconoce rechazo a la tarea y luego refiere acostumbramiento. Manifiesta que carecía de identificación con la profesión, reconoce su falta de preparación, insiste en no haber elegido la profesión.	
2.- A qué edad empezaste a trabajar en este hospital, cuántos años de trabajo llevás? NN: "Llevo unos cuantos, muchos diría yo, tantos que no veo las horas de irme, de jubilarme, porque esto cansa. Empecé a los 22 – 23 años, ya ni me acuerdo bien, y hace 18 años y pico que estoy acá, así que por suerte estoy en la cuenta regresiva <risas>. 3.- Vos elegiste trabajar en este hospital? NN: NO, NO!! porque como te decía	Sensación subjetiva de cronicidad en el trabajo.	Puede interpretarse cierto cansancio físico y/ o emocional relacionado con el trabajo, el no acordarse específicamente su antigüedad laboral y el estar contando los días para retirarse dan pie para pensarlo de esta manera. Quizá se relacione con un trabajo	Sensación subjetiva de cronicidad laboral.

antes, empecé por necesidad, como otros tantos, y pensando que nunca iba a pisar una sala, pero ya me ves, acá estoy <se encoge de hombros>.		no elegido, con falta de identificación con la tarea.	
4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un día de trabajo acá ¿qué les dirías? NN: "Un día de trabajo de ahora, o de antes? Porque tendría que marcarte una diferencia. Por lo menos de lo que yo entiendo, y no solo para contarle a la gente de afuera que no sabe, sino también a la gente que trabaja acá y que parece que todavía no se enteraron de qué se trata esto. Te decía que antes se trabajaba mal, y ahora también se trabaja mal. ¿Porqué te digo esto? Porque antes solo nos decían que teníamos que limpiar, fregar, no faltar, hacer el trabajo que a otros no les gustaba, no teníamos mucamos, eran muchos, muchos más pacientes; y ahora, se trabaja mal en el sentido de que si bien somos más y hay menos pacientes, no hay una buena distribución del trabajo, capaz que en una guardia somos 5 y ninguno se comide a empezar una tarea, si el jefe no dispone y manda no pasa nada, y cuando el jefe no está, se arma el problema, no hay iniciativa, yo no se porqué, pero se da así. Hay gente nueva que tiene ganas de trabajar, de hacer cosas, de renovar, de trabajar en forma profesional, pero están los que no hacen ni dejan hacer, ponen palos en la rueda, frenan, hablan mal de todo, chismosean, nunca están conformes, son inconformistas, nada les viene bien, entonces ahí se crean los roces, las disputas, los problemas, por esa gente que no tiene interés en hacer nada. Y ojo que creo que esto pasa en todos lados, ahora todo está mal, en todas las instituciones, falta decisión, poder de decisión, falta liderazgo, no se, me parece a mi... <silencio>".	División subjetiva del trabajo actual o de antes. Subjetividad acerca del malestar laboral. Enfermero-mucamo, número de pacientes, escasez de personal. Acerca de los compañeros. Relaciones interpersonales. Acerca de la institución.	Reseña el trabajo de antes y el de ahora, resaltando que se está tan mal ahora como antes, por cuestiones diferentes pero que condicionan igualmente el trabajo, esto parece afectarle subjetivamente. Si bien parece no tener plena identificación con la profesión logra hacer un análisis de las desvirtuaciones de enfermería de antes y de la falta de liderazgo, de conducción, de respaldo para las decisiones de los niveles jerárquicos, actuales. Relata las relaciones interpersonales como conflictivas y distingue un clima laboral difícil para la convivencia, parece inquietarle subjetivamente. Relaciona los problemas anteriores con los institucionales.	Lo de antes, lo de ahora. Relaciones interpersonales.

5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería? NN: "Y, creo que lo negativo es lo que te decía antes, y lo positivo, sería que hoy hay gente preparada al mando de cada sala, y que si bien no pueden hacer todo lo que quisieran para mejorar el trabajo, y hacerlo como debería ser, han mejorado muchas cosas, te respetan, te permiten opinar, y esas cosas, pero, pero, <piensa, mueve negativamente la cabeza> les falta respaldo, les falta alguien que les ponga la firma cuando les toca tomar una decisión; entonces qué pasa, si vos sabés que sos jefe de una sala y que por ahí tenés que tomar medidas y sabés que el que está arriba tuyo no te va a respaldar, y la pensás dos veces, y así van dejando pasar cosas, cosas grosas, por justamente no tener respaldo para tomar decisiones y poder encarrilar las cosas. No sé si me explico, lo que te quiero decir es que a todo nivel falta liderazgo, poder". 6.- ¿Qué cosas tratas de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees que se debe enseñar? NN: "Y, yo pienso que habría que enseñarles muchas cosas, porque ahora entran a trabajar a veces sin conocer el hospital, a veces entran y de una les toca trabajar solos o solas y la verdad, es muy feo porque no sabés ni para qué lado agarrar, y eso es consecuencia del gran ausentismo que hay, la gente falta y no le importa nada. Creo que los compañeros que empiezan deberían tener una orientación previa, explicarles las rutinas, hacerles conocer los pacientes y esas cosas. Yo cuando ingresa alguien nuevo, trato de compartir lo poco que se, porque lo mío es experiencia nada más, de enfermería muy poco, pero si los que estudiaron pueden aprovechar lo que los viejos les decimos, creo que todo sirve y es bueno".	Lo negativo. Lo positivo. Mayor grado de participación. Decisiones. Poder. Liderazgo. Acerca de los compañeros. Ausentismo.	Resalta la participación como algo que lo moviliza interiormente, analiza que a los jefes directos que tiene les falta respaldo par la toma de decisiones, subjetivamente considera que si lo tuvieran todo sería mejor, considera el cumplimiento de reglas y normas institucionales clave para el buen funcionamiento. ¿necesidad intrínseca de aplicación de leyes parejas para todos?. Relaciona el funcionamiento de la institución con la falta de compañerismo. Distingue como verdadero problema del sector el ausentismo y como consecuencia la improvisación en las tareas de los que recién empiezan, parece impresionarle subjetivamente.	Objetivo o tarea primaria de la institución. <

ENTREVISTA Nº 8
NOMBRE: L. M.
FECHA: 02.09.2008
HORA: 10 DURACIÓN: 25'
LUGAR: SALA "C". HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO" FEDERAL.

TEXTO DE ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la enfermería? L: "Estudié enfermería porque mi mamá trabaja de enfermera y mi viejo se jubiló acá, en otra área. Pero digamos que desde siempre estuve vinculado con la profesión. Y sentía la necesidad de estudiar algo relacionado con la salud, porque creo que desde acá puedo ayudar, puedo ser útil, al menos eso espero". 2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar en este hospital, cuántos años de trabajo llevás? L: "Empecé a los 20, y llevo 8 años de trabajo".	Elección de la profesión.	Clara identificación previa con la profesión relacionada a tener un familiar enfermero y otro que trabajaba en otro sector del hospital. Visión subjetiva de la profesión como medio de ayuda a los demás.	
3.- ¿Vos elegiste trabajar en este hospital? L: "Si, en parte si, porque convengamos que en Federal, mucho para elegir no hay <risas>, pero como te decía antes yo estaba ligado al psiquiátrico desde chiquito, entonces lo primero que hice cuando me recibí fue traer mi currículo acá, que por otra parte no me sirvió de nada porque antes las suplencias se manejaban por color político y no por capacitación, me entendés? Y así fue que por insistir me fueron dando suplencias, hasta que quedé titular".	Identificación con el lugar de trabajo. Reconocimiento de la capacitación.	Relata identificación con el psiquiátrico por conocerlo de antemano. Relata que antes no le fue reconocido su nivel de estudio en enfermería, dice "las suplencias se manejaban por color político..." esto parece haber marcado subjetivamente su percepción del trabajo en el lugar que él había elegido para desempeñarse como profesional.	
4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un día de trabajo acá ¿qué les dirías? L: "Uh, qué buena pregunta, porque a veces ni uno que está acá adentro se pone a pensar en lo que se hace, y la verdad que se hace y mucho, pero viste, es tanto el laburo y tan pocos los que venimos realmente a laburar que te	Percepción subjetiva del trabajo de enfermería. Autoanálisis del trabajo diario a partir de la	Resalta que el ritmo de trabajo impuesto por la rutinas, el volumen de demanda, la escasez de personal que trabaja	Espacios para problematizar, analizar las prácticas enfermeras.

enloqueces con la rutina, entrás en una vorágine de trabajo que a veces no te perite tomarte un tiempo para pensar, para revisar tus propias prácticas, para preguntarte y evaluarte a vos mismo. Les contaría que hay tres turnos de trabajo, uno de 7 a 13 que es el turno mañana, otros de 13 a 19 que es el turno tarde y otro de 19 1 07 que es el turno noche, y que a la noche se trabaja noche por medio por el problema del transporte que tenemos al estar alejados de la ciudad. A la mañana, está el grueso de las tareas, entras derecho a vestir los pacientes, acondicionarlos para que salgan de la sala, vayan a desayunar, viene el bioquímico, el médico, el kinesiólogo, el psiquiatra, van a terapia laboral, o a otros talleres y el enfermero tiene que estar en todo, porque los pacientes no pueden en la mayoría de los casos valerse por si mismos para sus necesidades básicas, y si lo hacen igual tenés que estar atentos a sus reacciones, cambios de humor, todo eso, pro su condición de enfermos mentales viste. Se les da el desayuno y el almuerzo, se prepara la medicación clínica y psiquiátrica, y luego se les administra con todos los controles que eso requiere, a los que están postrados por razones clínicas se les debe higienizar, cambiar, darles de comer, de beber, medicación, controles de presión a casi todos, etc. etc., realmente es mucho lo que hay por hacer. De tarde se hacen cuidados físicos, baños generales, cambio de ropa según necesidad y existencia de la misma, se hacen controles de peso mensual y presión todos los días, se les da la merienda, se los prepara para la cena. En el turno noche, se sirve la cena, se los prepara la dormir, antes se les administra la medicación, se hace el censo que es el conteo de todos los pacientes, se verifica durante la noche su estado y se trata de satisfacer las necesidades que presenten, al día siguiente se les administra la	pregunta. Sensación de rutinización del trabajo. Acerca de los pacientes. Priorización de tareas.	efectivamente en relación con el número de pacientes, muchas veces impiden tomarse un tiempo para reflexionar las propias prácticas de enfermería cayendo en la rutina, la cronicidad, la naturalización. Hace una clara descripción de todas las tareas y especifica las acciones de atención directa a los pacientes. Subjetivamente da a los pacientes un lugar de prioridad en su trabajo. Cuidados físicos, satisfacción de las necesidades del paciente. Censo: control de permanencia de los pacientes. Prevalecen los cuidados físicos. Modelo asilar.	 Concepto del cuidado. <

medicación de la mañana y se entrega la guardia, claro dejándolos a todos levantados e higienizados, se hacen los tratamientos clínicos, curaciones, nebulizaciones, o algún otro tratamiento indicado por el médico. Lo que si me preocuparía en contarles es que acá solo se administran los tratamientos indicados y firmados en la historia clínica por el médico, que los enfermeros no medicamos por nuestra cuenta, porque existe ese tabú de que nosotros los medicamos, y no, no es así. No se si en algún momento lo fue, pero ahora, no".	Trabajo profesional.		
5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería?	Lo positivo.	Defensa subjetiva de los alcances de la profesión, destaca el respeto por el cumplimiento de órdenes médicas, trata de desmitificar el tabú de realizar tareas que no son independientes para enfermería.	
L: "Y bueno, como positivo eso que te comentaba recién es algo positivo, porque de lo contrario esto sería un desastre, además puedo rescatar que ahora se respeta más a los que han estudiado, porque antes Dios mío era de terror, la envidia que producía al personal más antiguo que alguien venga con un título de enfermero, era terrible!! <lo enfatiza con gesto corporal>. Y como negativo te diría, >contabiliza con los dedos de sus manos> en primer lugar el ausentismo, eso hace que se trabaje mal, que no se puedan garantizar guardias de enfermería es espantoso; la falta de compañerismo; la falta de compromiso con la profesión y con los pacientes, todos dicen que hacen tal o cual cosa por el paciente y en general son los que ni siquiera vienen a laburar, cero compromiso; la falta de responsabilidad para cumplir con las tareas asignadas, a algunos les da lo mismo hacer o no hacer lo que les dejó el jefe del servicio; la falta de autoridad a todo nivel en la institución, nadie quiere tomar medidas porque no se siente apoyado por los superiores entonces todo sigue mal; y bueno así podría seguir mencionándote cosas feas, pero no quiero dejar la institución tan mal che <risas> pero es la realidad qué le vamos	Reconocimiento de la profesión. Visión subjetiva. Lo negativo. Compromiso con la profesión, compañerismo, trabajar por el paciente. ausentismo, responsabilidad, autoridad, cumplimiento, percepción subjetiva. Acerca del paciente. Acerca de la institución. Sensación de agobio, de impotencia.	Reconoce el mejoramiento en el respeto por la capacitación profesional, pero al mismo tiempo parece muy afectado por las cuestiones negativas que trata de enumerar como no queriendo olvidar ninguna, parece especificarlos como verdaderos condicionantes para lograr un buen clima laboral donde se priorice la atención de los pacientes. Tienen una mirada atenta a la falta de priorización del paciente, del compromiso hacia este. La falta de autoridad a nivel institucional parece condicionarlo subjetivamente y	Tarea primaria de la institución.

a hacer!! <se encoge de hombros>". 6.- ¿Qué cosas tratás de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees que se debe enseñar? L: "Lo primero que hago es explicarles las rutinas, cómo es el trabajo, de comentarles todos los detalles, de contarles cómo son los pacientes, cada una de sus costumbres, rutinas, etc. y trato en lo posible de pedirles que hagan lo mejor que puedan, que lo que no entiendan o no sepan pregunten, siempre hay alguien a quien uno puede recurrir, que siempre es bueno preguntar, asesorarse y además les pido que no hagan caso a los dimes y diretes que es moneda corriente en este hospital y más cuando alguien recién empieza, es como que lo hacen pasar por una mesa examinadora y deciden si les gusta o no <risas> si es así. Y me pongo a disposición para lo que necesiten, ah! Y también les pido que me enseñen todo lo nuevo que haya salido y que yo me haya quedado en el tiempo, porque todos aprendemos de todos".	Educación, acompañamiento al personal de reciente ingreso. Acerca de las relaciones interpersonales.	afectarle en sus ansias de hacer mejores acciones. El no poder cambiar las negatividades que entorpecen el trabajo parecen afligirle negativamente en su subjetividad, manifiesta en su gesto corporal agobio e impotencia. A pesar de las negatividades que condicionan su accionar, impresiona tratar de superarlas y de querer transmitir en cierta forma su identificación con la profesión a modo de "contagio" a los de reciente ingreso, trata subjetivamente de iniciarlos en el buen camino, advierte acerca de los problemas interpersonales, trata de protegerlos de ese entorno. Sigue demostrando interés por su formación, lo que queda demostrado con la frase " les pido que me enseñen todo lo nuevo..."	

ENTREVISTA N° 9
NOMBRE: ROBERTO
FECHA: 08.09.2008
HORA: 11 DURACIÓN: 32'
LUGAR: SALA "A". HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO". FEDERAL.

TEXTO DE LA ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo fue que te decidiste por la Enfermería? R: "Uh, es que yo nunca me decidí por esto, en realidad siempre pensé que lo mio no era justamente ser enfermero, pero la necesidad económica hizo que cuando me ofrecieron venir a trabajar acá tuviera que aceptar, igualmente pensé que iba a trabajar en cualquier sector menos en este, pero ya me ves, me dieron trabajo como enfermero en la sala, y acá estoy, no es que me disguste porque ya me acostumbré pero no era algo de mi elección precisamente <risas>". 2.- ¿A qué edad empezaste a trabajar en este hospital, cuántos años de trabajo llevás? R: "Llevo 14 años de trabajo, y empecé a los 24 años".	Elección de la profesión.	Si bien no eligió esta profesión, expresa haberse acostumbrado. Su inicio laboral en el hospital se relaciona a la necesidad económica.	
3.- ¿Vos elegiste trabajar en este hospital? R: "No, no, yo en realidad vine acá porque me ofrecieron, ni siquiera elegí esta profesión". 4.- La gente mucho no sabe cómo es trabajar en este hospital, si tuvieras que contarles cómo es un dia de trabajo, cómo es trabajar acá qué les dirías?	Salida laboral	Relata que para él significa una salida laboral que soluciona su necesidad de trabajo.	Trabajo como forma de satisfacer necesidades.
R: "Y, <piensa>, diría que no es como cualquier trabajo, porque acá tenés que aguantar muchas cosas, no me refiero a los pacientes, sino a lo conflictivo que es el ambiente, y el de enfermería especialmente, no se porqué pero siempre hay un problema del que hablar. Les diría que el trabajo con el paciente en si es gratificante, porque ellos dan mucho más de lo que reciben de uno, a pesar de todos sus problemas, hay situaciones, como te	Concepción subjetiva del trabajo de enfermería en este hospital. Relaciones laborales conflictivas. Acerca del paciente.	Destaca la conflictividad como una forma de relacionarse con el trabajo y con los compañeros. Subraya que el trabajo directo con los pacientes es gratificante desde una percepción subjetiva que parece reconfortarle ante tanta situación laboral	Relaciones conflictivas. Relación enfermera-paciente.

diría, <piensa> difíciles, por ejemplo cuando algún paciente entra en crisis y tenés que enfrentarte con esa situación, pero bueno, ya más o menos uno con los años que lleva acá sabe cómo manejarse o qué hacer". 5.- Si tuvieras que decir algo positivo y algo negativo del trabajo ¿qué sería? R: "Algo bueno, o positivo, sería que esta fuente de trabajo persiste para nosotros a pesar de todo, que por los pacientes, pobrecitos, nosotros tenemos un laburo, es feo decirlo, puede ser que suene mal, pero creo que es así, este hospital da de comer a mucha gente, algo que a veces creo que no se valora. Y lo feo, lo negativo, es la otra parte, la problemática, viste que siempre estamos en los medios de comunicación, pero justamente por los problemas que hay acá adentro, y de los que algunos se hacen demasiado eco y parece que sin esos kilomb.... No pueden vivir, como si no pueden venir trabajar, hacer cada uno lo suyo e irse a su casa tranquilamente a descansar, no vivimos de problema en problema, es como que venís a trabajar y lo primero que haces es preguntar cuál es el último problema <risas>, y si, porque es así, por lo menos es lo que yo veo. Acá nadie se preocupa por el compañero, cada uno trata de salvarse a si mismo, y te digo, hasta del paciente se olvidan, porque la verdad pasan a último plano, aunque parezca mentira pero es así. Aparte no se, es como que falta conducción, porque yo creo que si hubiera una cabeza que funcione bien y haga respetar las cosas, todo sería diferente, vendríamos a trabajar en serio y no a crear problemas, pero todo está mal, la institución está mal, parece que cada vez vamos peor, y pensar que tenemos todas las condiciones para estar bien, pero no!!". 6.- ¿Qué cosas tratas de enseñar vos a los que recién empiezan o que crees que se debe enseñar? R: "No se, porque los nuevos todos tienen	Sensación subjetiva de cronicidad en el trabajo. Enfermería: fuente de trabajo. Sensación subjetiva de lo negativo. Acerca de los compañeros. Acerca del paciente. Acerca de la institución. Subjetividad. Capacitación del	problemática. La experiencia dada por los años de trabajo dan cierta sensación subjetiva de seguridad y conocimiento para desenvolverse con los pacientes. Insiste que si bien hay problemas, significa una salida laboral y económica. Lo negativo, los problemas interpersonales, el estar permanentemente en los medios de comunicación por los problemas parece afectarle negativamente en su subjetividad. Insiste en que muchas veces el paciente pasa a otro plano en la atención de enfermería, sensación subjetiva de que se lo desplaza por las situaciones problemáticas. Considera que desde lo institucional falta conducción como eje necesario para su buen funcionamiento. Se posiciona en la idea	Concepto del cuidado. Tarea primaria de la institución.

por lo menos un curso de auxiliares, y de ahí para arriba, muchos han estudiado para profesionales y qué les puedo enseñar yo que me hice a los golpes, la práctica, la experiencia de los años que algunos lo toman y otros no, ojo, no solo pasa con los nuevos, también nosotros nos retobamos a veces <risas> porque algunos no aceptan que venga uno nuevo con ideas nuevas, que en realidad es lo que aprendieron parece que lo toman como rivalidad, no se, algo así, o celos, y eso también es motivo de peleas, de que no quieren trabajar con fulano con mengano, que si aquél viene conmigo yo no vengo, o que quieren arreglar las guardias para trabajar con el que quieren, es decir todos quieren dar ordenes y pocos quieren laburar <risas>, es lamentable pero es así".	personal de reciente ingreso. Resistencia a los cambios, a lo nuevo. Sentimiento subjetivo. Lo nuevo, lo viejo. Subjetividades. Falta de aceptación de órdenes. Visión subjetiva.	que si todos compartieran sus conocimientos sería mejor para trabajar bien. La resistencia de los viejos, según su visión, condiciona las posibilidades de cambios de la mano de los enfermeros nuevos. La negatividad a aceptar un jefe, una orden, se enfrentan a su visión subjetiva de la necesidad de conducción y parece afectarle negativamente.	

ENTREVISTA N° 10
NOMBRE: RAÚL
FECHA: 10.10.2008
HORA: 10 DURACIÓN: 20'
LUGAR: DIVISIÓN ENFERMERÍA. HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO". FEDERAL.

TEXTO DE LA ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo sería el tipo de trabajo ideal de enfermería en este hospital? R: "Trabajo ideal sería el que da frutos enseguida, en nuestro caso, que los pacientes se recuperen y se vayan de alta.	Significación subjetiva del trabajo.	Significa al paciente como el nudo central del trabajo.	Subjetividad y trabajo.
2.- ¿Cómo quisieran trabajar los enfermeros de este hospital? R: "El ideal es muy complicado porque faltan insumos, materia prima, compromiso y ganas, pero todavía hay trabajadores con ganas de cambiar esta cuestión y siguen adelante".	Subjetividad acerca del trabajo ideal. Materialización de los recursos.	La idea subjetiva de trabajo ideal se centra en los insumos necesarios para el enfermero. ¿El paciente, qué lugar ocupa?	Centralización de necesidades personales y laborales y no del paciente.

ENTREVISTA N° 11
NOMBRE: JOSEFA
FECHA: 10.10. 2008
HORA: 10:30 DURACIÓN: 22'
LUGAR: DIVISIÓN ENFERMERÍA. HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO". FEDERAL.

TEXTO DE LA ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo sería el tipo de trabajo ideal de enfermería en este hospital? J: "El tipo de trabajo ideal sería contar con todos los servicios y elementos necesarios como por ejemplo: una guardia permanente clínica y psiquiátrica, una unidad de emergencia, que funcionen correctamente las líneas telefónicas, que se capacite al personal, sereno, ruta asfaltada, etc.	Idealización subjetiva del trabajo enfermero.	El ideal parece centralizarse en condiciones físicas, edilicias, de comodidad para el personal.	Necesidades propias de los enfermeros.
2.- ¿Cómo quisieran trabajar los enfermeros de este hospital? J: "Y, tener más seguridad laboral y tranquilidad en el desarrollo del trabajo. No a la internación de pacientes con antecedentes penales. No politizar los cargos jerárquicos en la institución y que sean ocupados a través de concursos.	Priorización "ideal" de satisfacer la propia demanda de enfermería. ¿Y el paciente?	Parece que las prioridades de atención se enfocan a las necesidades y requerimientos del personal. No se nombra al paciente como receptor del cuidado.	Jerarquización de las demandas de enfermería para alcanzar cierto confort laboral.

ENTREVISTA Nº 12
NOMBRE: J
FECHA: 10.10.2008
HORA: 11:20 DURACIÓN: 20'
LUGAR: DIVISIÓN ENFEMERÍA HOSPITAL COLONIA "DR. RAÚL A. CAMINO" FEDERAL.

TEXTO DE LA ENTREVISTA	TEMA/ SUBTEMA	ANÁLISIS Y COMENTARIOS	CATEGO-RIZACIÓN
1.- ¿Cómo sería el tipo de trabajo ideal de enfermería en este hospital? J: "Bueno, te diría que para trabajar bien tendríamos que ser más unidos, tirar todos para el mismo lado, cosa que acá en esta institución es difícil, así que ni hablar de llegar a un trabajo ideal, al menos no en este momento".	Unidad como modo de trabajo satisfactorio.	La idea subjetiva de trabajo ideal pasa por la unidad como utopía en este momento. No se tiene en cuenta al paciente en el modelo de atención. La demanda pasa por las necesidades del enfermero.	Demandas de enfermería.
2.- ¿Cómo quisieran trabajar los enfermeros de este hospital? J: "Para trabajar como realmente quisiéramos no debería existir tanta mediatización de los problemas internos, hoy vos prendes la radio o lees Internet y "la noticia" son los problemas internos del hospital psiquiátrico, problemas políticos creo, porque del paciente y sus necesidades no se habla".	¿Trabajo mediático, problemas institucionales mediatizados?	Se prioriza la existencia de problemas internos y su manifestación pública. Aparece una breve preocupación por las necesidades del paciente.	Priorización de problemas institucionales.