

2016

Factores estresores laborales que influyen en la salud psicofísica del personal de enfermería del Hospital Municipal "Dr. Pedro T. Orellana" de Trenque Lauquen durante el año 2016

Manazzi, Sandra Patricia

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1074>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social
Departamento Pedagógico de Enfermería
Licenciatura en Enfermería

Asignatura: Taller de Trabajo Final
Docentes: Lic. Esp. Laura Celaya – Dra. Mónica Barg

Título: Factores estresores laborales que influyen en la salud psicofísica del personal de Enfermería del Hospital Municipal “Dr. Pedro T. Orellana” de Trenque Lauquen durante el año 2016.

Autor: Sandra Patricia Manazzi
Director: Lic. Esp. Mg. Miguel Leyva Ramos

10/dig

Mar del Plata, 2016

Índice

Capítulo I. Introducción al problema.....	3 - 9
Capítulo II Marco referencial.....	10 - 36
El trabajo y su influencia en la salud	
Estrés laboral y Burnout o Síndrome del profesional quemado	
La construcción social de la realidad	
La imaginación sociológica	
La institución y la institucionalización	
El capital cultural y la reproducción social	
El <i>habitus</i> o bien lo social hecho cuerpo	
Capítulo III Diseño metodológico.....	37 - 41
Capítulo IV Tratamiento y presentación de los datos.....	42 - 65
Conclusión.....	66-68
Bibliografía.....	69-72
Anexos.....	73- 131
Nº1 Consentimiento informado	
Nº 2 Ley 24.004/91	
Nº 3 Técnicas recolección. Entrevistas	
Nº 4 Ley Nº 12.245	

Capítulo I Área problema

Introducción al problema

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad conocer la influencia de los factores estresores físicos y psíquicos en la salud de los enfermeros del Hospital Municipal “Dr. Pedro T. Orellana” (en adelante Hospital Orellana), de la ciudad de Trenque Lauquen, durante el período 2016. Por ende, elucidar cómo influye el contexto del cuidado humano en el propio cuidador o enfermero.

El referido núcleo problemático involucra de manera directa a la enfermería como profesión que tiene como función el cuidado humano. En palabras de la enfermera y antropóloga francesa Marie Françoise Collière (1996) “Cuidar es un acto social que se consigue si se tiene en cuenta todo un conjunto de dimensiones sociales [...] un conjunto de actos de vida”¹. Desde esta perspectiva, cualquier ser humano puede cuidar de su familia, de su hogar, de sus bienes materiales, de sus mascotas, entre otras cosas. Sin embargo, los cuidados integrales que brindan los enfermeros tienen una peculiaridad respecto de los anteriores cuidados, ya que los mismos están sujetos a determinados principios axiológicos, donde la ética, la moral y el respeto por los derechos humanos son premisa fundamental.

Convendría entonces hacer referencia a la ley nacional N° 24.004/91², que reglamenta el ejercicio profesional enfermero en la República Argentina, así como la ley N° 12.245³ que rige el mismo en la provincia de Buenos Aires, estableciendo los principios éticos para el ejercicio profesional enfermero, así como la objeción de conciencia ante actos que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas. Señalando la obligación de respetar en todas las acciones la dignidad de las personas, sin ninguna discriminación, respeto del derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.

Más allá del objeto de profesionalización de la enfermería y de los valores axiológicos, legales y deontológicos que le instituyen, la dinámica social -a la que no

¹ Collière Marie Françoise (1996) Promover la vida. Madrid: Mac. Graw Hill-Interamericana, p. 329.

² La Ley 24004/91, es una ley nacional sancionada el 26 de septiembre de 1991, en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino y firmada por el Sr. presidente Carlos Saúl Menem y Avelino Porto, promulgada el 23 de octubre de 1991 por decreto N° 2230/91 y reglamentada por decreto 2497/93.

³<http://www.mecon.gov.ar/concursos/biblio/LEY%202400491%20EJERCICIO%20DE%20LA%20ENFERMERIA.pdf>. Consultada el 12 de septiembre de 2016.

escapa el cuidado de la salud-, constituye otro elemento necesario en la formación de los enfermeros universitarios. En el contexto del cuidado humano, habitan necesidades cambiantes en relación directa al devenir de la sociedad, lo que requiere de un aprendizaje minucioso y continuo a los largo de la práctica profesional enfermera.

Desde sus inicios y hasta nuestros días, los enfermeros se han desempeñado en un modelo profesional, donde han sido considerados como “la mano derecha del médico”⁴, contrastando con las nuevas generaciones de profesionales enfermeros que defienden y luchan por una identidad profesional enfermera. Desde esta perspectiva, se hace necesario conocer las características principales del perfil del Enfermero, así como las incumbencias profesionales del licenciado en Enfermería. De acuerdo a lo establecido, en el plan de estudios de la citada carrera, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, una vez cumplidas las exigencias de la precedente formación, se espera que los flamantes profesionales hayan logrado:

- “Una visión totalizadora del hombre y reconocimiento de la salud como hecho social que le permite enfatizar las acciones preventivas sobre las curativas.
- Una formación académica pluralista, actualizada e integrada, que le permita abordar con aceptable nivel de idoneidad el proceso de atención de enfermería.
- Posibilidad de interactuar en grupos de trabajo con otros profesionales del área de la salud e identificar su papel dentro de la política sanitaria general.
- Reconocer la articulación docencia-servicio, como una de las estrategias fundamentales para orientar y educar para la salud de la comunidad.
- Adoptar una actitud de compromiso con su actividad profesional, que le permita asumir responsablemente su propia capacitación permanente, como condición para la actualización, el crecimiento personal y la adecuación de principios científicos de la enfermería a los progresos de las ciencias sociales, biológicas y educativas.
- La formación de un pensamiento científico que posibilite una visión totalizadora, tanto de la realidad como de las formulaciones científicas existentes.
- Es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica en el área de enfermería, para dar cuidado y ayuda al individuo, familia y comunidad, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal. Adecuados conocimientos en las áreas profesional, biológica, psicosocial y humanística y entrenada en las técnicas específicas en el arco de desarrollo científico.
- Tendrá conocimientos sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en la educación continua de individuo, familia y grupos comunitarios.
- Tendrá conocimientos sobre la administración de los servicios de enfermería hospitalarios y comunitarios en los distintos niveles de complejidad, tomando decisiones en cualquiera de

⁴ La siguiente expresión, al igual que “los ojos del médico”, son diferentes formas en que el modelo médico hegemónico ha tratado de atribuir a la función de Enfermería; a la que los enfermeros comúnmente han adherido. Contribuyendo en parte a la “invisibilización” de la profesión.

las áreas de su desempeño profesional, basadas en su capacidad de observación, análisis reflexivo y juicio crítico.

- Tendrá conocimiento sobre el método de investigación aplicándolo y divulgando sus resultados a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

Atendiendo a tales pretensiones, podría suponerse que la formación contribuye a revelar y sostener la concepción que tienen los enfermeros de su función social y que semejante interdisciplinariedad les permite desarrollar una experiencia, que se equipara al resto de los equipos de profesionales de la salud, pero sin alejarse de la esfera de la ciencia enfermera.

Las acciones de los enfermeros abarcan la integralidad del concepto “cuidado”. Son responsables del sujeto que requiere de sus cuidados las 24 horas, los 365 días del año. Afrontando, tanto el dolor y la muerte, como recibiendo la vida. Además de desarrollar acciones propias de la profesión: registros varios, acciones administrativas, educación para el alta de los sujetos de cuidado internados y su entorno familiar, comunicar indicaciones médicas, conteniendo y acompañando ante diferentes situaciones que atraviesan al ser humano que requiere atención de su salud, entre otras. Así como acciones impropias como: la realización de tareas del personal de limpieza (debido a la falta de personal), extracciones de muestras (competencia del área laboratorio), administración y control de transfusiones sanguíneas y demás (propio de servicio de Hematología). A todo lo anterior, se suma un ambiente laboral plagado de ruidos innecesarios, circulación de personal que no es del área de enfermería con diferentes inquietudes, presencia de iluminación innecesaria, entre otros. Consecuentemente, los estímulos o complicaciones que se le presentan diario, mantienen al personal de enfermería en permanente alerta⁵.

Desde la perspectiva de enfermería, se han considerado diversos conceptos. Según Afaf Irahim Meléis, en su Teoría de las transiciones, sostiene que los enfermeros son los

⁵ En los diferentes trabajos consultados, puede observarse la relación entre las acciones propias de enfermería y diferentes factores laborales, que influyen negativamente en la salud de los mismos; generándoles estrés laboral, a saber: Ihosvany Basset Machado y otros (2011) “Estrés laboral y personal en los recursos humanos de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría en México, D. F”. Revista Enf. Neurol. (Mex.). Vol. 10, N° 1: 27- 31; María de los Ángeles Meza- Benavidez “Estrés laboral en profesionales de Enfermería: Estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento”. www.binass.sa.cr/revistas/enfermeria/v_25n1/7.pdf; Castro Juan José; Maya José Gerardo (2009) “Relación entre presencia de estresores laborales y aparición de estrés laboral en el personal de Enfermería”. www.enfermeria.fem.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/castro_juan_josé.pdf; entre otras.

principales cuidadores de clientes y familias, que sufren las transiciones. Generando situaciones de estrés laboral⁶.

Al respecto se debe reconocer que una de las principales o más frecuentes problemáticas laborales o enfermedades psicofísicas es el estrés. Afección que se encuentra muy presente en la sociedad actual, y afecta la salud de los individuos y su rendimiento laboral. En el ámbito de la salud laboral, surge un nuevo proceso de afección: Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout. Esta afección lleva al individuo a una pérdida gradual de preocupación y todo sentimiento emocional, hacia las personas con las que trabaja (despersonalización), hacia sus propias acciones laborales (falta de realización personal) y el sentimiento de agotamiento emocional (Maslach y Jackson, 1986).

Desde una perspectiva psicológica, se consideran diversos conceptos, partiendo del desarrollado por Cristopher Dejours (1992) en su libro *Trabajo desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*, donde el autor sostiene que en la presentación de la afección psicofísica de los trabajadores, un papel fundamental lo representa el ámbito laboral.

Cabe consignar, que si bien el estrés laboral está presente en todas las profesiones; la importancia de la presentación de esta afección en el profesional enfermero se centra en que es una profesión fundamentada en el “cuidado humano”. Socialmente el rol del enfermero es cuidar de las personas sanas o enfermas, previniendo enfermedades, recibiendo vida, conteniendo, acompañando en el dolor, asistiendo al último tramo de la vida de las personas. Además de todas las acciones propias e impropias de la profesión, pero que están bajo su responsabilidad, con lo cual amerita recibir cuidado de parte de las instituciones en las que se los brinda, las mismas que prefieren ignorar bajo el “rótulo” de licencias, distintas afecciones originadas dentro del mencionado ámbito laboral. Licencias que además son expedidas por el propio personal médico de las instituciones donde trabajan los profesionales enfermeros, creándose por lo menos un conflicto de intereses.

Por todo lo anterior, se ha considerado que el tema en cuestión amerita una investigación que procure determinar cómo influyen los factores estresores físicos y psíquicos en la salud de los enfermeros del Hospital Orellana.

⁶ Marriner Tomey, Ann y Railey Alligood, M. (2011) Modelos y Teorías de Enfermería. 7º Ed. Madrid: Elsevier.

Formulación del problema

¿Cómo influyen los factores estresores físicos y psíquicos en la salud de los enfermeros del Hospital Orellana?

Objetivos

Objetivo General

- Conocer la influencia de los factores estresores físicos y psíquicos en la salud de los enfermeros del Hospital Orellana, durante el primer semestre de 2016.

Objetivos específicos

- Identificar factores estresores en el área de Enfermería.
- Analizar relación entre factores estresores y la salud psicofísica de los enfermeros.

Justificación de la elección del tema

En los dos últimos años, ha podido detectarse cierto malestar presentado por el personal de enfermería en el Hospital Orellana. La responsable del presente trabajo, realizó una investigación en el área de Unidad de Terapia Intensiva en el año 2014⁷, concluyendo que existen diversos factores estresores en el ámbito laboral hospitalario, siendo el factor más citado por el personal que fue indagado en ese estudio, el afrontamiento de situaciones de criticidad y/o muerte de personas pequeñas o muy jóvenes.

En concordancia con las problemáticas detectadas la finalidad de este trabajo, además de identificar los factores laborales que influyen en la salud psicofísica de los enfermeros, es poder establecer estrategias de abordaje para los mismos, tales como la institucionalización de un Espacio Terapéutico, conjuntamente con profesionales del Servicio de Salud Mental, para la elaboración de planes de asistencia a los profesionales que necesiten de su servicio y atención.

Magnitud del problema

El Hospital Orellana, es una institución correspondiente a la órbita. Esto significa que es una institución pública, a saber la única del segundo nivel de atención. Existe sólo una institución privada. Casi la totalidad de la población del partido de Trenque Lauquen,

⁷ Se hace referencia al trabajo final presentado a la cátedra de Sociología, titulado “Factores estresores de los enfermeros de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Orellana”.

que incluye las localidades de Berutti, 30 de Agosto, Girodías, La Carreta, Garré, concurre a éste para recibir atención de salud. Es un Hospital nivel 3, con los servicios requeridos para el mismo. El personal de enfermería en alto porcentaje es de nivel técnico profesional y profesional universitario, además de Auxiliares de Enfermería, pero no existen tareas distintivas para los diferentes niveles mencionados. El alto requerimiento de atención podría pensarse como factor que esté influyendo en el malestar manifestado en páginas anteriores.

Aportes a la disciplina enfermera

El interés del tema elegido consiste en poder conocer cómo influyen los factores estresores físicos y psíquicos en la salud de los enfermeros del Hospital Orellana, teniendo en cuenta que el enfermero es un profesional que establece una relación empática con los sujetos de cuidado. En esta interrelación, las personas y su entorno familiar, requieren contención, acompañamiento, cuidados, lo que socialmente hace que se considere a este profesional como el indicado para aplicar estas acciones y todas aquellas que estén relacionadas con el cuidado humano, en la salud y la enfermedad. Pero debería también requerirse desde la profesión un cuidado y contención integral para el profesional de enfermería.

Originalidad

El presente trabajo es el primero que aborda la temática relativa a la influencia de los factores estresores en el desarrollo de la praxis profesional enfermera en una institución de salud en la ciudad de Trenque Lauquen. Para semejante aseveración, se ha consultado en el Colegio de Psicólogos, donde se ha comprobado que no existen referencias de trabajos similares anteriores, así como tampoco consta que exista antecedente alguno en ninguna de las demás once localidades que conforman el mapa sanitario de la Zona Sanitaria II a la que pertenece la citada ciudad.

Factibilidad y accesibilidad

La presente investigación pudo llevarse a cabo gracias a la autorización del Sr. Director del Hospital Orellana, Dr. Raúl A. Orellana, quien manifestó su interés por el tema elegido, haciendo hincapié en el interés por la salud de los profesionales enfermeros. Considerando necesario, agradecer tanto a las autoridades del nosocomio como a los actores principales de esta investigación: los enfermeros, quienes con sus narrativas han

contribuido a la presente investigación, a sabiendas de que no sólo serán actores fundamentales de un trabajo inédito en la ciudad y sus alrededores, sino que además, los aportes del mismo contribuirán a visualizar los diversos factores estresores que afectan su trabajo y su salud, para desde ahí, poder discutir las diversas estrategias de intervención que permitan enfrentar las malas condiciones donde se desarrollan sus práctica profesionales.

Capítulo II Marco Referencial

En este capítulo se pretende, atendiendo al objeto de estudio de la presente investigación, desarrollar el marco referencial, entendido como los conceptos teóricos y el estado del arte desde los cuales se abordó este trabajo de investigación. En este sentido, se cree pertinente comenzar con los conceptos referidos al trabajo y su influencia en la salud, continuando con conceptos como Síndrome de Burnout y estrés laboral, desde los cuales procurar elucidar los factores que influyen en la salud psicofísica de los profesionales enfermeros.

Para un mejor abordaje del núcleo problemático se ha tomado como referencia las ocho categorías desencadenantes de estrés que aparecen en los textos Estrés laboral. Documentos divulgativos de María Ángeles del Hoyo Delgado⁸; Evaluación de factores presentes en el estrés laboral de Luis y Javier López Mena y Campos⁹, así como La dosis justa de estrés, de Eduard Punset, y la neurocientífica canadiense Sonia Lupien¹⁰.

Desde la perspectiva psicológica se abordará el concepto de institución de José Bleger, la teoría sobre la “insatisfacción laboral y ansiedad”, así como “trabajo y ansiedad” de Christopher Dejours, “las instituciones inadecuadas o paranoigénicas” de Eliot Jaques, sin dejar de conceptualizar el “Síndrome de Violentación Institucional” (SVI), de Fernando Ulloa.

Desde la perspectiva de Enfermería, se realiza la fundamentación necesaria de las teorías de Joyce Travelbee e Imogene King y su Teoría de la Interacción.

Por último, desde la perspectiva sociológica, se cree pertinente abordar teorías como la realidad como constructo social y el concepto de internalización de la realidad de Berger y Luckman, el concepto imaginación sociológica de Wright Mills, diferentes conceptos relacionados con la institucionalización, sin dejar de referir conceptos como capital cultural y reproducción social.

⁸ Del Hoyo Delgado, María A. (2004) Estrés laboral. Documentos divulgativos. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.

⁹ López Mena, Luis y Javier y Campos, A. Evaluación de factores presentes en el estrés laboral. Revista de Psicología de la Universidad de Chile, Vol. 11, N° 1, 2000, pp.149-165.

¹⁰ Punset, E. La dosis justa de estrés. En www.eduardp.es/wp-content/uploads/.../201105_muy.pdf. Consultado el 15 de mayo de 2016.

El trabajo y su influencia en la salud

El significado etimológico de la palabra trabajo, viene el término trabajar; que proviene del latín *tripalliere* de *tripalium* (tres palos). Era un yugo hecho con tres palos donde los esclavos eran amarrados y azotados para trabajar. Pero aparte del origen de su significado, la palabra trabajo no es “pegar” sino “sufrir”¹¹.

Karl Marx acerca del trabajo, reconoce al hombre como alienado. El filósofo y sociólogo alemán sostiene que el hombre se aliena cuando se separa de su naturaleza biológica y ésta es sustituida por la naturaleza cultural y social. Los seres humanos se separan de su naturaleza biológica, para trabajar, lo que socialmente es aceptable ya que este es el mecanismo que poseen para subsistir.

En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, un grupo de médicos crearon la clínica del trabajo, de esta forma se abordarían las diferentes afecciones generadas desde el ámbito laboral que aquejaban la salud de los trabajadores. Cristopher Dejours (1992)¹² sostiene que en las afecciones psicofísicas, un papel fundamental lo representa el ámbito laboral. Señalando que la relación psíquica (mente) y el cuerpo (soma), conciernen esencialmente a los efectos patógenos de ciertos acontecimientos psíquicos sobre el cuerpo. El ámbito psíquico prevalece sobre el somático, manifestándose de diferentes formas. Afecciones físicas (mareos, migrañas, afecciones estomacales, contracturas musculares, entre otras. Lo que demostrará la resistencia del cuerpo, a la dificultad conciliatoria entre lo psíquico y el ambiente laboral.

Una de las principales o más frecuentes problemáticas o enfermedades psicofísicas es el estrés, afección que se encuentra muy presente en la sociedad actual, y afecta la salud de los individuos y su rendimiento laboral¹³.

En el devenir de las sociedades modernas, en el mismo momento en que la automatización y robotización libera al hombre, paradójicamente comienzan a aparecer nuevas patologías, generadas en el ambiente laboral. La división del trabajo, nuevas formas de gestión y administración, formación y capacitación obligatorias, parecerían no generar satisfacción; por el contrario, generarían una sobrecarga laboral. En principio eran

¹¹ En www.audoca.com/congreso07/documentos/ponencias/Marengo.pdf. Consultado el 12 de septiembre de 2016.

¹² Dejours, Chistopher. “Psicodinámica del trabajo y vínculo social”. Buenos Aires. Rev. Actualidad Psicológica, nº 274, marzo 2000.

¹³ *Ibíd.*

importantes, pero no los únicos estímulos negativos. Derivado de la división del trabajo surgieron otros problemas tales como: las individualidades, nuevos métodos de gestión, de evaluación y el debilitamiento de los sindicatos¹⁴. En el ámbito de la salud laboral, surge un nuevo proceso de afección: Síndrome de Desgaste Profesional o Síndrome de Burnout. Diferentes investigaciones, han confirmado que esta afección atraviesa aquellas profesiones en las que sus acciones laborales se centran en el contacto directo con personas que requieren su atención profesional¹⁵. Estas situaciones modificaron profundamente las relaciones laborales en los lugares de trabajo, impactando negativamente en la salud mental de los trabajadores; generando diferentes afecciones psíquicas y físicas¹⁶.

Trabajar es ante todo un proceso de relación del individuo consigo mismo. Dicha acción lo ubica desde su subjetividad laboral hacia los demás. Cuando las acciones que lleva a cabo no funcionan, o sea que el mundo se resiste ante su voluntad, genera en el individuo sufrimiento. Cuando el individuo logra superar esta resistencia del mundo a su voluntad, se transforma en una nueva forma de acción, una nueva habilidad y resulta un incremento de su subjetividad.

Siempre se trabaja para otros, de aquí la relación con el vínculo social que atribuye Christopher Dejours (1992)¹⁷. No es una relación intersubjetiva en la que el individuo espera de la otra persona devolución de sentimientos, sino algo bien diferenciado: el “reconocimiento”. Este autor plantea al trabajo como mediador de la acción subjetiva sobre el orden social. Concluye que si la clínica del trabajo está centrada sobre el trabajo, debe reconocerse de inmediato que los vínculos sociales en el o por el trabajo, no son neutros o igualitarios. Muy por el contrario, están atravesados por relaciones de desigualdad entre los sujetos que trabajan, más precisamente por relaciones de dominación. Situación que seguramente es un disparador para la salud psicofísica de los trabajadores.

¹⁴ Control del trabajo hoy: a cuarenta años de trabajo y capital monopolista de Harry Braverman, por Ezequiel Murmis. En www.academia.edu/.../Control_del_trabajo_hoy_a_cuarenta_años_de_trabajo_y_capital. Consultado el 12 de septiembre de 2016.

¹⁵ Durkheim identificaría el problema de las individualidades, dentro del tipo de solidaridad orgánica. Con la división del trabajo, el hombre sigue generando individualidades; se especializa. A medida que esto ocurre más individualizado es su trabajo. Relacionándose con el otro por interdependencia. Afirma que todos necesitamos de lo que el otro produce. Durkheim, Émile (1987) Las reglas del método sociológico. Madrid: Akal.

¹⁶ Dejours, Christopher. “Psicodinámica del trabajo y vínculo social”. *Óp. Cit.*

¹⁷ Dejours, Christopher (2009) Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal. Madrid: Modus Laborandis.

El trabajo etimológicamente, se lo ha definido como sufrimiento; se sufre por el trabajo como final de un proceso y el funcionamiento psíquico. El sufrimiento también significaría: crear, inventar, establecer; nuevas acciones dirigidas al otro. Eventualmente si se trabaja en equipo, se muestra a los demás lo que el individuo es capaz de hacer. Incluso poner a discusión una acción, y crear nuevas situaciones. Trabajar, con frecuencia, significa aportar una contribución a la organización laboral en la que se está incluido.

Se espera una retribución más allá de la dimensión material, se espera desde la dimensión simbólica, un reconocimiento que se dirigiría al hacer y no al ser. Lejos de todas las utopías, también la retribución material es necesaria sino no podría pertenecerse a la sociedad consumista actual. Pero cada individuo laboralmente inserto en una organización, necesita de ese reconocimiento, además de las remuneraciones obtenidas por su trabajo.

Estrés laboral y Burnout o síndrome del profesional quemado

El estrés laboral¹⁸ es la fase más avanzada del Síndrome de Burnout. Su importancia radica en que es una, tal vez la más importante, afección en los seres humanos que se encuentra en procesos laborales. Afecta principalmente el área psíquica mental, influyendo en el cuerpo manifestándose de diferentes formas, generando en el trabajador un clima de insatisfacción que recoge consideraciones negativas de parte de sus pares, falta de apoyo de sus jefes, e incluso de la administración de las organizaciones laborales. Dicha afección genera un número de bajas laborales entre los profesionales afectados, la misma se manifiesta de diversas maneras: cefaleas, migrañas, contracturas musculares, mal humor, gastritis, depresión, ansiedad, entre otras. Afecciones que la clínica médica trata de definir etiológicamente, y su ocurrencia es creciente cuando se estudia la salud mental¹⁹.

¹⁸ El término estrés (stress) en general se utiliza para referirse a tensión nerviosa, emocional o bien como agente causal de dicha tensión. Los diferentes conceptos sobre el estrés laboral, lo han definido como respuesta general inespecífica (Hans Seyle, 1936), como estímulo (Holmes y Ralie, 1967) o como una transacción persona-ambiente (Lazarus y Folkman, 1986). Estrés, causas, afrontamiento y consecuencias, están determinados por la propia personalidad y diferentes circunstancias ambientales (Cross y Kelly, 1984), estructura cognitiva individual (Steptoe y Vögle, 1986) y la capacidad individual de resistencia "hardiness" (Mc. Craine, Lambert y Lambert, 1987). Empleado en un principio por la Física y la Arquitectura, ambas disciplinas se ocuparon de explicar la tensión producida en los elementos sólidos como respuesta a empujones ejercidos desde el exterior. Pudiendo esta acción, llegar a deformarlos o romperlos. Desde la psicología clínica el término estrés refiere a la tensión nerviosa, emocional que ejercen condiciones y situaciones ambientales; sobre los individuos. En 1911, Walter Canon emplea el término por primera vez, aplicándolo a la explicación de toda lucha o huida, ante una situación tensionante.

¹⁹ Dejours, Ch. (1998) El factor humano. Buenos Aires: Ed. Lumen Humanitas.

La permanencia en áreas laborales con tareas perniciosas establecidas dentro de la estructura organizacional laboral, no contempla el desarrollo profesional del trabajador y no logra los objetivos institucionales, lo cual genera en el individuo sufrimiento diario en sus trabajos. Situación ésta que hace aumentar el número de personas afectadas por “malestar profesional”; afección típica de las profesiones asistenciales en las que sus acciones laborales están centradas en el contacto directo con personas que así lo requieren. Profesiones que exigen: entrega, atención, displicencia, implicación, fuertes convicciones idealistas y una fuerte vocación de servicio hacia los demás. Si sumamos a estas condiciones individuales perfeccionistas la autonomía y un atisbo de egocentrismo propio de los seres humanos, puede finalmente generarse un desequilibrio entre lo que “se quiere” y lo que “se encuentra” en la realidad laboral diaria. Una de las consideraciones de este Síndrome de desgaste profesional, puede ser el de un trastorno adaptativo crónico que se manifiesta tanto por un excesivo grado de exigencia, como la escasez de recursos.

Definitivamente el Síndrome de Burnout, puede llegar a afectar a profesionales con una gran carga afectiva, y terminar perdiendo el interés, ofreciendo un trato deshumanizado a sus sujetos de cuidado, a sus estudiantes o clientes, llegando a percibirlos como sus enemigos, debido a que están desmotivados y emocionalmente exhaustos por su trabajo.

Dada la evidente relación entre la fase más aguda de este Síndrome de Burnout y el estrés laboral, se decide desarrollar el marco teórico conceptual de este último a partir, particularmente, de aquellos autores que pretenden dilucidar sus principales características, manifestaciones generales y derivaciones.

Una de las principales o más frecuentes problemáticas o enfermedades psicofísicas es el estrés. Afección que se encuentra muy presente en la sociedad actual, y afecta la salud de los individuos y su rendimiento laboral. Maslach y Jackson (1986)²⁰, refieren que el Síndrome de Burnout, es una respuesta a fuentes de estrés crónico (estresores). Como el trabajo nocturno continuo, la escasez de personal y /o bajos salarios; que a su vez implicarían una sobrecarga laboral. Además de estos, se encuentran: el trato con personas problemáticas, la insuficiente especificidad o congruencia entre las funciones, tareas.

²⁰ Maslach, Cristina, Jackson S (1986) “Burnout Inventory”. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Canon considera el estrés como estímulo, además de utilizar este concepto para explicar factores socio-ambientales, capaces de alterar la resistencia del equilibrio del individuo, expuesto a situaciones que así lo requieren.

Hans Seyle (1936)²¹ define factores biológicos capaces de generar respuestas fisiológicas del cuerpo humano ante factores externos. Si bien tiene en cuenta los factores biológicos, no incluye los factores psicológicos como interviniente en la causalidad y acaecimiento de una situación estresora. Al respecto, Seyle sostenía que ante situaciones negativas que aumentan la tensión de cada individuo, se mandan señales al cerebro y en respuesta éste, estimula la liberación de hormonas que sitúan al organismo en posición de alerta o resistencia. Esta situación genera la aparición de síntomas de cansancio y fatiga. Cuando se supera la situación tensionante, el cuerpo se recupera. Si no es posible la superación y la situación se prolonga, producirá un estado de cansancio en el individuo que le será difícil de sobrellevar, situación ésta que impactará en el cuerpo, manifestándose en diferentes formas de afecciones [Síndrome de Adaptación General (GAS)]. Cada individuo tiene capacidades diferentes de afrontamiento y situaciones físicas diferentes, ante estos factores externos.

Trabajos posteriores refieren a la interpretación de mecanismos psicológicos de defensa, frente a cualquier circunstancia generadora de la activación hormonal: para el equilibrio interno del individuo. Engel (1962), Holmes y Rahe (1967) hacen referencia a la cuantificación de diferentes estresores, como generadores de afecciones relacionadas con el estrés, y finalmente Harold Wolf en sus trabajos establece el nexo entre los trabajos de los referidos autores²², al sostener que el estrés vital es una respuesta humana a diversos agentes estresores y que las enfermedades causadas por el estrés se generan luego de repetidas amenazas de situaciones tensionantes. Esto en el individuo, crea patrones de resistencia, respuesta fisiológica positiva para enfrentar estas situaciones tensionantes. El estrés laboral afecta a las personas que trabajan, como se describe al inicio del presente trabajo, en profesiones que requieren la asistencia a las personas en diferentes situaciones.

²¹ Seyle, Hans (1974) El estrés de la vida. Montreal: De la Presse.

²² Leyva Ramos, Miguel (2012) Apuntes de Cátedra Sociología. Departamento Pedagógico de Enfermería. FCSySS. UNMdP.

A lo que se agrega las condiciones subjetivas, familiares y ambientales, que afectan al profesional²³.

El estrés laboral, afecta a las personas que trabajan, como se describe en páginas anteriores, en “profesiones asistenciales”, aquellas que requieren la asistencia a las personas en diferentes situaciones, a los que se agregan condiciones subjetivas, familiares y ambientales que afectan a los referidos profesionales.

En la década del ochenta, se han investigado diferentes hechos, que tienen baja consideración, pero que a diario surgen. Los que hasta ese momento no habían sido apreciados, por lo cual tampoco tenido en cuenta. Los referidos son hechos que se mantienen en ambiente, con muy baja intensidad pero mayor duración. Que de alguna forma también influirían en la salud de los trabajadores, algunos ejemplos podrían ser el ruido, la polución, el hacinamiento, entre otros. (Merín, Cano y Tobal, 1995).

Como puede observarse, se ha conceptualizado y estudiado al estrés de diferentes perspectivas. Siguiendo a Scotland (Cox, 1992) y Gaillard (1993), podría intentarse redefinir sus aproximaciones de la siguiente forma:

1. Como variable de entrada: una primera aproximación centra el estudio del estrés en las demandas ambientales (ruidos, luces, temperatura, etc.) y diferentes factores relacionados a las demandas de la tarea (ritmo de trabajo, automatización, robotización, tareas perniciosas, entre otras). Quienes se han encargado de investigar, han estudiado un amplio rango del impacto de estos factores, en la salud de los trabajadores. A continuación se presentan cuatro tipo de factores estresores, que en principio difieren en su duración:

- a) Estresantes agudos, limitados en el tiempo: como encontrarse en medio de una situación violenta.

- b) Situaciones estresantes, o series de acontecimientos prolongados en un tiempo prolongado como resultante de una situación inicial desencadenante: como un divorcio conflictivo.

- c) Estresantes crónicos intermitentes, como disfunciones sexuales.

- d) Estresantes crónicos, como estrés laboral que pudo haberse originado a partir de una situación o no, pero persistente en el tiempo.

2. Una segunda aproximación está centrada en el resultado o respuesta. Referido a reacciones subjetivas, fisiológicas y conductuales; generadas a partir de una situación tensionante. Aquí se interrelacionan dos componentes:

- a) Un componente psicológico, incluye conductas, patrones de pensamiento y emociones. Se caracterizan por un estado de inquietud.

- b) Componente fisiológico, incluye elevación en el grado de activación corporal. Como elevación de la frecuencia cardíaca, produce taquicardia y respiración agitada. La respuesta a los dos componentes (psicológico y fisiológico), se lo denomina tensión.

²³ *Ibid.*

3. Como estado, el individuo se siente tenso y amenazado, basado en la evaluación subjetiva de la situación.
4. Como proceso, los síntomas del estrés van desapareciendo con el paso del tiempo, incluidos estresores y tensiones. Es un proceso lento y difícil de detener, incluso cuando los factores generadores hayan desaparecidos. Este proceso implica ajustes e interacciones continuas (transacciones), entre el individuo y el medio. El estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores externos e internos) y los recursos con los que dispone el individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Considerando esta cuarta definición como la más acertada, siguiendo el núcleo problemático planteado, los elementos a considerar en la interacción potencial generadora de estrés serían: las variables propias del ámbito laboral del individuo, variables personales del mismo y las propias consecuencias del estrés:

- Estrés es la fuerza o estímulo que actúa sobre el individuo y da lugar a una respuesta.
- Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica del individuo ante un estresor ambiental
- Estrés es consecuencia de la interacción de estímulos ambientales y la capacidad de respuesta el individuo.

Cabe destacar que no todo estrés es negativo. Se vive permanentemente en estrés, ya que el sujeto se encuentra en un permanente proceso de adaptación al medio que lo rodea. Sumado al propio desarrollo personal, esto permite realizar constantes esfuerzos cognitivos y conductuales. Esto le permitirá afrontar las diferentes situaciones que se le presentan (Merín, Cano y Tobal, 1995).

Si estas respuestas se realizan en armonía, atendiendo los parámetros fisiológicos psicológicos del individuo, adecuadas en función de la demanda y se consume biológica y físicamente la energía dispuesta por el Síndrome General de Adaptación (GAS); el concepto será eustrés (buen estrés). Es positiva cierta dosis de estrés, necesario para permanecer alerta ante los constantes cambios. Para que el desarrollo y adaptación, logren el justo equilibrio para proceder normalmente.

Cabe consignar que hasta llegar a la adaptación o enfermedad psicosomática por “distrés”, el sistema debe transcurrir las fases de alarma, resistencia y agotamiento. Refiriéndose al término estrés la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”.

La adaptación se define como proceso complejo y continuo, que requiere muchas reacciones. “El proceso de conformarse a las exigencias del yo y del entorno” (Davidoff,

1984, p. 554). Enfrentando decepciones, frustraciones, conflictos, presiones y otro tipo de situaciones.

Depende de las características y capacidades individuales para el manejo de situaciones, que su estrés se convierta en euestrés o distrés. Es conveniente reafirmar en como el medio puede presionar sobre el individuo, recibimiento consciente o inconsciente de dichas presiones; que puede desbordar su capacidad de adaptación. Esta situación indefectiblemente llegará a producir graves patologías.

Conceptos como carga mental y estrés, han añadido nuevos matices terminológicos que pueden presentar confusión. La sobrecarga mental produciría estrés; o sea el estrés sería la respuesta a un alto grado de procesamiento cognitivo. Susceptible a medirse por medio de procedimientos, objetivos como el rendimiento en la tarea. Ambos conceptos tienen origen teórico diferente. Estrés proviene de teorías de la psicología laboral y la medicina. Mientras que carga mental, engloba estudios de rendimiento humano, basados en teorías cognitivo-energéticas.

Refiriéndose al término estrés, englobando frustración, conflicto y otros estados de este, se asume la siguiente definición “Una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43.).

Precisamente es la subjetividad individual con características perceptivas personales, capaces de generar discusiones entre especialistas a la hora de abordar la problemática del estrés laboral y su tratamiento como enfermedad laboral.

El mecanismo de respuesta a un estresor, sin lugar a dudas, es el mecanismo de lucha o huida. Cuando estas situaciones de estrés se dan en el plano laboral (algunos ejemplos competencia, búsqueda de eficacia, inseguridad, y otros), el individuo cae en cuenta que no posee la carga energética necesaria, ni puede responder con la huida. Aquí se muestra un signo claro generado por la lucha o huida²⁴: el absentismo²⁵. Lo que junto a las

²⁴ La reacción de lucha o huida (también llamada reacción de lucha, huida o parálisis, hiperexcitación, o respuesta de estrés agudo) es una respuesta fisiológica ante la percepción de daño, ataque o amenaza a la supervivencia. La reacción de estrés suprime temporalmente varios procesos biológicos como respuestas sexuales y mecanismos digestivos. Esto es un esfuerzo para concentrarse en la situación que genera el estrés. Mientras la reacción de lucha o huida es una respuesta adaptativa, prolongados incrementos de estrés pueden causar una variedad de efectos fisiológicos psicológicos negativos, incluyendo: efectos fisiológicos tales como dolor de cabeza,

enfermedades laborales, muestran claramente la repercusión del estrés organizacional sobre los trabajadores.

La sociedad actual, con un alto desarrollo tecnológico, pide a sus miembros una calma “aparente”. La tecnología aplicada al trabajo, si bien ha traído una forma menos fatigosa a nivel físico; pero sería causante de distrés por mayor estímulo psicológico e intelectual.

Los miembros de esta sociedad “organizada”, están obligados a soportar presiones en su ámbito laboral sin protestar. Esto potenciaría los factores estresores que influyen en la salud del trabajador. Cuando existe esta situación que imposibilita modificar los factores estresores, el sujeto se encuentra sometido durante mucho tiempo a esta situación. Las “salidas” para huir de los mismos se potencian en salidas que generan factores de riesgos para la salud, los que aún terminan siendo más difíciles de modificar. Ejemplo de esto sería: tabaquismo, obesidad, alcohol, psicofármacos, drogas en general, estos factores agravan el distrés y la capacidad de adaptación se vuelve casi imposible.

Como puede observarse, estudiar el estrés no es tarea fácil, es prioritario estudiar los factores individuales y ambientales. El tipo de modelo de investigación que se utilice, debe contemplar factores individuales, familiares. Desde el área laboral: factores ambientales, organizacionales, grupales y aquellos que tengan la capacidad de estimular la capacidad, creatividad y pensamiento independiente del individuo.

Otros autores, como Fernando Ulloa, se han referido al malestar social que podría decirse se ha naturalizado en las organizaciones laborales en general. Este autor, refiere

dolor y tensión muscular, dolor de pecho, fatiga, cambios en el deseo sexual, molestias estomacales, problemas para dormir; efectos psicológicos entre los que se pueden mencionar la ansiedad, inquietud, falta de motivación o concentración, irritabilidad o ira, depresión. Y por último, efectos en el comportamiento como por ejemplo, el déficit o exceso de alimentación, el abuso de drogas o alcohol, así como el retraimiento social.

²⁵ El absentismo laboral es toda aquella ausencia o abandono del puesto de trabajo y de los deberes ajenos al mismo. Incumpliendo las condiciones establecidas en el contrato de trabajo y también puede ser definido como toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo. El ausentismo es una de las cuestiones que más preocupan a las empresas por los problemas organizativos que suscita y los costes que genera.

textualmente a “ese humor del carajo” propio de la ciudad. Refiere a un mal humor crónico que genera fatiga crónica²⁶.

La queja en voz de Ulloa, es resignación. Pareciera como que los que se quejan, no lo hacen con ánimos de crear nuevas situaciones. Si no que quejarse en voz alta, podría decirse que sería resignarse por pertenecer a esa “normalidad”, que refiere Cristopher Dejours (1992). La queja referida, no transgrede sino es una infracción. Esta es un acto ventajista, sin ningún atisbo de valoración por la vida. Las transgresiones significan revolución, crear, tomar consciencia.

Este autor afirma que siguiendo la idea de Sigmund Freud, quien sostiene que en la organización de la sociedad humana, el malestar es la producción de la misma, habla de del Síndrome de violentación institucional. Algo así como que quienes pasan a pertenecer a una institución, dejan sus propios valores y metas y se *agiornan* a lo establecido en dicha institución, aunque no esté escrito de antemano. Adaptándose para pertenecer a la “normalidad, en este caso institucional.

Hay referencia de un tipo de “violencia primaria”²⁷, que refiere que el ser humano, desde el momento de nacer satisface las necesidades de su progenitor. Sus propias necesidades no son escuchadas, por los progenitores. Se imponen las necesidades de la madre por sobre las del hijo. Alentando de esta forma un individuo sin capacidad creativa, sin funcionalidad vocacional. Lo que lo posiciona en un ámbito de automatización sintomático, transformándose luego en esa voz de queja, a la que se alude en párrafos anteriores.

El resultado final sería, que se pierde interés por diferentes situaciones enmarcadas en naturaleza propias. Es como que se trata a todos por igual, inducidos por una línea de acostumbamiento, sin horizontes de cambio. No prestando la atención requerida a las palabras en situaciones de los otros.

Esto lleva a un aislamiento en el que solo sirve e importa lo que el individuo dice. Aislamiento que solo serviría para generar los clásicos enfrentamientos entre los otros y el individuo.

²⁶ Ulloa, Fernando (2008) Cultura de la Mortificación y Proceso de Manicomialización. Buenos Aires: Cátedra Tausk.

²⁷ *Ibíd.*

Cuando en algún lugar de trabajo, se generan situaciones de enfrentamiento entre personas sin razón; cabría preguntarse si esa “mortificación” no se genera por algún vacío institucional. Esto sería el hecho de “pertenecer institucionalmente”, no se le permitiría de modo alguno transgredir. O sea crear nuevas situaciones, revolucionar con sus ideas, no permitirse seguir con una línea preestablecida. Carentes totalmente de naturalezas humanas individuales.

Ulloa refiere a una “dinámica progresista, se basa en la palabra. Los grupos viven situaciones que los atraviesan, los traspasan y continúan de la misma forma. La clave es poder comunicarse en grupos, analizando, discutiendo y creando nuevas situaciones que beneficiarían a todos. No cabe quejarse y seguir en la misma situación. Puede mejorarse. Podría decirse que el principio para la dinámica progresiva, es la comunicación.

La Salud Mental consiste en este proceso, en el que se realiza un aprendizaje de la realidad a través de enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos (Pichón Riviere)²⁸. Se refiere a la definición de aprendizaje, como la adaptación crítica a la realidad para transformarlo y transformarse. Al respecto, Fernando Ulloa se refiere a la cultura de la mortificación, como sufrimiento social contemporáneo. Advirtiendo como salida, una inteligencia compartida. Es decir estar atentos ante algún tipo de características de esta “cultura”. También asocia el término mortecino, como algo sin viveza, relacionado a un cuerpo agobiado. Produce una astenia general, con malhumor asociado enojo e impotencia. Aparece acompañada de fatiga crónica, dando lugar a un individuo al borde de la posibilidad de enfermar.

Existen indicadores de esta cultura de la mortificación: resignación, disminución intelectual, desconocimiento de sucesos públicos o privados, alegría en la mortificación y resentimiento en la vida erótica. Además de la instalación de la crítica, que nunca asume el lugar de protesta y de la infracción sobre las transgresiones. En la dinámica de los grupos se producen situaciones cargadas de acciones negativas, arbitrarias, estereotipadas, depresión, y otras. Este autor alude al Síndrome de Violentación Institucional, las personas que conviven con este, verán afectada la modalidad, el sentido de su trabajo. Perderán

²⁸ Pichón Riviere, E. (1970) Grupos operativos y enfermedad única. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I). Buenos Aires: Nueva Visión.

eficacia, habilidad de crear lo que en estas condiciones es difícil, que se considere la singularidad personal y la situación particular de quien lo demanda sufriente.

La gente no se escucha, es como que un predicador habla en un salón lleno de sordos. Esto significa que se trata de alguien que quiere decir algo y al no ser escuchado, va desgranando su discurso en vana repetición.

Aportes teóricos de la enfermería

Si bien estas situaciones generadas en ámbitos laborales muy disímiles, y que afectan como se dijera en páginas anteriores, a profesiones que desarrollan sus labores en la interrelación con personas que requieren de su labor profesional; el eje central del presente trabajo es el profesional enfermero. El análisis de los estresores que se generan en el área laboral, de alguna forma influye en la aplicación del cuidado, verdadero objetivo de la profesión enfermera. El cuidado en todas las dimensiones, dirigido al sujeto, la familia y la comunidad.

Indagando sobre un concepto que defina la palabra Enfermera, Suzanne Kérrouac y col. (1996)²⁹, cita en el prefacio de su libro:

“... ¿Quiénes son las enfermeras? ¿Qué hacen?... ¿Quién no ha sentido alguna vez, el sufrimiento de una enfermedad, incluso si es leve?... Soy un ser que sufre... Una enfermera me ayuda a relajarme de todas las tensiones que acompañarán mi dolor, me aplica un masaje y mediante la calidad de su presencia y de su lenguaje tranquilo, me enseña a ver imágenes de paz, de fuera y de curación...”

Lo precedente sería un concepto social que demuestra que la enfermería es “cuidado”. Como se ha referido en páginas anteriores, este es el objeto de su disciplina, dirigido al sujeto, la familia y la comunidad, tremendamente útil para la promoción de la salud, prevención de enfermedades, acompañamiento en el sufrimiento, asistiendo tanto en el comienzo y como en el final de la vida. Debiendo, por tanto, el enfermero afrontar situaciones de dolor y alegría, a veces, casi sin mediar tiempo alguno; además debe estar profesionalmente capacitado para ello, lo que conlleva a tener una vida particular en la que cumple diferentes roles: madre/padre, hermana/hermano, esposa/esposo, hija/ hijo³⁰, desempeñándose en ámbitos laborales que, como veremos más adelante, muchas veces puede no ser adecuado para la correcta aplicación de los cuidados.

²⁹ Kérrouac, S. y col. (1996) *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Ed. Masson, S. A.

³⁰ Se aclara que se utiliza el género femenino, por el tipo semántico del término Enfermería, consciente de que esta profesión es desempeñada por ambos géneros.

Analizando los diferentes modelos de atención existentes y diferentes tendencias, que ayudan al enfermero a elaborar un modelo de cuidado; se decide por la línea del modelo de interacción³¹.

El modelo de la Interacción, como se describe precedentemente, es un modelo centrado en la interrelación persona-persona. Nace conjuntamente a la prevalencia psicoanalista, hay una creciente necesidad de intimidad y relaciones humanas. El cuidado aquí, es una interacción entre persona-persona; una que necesita de cuidados (sujeto de cuidados) y otra que tiene la capacidad formativa profesional para brindarlos (enfermera). Para que los profesionales enfermeros puedan brindar esta ayuda terapéutica, deben clarificar sus propios valores. Utilizando su persona y comprometiéndose consigo mismo. Para lo cual es necesario poseer conocimientos sistemáticos, para poder evaluar las necesidades de la persona que se ayudará, formular diagnósticos enfermeros y planificar la intervención.

Las principales teoristas de este modelo: Joyce Travelbee, Hildegart Peplau, Ida Orlando, Ernestina Wiedenbach, Imogene King, Ida Orlando, entre otras. Quienes a través de la presentación de sus trabajos, han tratado de responder la pregunta que se hace en su teoría de las transiciones Afaf Meléis (1991)³².

Los modelos conceptuales han ido evolucionando en la búsqueda de la identidad profesional. Acompañando los cambios del sistema de Salud, inserto en las diferentes estructuras socio-histórico-culturales. Esta búsqueda está centrada en un cuidado, fundamentado en una relación unívoca entre el sujeto de cuidado y el enfermero. Relación en la que se espera del enfermero, “entrega total” para la resolución de los problemas.

³¹ Un modelo de enfermería es una forma de concebir el servicio específico que los enfermeros muestran a la sociedad. Cuando esta concepción es completa y específica, se denomina modelo conceptual para la enfermería. En el caso específico del modelo de interacción, nace a finales de la década de 1950 y principios de los 60. Como toda evolución en la disciplina enfermera, han surgido nuevos modelos productos de acontecimientos históricos y sociales. Así también como el resurgir económico y cultural de América del Norte, (país al que pertenecen las teoristas que se referirán), ha visto nacer esta Escuela, de la que surge el modelo conceptual de enfermería centrado en la relación persona-persona. Kérouac, S. *Óp. Cit.*

³² *Ibid.*

Al respecto Afaf Meléis (1991)³³, puntualiza que los enfermeros son los principales cuidadores de personas y familias, que sufren las transiciones. Generando en ellos estrés laboral.

En esa relación unívoca entre el sujeto de cuidado y el enfermero se presentan diferentes situaciones de riesgo físico, emocional, psíquico. Situaciones de afrontamiento, dolor, riesgos biológicos y otros, ya que están en una interrelación con el medio ambiente laboral. Ambiente que en más de una oportunidad no ofrece la optimización necesaria para una correcta aplicación de los cuidados requeridos. Al respecto, Maslach y otros (1982)³⁴ refieren que en el preciso momento en que los profesionales enfermeros sufren de agotamiento profesional -el cual definen como la pérdida del cuidado humano en la práctica de la enfermería-. Sosteniendo que cuando estos profesionales pueden brindar el cuidado que desean, en las condiciones que este amerita, y utilizando plenamente sus conocimientos y habilidades, su estrés disminuirá enormemente. Agregando, que el cuidado tiene el poder de nutrir tanto a la persona cuidada como a la persona cuidadora.

Joyce Travelbee³⁵, una de las teoristas del modelo de la interacción, afirma que no existen “pacientes” sino seres humanos. Quienes necesitan de otros seres humanos capaces de brindarles cuidados, cuando estos lo necesite. Seguramente fundamentada en su vasta experiencia, y estudios en psiquiatría, se inclinó en su corta vida (fallece a los 47 años), a este modelo de atención en enfermería. La teoría de Travelbee está basada, en la ayuda a la persona a adaptarse a las experiencias adaptativas, que se generan en las diferentes circunstancias de la vida. En las que la presencia del enfermero, es fundamental. La capacidad sistemática, de este profesional lo ayudará a acompañar estas transiciones. Lo que influirá en la óptima y urgente recuperación de las personas, que interactúan en cada relación persona-persona. Interacción que está centrada en la comunicación verbal y no verbal. Son esos momentos en los que el enfermero, puede percibir los cambios de las personas con las que interactúa. Aplicando estos conceptos en la observación del enfermero en plena acción, puede entenderse cuando en situaciones de final inminente de los seres

³³ *Ibid.*

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Marriner Tomey A, Railey Alligood, M. (2011) *Modelos y Teorías de Enfermería*. 7º Ed. Madrid: Elsevier.

humanos (la muerte), el abrazo contenedor o el solo tomar la mano del que está atravesado por la situación, pareciera que ese dolor es compartido.

Este modelo le otorga un lugar preponderante al enfermero (esta adjetivación está libre de todo contenido hegemónico), la mayor premisa de la teoría Travelbee es que la relación persona-persona, se establece después de cuatro fases enlazadas:

- Encuentro original: saludar a la persona y a su acompañante. Presentarse con su nombre.
- Observar toda muestra de dolor o malestar en la persona que se va a cuidar.
- Valorar síntomas, controlar signos vitales. Higiene personal. Valorar al cuidador.
- Revelación de identidades: Darle seguridad a la persona, permitirle que pregunte y responder lo que crea pertinente.
- Comentar los motivos, que ameritaron la internación.
- Indagar sobre antecedentes de patologías, personales y familiares
- Brindarle toda la contención que merece, permitirle que exprese sus miedos e incertidumbres a raíz de su enfermedad.
- Empatía: Explicar a la persona lo que puede esperar y sentir. Explicar claramente los objetivos de cada procedimiento.
- Valorar las reacciones de la persona, ante situaciones de incomodidad y dolor.
- En todo momento, preservar la intimidad, integridad e individualidad de la persona.
- Compenetración. Simpatía: Ayudar a la persona a dar sentido a la enfermedad al sufrimiento.
- Permitir la presencia y compañía de representantes religiosos.
- Expresar interés y comprensión sobre la enfermedad y los sentimientos de la persona.

Es fundamental recordar que el enfermero es el único cuidador durante las 24 horas, los 365 días al año, con funciones propias e impropias de la profesión: alta responsabilidad en el cuidado, probables problemas comunicacionales dentro del equipo de trabajo, diversos factores laborales negativos, bajos salarios, ambigüedad de rol en el cuidado. A lo que se le suma, sin poder descartar jamás, la historia y cargas personales, que cada enfermero “transporta” a su trabajo. Se escucha a menudo, en el ámbito del hospital, que “los problemas los dejamos en la puerta”. Se puede percibir que no es tan así. Que en efecto sus acciones son responsables, daría la sensación a la observación, como que se sienten “protectores” de las personas con las que establecen una relación biunívoca. Es aquí donde la línea de las responsabilidades puede alterarse, y en lugar de “cuidador protector”, pueden transformar sus acciones en dominio.

Sostiene Travelbee, que la salud del profesional enfermero es fundamental; esto sin lugar a dudas impactara en el cuidado brindado a las personas. El enfermero desde su lugar

de cuidador, se encuentra en una situación de permanente vulnerabilidad; ante factores psicosociales que influirían en la aplicación de los cuidados.

La figura social del enfermero, no ha podido imaginarse sin una figura institucional como el hospital. Cabe resaltar que las acciones de enfermería, como se dice en páginas anteriores, se centran en el cuidado del individuo, familia y comunidades sin encontrarse centradas dentro de un lugar.

Adaptarse a los cambios lleva a una situación muy difícil. Diferentes acontecimientos que ocurren en el transcurrir de la vida, producen reacciones en las personas que pueden generarle diferentes grados de estrés. Divorcios, pérdidas familiares, enfermedad de un integrante familiar, y otros. Son diferentes estresores personales, que pueden afectar el desempeño laboral de las personas. Diferentes situaciones generadas en el ámbito laboral, se suman a las personales e indefectiblemente influirán en el desempeño laboral de las personas. Las enfermeras se enfrentan al estrés, debido a situaciones de vida y muerte, que les toca afrontar.

Ahora, qué sucede con ese ser humano enfermero, hasta dónde llega su poder de afrontamiento. La institución analiza esta situación o cómo la sociedad entera sólo pide entrega de parte de los profesionales enfermeros.

Dentro de la dinámica hospitalaria diaria acaecen una serie de sucesos, que de acuerdo al valor que se le adjudique y él o los actores que intervienen, varía su magnitud. La descripción que sigue, podría luego establecer relaciones objetivas o subjetivas consideradas como un todo. No existen sucesos individuales, uno está en interdependencia con otro. Algunos más significativos:

- Cambio de Director por razones políticas.
- Jubilación de agentes en cualquiera de los diferentes puestos.
- Despidos y/o retiros voluntarios.
- Pases de profesionales de un sector a otro y/o de un hospital a otro.
- Vacantes de cargos, sin importar el motivo que les genera, sin cobertura.
- Unificación de servicios.
- Baja de servicios y/o prestaciones especializadas.
- Espacios inadecuados e insuficientes para la atención de la demanda.
- Demanda creciente a partir de la pauperización de la población.
- Escasez o ausencia de insumos materiales. Lo que genera si son personas con déficit de dinero o ausencia de este, tener que acceder a sectores de Beneficencia.
- Remuneraciones inadecuadas e insuficientes en todos los niveles y/o reducción de las mismas.
- Reducción de los tiempos dedicados a formación e investigación.

- Profesionales con contratos precarizados³⁶.

Estos serían sólo algunos factores que en el ámbito hospitalario provocarían sufrimiento, tanto en profesionales como en los sujetos de cuidados. Situación ésta que se agrega a la función primordial del hospital, tratar la enfermedad, el padecimiento de los sujetos de cuidados y el enfrentarse diariamente a estas situaciones y la muerte por parte de los profesionales enfermeros.

La construcción de la realidad social

Berger y Luckman³⁷ instruyen acerca de cómo transcurren los procesos de personalizar la formación, lo que permitirá reconstruir la propia identidad. Su perspectiva metodológica no se circunscribe a lo meramente cognitivo, por el contrario cada uno llega a entender y adoptar como propio el mundo del otro, algo que no resulta fácil, de ahí que este proceso sorprenda por la complejidad del conocimiento multicultural. Lo que plantea el dilema sobre cómo hacer para desafiar la formación, si ya hay un “yo formado” anteriormente, además de una pluralidad de significados y conocimientos que tienden a persistir.

Si todo acto humano está sujeto a un “hábito”, o sea que varios actos se restringen frecuentemente a uno, dicha situación genera un dilema psicológico ya que determina un rumbo a las acciones de los sujetos. Presentado el tema de esta manera, la “institucionalización” aparece cada vez que se identifican las acciones habitualizadas. Razón por la cual las instituciones poseen historicidad y control. Historicidad porque la identificación de las acciones es un proceso lento y control a raíz del establecimiento de normas de antemano, sin posibilidad de modificarse.

La interrelación establecida entre la realidad subjetiva y la realidad objetiva por parte de Berger y Luckman remite a los conceptos: “el otro significativo” y “el otro generalizado”, formando ambos parte del proceso de socialización.

Los otros significantes son los sujetos que presentan definiciones tomadas por estos como realidad objetiva, de acuerdo al lugar que ocupan dentro de la estructura de las organizaciones, y las formas de pensar y conducirse del individuo. Mientras que el sujeto al

³⁶ Corvalán Mezzano, Alicia N. (compiladora) (1998) *Institucionalistas trabajando*. Buenos Aires: EUDEBA. Facultad de Psicología. UBA, p. 97.

³⁷ Berger, Peter L; Luckmann, Thomas (1986) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

que se le transmiten estas definiciones, internaliza los roles, actitudes de otros, y va formando una abstracción progresiva de roles se denomina “el otro generalizado”. Desde esta perspectiva, el mundo del otro significativo, es el único que existe en la consciencia individual socializada.

La imaginación sociológica

En la sociedad actual los individuos en general sienten estar atrapados por cambios supuestamente impersonales de la estructura social. Uno de ellos es la velocidad y el caudal de información que se dispone, a veces este caudal es tan inmenso que rebasa la capacidad asimilativa de los individuos. Al respecto Wright Mills afirma que se necesita “imaginación sociológica”, similar al pensamiento crítico que permite elucidar sobre la construcción de las relaciones de poder, para el pasaje de las transformaciones más impersonales a las cualidades individuales más íntimas, pudiendo observar así la relación entre ambas. Para desarrollar semejante manera de pensar es menester, poder conocer la relación entre el hombre y la historia, lo que puede expresarse desde la configuración de una pequeña parte de la historia del hombre como si fuese una biografía. Sin embargo, para enfrentar eficazmente las inequidades personales es necesario entender o interpretar las dificultades públicas de la estructura social, o sea, los problemas que trascienden el área personal de inmediato.

Los individuos actualmente parecieran no encontrar ningún valor, ni identificar amenazas, lo que da lugar a la “indiferencia”, que cuando ésta afecta a los valores se convierte en “apatía”. En otro orden, una amenaza que se la distingue como “malestar” y “ansiedad”, mantiene tiempos de “malestar” e “indiferencia”. O sea, no se distinguen los valores amenazados ni lo que originaría esa amenaza. Desde este contexto, la “imaginación sociológica” como cualidad mental, intenta discernir cuáles son los valores generadores de malestar³⁸.

Del análisis conceptual de los autores citados con anterioridad, puede desprenderse una analogía entre el concepto de historia de Wright Mills y el concepto de mundo institucional afirmado por Berger y Luckman, quienes en sus primeros trabajos entienden que dicho mundo institucional como realidad objetiva se presenta de forma coactiva al

³⁸ Mills, Charles Wright (1961) La imaginación sociológica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

individuo, ya que no resulta fácil interpretar la realidad actual que se presenta como externa y coercitiva al individuo mismo. Teniendo en cuenta que la avalancha de cambios constituirá una amenaza para el individuo, dado que la rapidez del cambio tenderá a generar en estos una vivencia de inseguridad permanente que se manifiesta desde la violencia a la apatía, y por añadidura a la desesperanza.

Desde otro lugar, la interpretación se reforzaría si se logra que la realidad objetiva sea menos *espesa*. Lo que otorgará protagonismo a la realidad subjetiva individual. Si se percibe a la vida cotidiana como realidad, el sentido común que la constituye se presenta como “realidad” por excelencia. De esta forma se impone sobre la consciencia individual de tal forma, que se les presenta como realidad objetivada, ordenada y ontogenizada. Esta realidad cotidiana se presenta como una “construcción intersubjetiva”, un mundo que presupone interacciones y comunicaciones a través de las cuales se comparte con los otros y se experimenta a los otros. Mundo compartido, realidad expresada como mundo dado, naturalizado; para referirse a un mundo común a muchos individuos.

A través de “Esquemas tipificados”, se aprehende a otro, sucesos, acontecimientos y objetivos, los que se anonimizan a partir de que se alejan de aquí y ahora, del acto cara a cara. De manera tal que el conocimiento se construye y reconstruye con los semejantes, con los que se establece interacción, tanto con contemporáneos como antecesores y sucesores. Así el conocimiento circula como prueba anónima, independiente de los hombres y situaciones que las originaron, porque además de conocimiento es realidad dada y su existencia es a partir de que la expresividad humana se concreta objetivamente a través de signos, símbolos, significaciones; agrupados en sistemas y accesibles objetivamente³⁹.

Desde esta perspectiva, el conocimiento como acopio social abarca un mundo con sus límites y posibilidades, en el que ocupa un lugar especial “el conocimiento receta”, ese que está limitado a lo que se debe saber, para propósitos pragmáticos presentes y tal vez futuros. A diferencia de los demás espacios, el hombre desde que nace establece una relación abierta al vínculo natural y humano, a través de su proceso de desarrollo biológico continuo, interrelacionándose no sólo con su mundo natural, sino también con un orden

³⁹ El sistema de signos por excelencia humano, es el lenguaje. Posibilita acumular conocimiento transmitirlo; el que “...se transmite, de generación en generación y está al alcance del individuo en la vida cotidiana” (Berger, Luckman, 1991: 40).

socio- cultural específico. Ese orden social y cultural no sucede naturalmente, ni a través de datos biológicos; es una construcción humana constante. Existe sólo a través de la actividad humana, el ser humano es considerado en una externalidad activa.

La institución y la institucionalización

La dinámica psicológica tiene en cuenta el hecho de que cada individuo compromete su personalidad en las instituciones sociales y se conduce respecto a las mismas en calidad de precipitados de relaciones humanas y en calidad de depositarios de parte de su propia personalidad. La institución forma parte de la organización *subjetiva* de la personalidad. Podría decirse que la primera está incluida en el esquema corporal, puede ser parte de ella o viceversa. Es por esto que el ser humano encuentra en las instituciones un soporte y apoyo, un elemento de seguridad de identidad y de inserción social o pertenencia.

Desde la perspectiva psicológica, la institución forma parte de su personalidad, y en la medida que esto ocurre, tanto la forma o la medida en que se da, configuran distintos individuos o grupos que pertenecen a ésta. Cuanto más integrada la personalidad menos depende del soporte que le presta la institución dada, mientras que cuanto más inmadura, más dependiente será la relación con la misma. Desde este lugar, toda institución no es solo un instrumento de organización, regulación y control social; sino al mismo tiempo es un instrumento de regulación y de equilibrio de la personalidad.

De la misma forma que ésta tiene dinámicamente organizada sus defensas, parte de las mismas se hallan cristalizadas en las instituciones pues en las mismas se dan los procesos de reparación así como de defensa contra las ansiedades peculiares. De esta forma, si bien la institución tiene una existencia propia, externa e independiente de los seres humanos individualmente considerado; su funcionamiento se halla reglado, no sólo por las leyes objetivas de su propia realidad social, sino también por lo que los seres humanos proyectan en ella.

En esta línea, uno de los primeros problemas que aparecen es que la institución puede verse muy limitada en su capacidad de ofrecer seguridad, gratificación, posibilidades de reparación y desarrollo eficiente de la personalidad. Inclusive esta limitación puede transformarse en un momento dado, o en otras en una verdadera fuente de empobrecimiento y estereotipo del ser humano. Desde lo psicológico, esto podría responder al hecho de que

sobre la institución están actuando ansiedades psicóticas, o a que ésta se ha convertido predominantemente en un sistema externo de control de las mismas ansiedades.

Una de las fuentes de infelicidad y distorsión psicológica de los seres humanos en estos ámbitos está basada en la estructura alienada de las instituciones, relacionada con la misma estructura alienada de todo el sistema de producción y distribución de la riqueza en el capitalismo. Sobre estas mismas bases se dan las características de la alienación de los seres humanos (José Bleger, 1966: 82).

No obstante, lo que más interesa es la discriminación entre el funcionamiento y los objetivos reales de una institución, satisfacciones y compensaciones, que los seres humanos obtienen de ellos. Existen pruebas de que los seres humanos no cambian mecánica e inmediatamente su estructura psicológica, por el simple hecho de cambio institucional radical; inclusive llevan a las instituciones sus características psicológicas anteriores. (José Bleger, 1966).

Las instituciones resultan depositarias y sistemas de defensa o control, frente a las ansiedades psicóticas, ya que no sólo éstas cumplen esta función, sino también la imagen que los sujetos tienen de sí mismo y de ellas. Además constituyen el medio por el que el hombre puede enriquecerse o empobrecerse y vaciarse como ser humano.

Lo que a menudo se conoce como “adaptación”, sería el sometimiento a la alienación y al estereotipo institucional, pero dicho concepto no es sinónimo de integración. En la primera, se le exige al individuo homogeneización; en la segunda el sujeto mismo se inserta en un medio heterogéneo, que funciona unitariamente.

En líneas generales, todas las instituciones tienden a retener y formalizar sus miembros a una estereotipia espontánea y de fácil entrega. Esta homogeneización, se da de acuerdo a las líneas de mando, de forma piramidal. A quienes están en la cúspide le son más fáciles las tareas de mando, razón por la cual los conflictos de estos se canalizan y actúan en los niveles inferiores. En una institución el nivel o estrato más homogeneizado y ambiguo es el inferior, por lo tanto es el que más sufre la deshumanización o vaciado.

Al concepto de “institucionalización” lo precede el concepto de “habitución” en referencia, a que un acto es repetido con frecuencia “...crear una pauta que luego puede reproducirse con economía de esfuerzos y que *ipso-facto* es aprehendido como pauta para el que la ejecuta” (Berger y Luckman, 1991: 64). La habituación permite que un acto se

repita rutinariamente, con lo que se restringe toda posibilidad de seleccionar, además de transformarse en innecesario definir nuevas situaciones. De esta forma “...la institucionalización aparece cada vez que se da una tipificación recíproca, de acciones habitualizadas por tipos de actores” (Berger y Luckman, 1991: 76).

Si tomamos en cuenta que las instituciones son objetivaciones que regulan, controlan y dirigen los comportamientos humanos “...las instituciones se convierten en ordenadoras del mundo social, tienen fuerza normativa, en tanto [...] se experimentan como existentes por encima y más allá de los individuos a quienes acaece encararlas en ese momento [...] se experimentan ahora como si poseyeran una realidad propia que se presenta al individuo como un hecho externo y coercitivo” (Berger y Luckman, 1991: 80). Los grupos sociales requieren de procesos de objetivación, a través del cual se transmiten a una nueva generación. Es el lugar que ocupan las instituciones, en tanto se consideran realidad objetiva. Ocurren tres momentos, en los que se da el proceso dialéctico entre el hombre productor y su producto social: el mundo:

- *La externalización*: proceso por el que la institución, se presenta por fuera del sujeto. Persisten en su realidad, existen como realidad externa “...el individuo no puede comprenderlo por introspección debe salir a conocerlo, así como debe aprender a conocer la naturaleza [...] el mundo se experimenta, como algo distinto a un producto humano” (Berger y Luckman, 1991: 83).
- *La objetivación*: los productos externos a los actos humanos, llegan al carácter de objetividad. Los significados se materializan, esto permite la accesibilidad del individuo al conocimiento de su entorno, a las experiencias de su práctica diaria.
- *La internalización*: proceso “...por el cual el mundo social objetivado vuelve a proyectarse en la consciencia durante la socialización. El proceso es definido como “...Aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado, o sea en cuanto es una manifestación de los procesos subjetivos de otros que en consecuencia se vuelven subjetivamente significativos para mí”. (Berger y Luckman, 1991: 165).

Podría entenderse la integridad del orden institucional a partir del conocimiento que los individuos que lo componen tienen de ella. Ese conocimiento está compuesto solo por una pequeña parte de conocimiento teórico, el resto lo compone el conocimiento primario, es decir el que está situado en el plano pre teórico, formado por la suma total de lo que todos conocen sobre el mundo social, normas morales, proverbios, moralejas, valores, creencias, mitos, entre otros. El conocimiento pre teórico aporta las reglas del comportamiento institucionalmente apropiadas. (Berger y Luckman, 1991: 168).

Concluyendo, el estudio de estos autores permite observar como las representaciones sociales se construyen, reconstruyen y se transmiten generacionalmente. Lo común en ellos aunque no lo expliciten, es que estas representaciones son las que, por un lado permiten la comunicación al interior de los grupos, y por otro determinar su identidad. En tal sentido, las prácticas sociales, desarrolladas por poseer ciertas características están internalizadas al grupo, responden a las características citadas adquiriendo sentido común.

El Capital cultural y la reproducción social

Analizando conceptos centrales del pensamiento de Pierre Bourdieu, permite explicar desde esta perspectiva cuál es la dinámica y estructura de los procesos de reproducción social, elementos básicos para la reflexión acerca de la potencialidad de los hechos sociales y de sus construcciones.

Desde la perspectiva bourdieuana, lo social (prácticas y procesos sociales) esta multideterminado, o sea solo puede explicarse desde el análisis de la vinculación simultánea de elementos económicos y culturales. Bourdieu toma de la teoría marxista la idea de sociedad estructurada en clases sociales, las que en permanente lucha tratan de imponer sus intereses específicos; entendiendo que las diferencias económicas y materiales no son suficientes para explicar la demanda social pues el poder económico sólo puede reproducirse y perpetuarse si logra la hegemonía de su poder cultural y el ejercicio de su poder simbólico. Por lo que resulta el poder de una clase social sobre la otra, ejercitando el poder simbólico.

Para el sociólogo francés, la representación de lo social tiene doble existencia: es expresado tanto en estructuras objetivas (independientes de la consciencia y voluntad de los individuos, grupos, clases o sectores), como en las subjetividades (esquemas de percepción, pensamiento, acción; que componen socialmente la subjetividad humana. Las primeras tienen la capacidad de orientar y coaccionar las prácticas sociales y las representaciones que de ellas hacen los individuos o agentes sociales.

En el análisis de la dinámica social es necesario comprender el lugar donde se establecen las relaciones relativas de los individuos y las relaciones que se establecen entre los mismos. Al tiempo de la comprensión de las formas de constitución subjetiva, o sea la constitución del *habitus*. En una cercana aproximación para definirlo, sería un conjunto de

disposiciones duraderas que determinan la forma de actuar, sentir o pensar de los individuos. Se define al *habitus*⁴⁰, como esquema de percepciones y categorizaciones con las que el individuo aprehende la realidad, como el producto de coacción que las estructuras objetivas ejercen sobre las subjetividades. La construcción del *habitus*, depende de la posición ocupada por el individuo en el espacio social o en los distintos campos en los que actúa. El *habitus* conforma un conjunto de relaciones integradas al individuo, el que a su vez constituye un sistema de relaciones con el campo, constituido por una estructura de relaciones, construcción histórica y social. La posición que ocupa el individuo en el campo, constituye una dimensión histórica, o sea son productos de luchas históricas. A su vez son partes integrantes de su cuerpo y son partes constitutivas del *habitus* de los individuos.

La definición de “capitales sociales” de este sociólogo francés, expresa que estos son como espacios de juego, constituidos históricamente; con instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias. Espacios estructurados de posiciones, las que son producto de una distribución inequitativa de ciertos bienes (capital), capaces de empoderar a quien los posea.

El campo específico, se lo define desde el capital que en él está en juego. Se lo puede definir como conjunto de bienes acumulados, que perduren distribuyen, consumen, invierte o pierde. El campo puede ser económico, social, cultural o simbólico.

La distribución inequitativa del capital, determina la posición relativa de cada individuo que va a formar el campo. De aquí que intereses y estrategias de los individuos se orientan hacia la posición que ocupan en el mismo y la construcción de su *habitus*. Como también el componente económico, la producción de ganancias será el principal objetivo de los otros campos (cultural, social y simbólico).

Pierre Bourdieu define la relación entre *habitus* y campo, como la relación de condicionamiento, El campo constituye el *habitus*, que es el producto de la incorporación de la necesidad inmanente de ese campo o menos concordante. También es una relación de conocimiento o construcción cognitiva. El *habitus* contribuye a crear el campo como

⁴⁰ El concepto de *habitus* (Bourdieu; 1983; 1997) que se define en este trabajo investigativo, permite considerar la dimensión simbólica como medio entre los elementos materiales y elementos ideales de la vida social. El análisis del proceso complejo de la constitución de la subjetividad requiere por un lado, el reconocimiento de una síntesis global que explique a la sociedad humana como totalidad estructurada. Por otro lado, que las causas no pueden reducirse a un problema de motivos, debido a que toda causa se acompaña a las condiciones en las que ocurre un fenómeno.

mundo dotado de significancia, de sentido y valor; en el que vale la pena invertir su energía. Entonces en los cerebros y en las cosas, se identifica la realidad social. En los campos y *habitus*, exterior e interior de los individuos. El *habitus* ayuda a naturalizar y legitimar el mundo social del que es producto, ya que permite articular lo individual y lo social, las estructuras internas que forman la subjetividad y las estructuras objetivas que conforman lo externo; es decir las condiciones materiales de la existencia. A su vez este concepto permite comprender que las estructuras objetivas y subjetivas, lejos de ser diferentes por su naturaleza, son dos estados de la misma realidad, misma historia, que a su vez se integra o inscribe en los cuerpos o cosas. Entre ambas estructuras que los individuos realizan, se encuentran los *habitus*. Estos son al mismo tiempo producto y productores de estructuras. Se define a los *habitus* como sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructurantes. O sea como principios de generación y estructuración de prácticas, y representaciones que pueden regularse objetivamente; además ser reguladas sin ser el producto de obediencia a las reglas. Por cuanto la práctica es el producto de la relación dialéctica entre una situación y un *habitus*. Lo que como sistema de disposiciones durables y transferibles, funciona como matriz de percepciones, apreciaciones y acciones. Además de hacer posible el cumplimiento de tareas infinitamente diferenciadas. Por lo tanto, la práctica se relaciona con las condiciones objetivas que precedieron la constitución del *habitus*, y las condiciones presentes que definen la situación donde la práctica tiene lugar.

El capital cultural

Pierre Bourdieu analiza las formas del capital cultural; distingue para cada forma modalidad de adquisición y transmisión. Este capital cultural puede existir en estado incorporado, o sea como forma de disposiciones duraderas dentro del organismo, como forma de estado objetivado: bienes, cuadros, maquinarias, muebles, libros, entre otros, y en estado institucionalizado. Forma de objetivación que amerita mencionar por separado, por lo que confiere propiedades totalmente agregadas al capital cultural, que se supone debe garantizar.

La forma fundamental de capital cultural, es el estado incorporado (*habitus*). Referido al cuerpo, realizado personalmente y supone incorporación a través de pedagogía familiar. No se delega, no puede transmitirse por donación, compra o intercambio, sino que debe adquirirse. Queda marcado por sus formas primitivas de adquisición; no puede

acumularse más allá de sus capacidades de agrupación de un individuo particular, y muere con las capacidades biológicas de su portador. Este capital es destacado por su modo simulado e innato de adquisición (que lo muestra como adquisición y propiedad innata).

El capital cultural objetivado, tiene lógica de transmisión. Puede transmitirse por su materialidad desde lo jurídico, de forma instalada (donación, herencia, transmisional, etc.), o puede adquirirse por capital económico.

Los bienes culturales suponen, el capital económico para su adquisición material, y el capital cultural para su apropiación simbólica. El capital cultural institucionalizado, le otorga a su portador valor convencional constante y garantizado jurídicamente. Con autonomía relativa en relación a su portador aún en relación al capital cultural, que en efecto posee en momento determinado.

Desde una perspectiva epistemológica, es necesario considerar lo que en realidad puede reconstruirse idealmente por el concepto, y será tarea del pensamiento atravesar relaciones visibles. Lo que permitirá alcanzar relaciones más profundas, que conforman la realidad concreta. En este orden se entiende al conocimiento no como contemplación, sino como actividad creadora de la realidad; que somete a la cosa a la práctica, y se apodera del mundo a través del conocimiento.

La dialéctica del pensamiento, diferencia entre representación y concepto de las cosas; considerando a ambos como formas y grados de conocimiento de la realidad, como cualidades de la praxis humana.

Se presenta la realidad, como el campo en el que se ejerce la actividad práctica-sensible, sobre cuya base surge la instrucción práctica inmediata a la misma.

Capítulo III Diseño Metodológico

De acuerdo a la naturaleza del objeto de estudio del presente trabajo de investigación, se ha decidido la elección del tipo de diseño metodológico. En esta línea se ha optado por la realización de una investigación cualitativa como abordaje metodológico. La referencia conceptual, se centrará en los criterios de autores como Hernández Sampieri, Polit y Vasilachis.

Diversos métodos se aplican para afrontar diferentes temas de interés desarrollados a partir de una base científica en el área de enfermería; diversidad necesaria para comprender la complejidad del mundo, lo que resulta indispensable para el espíritu científico, cuyo propósito principal es el descubrimiento del conocimiento.

Frecuentemente se establece una distinción muy clara entre dos procedimientos, para obtener y analizar información científica: método cuantitativo y método cualitativo. En la primera, se recurre a la recolección sistemática de información numérica; con frecuencia en condiciones de estricto control. Así como el análisis e la información, mediante métodos estadísticos. Mientras que la investigación cualitativa consiste en la recolección sistemática y el análisis de discursos narrativos de carácter más subjetivo, en los cuáles se utilizan métodos donde el control del investigador se reduce al mínimo (Polit)⁴¹. La misma se utiliza cuando el contexto de investigación es impreciso, sus límites están mal definidos, cuando no es cuantificable el fenómeno, o si el investigador considera que el tema debe ser reexaminado. Se pueden utilizar diferentes métodos: descriptivo, histórico, comparativo, hermenéutico, funcionalista, fenomenológico, etnometodológico e interaccionismo. No obstante ante semejante heterogeneidad metodológica, en la presente investigación se ha optado por el método hermenéutico, el que será definido en páginas posteriores.

Al respecto Hernández Sampieri⁴² afirma que con la Historia de la Ciencia, diversas corrientes del pensamiento han tenido lugar: el empirismo, el materialismo dialectico, el positivismo, la fenomenología, el estructuralismo, así como también diferentes marcos interpretativos: etnografía y constructivismo. Todos y cada uno ellos han originado diferentes retos en la búsqueda del conocimiento.

⁴¹ Polit, D y Hungler, B. (1997) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. 5° ed. México: Mc. Graw- Hill Interamericana.

⁴² Hernández Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista Lucio P. (2004) *Metodología de la Investigación*. 4° Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana.

Sin embargo, debido a diferentes premisas que las sustentan, en la segunda mitad del siglo XX, estas corrientes y marcos se han polarizado en dos enfoques o aproximaciones al conocimiento: enfoque cualitativo y enfoque cuantitativo. Considerándose a ambos como dos paradigmas de la investigación científica en términos generales, debido a que se utiliza a ambos procesos -cuidadosos, empíricos y sistemáticos- en el esfuerzo por generar conocimiento científico.

La investigación cualitativa aporta profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización de ambiente o entorno, así como detalles y experiencias técnicas. En palabras de Hernandez Sampieri (2004) [...] “punto de vista fresco, natural y holístico”. Tipo de enfoque se utiliza con mayor frecuencia en ciencias humanísticas tales como: la antropología, la etnografía y la psicología, entre otras.

En el proceso cualitativo las etapas interactúan entre sí, y no siguen una secuencia rigurosa. Este enfoque se guía por áreas o temas significativos de investigación, pudiéndose desarrollar preguntas o hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de los datos. Actividades que servirán, en primer lugar para determinar cuáles son las preguntas más importantes, luego reafirmarlas y responderlas. El proceso se mueve en ambos sentidos, entre el hecho y su interpretación y no siempre la secuencia es igual.

Polit⁴³ considera además que con frecuencia para la obtención y análisis de la información científica, se utilizan dos procedimientos generales: investigación cualitativa e investigación cuantitativa. Afirmando al respecto que, la primera consiste en la recolección de carácter más subjetivo; pretendiendo en general un acercamiento a la empírea de sujetos en estudio a través de sus propios ojos. Utiliza para ello procedimientos en los que el control de parte del investigador se reduce al mismo.

En otro orden, a este tipo de investigación se la identifica también como ciencia no rigurosa o “suave”, pues la misma hace énfasis primordialmente, aspectos dinámicos, holísticos e individuales, de la experiencia humana. Tratando de captar cada uno de estos aspectos, en su totalidad y contextualizado en quien los viven. Los estudios fenomenológicos son casi siempre cualitativos, aunque no todos los estudios cualitativos son fenomenológicos.

⁴³ Polit, D y Hungler, B. (1997) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5º ed. México: Mc. Graw- Hill Interamericana.

Para la referida autora, resulta complicado medir con precisión, estos fenómenos complejos. En relación a esto la autora afirma “que los fenomenólogos argumentan que el enfoque científico tradicional, cuyas raíces se inscriben en la tradición del *positivismo lógico* es demasiado reduccionista, y no logra dar cuenta de manera adecuada de la experiencia humana en toda su complejidad” [...] (Denisse Polit; 1995: 18).

Por su parte, Vasilachis⁴⁴ al reseñar a la investigación cualitativa, considera el aporte de diferentes autores, sus diferencias en lo que refiere tradiciones, tendencias, escuelas, perspectivas, y en cuanto a estrategias, métodos, técnicas de recolección, interpretación y /o análisis de datos. Los que además incluyen tradiciones o tendencias, como sus formas de nombrarlos. Dentro de los autores referidos por esta autora se detallan a Masson, Marshall Rossman, Maxwell, Flick, Cronuelli, Denzin y Lincoln, entre otros.

Al respecto, Marshall y Rossman (1999: 2,7 -8) sostiene que la investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y que se asienta en la experiencia de las personas; la considera como una amplia aproximación a los fenómenos sociales ya que el proceso de este tipo de investigación supone:

- Inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio.
- Valoración e intento por descubrir perspectivas de los participantes, sobre su propio mundo.
- Consideración de la investigación como, proceso interactivo entre el investigador y esos participantes. Como descriptivo y analítico, que privilegia las palabras de las personas, y su comportamiento observable como datos primarios.

Strauss y Corbin (1990: 20), afirman que los datos provienen de fuentes como la entrevista y la observación. Las historias personales son entonces formas de acción social con sentido, construidas en circunstancias concretas; que ocurren en contextos y organizaciones, las que determinan un lugar relevante en la vida cotidiana de las personas.

El enfoque cualitativo, también se utiliza cuando el contexto de investigación es impreciso; sus límites están mal definidos. Cuando no es cuantificable el fenómeno o si el investigador considera que el tema debe ser reexaminado. Puede utilizarse diferentes métodos: descriptivo, histórico, comparativo, hermenéutico, funcionalista, fenomenológico, etnometodológico e interaccionismo sintético.

⁴⁴ Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.) (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Ed. Gedisa.

En esta investigación se ha optado por la aplicación del método hermenéutico. Este tipo consiste en la aproximación del estudio con la vida psíquica, con ayuda de signos sensibles que son su manifestación. La hermenéutica tiene la función de describir significado de las cosas, tratar de interpretar correctamente palabras, escritos, textos y gestos. Así también todo aquello que se relacione con lo planteado, con la premisa fundamental de no generar la descontextualización de todo lo que se relacione a la investigación. Aquí la hermenéutica no sólo es un método de interpretación de textos, sino la interpretación de toda expresión humana, lo que conlleva la interpretación y comprensión adecuada.

Elegir este método interpretativo se relaciona con la cualidad de la muestra seleccionada, teniendo en cuenta que se parte de una población de 61 enfermeros correspondientes a las siguientes salas de hospital Orellana, a saber: personal de Emergencias, de la sala I, II (clínica médica), III (unidad de terapia intensiva niños y adultos, ambas separadas), IV (clínica quirúrgica) y de la VI (clínica materno infantil y pediatría). Utilizándose como método de obtención de la misma una muestra no probabilística accidental.

En este trabajo de investigación se entrevistó a enfermeros con más de dos años de antigüedad en la institución, de ahí que cuente con el relato de 39 profesionales enfermeros que forman parte de la muestra y que, por ende, constituyen una parte importante de esta tesina; fundamentado en que la hermenéutica es el método más adecuado pues valora la riqueza en los discursos de los participantes, permitiendo la revalorización teórica.

El tipo de muestreo es por conveniencia, fundamentada en que la toma de muestra está integrada por personas u objetos cuya disponibilidad para su incorporación como sujeto en estudio es la más conveniente; estando compuesta la misma por auxiliares de enfermería, técnicos superiores en enfermería, enfermeros universitarios y una licenciada en enfermería.

La recolección de datos se compone de la observación de las áreas seleccionadas, así como por la realización de entrevistas abiertas con los actores principales de este trabajo de investigación: los enfermeros de las mencionadas áreas. Atendiendo las siguientes condiciones de inclusión en la selección: que se desempeñen en las áreas seleccionadas, enfermeros con título habilitante, experiencia mayor a dos años de praxis profesional dentro

de la institución. Respetándose el consentimiento de los mismos y las normas de confidencialidad aplicadas a los protocolos pertinentes.

Se realizaron entrevistas *dialógicas*⁴⁵ -a los profesionales enfermeros seleccionados- que si bien no tiene la extensión de las entrevistas *en profundidad*, exceden el tiempo de las entrevistas convencionales. Se partió del criterio de reconocer a la entrevista como una forma de narración, como una búsqueda de un plus de significación, donde se le atribuye autenticidad a esa palabra expresada, contada, enunciada. La entrevista como una vieja forma de indagación cuya versatilidad va de lo informativo a lo científico, desde lo político hasta lo íntimo, donde hasta lo coloquial y cotidiano está presente, se resignifica y cobra vigencia, justamente por su apuesta esencial: una especie de renovación cotidiana del contacto personalizado con el mundo, estableciendo a través de la conversación un puente de acceso al conocimiento. Sin embargo, se enfrenta a una paradoja: ya que su credibilidad se construye con procedimientos propios de los géneros de ficción, literarios o mediáticos (formas de narrar, gestos, expresiones, entonaciones) su “objetividad puede derivar curiosamente en la puesta en escena a veces exacerbada de la subjetividad.

El hecho de trabajar lo testimonial, obligó a estar atento a la construcción de la significación, atendiendo no sólo al análisis de los contenidos discursivos sino también a las inflexiones del lenguaje, los silencios, las pausas y los gestos. Atendiendo a lo anterior, se prevé la validación del relato a través de una triangulación de las diferentes entrevistas, poniendo a dialogar a los insumos obtenidos del análisis de la empírea con los contenidos y la bibliografía propuesta. En suma, vamos a seguir un camino propio de las estrategias cualitativas con el consecuente análisis propio de las estrategias comprensivistas que implican su utilización.

⁴⁵ Desde el punto de vista de la situación comunicativa, adoptaremos la perspectiva de Mijail Bajtín y de la teoría conocida como dialogismo. Para Bajtín toda enunciación es dialógica, es decir supone siempre un interlocutor y por lo tanto, el atributo principal de todo enunciado es su carácter destinado, modulado por la presencia del otro, en la medida de que argumenta para persuadirlo, le responde por anticipado, se adelanta a sus objeciones a partir de una hipótesis sobre su capacidad de comprensión. Esta idea de que el destinatario está presente en el enunciado aún antes de que pueda emitir cualquier respuesta, e inclusive independientemente de ella, sugiere un protagonismo conjunto de los partícipes de la comunicación. Entonces la recepción puede ser vista como un proceso activo y simultáneo donde en realidad ocurre que todos hablan todo el tiempo. El diálogo se construye precisamente en esa mutua adecuación de hablar no solamente para sino por otro.

Capítulo IV Análisis y tratamiento de los datos

Consciente de la existencia de la diversidad de formas de abordar el núcleo problemático, se ha decidido tratar la empírea teniendo en cuenta las ocho categorías de estímulos del estrés. Para lo cual se desarrollará cada una de ellas, teniendo como punto de partida la información primaria obtenida a través de las entrevistas abiertas; realizadas a los profesionales enfermeros de las mencionadas áreas del hospital Orellana de Trenque Lauquen (Anexo N° 1), los conceptos destacados en el marco referencial, además de la revisión bibliográfica de documentos relacionados a los estímulos. Todo lo anterior ha sido enriquecido con las observaciones realizadas en cada área laboral y acceso a registros de licencias por enfermedad, aportados generosamente por las jefas de Enfermería del referido nosocomio.

Categorías de factores estresores desencadenantes de estrés laboral

1. Situaciones que fuerzan a procesos limítrofes rápidamente (cambios de sector, categorías, empleo, entre otros)

El comité Mixto OIT/OMS (Organización Internacional del Trabajo/ Organización Mundial de la Salud), definen "...Los factores psicosociales en l trabajo, consisten en interrelaciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el empleo y las condiciones de su organización; por una parte y por la otra las capacidades del empleado, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo. Todo lo cual a través de percepciones y experiencias influyen en la salud y el rendimiento"⁴⁶.

Richard Lazarus (1966) afirma que el estrés laboral "...es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar..."⁴⁷. Dentro de esta categoría, uno de los que más se repiten en las entrevistas, es el déficit de personal y faltas de otros tipos de recursos, al respecto (A) refiere:

"Mirá, cada uno es particular, hay algunos que son distantes (la entrevistada se refiere a la relación médico-enfermero) algunos forman equipo con nosotros. Esta sala está superpoblada, cuando vienen ambulatorios tenés que atenderlos por la presión que ejercen. A veces no llegamos, no alcanza el personal. Hacés cosas que no son de

⁴⁶ OIT/OMS. "Factores psicosociales del trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención. Informe del comité mixto OIT/OMS sobre medicina del trabajo. Ginebra. Suiza; 1984. 122 pp. (p. 3)

⁴⁷ Lazarus, Richard S. (1966) "Psychological stress and the coping". New York: McGraw Hill.

enfermería, atendés pacientes que están un rato y se van, y resulta que le hiciste millones de cosas...mientras le quitaste tiempo al paciente internado...”

Las largas jornadas laborales, la rotación nocturna obligatoria (debido a que de los cuatro turnos corresponde uno de noche por semana), rotación que se vuelve cada vez más repetitiva debido a la falta de enfermeros. Siendo considerados los turnos de noche como demasiado “agotadores”, y que generan demasiada “carga”. Coincidentemente (P) manifiesta:

“...los turnos de noche, una semana, está bien, es lo que te corresponde. Ahora 2 o 3 semanas como ocurre por falta de gente, no, eso te agota (*off the record* manifiesta: no sabes si vas o venís, todos despiertos vos vas a dormir, cuando te querés acostumbrar, ya no estás más de noche).”

En relación al testimonio anterior, existen referencias en un texto consultado⁴⁸ a ciertos trabajos que demuestran que la obligación del cambio de turnicidad (diurna por nocturna), produce en los profesionales enfermeros diferentes trastornos que propician la aparición de ciertas patologías. Ya que este cambio contrariaría fisiológicamente el ritmo circadiano, con el que se rige el reloj biológico humano. El cual regula las funciones fisiológicas de organismo para seguir un ciclo de 24 horas, coincidentes con los estados de vigilia y sueño.

Dentro de los profesionales entrevistados, pudo percibirse cierto malestar por la obligatoriedad a cumplir estos turnos nocturnos. Si bien aceptan que las horas extras no son de carácter obligatorio, pero la cobertura de los turnos, el déficit de personal y sobre todo el hecho de que según M: “tienen que trabajar para vivir, porque se gana poco”, fueron expresiones repetidas por parte de los entrevistados.

El trabajo nocturno afecta negativamente el hábito de sueño, altera la vida social, en particular la vida familiar, la oportunidad de cumplir con un ritmo de descanso “normal”. Sumado a las diferentes estrategias a las que recurren estos profesionales para poder mantenerse vigiles y efectuar el continuo cuidado de quienes así lo requieren, a saber: alimentación inadecuada -ingesta de infusiones estimulante (café, mate, té, entre otros.)-, hábitos nocivos como el tabaco. Estrategias que aparte de mantenerlos despiertos, acelerarían la aparición de diferentes patologías tales como gastritis, migrañas, obesidad, enfermedades generadas por el consumo de tabaco, por nombrar sólo algunas.

⁴⁸ Díaz, E.; López, R. y González, M. “Hábitos de alimentación y actividad física según turnicidad de los trabajadores de un hospital”. *Enfermería Clínica*. 2010; 20 (4) pp. 229-235.

A lo que debe agregarse el hecho de trabajar en días de descanso de la sociedad en general (sábados y domingos), épocas festivas (Navidad, Año Nuevo), así como algunos feriados. El trabajo nocturno⁴⁹ aparte de afectar a la salud mental de los individuos por los cambios neuroendocrinos generados, influye además en relación directa con la alteración del hábito sueño/alimentación, así como las relaciones sociales vinculares.

Otro aspecto a tenerse en cuenta son las situaciones en las que el enfermero se lo cambia de sector. El argumento frecuentemente esgrimido por quienes dirigen las organizaciones laborales, es relativo al crecimiento profesional, teniendo muy presente la optimización de los recursos humanos en los lugares necesarios. Atendiendo a lo cual los profesionales enfermeros son transferidos a áreas de diferente grado de complejidad laboral, situación ésta que les generaría cierta carga de ansiedad ante el nuevo espacio laboral. Algunos entrevistados plantean que lo que correspondería es que los jefes directos, acompañaran este proceso para lograr la adaptación adecuada sin que se genere algún tipo de desbalance emocional al incorporar y formar parte de un nuevo grupo humano. (Be) manifiesta su experiencia al respecto:

“...yo medio...por ahí se presenta hablar con la jefa...hasta que te decidís a encararla...cuando yo pasé de otro servicio acá a UTI, no hubo alguien conmigo guiándome. Qué debía o no debía hacer...técnicas únicas....lo vas viendo en tus compañeros...pero definitivamente no hubo alguien que me guiara...”

Cambios de sector fundamentados en la afectación emocional de los enfermeros, que como hemos advertido con anterioridad han emergido en los diferentes testimonios donde pudo observarse que la mayoría guarda siempre alguna experiencia al respecto que les cuesta olvidar. Una de las entrevistadas manifiesta haber solicitado cambio de sector por sentirse mal emocionalmente:

(F) “...cuando trabajé en Sala de Clínica Médica, el contacto directo con los pacientes...en una oportunidad una paciente oncológica de mi edad...después de un año y medio fallece...fue muy duro...por eso pedí el pase de sector”

Estas y otras situaciones son propias del trabajo del profesional enfermero; en páginas anteriores se describe que tanto la vida, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte,

⁴⁹ Ramírez- Elizondo, Noé; Paravic-Klija, Tatiana y Valenzuela Suazo, Sandra. “Riesgo de los turnos nocturnos en la Salud integral del profesional enfermero” Index de Enfermería. Vol. 22.no 3. Granada. Jul-set-2013.

serían los ejes en los que gira el cuidado enfermero. Lazarus⁵⁰ propone que el estrés es un proceso de transacción entre una situación interna / externa, que posee determinadas características y la persona que valora la situación en función de sus propias metas, valores, experiencias, entre otras.

En este contexto, para que una situación de estrés se produzca, debería ser necesario que el individuo perciba un desbalance entre las demandas internas o externas y los recursos con los que dispone el individuo para afrontarlo. Este autor considera que estas transacciones más que un estado es un proceso que debe evaluarse en el tiempo.

La relación entre los profesionales enfermeros y los sujetos de cuidado es uno de los ejes fundamentales en el proceso de recuperación de la salud de estos últimos. En trabajos presentados en relación a la afectación emocional en la práctica enfermera⁵¹, puede comprobarse que la relación interpersonal establecida, dependerá de la personalidad, la experiencia y las condiciones ambientales. Esto podría ser un factor condicionante en la afectación emocional de los enfermeros, cuando deben afrontar la muerte de un paciente:

(Ma) “Con los jefes no he tenido problemas. Me he sentido mal con los cambios de área. Después pensándolo en frío, el cambio hace bien a todos. Con los jefes bien [...] No es lindo rotar por todos los servicios, aunque al principio te enoje. Pero se aprende todo. Pasé por todos los servicios. Me hizo bien, aprendí mucho. Aunque me enojé porque me sacaban de mi lugar.”

En la actividad diaria, el profesional enfermero debe atravesar situaciones de vida, enfermedad, sufrimiento y muerte, lo que lo condiciona a modificar o suprimir sus sentimientos para lograr que las personas que cuidan se sientan seguras⁵². Es ahí donde se produciría el desequilibrio entre las emociones expuestas y lo que el sujeto cuidador siente interiormente; lo que sería generador en el profesional de un excesivo desgaste emocional, del que dependerá el grado de compromiso con la situación y su propio estado de afrontamiento.

⁵⁰ Gómez Ortiz, Lazarus y Stanley, Richard (1922-2002). Revista Latinoamericana de Psicología [en línea] 2005, 37. Disponible en ><http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537111>>155N0120-0534.

⁵¹ López Alonso, S. R. “Implicación emocional en la práctica de la enfermería” [rua.vva.es/dspace/bulstream/10045/5120/1/oc_07-08.20pdf.172.cultura de los cuidados](http://rua.vva.es/dspace/bulstream/10045/5120/1/oc_07-08.20pdf.172.cultura%20de%20los%20cuidados).

⁵² *Ibíd.*

2. Estímulos ambientales dañinos (ruidos molestos, medio ambiente peligroso, falta de seguridad en el trabajo)

En referencia a este factor, algunos profesionales (*off the record*) manifestaron su disconformidad por no trabajar cómodamente debido a que como el Hospital Orellana se encuentra en reformas edilicias además de manifestarse en disconformidad con los recorridos o falta de organización en situaciones de alto nivel de trabajo, pues en algunas áreas las obras quedaron inconclusas, generándose ciertas dificultades en el tránsito dentro de la institución, sin que tal situación llegue a representar un riesgo para seguridad de los usuarios ni el personal del nosocomio. Y si bien en las entrevistas se quejan por la falta de personal y la sobrecarga de trabajo, pareciera que las problemáticas edilicias no son consideradas un factor que altere su diario accionar. No obstante, de hacerse permanente esta situación, podría transformarse en perniciosa para su salud psicofísica de los trabajadores del Orellana.

Como se describe anteriormente, el reclamo más escuchado en las entrevistas es la falta de personal y las largas jornadas laborales. Al respecto, algunos de los testimonios lo evidencian: (Be) "...no hay personal, por lo que influye vos no venís con las mismas ganas a trabajar, no es lo mismo 6 horas que 12 horas si influye en el trabajo..." A lo que se debe agregar la falta de seguridad en la referida institución. Desde esta perspectiva:

(ME) Por ahí a veces te estresas, pero por la sociedad misma. Está muy agresiva no sabe esperar. Quieren todo ya, y no se puede, por ahí el doctor indica algo y ellos están desconformes y se la agarran con las enfermeras.

[...]

Por un lado la sociedad no sabe esperar, no dialoga, todo lo hace a través de "prepotear" al otro. Bueno, y también la demanda que hay.

[...]

Eh, que estamos desprotegidos, ante una agresión o problema nadie nos ayuda. Ni el Sindicato, ni los médicos ni nadie. Tenemos que retirarnos del lugar, antes que nos golpeen. Seguí trabajando como si nada pasara, pero no es así: sos un ser humano que siente, sufre..."

En referencia a lo anterior Arrúa⁵³ refiere que los individuos no se dan cuenta o no relacionan que muchas enfermedades o accidentes sean el producto de determinada actividad laboral, sólo refieren estar cansados, angustiados por estar demasiado tiempo en

⁵³Arrúa, Marta Medicina Legal IPS. En www.monografias.com/trabajos15/causas-del-estrés-y-ausentismo-laboral/causas.Shtml.

el trabajo, pues deben hacer frente a obligaciones económicas generadas por su vida personal, y sobre todo al rol familiar que desempeñan ya que muchos son jefes de hogar y único sostén de familia. Lo generaría en los profesionales desgano, desmotivación e influye negativamente en su estado anímico. Por lo que en más de una oportunidad se llega a un punto en que necesitan de permisos o licencias médicas, influyendo en forma directa en el ausentismo laboral. A lo que hay que agregar el multiempleo, que consiste no sólo esto en cubrir largas jornadas sino que deben recurrir a otro lugar de trabajo. Sirva de referencia el testimonio de (A) quien es jefe de familia:

“...Es difícil la situación, todo a las corridas, a la ligera, tenemos que trabajar en otro lado para que te alcance, para poder ganar un poco más. Son muchos los factores, no solamente el trabajo, tenemos familia que dejamos, eso también se junta. El desgaste físico, mental, que vos digas ‘no estoy pum par arriba todos los días’, por eso ahí se generan los conflictos, nosotros lo tomamos mal, discutís con el compañero sin ser necesario...y después te ponés a pensar y decís ¿para qué? Si cuando viene la urgencia trabajamos como un equipo sólido, todos por igual y nos olvidamos que estamos enojados...”

Cristopher Dejours⁵⁴ afirma que si bien en un principio existieron estudios que pretendieron relacionar patologías mentales específicas a determinados tipos de trabajo, fue necesario admitir que no existía relación entre los síndromes psicopatológicos con situaciones generadas por el trabajo. Si bien existen enfermedades generadas por un ámbito laboral inapropiado como por ejemplo: los vapores contaminantes de las fábricas, el ámbito inhóspito e insalubre de las minas o el contagio de enfermedades infecto-contagiosas en los profesionales de la salud y de manera particular en los profesionales enfermeros.

Cabe consignar también que las formas de organización del trabajo hacen nocivas las condiciones laborales y afectan el funcionamiento psicológico de los individuos que desarrollan su labor en la misma. Al respecto hay testimonio de ello:

(S) “...Sí he visto que cuando pasa algo, si es groso peor, la culpa siempre es de enfermería. Hay otros actores sociales que pudieron haber actuado mal, pero socialmente siempre el enfermero tiene la culpa. Yo he visto, no en mi guardia, que las jefas vienen y te dicen, ‘son ustedes, son ustedes’ Y nosotros sabemos que no es así pero para no discutir los “culpables” siempre somos nosotros. También la falta de comunicación, no es la correcta”...

(M) “...En relación a la organización mi servicio Terapia Intensiva está organizado. Organización más arriba falla un poco, creo deberían tener en cuenta a enfermería, no sé por ahí. Se me hace que no conocen el trabajo de enfermería como que todos

⁵⁴ Dejours Cristopher “Psicopatología del trabajo. Psicodinámica del trabajo”, Texto introductorio. Vol. VII N° 1. 2011, pp. 13-16. Paris, Francia.

estamos en la 'misma bolsa'. En relación a salir en apoyo a la calle en la ambulancia...no puede el enfermero trasladar la ropa sucia ni otros insumos, tendrían que organizar, creo que a veces tenemos esos días 'cargados' por esta sobrecarga, que no es de enfermería...nos dicen 'ustedes viven quejándose', no es así esto se hace porque se siente, sino no sirve..."

En relación al comportamiento e influencia de las formas organizativas que conforman una institución en los recursos humanos que la componen, Eliot Jaques⁵⁵ distingue dos tipos: organizaciones funcionales y las que producen un entorno paranoico. En las primeras la responsabilidad y autoridad suelen ir por la misma línea y las relaciones que se establecen son de confianza, con un trato directo y desconfianza en menor nivel. Por el contrario en las segundas, la confianza mutua y la apertura son casi imposibles, generando un ambiente que obliga a los individuos y grupos a mantener comportamientos de recelo, envidia, enemistad y cerrazón, es decir, a tener conductas regresivas.

Para poder comprender esta cultura basada en el entorno paranoico, se tienen en cuenta tres tipos de factores:

- El conjunto de la organización.
- El funcionamiento de los grupos de éste.
- Las características individuales para desarrollar estilos psicopáticos o depresivos.

Estos niveles deben analizarse en sus interrelaciones, para poder comprender sus factores. Existen dos factores que se relacionan con testimonios expuestos:

- Escasez de recursos, centrado en el déficit de recursos humanos, para lograr objetivos planteados. Si existe esta escasez surge competencia. El problema surge por la distribución inequitativa de los mismos. Al respecto:

(S) "...Mucho desorden, los nuevos porque no saben y no se comprometen. Te preguntan todo el tiempo, la reposición debe organizarse, hacerse responsable de la misma... muchas veces tenés que ser 'pica sesos' para que activen..."

(C) "...Mirá acá en clínica médica, hay pocos enfermeros, eso entorpece el trabajo. Hay mucha demanda de internación y pocos enfermeros, eso entorpece la atención...es una competencia diaria un auxiliar con un licenciado o salas entre sí por la demanda de pacientes 'que le toca a ésta o aquella'. Vivimos con permanente competencia entre nosotros..."

(Cr) "...La verdad si eh falta de organización, falta de personal, falta de compromiso con lo que se hace. En la guardia haces las cosas bien pero recibís guardias donde las

⁵⁵ Jaques, E [1995] (1965) "Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutorias y depresivas" en: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

cosas no se hicieron...y recibís las quejas de los pacientes y familias...el trato que le dan cuando piden algo es como si molestaran y no debe ser así...”

Estructura defectuosa de la organización, existencia de administradores poderosos, no garantizan límites y controles de poder claro. Esto produce la diferenciación entre responsabilidades y autoridad. La delegación es ambigua o impuesta de autoridad. Hay una gran diferencia entre amplitud de responsabilidad delegada y poder real. En esta situación, se entremezclan factores organizacionales e individuales. Sirvan los siguientes testimonios como ejemplo:

(ME) “...Mirá a nosotros de última nos dan respuesta los jefes. Lo que tienen entre ellos es falta de comunicación entre ellos...porque a veces viene algún jefe y le tenés que comunicar el problema nuevamente...volver a empezar...”

(S) “...La falta de comunicación...esto que te voy a contar fue por un procedimiento médico...para los médicos vos no querés hacer las cosas. Yo me quedé con la sangre en el ojo...no hay protocolo de acción, si todo está ordenado todos sabemos que hacer...es más debería ser uno para toda la institución...”

(Mar) “...Lo negativo de trabajar a veces acá, en emergencia... qué sé yo... para mí es la política, saber quién está ‘arriba’...el acomodo viste...te dicen ‘yo vengo de parte de tal’ o ‘de parte de’... o vienen de “arriba a ver si lo atendés...eso me molesta y me canso de trabajar...”

Dejours⁵⁶ sostiene que en la actualidad el debate continúa entre diferentes disciplinas; no sólo en la ergonomía (relacionada con los esfuerzos posturales) y la medicina del trabajo, sino entre la Psiquiatría, el Psicoanálisis, la Psicología, la Psicología Social, la Antropología, la Sociología, la Historia, la Lingüística, la Economía, la Antropología, la Historia, la Sociología, la Tecnología y la Ingeniería.

3. Percepción de amenaza desde el usuario (físico y psíquico)

En la actualidad, los trabajadores de la Salud viven diferentes situaciones en las que se entremezclan demandas laborales, organizaciones inadecuadas, instituciones de salud desbordadas, faltas de recursos (tanto humanos, insumos médicos o tecnológicos). Estas situaciones impedirían brindar una atención de Salud adecuada, lo cual influiría sin lugar a dudas en la salud de los profesionales de este sector y en particular de los profesionales enfermeros.

En este contexto, se produce la interacción entre estos profesionales con todo su bagaje personal, social, familiar y la demanda de su medio laboral. Compuesto por el sujeto

⁵⁶ Dejours, C (1987) Plaisir et souffrance dans le travail. Séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail. Centre National de la Recherche Scientifique.

de atención y cuidado demandante, preocupado por su problema de salud, familiar, laboral, entre otros. Esto podría percibirse como que el profesional enfermero se encuentra bajo una situación desgastante o factores estresores, ya que debería enfrentar demandas conductuales que podrían serle difícil de sobrellevar, por lo que depende de las demandas del medio y los recursos para enfrentarlos. Sería como las discrepancias entre las demandas del medio interno y externo de percibirlos y poder enfrentarlos. Al respecto:

(ME) "...Por ahí a veces te estresas pero por la sociedad misma...está muy agresiva no sabe esperar....quieren todo ya y no se puede, por ahí el doctor indica algo y ellos están desconformes y se la agarran con los enfermeros. Por un lado la sociedad no sabe esperar, no dialoga, todo lo hace a través de 'prepotear' al otro...bueno y también la demanda, que hay... estamos desprotegidos ante una agresión o problema, nadie nos ayuda. Ni el sindicato, ni los médicos, ni nadie...tenemos que retirarnos del lugar antes que nos golpeen. Seguí trabajando como si nada pasara, pero no es así...sos un ser humano que siente, sufre..."

Cabría analizar el porqué de la agresividad de parte del sujeto de atención y cuidado; en observaciones realizadas en el área laboral pudo percibirse de parte del mismo una sensación de destrato hacia el personal de enfermería. Podría inferirse que en algún momento que necesitaron atención de salud, no se los trató o no se resolvió correctamente su problemática, no obstante, esto no justifica la agresividad, pero al no estar preparados, no saben cómo reaccionar ante una situación de maltrato; y esto contribuye a la alteración del estado emocional de los profesionales enfermeros. Otro testimonio que plasma las situaciones de violencia en las instituciones de salud:

(S) "...Respecto a las agresiones, no se debe responder igual...uno no puede responder mal ante la familia o los pacientes que están con cara de 'culo'. Porque la internación agudiza todo viste...tienen en cuenta que pagar alquileres, familias...por ahí el reclamo viene de parte del pedido del alta. Detrás de esos nervios, puede que sus hijos queden solos...no hay que responder con violencia. Si ves que son 'hinchas' voy así tienen confianza y baja decibeles. Las familias conflictivas creen que haciendo 'despelote' te atienden...tienen que sentirse seguros que los vamos a atender, no generar brechas donde no hay..."

Otro testimonio ofrece una mirada distinta sobre la misma situación, en el mismo puede percibirse un conocimiento acabado sobre la integralidad del ser humano y toda su realidad bio-psico-social:

(D) "...Acá en Maternidad y Pediatría hay mucho trabajo y no somos suficientes...entonces creo yo no le das la atención que necesitan. Algunos se quejan porque no fuiste...y no es porque no querés sino porque falta personal....no alcanzas con todo...y que se yo eso influye negativamente...porque tenés una queja. Qué se yo veo positivo cuando alguien te agradece, son pocos pero sentís que se van agradecidos

para mí... son pocos los que agradecen. Casi siempre se van con una queja... no es que tienen la obligación de agradecer, pero te hace sentir re bien eso...”

En relación al trabajo y reconocimiento Dejours⁵⁷ afirma que trabajar supone compromiso de la subjetividad, libertad y responsabilidad. Trabajar mayoritariamente es aportar a alto costo una contribución a la organización del trabajo. El trabajador a cambio recibe una retribución material. En realidad la movilización de la subjetividad y del individuo entero espera una retribución en la dimensión simbólica y no en su dimensión material. Como retribución se espera el reconocimiento, este debe distinguirse del amor. El amor alcanza a la persona al sujeto mismo, mientras que el reconocimiento esperado alcanza no sólo a la persona que trabaja sino a su trabajo.

El reconocimiento en el campo social es el trabajo: su utilidad y su cualidad; apostar a la salud mental en la medida que la identidad del trabajador es sostenida por él, se sostiene a través de la mirada del otro (M) “...somos enfermeros, no trabajamos de enfermeros, hace falta que nos reconozcan como tal...”. De aquí se entiende cuando se considera al trabajo como medio de reconstrucción.

4. Alteración de la función fisiológica (hipertensión arterial, vómitos, migrañas, mareos)

El organismo mantiene su medio interno mediante complejo mecanismo de regulación neuroendocrina⁵⁸, esto genera la defensa del organismo ante agresiones, dicho proceso le permite defenderse de cualquier tipo de agresión externa a través de una serie de cambios específicos. Hans Seyle⁵⁹ los reunió bajo la denominación stress (sufrimiento), respuesta estereotipada, ajuste de emergencia o “llamado a las armas”, respuesta común a cualquier agresión sea cual fuere su categoría. Todos aquellos individuos que reciben cualquier tipo de estímulo tanto negativa (ejemplo: un quemado, un sujeto con hemorragia, alguna situación que le genere aprensión, entre otros), como positiva (algún tipo de impresión emotiva).

Afirma este autor que todos reaccionan de la misma forma en lo referido a mecanismos fisiopatológicos, lo que varía de uno a otro es la intensidad o predominio de sus componentes y la prolongación de los efectos, lo que estaría en relación (aunque no siempre) con la naturaleza de la agresión, del estado previo del organismo y los cuidados

⁵⁷ Dejours Cristopher “Psicodinámica del trabajo y vínculo social”. Buenos Aires. 1992.

⁵⁸ Hichans, Juan (1974) *Patología quirúrgica*. 2º ed. Cap. 7 pág. 175-181. El ateneo. Buenos Aires.

⁵⁹ Seyle Hans (1974) *Le stress de la vie*. Montreal: Ed. De la Presse.

prestados. En referencia al segundo punto cabría recordar, en relación al tema central de este trabajo, las altas posibilidades que poseen los profesionales enfermeros de ser blanco directo de factores dañinos externos e internos.

Fue precisamente Seyle quien se ocupó del efecto del estrés en el individuo fisiológicamente, reconociendo también que depende de cada individuo la capacidad de afrontar los distintos estímulos externos o internos.

A lo largo de los testimonios recogidos y las observaciones realizadas, los profesionales enfermeros han manifestado diferentes afecciones que relacionan con su desempeño laboral, por su desempeño profesional, es decir, afrontar diferentes situaciones que le son propias (y muchas veces la que no le son propias) pero que se producen en el ámbito hospitalario. José Bleger⁶⁰ dice que el hospital es un lugar “altamente ansiógeno” por las diferentes situaciones que allí ocurren: tratar la enfermedad, el sufrimiento, la vida y la muerte.

Como se ha dicho párrafos anteriores, el estrés es una respuesta normal orgánica ante el peligro, en situaciones en las que el individuo se siente tenso. El organismo se prepara para combatir o huir mediante la liberación de adrenalina, hormona segregada por las glándulas suprarrenales o adrenales y que reciben este nombre por su adyacencia al extremo superior de los riñones, la que se disemina por todo el torrente sanguíneo y lo perciben los receptores especiales en distintos lugares del organismo que responden preparándose para la acción⁶¹:

- El corazón late fuerte y rápido.
- Los pequeños vasos que irrigan la piel y órganos menos críticos se contraen; para disminuir la pérdida de sangre, en caso de herida y dar prioridad al cerebro y órganos críticos para la acción (corazón, pulmones, músculos).
- La mente aumenta el estado de alerta.
- Los sentidos se agudizan.

Estas situaciones pueden ser apropiadas para salvar la vida⁶², pero pueden también convertirse en un enemigo mortal si se extiende en el tiempo. Condiciones como:

⁶⁰ Bleger José (1966) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. 1° ed. Buenos Aires-Barcelona-México: Editorial Paidós.

⁶¹ En www.monografias.com/trabajos14/estrés/shtml.

⁶² *Ibid.*

sobrecarga laboral, ambiente competitivo, tensión familiar, pluriempleo, entre otras, son circunstancias que pueden percibirse inconscientemente como amenazas, lo que lleva a la defensa, alterando el estado emocional y se sufrirían entonces consecuencias nocivas sobre todo el organismo:

- Elevación de la presión sanguínea (hipertensión arterial)
- Gastritis y úlceras de estómago o intestino.
- Disminución de la función renal.
- Alteraciones del sueño.
- Agotamiento
- Alteraciones del apetito.

Sin dejar de citar las lesiones producidas por posturas ergonómicas incorrectas (lumbociatalgias, hernias de disco, contracturas musculares). Lesiones generadas como consecuencia del traslado de personas inmovilizadas o el manejo de elementos muy pesados. Cabe consignar que las Asociaciones de Riesgo de Trabajo (ART) son quienes deben proveer de los Elementos de Protección Personal (EPP), dentro de los que se encuentran las fajas ballenadas para ser utilizadas en estos procedimientos.

En los testimonios de los profesionales enfermeros pueden observarse quiénes se sienten afectados emocionalmente por su trabajo y como son muy pocos los que “cierran la puerta del hospital y todo pasa”. Hugo Spinelli (2013)⁶³ “...La propuesta es colocar el tema del trabajo en la centralidad de cada equipo. Hablar más del trabajo y de la familia en la familia y no viceversa...”

Podría inferirse que no es una actitud fácil en la que cada individuo internalizará como pueda la misma. Lo que sí puede describirse a continuación, son los diferentes problemas de salud que los enfermeros relacionan (en su mayoría) con sus acciones laborales diarias:

(V) “...Yo trabajo con prematuros y niños, algunos desgraciadamente fallecen...bueno es la vida, ¿no?...ese es el tema que nos llevamos a casa. En mi caso, bueno pasó y me digo “quedó en manos de Dios”...en otras chica les cuesta más separar los problemas. Se lo llevan con ellas...a mí me cuesta unas horas...después ya está...se cierra la puerta de mi trabajo y suspiro...ya está...”

⁶³ Spinelli Hugo “Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina”. Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Carrasco 31. 2013.

(C) "...Si obviamente me siento estresada. Tengo artritis reumatoidea e hipotiroidismo a causa del estrés...en oportunidad que estuve como jefa de enfermería...hay momentos en los que uno no está de buen humor...pero es por el malestar que se percibe."

Cabe aclarar en relación al relato de (C), que aunque no es jefa de enfermería, continúa como coordinadora de sala con personal a cargo. Sería considerable de parte de quienes dirigen la institución evaluar la posibilidad de disminuir las citadas afecciones.

A continuación se exponen los testimonios de los profesionales enfermeros en los que podría notarse alteraciones en su medio laboral:

(MJ) "...Cuando he estado con problemas con mis compañeros y los jefes no escuchan...he sufrido gastritis...ahora estoy bien...igual trato de no llevarme problemas conmigo..."

(Ma) "...Por ahí uno si tiene un problema... explota y protesta...se enoja con todo el mundo. Pero lo normal es protestar y explotar. Yo soy hipertensa y no me cuido...tengo sobrepeso, me tengo que cuidar...Aunque por ahí uno esta estresada y con mi problema y no me cuido..."

(S) "Dolores musculares por ahí. Lo que sí algo de estrés, pero todavía se afronta...hace muy poco tuve un episodio de epistaxis (salida abrupta de sangre por nariz)...me asusté mucho. Hacía dos meses que me salía sangre, poca y no consultaba. Un día salí de una guardia nocturna, veníamos con dificultades en el área por falta de personal, llegué a mi casa y comencé a sangrar...me trajeron al hospital en ambulancia...luego me fui de baja laboral, por una semana..."

En estos testimonios pueden notarse diferentes reacciones, siempre con factores comunes: creer que si reclaman se desvían de esa "normalidad" impuesta por la institución y que no se trata ni más ni menos de intentar exponer sus puntos de vista. En apariencia, quienes estén de lado de esa "normalidad" impuesta a que refiere Dejours (1992)⁶⁴, serían quienes sufren menos esas consecuencias. Muchas veces los sujetos se ven afectados por factores laborales, pero no lo exteriorizan. Prefieren ocultarlos, ya sea porque los jefes "no escuchan" o por el simple hecho de pertenecer a ese grupo "normal" al que refiere el autor:

(P) "...Por ahí no relaciono...pero supongo que sí...cefaleas, atrasos menstruales, esas cosas...sí es todo por el estrés laboral. Solo espero que esto mejore... digo las relaciones en el trabajo

(C) "...Bueno los más frecuentes...y sí contracturas musculares, tanto por el estrés como por el esfuerzo físico que realizo...acá en terapia de adultos. Es que las camas son altas, en relación a la estatura de los enfermeros...además de la altura el peso de los pacientes...pero bueno un poco o directamente en la columna. Más allá de lo físico, lo emocional también.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 6.

(M) “...Físicamente hace dos años me hice una hernia de disco pasando una paciente de la camilla a la cama. El tema estresado, por la muerte de chicos, es difícil trabajar con chicos...”

En los diferentes testimonios pudo observarse que además de su sobrecarga laboral por la falta de personal y el aumento de las internaciones; existen otras situaciones que los atraviesan como el sufrimiento o muerte de sus sujetos de cuidado y las relaciones que establecen los profesionales de enfermería con sus familias.

5. Aislamiento, físico o emocional (áreas cerradas o aquellas situaciones en las que el grupo excluye al individuo)

Etimológicamente “aislar” significa “que una persona o cosa quede sola, separada de otras, fuera de acción de determinada cosa...”⁶⁵. Esta situación en un hospital puede originarse por áreas cerradas (Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Neonatología, entre otras) o por esas situaciones originadas en la conformación de los grupos humanos que coexisten dentro de una institución. Ambos tipos pueden transformarse en pernicioso, si el estado emocional de los individuos se ve alterada por diversas situaciones.

Dejours⁶⁶ dice que trabajar es convivir, que las reglas del trabajo o del oficio son también reglas de convivencia, con contenido ético y moral. Si estas reglas se disuelven o son violadas, la convivencia no existe y se produce la apertura a la violencia (incluido en los vínculos laborales). Al respecto (C) afirma:

“...Soy una persona que ha tenido varios conflictos por mi carácter y no he sabido cómo resolverlo...he tenido varios problemas que me han llevado a Dirección... en el trabajo se nota el poco compañerismo...”

(M) “...Sí, si me ha afectado mucho el maltrato de mis compañeros...a veces hacen catarsis con los que no discutimos...yo tengo psoriasis a raíz de mis problemas emocionales. Este último tiempo estoy muy brotada por problemas con un compañero joven y nuevo en la institución...pero bueno como decimos las ‘viejas’...siempre que llovió paró, cuestión de seguir mirando hacia adelante.”

Para que una organización de trabajo evolucione sanamente debe transformarse en un espacio de construcción, de integración, de reglas y acuerdos normativos. Esto se denomina Deontología, emparentado finalmente con el ejercicio democrático. Sin espacio democrático en el interior de la misma, las reglas se dislocan y se vuelven rígidas. Lo que

⁶⁵ Diccionario de la Real Academia Española. Dla.rae.es/?aislaras. Ed. 23ª octubre 2014.

⁶⁶ Dejours Christopher. *Psicopatología del trabajo. Psicodinámica del trabajo*. Texto introductorio. Vol. VII. N° 2011-pp 13-16.

genera que cada individuo se encuentre solo, el vínculo social se deshace. Las nuevas formas de organización privilegian la competencia generalizada, promoviendo hasta conductas desleales con sus colegas. Al respecto algunos testimonios refieren lo siguiente:

(A) "...A mí lo que me pasó es que recién hace poco pude integrarme a este equipo de terapia de niños....no podía afrontar el problema de la muerte (se quiebra y llora)...acá cada uno cumple su rol."

(Mar) "...Trato de aprender todos los días que es mejor callarte y trabajar, irte a tu casa tranquila...porque si te enojas, te calentás y te enfermas...nada cambia, se mejora...es sentir que las jefas no sienten como yo ni asumen que por ahí te lo comento porque se puede mejorar. Tenemos diferentes edades, entonces uno piensa con su edad...por ahí eso hace que uno no llegue al otro, y este piensa que vas de mala intención...de mi parte sé que no me ayudan mucho los modales, la manera que tengo de hablar, eso me perjudica un montón...prefiero no hablar."

La falta de intimidad e independencia⁶⁷, aumenta la agresividad y los sentimientos de hostilidad entre los trabajadores. Lo que produciría un número menor de contactos sociales, y reduciéndose la comunicación interpersonal. Los sentimientos de satisfacción con las situaciones sociales son menores; cuando la densidad es percibida como excesivamente elevada. Cuando esto ocurre, es esperable que en el lugar de trabajo haya falta de cooperación, aumento de competitividad y hostilidad; además de retraimiento, valoración negativa de los demás, patrones de comunicación distorsionados o aparición de conflictos. Para una mejor comprensión de tales aseveraciones se considera pertinente apoyarlas con las narrativas siguientes:

(S) "... en relación a las enfermeras viejas, tienen muchas mañas, no digo que no saben trabajar....el nuevo trae muchas cosas nuevas, falta practica pero no le faltan ganas, le falta confianza en sí mismo. A los viejos no tendrían que renegar tanto y deberían acompañar al nuevo...que sean constructivos..."

(P) "...Sí los viejos somos mejores, tenemos más experiencia...los nuevos está bien que se formen... pero los viejos sabemos más por nuestra experiencia. Por la práctica hospitalaria..."

(C) "...A veces noto que por ahí, competimos en general entre compañeros...no todos lo dicen, yo lo digo porque soy 'así' 'loca'...existen las diferencias entre auxiliares y profesionales...hablo de los nuevos...nosotros (auxiliares), en nuestro ego queremos demostrar que estamos al mismo nivel...pero no estamos al mismo nivel...esa competencia existe creo porque hay más auxiliares que técnicos recién recibidos..."

(Mar) "... ahora es 'yo estudié', 'yo sé'. Antes había más compañerismo, amasábamos tortas fritas, se compartía con todos. Ahora ponés la pava para el mate y dicen 'no las de mesa de entrada no'...a ver todos somos iguales, estamos para quien lo necesita."

⁶⁷ Mansilla Izquierdo, Fernando. En [www.psicología-online.com/ebooks/riesgos/capítulo I_3shtml](http://www.psicología-online.com/ebooks/riesgos/capítulo_I_3shtml). Taxonomía de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

Por último, a las chicas que estudian enfermería (profesional)...todos somos iguales, todos somos personas. Nadie es mejor que nadie, todos los días se aprende algo nuevo....”

Los tipos de personalidad⁶⁸ son factores predisponentes para padecer estrés. Existe un tipo de personalidad Tipo A, con mayor probabilidad de padecer esta predisposición. Son individuos con características de controlador, competitivo, hostilidad, dependencia del trabajo, suspicaz, apremiado y apremiante del trabajo. En consonancia con lo anterior (Cr) reseña:

“...yo en casa no hablo. Con ciertas compañeras que trabajan como uno...y decimos que hacemos, si hablamos nos ponemos en contra del otro grupo o de la jefa del sector, lo hablamos entre nosotros para evitar malestar. Tuve una situación con una compañera nueva, fue a gritarme por un hemocultivo delante del paciente. Yo conteste primero el paciente, después la toma de hemocultivo. Por supuesto me recalenté, no nos hablamos durante toda la guardia...después lo hablamos... ‘no tenés que gritarme delante del paciente, le dije’...yo creo que es cuestión de actitud. A los nuevos podés decirle, a los que hace mucho tiempo que están si le decís algo se ofenden, porque creen que te haces la que manda y no es así...”

En relación al tipo de aislamiento físico, es decir el que el profesional enfermero realiza sus acciones y procedimientos en áreas llamadas “crítica”. El Hospital Orellana cuenta con área de Unidad de Terapia Intensiva y Unidad de Terapia de Neonatología y pediatría. Esto significa trabajar en equipos con paciente con un grado de criticidad muy alto y altísimas posibilidades de mortalidad. En este tipo de aislamientos se suma a la situación anterior, el sonido de los respiradores, las alarmas de las bombas de infusión, los monitores, la falta de personal, largas jornadas laborales, etc. Lo que aumentaría el riesgo de alteración emocional, en mayor proporción que en otros sectores:

(A) “... acá en niños no podía afrontar el problema de la muerte (se quiebra y habla llorando)...siempre. que no puedo resolver ese problema, siento que el paciente es mío y que necesito hacer más ...no puedo ver la muerte de ellos se reflejan mis hijos... me duele el alma cuando se ‘van’...me afecta esta situación en mi cuerpo hago anginas virales a repetición, se me bajan las defensas....nunca lo había hablado recién ahora puedo expresarlo...me iba con taquicardia...recién este último tiempo empiezo a manejarlo, ya hace seis años que estoy en este lugar y recién ahora puedo manejarlo...”

(M) “...muchas veces tenemos que estar más de 6 horas, como te diría los diferentes casos, personas que nos toca atender eh eso lleva a una carga emocional. A veces tenemos gente joven, no quiere decir que la gente mayor no nos importa... y nos choca más emocionalmente la gente joven... nosotros nos apoyamos entre nosotros mismos...digo entre compañeros. Los enfermeros necesitamos que nos escuchen más y nos reten menos... innecesariamente. Que nos acompañen en otras cosas con un ‘gracias’...o ‘chicas hicieron las cosas bien... se siente que estamos muy solos y

⁶⁸ En www.oujaen.es/sites/default/files/users/prevención/estrés_laboral/pdf.

nos contemos entre nosotros'...todos llevamos la misma carga (terapia de niños y adultos)...se trata de ponerse un escudo...a veces se puede a veces no..."

El trabajo de enfermería dentro de una institución, determina derechos y obligaciones. Si bien los reconocen y detallan, tanto en la Ley de ejercicio profesional nacional 24.004 y su adherente provincial Ley 12.245; como el perfil del profesional enfermero detallado en páginas anteriores; la realidad no pareciera mostrar que esto es así. En los testimonios obtenidos, puede notarse expresiones de sobrecarga laboral, falta de comunicación, en casos falta de contención emocional (de parte de sus jefes) y políticas institucionales impuestas, que generarían descontento en el colectivo profesional.

La Unidad de Terapia Neonatológica, tiene un "plus", que aumenta el riesgo de los profesionales enfermeros, el profesional médico de guardia no se encuentra en el área. Ya que por normas organizacionales debe encargarse de otra área de internación pediátrica, esto en algunas profesionales genera cierto malestar (A) "...nosotros acá en Neo no tenemos médico permanente, eso hace que la distancia sea mayor..." Además de referenciar "...falta más trabajo en equipo con ellos..."

En las observaciones del área laboral pudo notarse cierta sensación de "elitismo", manifestado por los profesionales de otras áreas. Pareciera como que el trabajo en áreas cerradas, daría una sensación de "jerarquía" dentro del mismo colectivo. Esto podría transformarse en un factor más que aumentaría el aislamiento físico de los profesionales que se desempeñan en estas áreas.

6. Efectos bloqueo en los intereses (resistencia a cambios)

Fernando Ulloa⁶⁹ se refiere a un malestar social que podría decirse se ha naturalizado dentro de las organizaciones laborales en general "...refiere a un mal humor crónico que genera fatiga crónica...". Este estado podría generar un estado de resignación, que se acentuaría, transformándose en resistencia ante nuevos cambios, nuevas situaciones impuestas en el área laboral; a través de políticas institucionales. Probablemente esto podría significar que sentirían la necesidad de ser escuchados o de pedir su opinión. Organizarse, aportar nuevas ideas, para modificar esas nuevas normas; que tienen como fin generar nuevas situaciones laborales y que son creadas por quienes dirigen la organización de salud. Esta resistencia de parte de los profesionales enfermeros puede fundamentarse en que son

⁶⁹ 24 Ulloa Fernando. Cultura de la Mortificación y proceso de Manicomialización. Buenos Aires: Cátedra Tausk. 2008.

ellos quienes están 24 horas al día aplicando cuidados, conocen la realidad de cada sujeto de cuidado y su entorno familiar, además de conocer perfectamente la forma de diagnosticar y tratar de los profesionales médicos. Podría inferirse que la resistencia puede fundarse en la obligación de cambio y no en el respaldo ante ciertas situaciones que se generan por falencias desde la organización laboral, en referencia a lo anterior (A) nos dice:

“... es difícil pelear un lugar en salud, donde no somos reconocidos como tales... no se reconoce título, capacitación... eso hace falta que apoyen la capacitación... formar un ámbito de formación... falta reconocimiento como profesional...”

En las organizaciones de Salud, la resistencia al cambio se produce como en cualquier otra organización, la diferencia podría tratarse de que como en el hospital el eje central es el cuidado de la salud de los seres humanos, existirían altas posibilidades de resistencia al cambio y una tendencia a mantener el statu quo.

En las observaciones del área laboral, pudo notarse el malestar producido por rotaciones innecesarias a otros sectores, el ingreso de nuevos compañeros y la forma en que corporativamente se forman subgrupos en contra del “nuevo”. *Off the record* algunos de los entrevistados manifiestan “...te ponen directivas de usar un trapo en la cabeza (cofia) y fíjate somos nosotras las que tenemos que enseñarles, no viene ningún jefe a ver cómo trabajan...” Estas situaciones se han repetido a través del tiempo, al menos en el Hospital Orellana, así lo manifiestan las profesionales con más de treinta años de servicio, quienes *off the record* (ya que no quieren involucrarse), manifiestan “...tienen que pagar derecho de piso, dura hasta que finalmente se los acepta o aparece otro nuevo...”

Uno de los factores que se repiten en los testimonios es la falta de comunicación desde la Dirección, la transversalidad de las jefas de enfermería. La atención a tales advertencias sería un factor fundamental para introducir cambios en las organizaciones⁷⁰. No obstante, la resistencia al cambio sería un proceso natural que puede vencerse más rápido si se enfatiza en las competencias de cada uno. En lugar de oponerse a estos cambios, tratar de incorporarlos más lentamente, ya que podrían existir situaciones que serían posibles cambios positivos, en favor de los profesionales enfermeros.

⁷⁰ En www.gestiondeenfermeria.com/resistencia-al-cambio.

Cuenca Álvarez⁷¹ define rol y hábito sobre los problemas que derivan del rol laboral y organizacional; que se otorga a cada individuo al ingreso y se evalúa desde dos cuestiones:

- Ambigüedad de rol: producido cuando se da al trabajador una inadecuada información sobre su rol laboral u organizacional.
- Conflictividad de rol: se da entre roles, cuando existen demandas de trabajo conflictivos o que el individuo no desea cumplir. Los conflictos pueden darse entre las demandas de la organización y los valores, y propias creencias. Conflicto entre obligaciones de distinta gente y conflictos entre tareas muy numerosas y diferentes.

Al respecto, tengan en cuenta los siguientes relatos:

(Cr) "...las nuevas no son como nosotras las viejas...tender camas, mirar la medicación si se vence, limpiar la mesada...todo eso lo hace la más viejas... saben pero no lo hacen ellas dirán 'que lo hagan ellas' y si lo hacemos...pero las chicas nuevas saben hacerlo...no lo hacen..."

(M) "...no puede el enfermero trasladar la ropa sucia ni otros insumos...tendrían que organizar...creo que a veces tenemos esos días 'cargados' por esta sobrecarga que no es de enfermería..."

(M) "...con los cambios de área me he sentido mal...no es lindo rotar por todos los servicios...aunque al principio te enoje...me hizo bien, aprendí mucho...aunque me enojé porque me sacaban de mi lugar."

En los testimonios y las observaciones en el área laboral, se puede notar un reclamo no verbalizado de parte de los profesionales enfermeros, reclamo dirigido a quienes dirigen el Orellana y hasta a los propios jefes de enfermería sobre el significado del concepto "cuidar". Probablemente, debiera ser este el momento en el que deban unirse como colectivo profesional y comenzar a construir una verdadera identidad enfermera. No sólo resistirse y desgastarse psíquica y físicamente, sino lograr espacios más preponderantes dentro de los equipos interdisciplinarios de salud.

⁷¹ Cuenca Álvarez, Rosa. "Concepto de riesgos psicosociales". Centro Nacional de Nuevas Tecnologías- INSHT. Madrid. 2002.

7. Presión grupal

En el análisis entre los tres niveles de la cultura del entorno paranoico y sus interrelaciones que fundamenta Jaques⁷², hay dos factores que asemejarían con la ausencia de liderazgo en la supervisión de enfermería:

- Líderes incapaces: se vuelven desconfiados, incapaces, falsos, en su intento de protegerse de sus subordinados. Convertidos en autoritarios con sus subordinados y aduladores serviles con sus superiores. Este tipo de liderazgo genera procesos regresivos de tipo paranoide y antisocial.
- Traición y delación: al aumentar el temor a represalias, los controles morales se deshacen en esa lucha por la supervivencia.

Esto generaría malestar, el no saber a quién recurrir si existen reclamos casi de urgencia y que influyen en todo el colectivo profesional, por ejemplo: la falta de personal. Si bien en el Hospital Orellana el recargo de horas no es obligatorio, algunos profesionales cubren las mismas, motivados como se ha expresado con anterioridad por la situación económica de cada uno y por otro lado, como manifestaron *off the record* "...sino cubro quién lo va a hacer..." o "...si no cubrís después si necesitas un día te ponen cara larga...". O expresiones como "...la falta de colaboración con el Hospital, como que no te pones la camiseta..."

En referencia a este último párrafo, la autoestima⁷³ del individuo estigmatizado por no "recargarse", puede verse amenazado como consecuencia de los prejuicios y la discriminación de la consciencia del ser. El que es evaluado negativamente por los otros miembros del grupo; y por el hecho de que cuando se comparan con otras personas concluyen en que se ven en desventaja ante los demás. Esto podría ser un generador de sensaciones de incertidumbre e inseguridad, frente a los "normales" (que serían quienes, aunque no estén de acuerdo "colaboran").

Una vez más la falta de personal influiría en el malestar del ambiente laboral, pues existen demandas de tareas que si bien quienes dirigen la institución hospitalaria están al

⁷² Jaques, E. [1995] (1965). "Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutorias y depresivas" en: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires. Paidós.

⁷³ Gil-Monte, Pedro R. "Burnout Syndrome: síndrome de quemarse por el trabajo, ¿desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones. Vol. 19- N° 2 Págs. 181-197. 2003.

tanto, no ofrecen soluciones para ello. Al respecto algunos testimonios de los profesionales dan cuenta de ello:

(J) "...mirá se trabaja a demanda, Trenque Lauquen está muy grande...nada que ver con unos años atrás. Mucha gente, mucha internación y no hay personal...no damos a "basto"...me siento respaldado por "cierta" jefa...siento más *feeling* que con "otra"..."

(P) "...faltaría más personal, que no nos presionen tanto. Acá en Clínica Médica tenemos el noventa por ciento de internaciones...sentimos mucha presión. El 'reto' de las supervisoras por la gente que se queja...que si hubiera más gente trabajando...esto no ocurriría..."

(D) "...acá en Materno Infantil somos dos por turno...hay mucha demanda....por ahí a veces no alcanzas a dar los cuidados necesarios, tanto a la mamá como al niño..."

El objeto de estudio de la ciencia enfermera es cuidar, cuando las condiciones del medio laboral no son adecuadas, o mejor aún como en estos casos la asignación de recursos humanos no es la correcta, difícilmente pueda cumplirse el objetivo propuesto. Es decir, cuando los profesionales enfermeros no se asignan de acuerdo al nivel de dependencia del sujeto de cuidado y la premura parecería ser sólo el cubrir la guardia. A continuación testimonios de profesionales enfermeros de áreas consideradas como críticas, darían cuenta de lo aseverado con anterioridad:

(MJ) "...lo negativo acá en la Neo es la falta de personal...con los jefes...yo lo planteo a veces me dan bolilla... a veces no. Hago catarsis...sí por ahí con algún compañero..."

(F) "...con respecto a los compañeros...somos seres humanos. Tenemos días buenos y días malos...tenemos que recargarnos para poder vivir...por esto que los enfermeros no estamos bien pagos, ni reconocidos socialmente... genera más estrés en el ambiente laboral...ha habido compañeros que han tenido roces y eso afecta al grupo."

Bleger dice que todas las instituciones tienden a homogenizar a sus miembros⁷⁴, a una estereotipia espontánea y fácilmente contagiosa. Esto se produce de acuerdo con las estratificaciones de mando; de forma tal que al *status* superior se le vea facilitada la tarea de mando. Esta sería la razón por la que los conflictos de quienes dirigen la referida institución se canalizan y actúan en niveles inferiores. En otros términos, el más vaciado o deshumanizado, en una palabra el más dependiente. A lo que habría que agregar que se debería cambiar el concepto de que el hombre pertenece a la institución por la institución pertenece al hombre.

⁷⁴ Bleger, José (1966) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. 1º Ed. Cap. I., pp. 89-96. Buenos Aires-Barcelona-México: Paidós.

Por último, se ha considerado necesario reconocer que otro problema institucional (por cierto fue muy citado por los entrevistados) consiste en el retorno de altas y el aprovechamiento de camas, lo que se relaciona con una necesidad inconsciente de parte del médico de retener a “sus sujeto de atención”, y por parte de éstos su necesidad de ser retenido en función de su dependencia.

8. Frustración

La teórica de enfermería Joyce Travelbee⁷⁵ considera al sufrimiento como una sensación de malestar que puede quedar representada en un contínuum que oscilará desde un sentimiento transitorio de desagrado hasta la indiferencia apática.

Los profesionales enfermeros deben luchar también contra el agotamiento nervioso⁷⁶ que resulta del estrés y uno de los factores principales del referido agotamiento es la falta de personal. Cuando un profesional enfermero no puede ofrecer el adecuado cuidado a un paciente porque está sobrecargado laboralmente acumula estrés. Ahora bien, si trata de solucionar este déficit dejando de descansar mientras trabaja o trabajando horas extras, lo único que logrará es un mayor nivel frustración.

Como parte del equipo de salud, los profesionales enfermeros permanecen en contacto directo con el sujeto de cuidado y su entorno familiar⁷⁷; tanto al principio como al final de la vida. Ya que estas situaciones, se dan mayoritariamente dentro de las instituciones de salud. El sujeto de cuidado y su entorno familiar se aferran al profesional estableciendo una relación en la que buscan apoyo y compasión para afrontar angustias, sentimientos presentes y futuros relacionados con su salud. Al respecto:

(N) “...a veces las situaciones difíciles de acá (neonatología) cuando los papas pierden a sus hijos...luchar quince días por ese bebé y sin embargo muere, eso te genera una situación fea, la pasas mal...”

(S) “Sí, particularmente un joven de 18 años, derivado de otra institución...llegó en estado terminal de su enfermedad, yo hubiese querido estar al inicio de esa enfermedad...no sé, creo podría haberse mejorado su calidad de vida y no recibirlo en ese estado...eso me marcó...el médico que lo recibió estaba desconsolado... y nosotros ni hablar...”

⁷⁵ Marriner Tomey, A. y Railey Alligood, M. (2011) Modelos y Teorías de Enfermería. 7° Ed. Madrid: Elsevier Ed.

⁷⁶ Biblioteca en línea www.ol.jworg.es/wol/dr4/lp-5/102000802. “La importante labor del personal de enfermería”

⁷⁷ 32 Carmona Berrios, Zoraida y Elena Bracha de López, Cira Elizabeth. “La Muerte, el Duelo y el equipo de salud”. Revista de Salud Pública. 2(2): pp. 14-23. Diciembre 2008.

(C) "...los pacientes oncológicos son especiales...parece que te piden a gritos que hagas algo para salvarlos... otros se entregan y no quieren vivir más... en el caso de esta chica, estaba aferrada a la vida y yo quedé muy afectada..."

(M) "...la muerte de un bebé de un año y tres meses, hace dos o tres años. Todavía no puedo recuperarme...porque uno se identifica con ciertos pacientes, establece un vínculo muy particular. En general la muerte siempre te afecta...pero más son los que estableces ese vínculo particular..."

El contacto diario del profesional enfermero con la vida y la muerte⁷⁸, lo lleva necesariamente a enfrentarse consigo mismo y a no perder de vista la visión holística al realizar esa introspección. Al respecto (C) recuerda:

"Fundamentalmente un "chiquito" de 16 años, tuvo un accidente de tránsito. E iba a trabajar en moto y se choca con un camión de basura. Iba a trabajar, no estaba drogado ni alcoholizado, ni nada. Fallece a las 48 horas 'muchísima angustia'...Tanto por el sufrimiento del nene y la reacción de la mamá. Hasta el día de hoy me acuerdo y pasaron alrededor de tres años. Cualquier muerte es dolorosa, pero siempre duele más, la muerte joven, que la del anciano que es la ley de la vida...Sí angustia cuando me acuerdo y veo a la mamá en otro lugar (se quiebra y llora, no quiere hablar más)..."

Kübler-Ross⁷⁹ señala que observar la muerte de un ser humano nos hace conscientes de la finitud de la limitación de nuestra propia vida como lo demuestran los siguientes testimonios:

(M) "...tuve la mala experiencia de perder en 2010 a una compañera colega, era mi amiga (sus ojos se llenan de lágrimas)...eso me costó mucho, hoy me cuesta todavía (su voz baja denota la angustia al recordar)...tome muchas cosas de ella. Perderla con 33 años, hoy yo con 41 me digo Dios me regaló 10 años más, por eso disfruto la vida, valoro lo que tengo, creo que cada día lo tengo que tomar como un regalo, en honor a esa amistad que se fue...y obvio por cada paciente que tiendo, y que le doy lo mejor de mí...que me debo equivocar, seguro...pero que le pongo onda ni lo dudes..."

(D) "...el estrés que te genera asistir un niño grave. Ni te cuento si fallecen. A mí me deja mal. No puedo dormir, estoy todo el tiempo pensando en lo que pasó. Aunque quieras olvidarlo...y bueno eso te estresa..."

Respecto al sufrimiento, Christopher Dejours⁸⁰ lo designa en una primera aproximación como el campo que separa la enfermedad de la salud, concibiéndolo como noción válida de la Psicopatología del Trabajo. Dice además que entre el hombre y la organización prescripta del trabajo hay a veces un espacio de libertad que autoriza una intervención del operador sobre la organización laboral para adaptarse a sus necesidades.

⁷⁸ *Ibid.* p. 32.

⁷⁹ Kübler-Ross, E. (2006) *Sobre la Muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. 2º Ed. México. México: Ed. Del Bolsillo.

⁸⁰ Dejours, Christopher (1994) Nota de trabajo sobre la noción de sufrimiento. Universidad Nacional de Buenos Aires- Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedra del Prof. Ferraras.

Cuando esta negociación es llevada al extremo y cuando la relación hombre-organización del trabajo se bloquea, comienza el dominio del sufrimiento y la lucha contra el mismo. Aseverando que cuando esto ocurre lo que queda es la adaptación del hombre al sufrimiento: terreno propicio de las defensas contra semejante situación.

Partiendo de la base de que la aceptación de la muerte de un sujeto de atención⁸¹ no se condice con el objetivo esencial de la profesión: consistente en el cuidado y la de la salud y la vida, probablemente sea este el punto en el que cuesta afrontar esta situación. Existen casos de enfermedades terminales en los que se hace cuanto se puede y más para tratar de curar; en vez de poner toda esa energía en mejorar la calidad de vida. Al respecto (M) relata:

“...yo creo que nosotros los enfermeros, siempre sienten que podrían haber hecho más, uno trata de hacer todo en equipo...hasta los médicos nos consuelan y te dicen está todo bien...”

Pareciera entonces que los profesionales enfermeros entrevistados, relacionan el sufrimiento con sus sujetos de cuidado” y toda la energía que aplican para “sacarlos”. Podrían existir otros factores (falta de organización, falta de personal, entre otros), que también se relacionan con el sufrimiento laboral, pero sin lugar a dudas lo que más “sufren” pareciera ser la muerte de quienes tienen que cuidar.

⁸¹ Belhman Rodríguez, Rafael (2014) Antropología y Enfermería. Narrativa del sufrimiento y el dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios. Universidad Fernando Pessoa. Porto Alegre.

Conclusiones

En base a las teorías descritas en el marco referencial de este trabajo, a los datos empíricos analizados, reelaborados y contruidos, y atendiendo a su núcleo problemático, se puede concluir que existen una constatable influencia de los factores estresores físicos y psíquicos en la salud de los enfermeros del Hospital Orellana de la ciudad de Trenque Lauquen que generan en los profesionales que desarrollan su labor profesional en la misma un impacto negativo que se manifiesta tanto desde lo físico, como a nivel psíquico y emocional.

En este sentido, se podrían mencionar ciertas derivaciones psicofísicas que son las manifestaciones más frecuentes en los profesionales enfermeros, a saber: contracturas, angustia, lesiones músculo-esqueléticas, ansiedad y resignación, accidentes corto punzantes, entre otras afecciones, elementos que coadyuvan a exacerbar el malestar, generando un sentimiento de desborde por exceso de responsabilidad.

Si tenemos en cuenta que en la praxis profesional enfermera, la organización es gestionada por un departamento de enfermería, conformado por jefes de servicios y supervisores generales por turno, y que los testimonios emanados de las entrevistas realizadas a sus subordinados se pone de manifiesto ciertas falencias en cuanto a la distribución, orientación y capacitación del personal por parte de la jefatura, generando en dichos profesionales “sobrecarga laboral”, y por tanto, agotamiento psíquico y físico.

En otro orden, los informantes también resaltan el hecho de que diariamente se ven recargados en sus tareas, tanto por el número de sujetos de atención a cargo como por el impacto psicológico que supone el atender a los mismos. La sobrecarga diaria de trabajo imprime en el profesional una sobrecarga mental que implica un estado de alerta constante que, sumado al cansancio y la fatiga, produce estrés, el cual si se prolonga en el tiempo conduce a la extenuación del trabajador y, por ende, al sufrimiento físico y mental que puede dar origen a diversas patologías a las que se ha hecho referencia con antelación. Sin embargo, paradójicamente, los profesionales refieren sentirse reconocidos, valorados y respetados, tanto por el equipo interdisciplinario como por los sujetos de atención y la familia.

En consonancia con lo anterior, otro aspecto relevante emergió es que todas las áreas presentan déficit en la asignación de personal y la falta de compromiso por parte de

los jefes y supervisores en la formación y capacitación de los nuevos profesionales en el servicio.

Desde otra perspectiva, del diálogo que se establece entre la teoría y la empírea se ha podido significar la tarea del enfermero, al implicar una actitud que aparenta y pretende ser neutral en cuanto a sus emociones y sentimientos, ya que tiene la responsabilidad, ante momentos estresantes (como urgencias o la muerte), de contener al sujeto de atención y la familia. De esta manera, el trabajador debe mantener una actitud, que como ya se ha dicho con anterioridad, si no es canalizada y atenuada puede convertirse también en fuente de estrés. En varias oportunidades de las entrevistas se hizo referencia a que no tienen contención por parte de las instituciones, y que su “vía de descarga” es con los propios compañeros de trabajo y/o la familia, situación que puede, por un lado producir un círculo inagotable de sufrimiento y por el otro un desgaste en las relaciones interpersonales. Para esto proponen que sería importante y saludable la creación, por parte de las instituciones, de un gabinete psicológico, que permita al profesional plantear las situaciones que le causen estrés. Dichos espacios pueden ser de modalidad grupal o individual, pero implicaría un espacio supervisado por un profesional, el cual le brinde contención, donde los enfermeros puedan plantear los hechos a los que sus prácticas diarias los enfrentan y que en muchas ocasiones generan un sufrimiento psíquico que por acumulación se puede traducir en el cambio de la atención brindada.

Los síntomas que se presentan son: preocupación, inseguridad, ansiedad, dificultad para tomar decisiones, miedo-temor, pensamientos negativos sobre uno mismo, dificultades para pensar/estudiar/concentrarse, etc., diaforesis, taquicardia, gastritis, colitis, sequedad de boca, cefalea, fumar, comer o beber en exceso, ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudeo.

Por último, se puede concluir que el estrés genera tanto consecuencias positivas como negativas. Mientras que entre las primeras podrían plantearse las siguientes: prepara al organismo para enfrentarse a situaciones nuevas, favorece la percepción de las situaciones que se presentan, posibilita actuar de manera más rápida y vigorosa, motivando a las personas a ser más productivas, constituye un mecanismo necesario para la supervivencia y permite la adaptación del organismo al medio. Como consecuencias negativas podría referir que: pone en marcha una gran cantidad de recursos del organismo,

genera un desgaste importante para el organismo, si se repite con excesiva frecuencia, intensidad o duración, se verá reflejado en el organismo en la aparición de enfermedades o patologías, por lo que impide el normal desarrollo y funcionamiento de la persona.

Bibliografía

- Arrúa, Marta Medicina Legal IPS. En www.monografias.com/trabajos15/causas-del-estrés-y-ausentismo-laboral/causas.Shtml.
- Basset Machado, Ihosvany y otros (2011) “Estrés laboral y personal en los recursos humanos de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría en México, D. F”. Revista Enfermería Neurológica (México). Vol. 10, N° 1: 27- 31.
- Belhman Rodríguez, Rafael (2014) Antropología y Enfermería. Narrativa del sufrimiento y el dolor. La formación para la expresión y comprensión emocional de los profesionales en los espacios sanitarios. Universidad Fernando Pessoa. Porto Alegre.
- Berger, P. y Luckman T. (1993) La construcción social de la realidad. Bs. As.: Amorrortu.
- Bion, W. R. (1991) Experiencia en Grupo. México: Paidós.
- Bleger José (1966) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. 1º ed. Buenos Aires-Barcelona-México: Editorial Paidós.
- Bourdieu y Passeron. (1972) La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Barcelona: ED. Laia.
- Bourdieu, Pierre (1997) Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama.
- Cárcamo Vásquez, H. (2005) Hermenéutica y Análisis Cualitativo. Cinta de Moebio, (23) En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102306>.
- Carmona Berrios, Zoraida y Elena Bracha de López, Cira Elizabeth. “La Muerte, el Duelo y el equipo de salud”. Revista de Salud Pública. 2(2): pp. 14-23. Diciembre 2008.
- Castells, Manuel (1999) La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 3. Fin de milenio. Madrid: Editorial Alianza.
- Castoriadis, Cornelius (1975) La Institución Imaginaria de la Sociedad. Madrid: ED. Tusquets.
- Castro, J. J.; Maya, J. G. (2009) “Relación entre presencia de estresores laborales y aparición de estrés laboral en el personal de Enfermería”. www.enfermería.fem.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/castro_juan_josé.pdf.
- Collière Marie Françoise (1996) Promover la vida. Madrid: Mac. Graw Hill-Interamericana.

- Corvalán Mezzano, Alicia N. (compiladora) (1998) *Institucionalistas trabajando*. Buenos Aires: EUDEBA. Facultad de Psicología. UBA.
- Cuenca Álvarez, Rosa. "Concepto de riesgos psicosociales". Centro Nacional de Nuevas Tecnologías- INSHT. Madrid. 2002.
- Dejours, Chistopher "Psicodinámica del trabajo y vínculo social". Buenos Aires. Revista Actualidad Psicológica, nº 274. Marzo 2000.
- Dejours, C (1987) *Plaisir et souffrance dans le travail*. Séminaire interdisciplinaire de psychopathologie du travail. Centre National de la Recherche Scientifique.
- Dejours, Cristopher. (2009) *Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal*. Madrid: Modus Laborandis.
- Dejours, Cristopher (1994) *Nota de trabajo sobre la noción de sufrimiento*. Universidad Nacional de Buenos Aires- Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedra del Prof. Ferraras.
- Dejours, Ch. (1998) *El factor humano*. Buenos Aires: Ed. Lumen Humanitas.
- Del Hoyo Delgado, María A. (2004) *Estrés laboral. Documentos divulgativos*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Díaz, E.; López, R. y González, M. "Hábitos de alimentación y actividad física según turnicidad de los trabajadores de un hospital". *Enfermería Clínica*. 2010; 20 (4) pp. 229-235.
- Durkheim, Èmile (1987) *Las reglas del método sociológico*. Madrid: Akal.
- Gil-Monte, Pedro R. "Burnout Syndrome: síndrome de quemarse por el trabajo, ¿desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones. Vol. 19- Nº 2 Págs. 181-197. 2003.
- Gómez Ortiz, Lazarus y Stanley, Richard (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología* [en línea] 2005, 37. Disponible en ><http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537111>>155N0120-0534.
- Gutiérrez, Alicia. (1994) *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. y Baptista, Lucio P. (2004) *Metodología de la Investigación*. 4º Ed. Mc Graw Hill Interamericana, México.

Hichans, Juan (1974) *Patología quirúrgica*. 2° ed. Cap. 7 pág. 175-181. El ateneo. Buenos Aires.

Jaques, E [1995] (1965) “Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutorias y depresivas” en: *Nuevas direcciones en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Kérouac, S. y col. (1996) *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Ed. Masson, S. A.

Kübler-Ross, E. (2006) *Sobre la Muerte y los moribundos. Alivio del sufrimiento psicológico para los afectados*. 2° Ed. México. México: Ed. Del Bolsillo.

Lazarus, Richard S. (1966) *Psychological stress and the coping*. New York: McGraw Hill.

Leyva Ramos, Miguel (2010) *Apuntes de Cátedra Sociología*. Departamento Pedagógico de Enfermería. FCSySS. UNMdP.

López Alonso, S. R. “Implicación emocional en la práctica de la enfermería” [rua.vva.es/dspace/bstream/10045/5120/1/oc_07-08.20pdf.172.cultura de los cuidados](http://rua.vva.es/dspace/bstream/10045/5120/1/oc_07-08.20pdf.172.cultura%20de%20los%20cuidados).

Neira, María del Carmen (2004) *Cuando se enferman los que curan: estrés laboral y burnout en profesionales de la salud*. 1° ed.- Buenos Aires. Editorial del Autor.

Mansilla Izquierdo, Fernando. En [www.psicología-online.com/ebooks/riesgos/capitulo I_3shtml](http://www.psicología-online.com/ebooks/riesgos/capitulo%20I_3shtml). Taxonomía de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

López Mena, Luis y Javier y Campos, A. Evaluación de factores presentes en el estrés laboral. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. 11, N° 1, 2000, pp.149-165.

Marriner Tomey, A. y Railey Alligood, M. (2011) *Modelos y Teorías de Enfermería*. 7° Ed. Madrid: Elsevier Ed.

Marriner Tomey, A. (2009) *Guía de Gestión y Dirección de Enfermería*. 8° Ed. Madrid: Ed. Elsevier.

Maslach, Cristina y Jackson, S. (1986) “Burnout Inventory”. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Meza- Benavidez, M. A. “Estrés laboral en profesionales de Enfermería: Estudio sobre evaluación cognoscitiva y afrontamiento”. www.binass.sa.cr/revistas/enfermeria/v25n1/7.pdf;

Pichón Riviere, E. (1970) *Grupos operativos y enfermedad única. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Polit, D. y Hungler, B. (1997) *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. 5° ed. México: Mc. Graw- Hill Interamericana.

Punset, E. La dosis justa de estrés. En www.eduardp.es/wp-content/uploads/.../20_muy.pdf. Consultado el 15 de mayo de 2016.

Ramírez- Elizondo, Noé; Paravic-Klija, Tatiana y Valenzuela Suazo, Sandra. “Riesgo de los turnos nocturnos en la Salud integral del profesional enfermero” Index de Enfermería. Vol. 22.no 3. Granada. Jul-set-2013.

Seyle, Hans (1974) El estrés de la vida. Montreal: De la Presse.

Spinelli Hugo “Las dimensiones del campo de la Salud en Argentina”. Salud Colectiva. Universidad Nacional de Lanús. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Carrasco 31. 2013.

Taylor, S. J., Bogdan, R. (1992) Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Madrid: Paidós.

Tonon, G. (2003) Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome de burnout. Buenos Aires: Espacio.

Ulloa, Fernando (2008) Cultura de la Mortificación y Proceso de Manicomialización. Buenos Aires: Cátedra Tausk.

Vasilachis de Gialdino Irene (coord.). (2007) *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Ed. Gedisa. Biblioteca de Educación.

Anexos

Anexo N° 1 Consentimiento informado

Estimada/o, estoy trabajando en un estudio de investigación que tendrá como escenario vuestro área laboral. El objetivo del presente trabajo es la elaboración de mi tesis de grado, para la obtención del título Licenciada en enfermería. Carrera que me encuentro cursando en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El objetivo de la presente es poder determinar qué factores laborales influyen en la aplicación de los cuidados enfermeros. La colaboración ante este requerimiento es de una libertad absoluta.

La técnica utilizada será entrevistas abiertas, en las que se le planteará una pregunta y contestaran o no a este requerimiento, además de la observancia de su desempeño laboral, en oportunidades no programadas.

Los datos aportados, se incluirán en la producción de mi tesis, serán tratados como confidenciales solo, a modo de estructura general de la misma, se nominalizaran con la primer letra del nombre de pila.

Solicito que los datos aportados sean de su total sinceridad, para ser tratados como corresponden. Intentando identificar el objetivo planteado. Los mismos serán analizados luego, para el establecimiento de estrategias para el abordaje profesional adecuado.

La firma al pie de la presente, autoriza a la realización de las entrevistas, y serán archivados bajo mi reserva absoluta.

Muchas gracias por su colaboración

.....

Firma autorización

Anexo N° 2 Ejercicio de la Enfermería

Ley N° 24.004

Concepto y Alcances. Personas comprendidas. Derechos y obligaciones. Registro y matriculación. Autoridad de aplicación. Régimen disciplinario. Disposiciones Transitorias y Varias.

Sancionada: Setiembre 26 de 1991.

Promulgada: Octubre 23 de 1991.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc.

Sancionan con fuerza de Ley:

Ley de ejercicio de la enfermería

Capítulo I

Concepto y alcances

ARTÍCULO 1° — En la Capital Federal y en el ámbito sometido a la jurisdicción nacional el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTÍCULO 2° — El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

ARTÍCULO 3° — Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

- a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;
- b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de enfermería, planificado y dispuesto por el nivel profesional, y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud.

A esos efectos la autoridad de aplicación tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

ARTÍCULO 4º — Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería.

Los que actuaren fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal.

Asimismo las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

Capítulo II

De las personas comprendidas

ARTÍCULO 5º — El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado sólo a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas reconocidas por autoridad competente;
- b) Título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, o instituciones privadas reconocidos por autoridad competente;
- c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

ARTÍCULO 6º — El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que posean el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad

competente. Asimismo podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros, el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la Legislación vigente en la materia.

ARTÍCULO 7° — Para emplear el título de especialistas o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

ARTÍCULO 8° — Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el ARTÍCULO 12 de la presente.

Capítulo III

De los derechos y obligaciones

ARTÍCULO 9° — Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería.

- a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente ley y su reglamentación;
- b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación;
- c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica;
- d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inc. e) del artículo siguiente.

ARTÍCULO 10. — Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

- a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza;
- b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte;
- c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias;

- d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta ley y su reglamentación;
- e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación;
- f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la Legislación vigente en la materia.

ARTÍCULO 11. — Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que entrañen peligro para la salud;
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana;
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad;
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria;
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaño del público.

Particularmente les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

Capítulo IV

Del registro y matriculación

ARTÍCULO 12. — Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, la que autorizará el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

ARTÍCULO 13. — La matriculación en la Subsecretaría de Salud implicará para la misma el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta ley.

ARTÍCULO 14. — Son causa de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado;

b) Sanción de la Subsecretaría de Salud que implique inhabilitación transitoria.

ARTICULO 15. — Son causa de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado;
- b) Anulación del título, diploma o certificado habilitante;
- c) Sanción de la Subsecretaría de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad;
- d) Fallecimiento.

Capítulo V

De la autoridad de aplicación

ARTÍCULO 16. — La Subsecretaría de Salud, será la autoridad de aplicación de la presente ley, y en tal carácter deberá:

- a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente ley;
- b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados;
- c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas carentes de títulos, diplomas o certificados habilitantes, o no se encuentren matriculados;
- d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente ley le otorga.

ARTÍCULO 17. — La Subsecretaría de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistida por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

Capítulo VI

Régimen disciplinario

ARTÍCULO 18. — La Subsecretaría de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16 con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

ARTÍCULO 19. — Las sanciones serán:

- a) Llamado de atención;

- b) Apercibimiento;
- c) Suspensión de la matrícula;
- d) Cancelación de la matrícula.

ARTÍCULO 20. — Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias previstas en esta ley por las siguientes causas:

- a) Condena judicial que comporte la inhabilitación profesional;
- b) Contravención a las disposiciones de esta ley y su reglamentación;
- c) Negligencia frecuente, o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

ARTÍCULO 21. — Las medidas disciplinarias contempladas en la presente ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el establecido en el título X — artículos 131 y siguientes— de la ley 17.132.

ARTÍCULO 22. — En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos.

Capítulo VII

Disposiciones transitorias

ARTÍCULO 23. — Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas, sin poseer el título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5º y 6º, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

- a) Deberán inscribirse dentro de los noventa (90) días de la entrada en vigencia de la presente en un registro especial que, a tal efecto, abrirá la Subsecretaría de Salud.
- b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según

sea el caso. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al uso de licencias y franquicias horarias con un régimen similar al que, por razones de estudio o para rendir exámenes, prevé el decreto 3413/79, salvo que otras normas estatutarias o convencionales aplicables a cada ámbito fueren más favorables;

c) Estarán sometidas a especial supervisión y control de la Subsecretaría de Salud, la que estará facultada, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes;

d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente;

e) Se les respetarán sus remuneraciones y situación de revista y escalafonaria, aun cuando la autoridad de aplicación les limitare sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).

Capítulo VIII

Disposiciones Varias

ARTÍCULO 24. — A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de la enfermería:

a) Las que se realizan en unidades de cuidados intensivos;

b) Las que se realizan en unidades neurosiquiátricas;

c) Las que conllevan riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas;

d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean éstas ionizantes o no;

e) La atención de pacientes oncológicos;

f) Las que se realizan en servicios de emergencia.

La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la ampliación de este listado.

ARTÍCULO 25. — La autoridad de aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

ARTÍCULO 26. — El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo de ciento ochenta (180) días corridos, contados a partir de su promulgación.

ARTÍCULO 27. — Derógase el Capítulo IV, del Título VII, —artículos 58 a 61— de la ley 17.132 y su reglamentación, así como toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 28. — Invítase a las provincias que lo estimen adecuado a adherir al régimen establecido por la presente.

ARTÍCULO 29. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. — ALBERTO R. PIERRI. — EDUARDO MENEM. — Esther H. Pereyra Arandía de Pérez Pardo. — Hugo R. Flombaum.

Dada en la sala de sesiones del Congreso argentino, en Buenos Aires a los veintiséis días del mes de setiembre del año mil novecientos noventa y uno.

Anexo N° 3 Técnica de recolección de datos

Las siguientes fueron realizadas desde los meses de abril de 2015, acompañadas de observaciones del área laboral de los entrevistados.

Entrevistas realizadas en el área laboral, con profesionales enfermeros de las áreas Emergentología, Sala I Clínica Médica, Sala II Clínica Médica Coronaria, Sala III Unidad de Terapia Intensiva neonatología y niños, Unidad de Terapia Intensiva Adultos, Sala IV Clínica Quirúrgica y Sala VI Maternidad y Pediatría. Se les solicitó la entrevista, previa explicación del objetivo de la misma, garantizando las condiciones de confidencialidad sobre los datos filiatorios. Accediendo de forma colaborativa y de buena actitud, quienes figuran a continuación.

Entrevista N° 1

(E) ¿Qué aspectos positivos y negativos cree que tiene la institución y puede influir en la aplicación de los cuidados?

(M) En lo negativo, la falta de personal cuando hay mucha gente acá en pediatría, a veces no damos abasto. En lo positivo una aprende todos los días u poco de todo. También lo bueno es el cambio de guardia, que hay flexibilidad de parte de los jefes o encargados

(E) Cuando ha tenido un problema se lo han resuelto o han quedado en usted diluyéndose y no lo reclamas más.

(M) Yo de mi parte siempre que necesite, en lo que es cambio de guardia que es lo que más me afecta, siempre estuvieron. Y en otros problemas como es el cambio de área por problemas con mis compañeros, que no te sentís cómodo. Ven la forma de buscarte el lugar para que puedas trabajar tranquilo sin conflictos.

(E) O sea que la rotación la ve positiva

(M) Si positiva, porque cuando te llevan a Clínica es más fácil, ya que el niño requiere cuidados más específicos.

(E) Cosas que le impacten o le hayan impactado, y en las que cuando pasa siente algún malestar

(M) Hasta hoy no había nada. Porque los problemas con compañeros y en el trabajo están, pero se solucionan. Vas a tu casa y hay que no seguir con el tema, sino se sigue arrastrando. Valoro el compañerismo. Después con cosas como estas, y te preguntas porque no se

solucionaron antes. Porque llegar a tanto tiempo de embarazo (nota de la entrevistadora: durante la guardia nació un bebé anancéfalo, lo que le afectó mucho a (M), tuvo que recepcionarlo y darle los cuidados necesarios). Te afecta como madre, en lo humano te preguntas hasta aquí se llega. En lo profesional, no siento tanta afectación. Pero se supera.

(E) Gracias por su testimonio

(M) De nada, gracias

Entrevista N° 2

(E) ¿Cree que dentro de la institución hay aspectos que interfieren en el cuidado que brinda?

(ME) Una de las cosas que cambiaría sería el problema de los empleados, hay mucha demanda. Acá en materno infantil, hay mucha demanda y somos dos por turno. Por ahí a veces no se alcanza a dar los cuidados necesarios, tanto a la mamá como al niño.

(E) ¿Se siente respaldada, acompañada cuando plantea algunos problemas? ¿Dan muchas vueltas? ¿Qué siente al respecto?

(ME) A nosotros si nos dan respuestas. El tema es la falta de comunicación entre ellos. Porque a veces viene algún jefe y le tenés que comunicar el problema nuevamente. Pero siempre que tuve un problema se ha solucionado.

(E) ¿Tiene algún problema de salud que atribuya a su desempeño laboral? ¿Siente que algo cambió desde que ingresó a hoy en su salud?

(ME) Por ahí a veces te estresas, pero por la sociedad misma. Está muy agresiva no sabe esperar. Quieren todo ya, y no se puede, por ahí el doctor indica algo y ellos están desconformes y se la agarran con las enfermeras.

(E) ¿Qué piensa que la sociedad esté agresiva o que la sociedad espera de esa “imagen social” del enfermero de entrega y vocación?

(ME) Por un lado la sociedad, no sabe esperar, no dialoga, todo lo hace a través de “prepotear” al otro. Bueno y también la demanda que hay.

(E) ¿Hay en su trayectoria alguna situación que haya pasado que siempre viene a su memoria?

(ME) Eh, que estamos desprotegidos, ante una agresión o problema nadie nos ayuda. Ni el Sindicato, ni los médicos ni nadie. Tenemos que retirarnos del lugar, antes que nos golpeen.

Seguís trabajando como si nada pasara, pero no es así: sos un ser humano que siente, sufre...

Desde la institución la actitud es positiva, pero no hay ley que nos ampare. (nota de la entrevistadora: se le aclara que existe la ley 24.004 y su adherente provincial 12.245.)

(E) Gracias, por su tiempo

(ME) De nada, vos

Entrevista N° 3

(E) Que aspectos positivos y/ o negativos, que cree provienen de la institución e influyen en sus acciones

(S) Mucho desorden. Los nuevos. Porque no saben y no se comprometen. Te preguntan todo el tiempo. La reposición debe organizarse, hacerse responsable que la misma. Muchas veces tenés que ser “pica sesos” para que activen.

(E) En relación a sus jefes ¿si tiene problema tratan de darle solución o no?

(S) Si, a mí siempre me lo han resuelto, mis jefes de enfermería. Si he visto que cuando pasa algo, si es groso peor, la culpa siempre es de enfermería. Hay otros actores sociales que pudieron haber actuado mal, pero socialmente siempre el enfermero tiene la culpa. Yo he visto, no en mi guardia, que las jefas vienen y te dicen, son ustedes, son ustedes. Y nosotros sabemos que no es así, pero para no discutir, los “culpables” siempre somos nosotros.

(E) ¿Cree que la organización en la institución tiene dificultades para funcionar?

(S) La falta de comunicación, algo que nos pasó hace poco, por un tema no protocolizado, solo acordado de palabra, en oportunidad de realizarle una ecografía a una paciente, le digo que tiene que avisar a su colega de Ecografía y me discutía que era cosa mía, invento mío. Te parece. Después de mucha discusión No entendían que es una norma no escrita, desde hace muchos años, nunca hubo problemas. Habla con el ecografista y éste le dice que no hay problemas. Yo me quedé con la sangre en el ojo. Al otro día, lo corroboré y lo confirmé. Pero no es necesario el mal momento. Eso es una “pavada”, es para ejemplificarte que para los médicos vos no querés hacer las cosas. No hay protocolo de acción, si todo esta ordenado, todos sabemos que hacer. Es más debería ser uno para todas la institución.

Si no lo tenés, es como que cada uno lo hace como le parece, o como le gusta a tal o cual .doctor. También es para los pacientes, como que cada médico tiene sus propios parámetros. Imaginate nosotras chica la “calentura”. Y al haber todos los días un médico distinto.

(E) Dígame ¿ha habido algún problema en su cuerpo atribuible al trabajo?

(S) Por ahí cuando hay mucho trabajo y te desborda. Llegas a tu casa y estas “alterado”, “acelerado”, la cabeza no estás bien, como que seguís que no podes frenar. Salís como que te querés comer el mundo. En tu cas todos relajados vos vas y venís, salgo a caminar para bajar la “locura”. Ahora me cuesta menos, el cansancio del cuerpo, si me duermo no puedo despertarme. Me quiero dormir y no puedo. Me ha pasado que si fallece alguien, se me aparece la cara del bebé, hasta que logro dormir. Imaginate 12 horas y esto. Dos o tres días y se me va.

(E), Algo que haya pasado en su praxis diaria, y que luego sigue en su memoria ¿cómo lo canaliza?

(S) Cuando estamos juntas y empezamos “te acordás aquel bebé”. Tenemos unos cuantos y va a seguir habiendo. Hablo de los chicos con patologías crónicas, progresivas y con alta probabilidad de muerte en los primeros años. Vos los tuviste, los cuidaste y aunque sabes se mueren viste. Duele mucho. También niños que entran en paro o shock, o con cierto grado de gravedad y se mueren, eso cuando hablamos complica.

(E) ¿Cree que la institución debería actuar en estos casos? ¿De qué forma?

(S) Y yo creo que necesitamos contención psicológica o un espacio. Es distinto, vos podes pagarlo pero viniendo de la institución es mucho mejor. Imagina que así como estamos venga una psicóloga y nos ofrezca una charla. Cuando yo empecé los médicos viejos, no te dejaban llorar y te trataban de otra manera. Tenías que acompañarlo a la habitación y le decían a la madre que su hijo se murió, y vos no podías ni llorar, ni contenerla porque te retaban. A mí me produjo eso de que llorar está mal. Hoy sigo trabajando, cuando llego a casa ahí lloro. Pero creo que fue ese tipo de “mandato” que recibí. Como que vos “no podés” llorar, no corresponde. Yo delante de los padres, miro para todos lados y en casa me desahogo. Hoy los médicos nuevos no, te acompañan, tienen otra visión. Antes lo único que valía era lo que ellos decían, hoy te consultan. Esperan tu opinión los “viejos” siguen

igual. Los “nuevos” te dejan actuar. Te enseñan más. Vos le decís “venga que no está como ayer”, vienen. Los “viejos” sólo evolucionan ese día. Hay una brecha creo yo generacional. Yo sigo hablando jajá.

En relación a las enfermeras viejas, tienen muchas “mañas”, no digo que no sabe trabajar. El nuevo trae muchas cosas nuevas, falta practica pero no le faltan ganas, le falta confianza en sí mismo.

A los viejos no tendrían que renegar tanto y deberían acompañar al nuevo. Que sean constructivos. Corrijamos juntos. Yo les digo ustedes acostúmbrense a trabajar con todas. Respecto a las agresiones, no se debe responder igual uno no puede responder mal ante la familia o los pacientes que están con cara de culo. Porque la internación agudizó todo, viste. Tienen cuentas que pagar, alquileres, familias. Por ahí el reclamo viene de parte del pedido del alta. Detrás de todos esos nervios, puede que sus hijos estén solos. No hay que responder con violencia. Si ves que son “hinchas” voy así tienen confianza y bajan decibeles. Las familias conflictivas creen que haciendo despelote, te atienden. Tienen que sentirse seguros que los vamos a atender, no generar brecha donde no hay.

(E) Gracias por este tiempo

(S) De nada.

Entrevista N° 4

(E) ¿Qué cree usted que desde la institución impacte positiva o negativamente en su diario trabajo?

(M) Bueno tenemos diferentes factores que pueden influir en los enfermeros, en este caso en la terapia de adultos, eh hay veces que influye como negativo, la falta de personal, por ahí faltan recursos para trabajar, la carga horaria debido a la falta de personal. Muchas veces tenemos que estar más de 6 horas., como te diría, los diferentes casos, personas que nos toca atender eh eso lleva una carga emocional. A veces tenemos gente joven, no quiere decir que la gente mayor no nos importa. Y nos choca más emocionalmente la gente joven, que la gente mayor que ha vivido muchos años. Por ahí sería bueno tener un apoyo psicológico. Nosotros nos apoyamos entre nosotros mismos, digo entre compañeros. Por ahí necesitamos apoyo psicológico de otro lado o los mismos jefes nuestro ¿no?

(E) En referencia al apoyo emocional, ¿cómo es esto de canalizar el impacto emocional? Cuando presenta alguna problemática ¿tiene respuesta de parte de sus superiores o lo canaliza con sus compañeros?

(M) Por lo general lo hablamos entre nosotros mismos, nos ha pasado. Tuvimos un chico que lo quemó un rayo. Desde enfermería se hizo todo lo posible, lo tuvimos un mes y medio, todos lo tomamos emocionalmente desde el lugar paternal. Se luchó mucho. Desde enfermería se brindó todo el cuidado y contención emocional al chico y la familia. Hasta que se fue derivado. Supuestamente para estar mejor, nos llegó la noticia de su muerte. Nos impactó mucho nos encariñamos con él. Hoy nos pasa, que si estamos trabajando y escuchamos una tormenta, nos acordamos de Fran. Lo hablábamos entre nosotros, un profesional médico y una jefa de enfermería que nos escuchó y nos permitió ir a su velorio, necesitábamos despedirnos. Los enfermeros necesitamos que nos escuchen más y nos reten menos. Ojo no es que no deban hacerlo si no hacemos lo correcto, pero no innecesariamente. Que nos acompañemos en otras cosas, con un “gracias”, o “chicas hicieron las cosas bien” chicas y chicos. Se siente que estamos muy solos, y nos contenemos entre todos. El problema es que se hace difícil, porque todos llevamos la misma “carga”. Ambas terapias (niños y adultos). Se trata de ponerse un escudo, a veces se puede a veces no.

(E) En relación a la organización, ¿qué opina? ¿cree que todos saben qué hacer y cómo?

(M) En parte si en parte no, creo que a veces los enfermeros cargamos con trabajos que no son nuestros. Nuestro servicio está organizado. Todos sabemos que hacer, trabajamos en equipo ante la urgencia. La supervisora trata de organizar todo, nos sigue mucho en relación a las cosas. Las jefas de enfermería, también, a veces se complican porque manejan mucho personal. Recursos faltan, acá faltan. Lo más importante recursos humanos, segundo camas, monitores, bombas, a veces traen materiales para abaratar costos y no sirven. Se lo hemos dicho y no hacen caso. Insumos materiales y técnicos. Organización más arriba falla un poco. Creo deberían tener más en cuenta a enfermería, no sé por ahí. Se me hace que no conocen el trabajo de enfermería como que todos estamos en la “misma bolsa”. En relación a salir en apoyo a la calle en ambulancia. No puede el enfermero trasladar la ropa sucia ni otros insumos. Tendrían que organizar. Creo que a veces tenemos esos días “cargados” por esta sobrecarga, que no es de enfermería.

(E) ¿Algo más que quiera acotar?

(M) Y nada a ver como profesión, nos dicen “Ustedes viven quejándose”. No es así, esto se hace porque se siente, sino no sirve. Cuando estudié hubo profesores que me enseñaron mucho, sobre todo lo humano. A veces renegamos, porque sentimos que podríamos haber un poco más y no pude. Por falta de recursos. Somos enfermeros, no por el dinero, sino no lo seríamos. A veces nos llenamos de tristeza y otros de alegría. Poner pilas y esperar a que lo próximo será más. Para mí es una profesión muy noble. Que nos reconozcan. No somos la “mano derecha” del médico. Estamos 24 horas al día, somos psicólogos, acompañantes, conocemos sus vida. Somos profesionales. Tenemos menos años o más, pero somos profesión. No trabajamos de enfermeros, so enfermero. Eso se siente y entendernos importante, nosotros somos los culpables que no nos reconozcan. Somos el pilar del sistema de salud. Cuando nos reconozcamos nosotros como profesión, la sociedad nos va a reconocer también.

(E) Gracias por su testimonio

(M) De nada

Entrevista N° 5

(E) ¿Cree que desde la institución puede haber algo que le influya laboralmente?

(P) Mirá nosotros en sala de clínica médica, los turnos de noche, una semana de noche está bien, insumos de material hay, la falta de personal es lo que más se nota digamos a demanda no tenemos personal para trabajar.

(E) ¿Qué opina sobre la formación de la gente? ¿Cree que puede influir en la labor diaria?

(P) Sí los viejos somos “mejores”, tenemos más experiencia. Los nuevos están bien que se formen pero los “viejos sabemos más por nuestra experiencia. Por la práctica hospitalaria. También deberíamos estudiar, pero somos “viejitos” y tenemos menos ganas de estudiar. Que estudien los nuevos, que tengan mejores títulos que los nuestros.

(E) Respecto a algún momento transcurrido en su trayectoria ¿ha notado alguna afectación de su salud?

(P) A mí, en nada. En todos estos años, saqué una sola vez licencia y fue por una cirugía sin mayor importancia.

(E) Respecto a la institución ¿si tiene algún problema siente que sus superiores responden?

(P) Tenés de las dos, que te solucionan las cosas y que sentís que hablas y estás hablando al vacío. Pero qué sé yo, de un tiempo a esta parte me siento respaldada por una de las jefas por otra no.

(E) En su trayectoria, han vivido muchas experiencias, ¿cree que haya algo que haya marcado e influido en su salud?

(P) No me acuerdo, al principio. Después como que te endureces y lo tomas de otra manera. No recuerdo algo que me haya marcado.

(E) ¿Qué crees faltaría para que el trabajo no los agobie cuando están trabajando?

(P) Faltaría más personal, que no nos presionen tanto. Acá en clínica médica tenemos el noventa por ciento de las internaciones. Sentimos mucha presión: el reto de los supervisores, por la gente que se queja... que si hubiera más gente trabajando eso no ocurriría.

(E) Gracias por su testimonio

(P) De nada, a vos por escuchar.

Entrevista N° 6

(E) ¿Siente que desde la institución puede haber algo que esté influyendo en su labor diaria?

(J) Mira se trabaja a demanda. Trenque Lauquen está muy grande. Nada que ver con unos años atrás. Mucha gente, mucha internación y no hay personal. No damos a “basto”.

(E) ¿Cómo ve usted la formación de la gente puede influir de alguna forma en la dinámica laboral?

(J) Mira, opino que los chicos nuevos está bien que estudien, tienen más futuro. Nosotros los grandes, con años de hospital, nos cuesta estudiar. No estaría mal la teoría más allá de la práctica, no está mal. Estaría bien con nuestra vasta experiencia, nos cuesta bastante.

(E) En su larga trayectoria ¿cree que haya algo que haya afectado su salud?

(J) En lo personal en absoluto. Amo estar acá. Te aseguro que no, nada me ha afectado, en mi salud digo.

(E) ¿Qué opina de la institución? ¿Ha tenido respaldo cuando ha tenido un problema?

(J) En enfermería, me siento más respaldado por cierta jefa. Siento más *feeling*, que con otra. Pero me siento muy respaldado.

(E) ¿En tu larga trayectoria algún suceso que crees haya influido positiva o negativamente en vos?

(J) No, solo la muerte de un compañero, enfermero. La forma trágica que murió, encima lo trajeron a la morgue del hospital. Terrible, pero pude superarlo.

(E) En mis observaciones he podido verlos cansados, quejosos ¿Qué cree que puede estar generando esto?

(J) Creo que la falta de personal ante la demanda, si la falta de personal. El trabajo sería más liviano.

(E) Gracias, por este tiempo

(J) De nada

Entrevista N° 7

(E) ¿Cree usted que existe algún factor que influya en la aplicación de los cuidados de enfermería?

(C) Mirá acá en clínica médica, también de cardiología, hay pocos enfermeros. Eso entorpece el trabajo. Hay mucha demanda de internación y pocos enfermeros, eso entorpece la atención. Falta trabajo en equipo, enfermería no ha tomado consciencia de que tiene que trabajar en equipo. Es una competencia diaria, un auxiliar con un licenciado o salas entre sí. Por la demanda de pacientes. “que le toca a esta” o “aquella”. Vivimos con permanente competencia entre nosotros.

(E) ¿Cree que esta situación puede estar generando algún tipo de manifestación en su salud?

(C) Sí, obviamente me siento estresada. Tengo artritis reumatoidea e hipotiroidismo a causa del estrés, en oportunidad que estuve como jefa de enfermería. Hay momentos que uno no está de buen humor, pero es por el malestar que se percibe.

(E) Como siente usted a los jefes, acompañan, resuelven. Se siente respaldada

(C) Bueno el director hace su gestión, creo que no lo cuestiono porque lo hace bien. Las supervisoras tratan de ayudarnos a resolver nuestros problemas. A veces personales, otras laborales. Yo no tengo nada que decir con respecto a eso.

(E) ¿Cree que de alguna forma la gestión de las jefas se desjerarquiza realizando tareas impropias? ¿Eso afecta el respaldo hacia ustedes?

(C) Bueno, creo que la jefa no puede estar supervisando a todos los enfermeros. Para eso tienen supervisoras de sala, creo que ellas delegan cosas importantes y eso está bien. Lo que están haciendo lo hacen bien. Las ordenes de los supervisores de sala, son respetados por las jefas de enfermería, siempre que sean coherentes.

(E) ¿Cómo es el papel del supervisor de sala?

(C) En este momento estamos acompañadas. También tienen que supervisar otras salas, no pueden estar en todos lados.

(E) Gracias, por este tiempo

(C) A vos, por escuchar

Entrevista N° 8

(E) ¿Cómo ve usted en este momento el ámbito laboral?

(Ce) Personalmente yo noto que no trabajamos en equipo, sino que me incluyo. Estamos compitiendo de manera cruel, quien puede aportar más. Soy una persona muy frontal, no tengo “filtro” para decir las cosas. Sumado a la carga emocional que este trabajo nos genera, trabajamos con pacientes muy complicados. Con familias que nos pasan sus emociones. Es una carga diaria que suma diariamente a las emociones. En el ámbito laboral se nota mucho el poco compañerismo. Si bien tengo una relación especial con dos de mis jefas, una me conoce de muy pequeña, sabe cómo soy. Trata de sacar lo mejor de mí y no hacerme notar mis falencias y supervisora de sala hace lo mismo, es decir que hacen más ameno nuestro trabajo. No nos hacen notar las falencias, nos alientan, repensar. Hacer autocrítica, reflexionar con los compañeros. Más allá de todo, todos estamos en iguales condiciones, este trabajo en salud, aparte tenemos otra vida. Nos hacemos cargo de los pacientes llevamos a casa los problemas. Hay que trabajarlo. A veces nos vamos tristes, otras gratificados. La gente devuelve, a veces lo que brindamos. Otra ni siquiera dice nada. No solo el paciente que es nuestro objetivo de cuidado, sino pretendemos que la familia se valla bien. A veces noto que por ahí, competimos en general entre compañeros. No todos lo dicen, yo lo digo porque soy “así” “loca”.

(E) En referencia a esa competencia entre pares, ¿a que se refiere, a gente con formación o sin formación?

(Ce) Existen las diferencias. En auxiliares de enfermería como en mí caso y los profesionales que están recién formados. No digo aquellos que tienen muchos años y tienen cargos. Hablo de los nuevos. Nosotros (los auxiliares), en nuestro ego queremos demostrar que estamos al mismo nivel. No es así, porque no estamos al mismo nivel. Ellos tienen formación profesional y están capacitados académicamente. Por ahí podemos aportar experiencia, por el tiempo que llevamos. Pero básicamente sí existe esa competencia. Creo que porque somos más auxiliares que técnicos recién recibidos. Pero si creo que es un tema de ego que hay que superarla, trabajarla.

(E) ¿Cree que hay respaldo desde la institución cuando ha tenido alguna necesidad?

(Ce) Soy una persona que ha tenido varios conflictos por mi carácter y no he sabido cómo resolverlo. He tenido varios problemas que me han llevado a dirección, y si mis jefes me han acompañado y en todo momento me han ayudado a resolver. Sin sanciones, han resuelto entre el director y los jefes, así que yo no tengo nada para decir, nada más que gracias.

(E) ¿En tu trayectoria laboral ha habido algo especial en lo cual hayas notado alguna afectación?

(Ce) Si, una paciente oncológica de 28 años que falleció en mi guardia, con cáncer de útero. Yo embarazada de 8 meses, el día que fallece me tocó asistirle y fue un dolor grandísimo. Más allá que no están los pacientes mucho tiempo. Los pacientes oncológicos son especiales. Parece que te piden a gritos que hagas algo para salvarlos, otros se entregan y no quieren vivir más. En el caso de esta chica, estaba aferrada a la vida, y yo quedé muy afectada. El día de hoy cuando interno pacientes oncológicos, no puedo evitar ponerme mal y recordarla.

(E) Gracias, por su tiempo

(Ce) De nada, a vos por escuchar

Entrevista N° 9

(E) ¿A usted le parece que puede estar faltando algo en el ámbito laboral que influya de alguna manera en su trabajo?

(A) Mirá esta sala es de clínica médica cardiológica, yo creo que falta trabajo en equipo. Ser más compañero. Ayudarnos entre todos. Falta personal.

(E) ¿Respecto al respaldo de sus jefes qué opina?

(A) Siempre el apoyo de todas está. Ante cualquier duda está el apoyo, y nos ayudan.

(E) Respecto a la labor del enfermero ¿Hay algo que la haya afectado?

(A) Es difícil no involucrarse con los pacientes. Algunos pasan meses con nosotros, a la larga terminan como de la familia. Es necesario ponerse en lugar del otro. Lo charlo con mis compañeras. Pero de la puerta para afuera, me olvido sigo con mi vida.

(E) Muchas gracias

(A) A vos

Entrevista N° 10

(E) ¿Qué opina acerca de si existe algo dentro de la institución que influya en su labor diaria?

(F) Mira acá en emergencias, como objetivo positivo, estamos amparadas por los nuestros jefes médicos. Hay todo un protocolo para la acción. En negativo creo que por ahí nos falta un apoyo psicológico, por nuestra exposición a situaciones muy crudas. Gente que esta muy lastimada, volvés a tu casa, tenés hijos. Pasamos por esa situación de estrés, al ver el dolor ajeno. Considero que nos falta apoyo terapéutico o un gabinete de psicología, donde podamos hablar estas cuestiones. Que también hace que el funcionamiento después en la guardia sea crudo.

(E) Cuando has tenido algún problema, técnico, humano u otro y lo planteas a tus jefes. ¿Sentís contención?

(F) Se ha planteado, una vez hubo un comité de psicología que no alcanzó a entrevistar a todo el personal. A muchos le cuesta aceptar que no puede solo. Respecto a los jefes si, se ha hablado queda pendiente. Respecto a la dirección, creo tiene que reorganizarse en este momento político acá en Trenque sobre todo.

(E) ¿Ha habido en tu carrera profesional alguna situación con compañeros o con algún paciente que vos te sentiste afectada?

(F) Sí cuando trabajé en sala, el contacto directo con los pacientes. En una oportunidad una paciente oncológica, tenía mi edad. Después de año y medio, y varias internaciones fallece. Fue muy duro, por eso pedí el pase a guardia. Si bien se supone que estás preparado, igual duele. Con respecto a los compañeros, somos seres humanos. Tenemos días buenos y días

malos. Tenemos que recargarnos para poder vivir. Por esto que los enfermeros no estamos bien pagos ni reconocidos socialmente, genera más estrés en el ambiente laboral. Ha habido compañeros que han tenido roces y eso afecta a todo el grupo.

(E) ¿Qué opina acerca de la formación y la controversia con la gente de mucho tiempo que no está formada?

(F) Yo soy enfermera universitaria, creo que como personal de salud debemos estar en continua formación y capacitación. Hay gente que ha empezado como empírico, después de auxiliar. Ahora se exige secundario, me parece muy bien que se exija. El profesional por lo menos o la tecnicatura, se debe exigir

(E) Gracias por su testimonio.

(F) De nada, a vos.

Entrevista N° 11

(E) ¿Cree que en la institución hay aspectos que influyan en su labor diaria?

(Ad) Si yo creo que sí, aspectos positivos el trabajo en conjunto. Lo negativo me gustaría que hubiera más comunicación entre compañeros de trabajo, entre diferentes salas.

(E) ¿Cree que se deberían protocolizar las acciones de enfermería?

(Ad) Si, sería una manera más práctica y más ordenada para trabajar. Un protocolo general, para que todos sigamos una línea.

(E) ¿En relación a la supervisión qué opina?

(Ad) Creo que la supervisión debería estar más encima

(E) ¿Alguna situación que haya sucedido la ha afectado?

(Ad) No trato de dejar todo acá, no llevarlo a mi casa.

(E) Gracias por su testimonio

(Ad) A vos por escuchar

Entrevista N° 12

(E) ¿Cree que hay algún tipo de factor que usted crea influye en los cuidados que brinda?

(Ma) Bueno, en lo negativo: la falta de personal, la falta de trabajo en equipo. Si no trabajas en equipo no sirve. También lo negativo es lo que afectan los pacientes terminales, viste. En lo positivo: es lindo cuando los pacientes se van, que ahí te sentís pleno.

(E) En relación a sus superiores, ¿qué opina? ¿Siente respaldo, contención?

(E) ¿En relación a diferentes situaciones vividas durante tu práctica profesional ha habido alguna situación que de alguna forma te ha impactado?

(Ma) Si, si me ha afectado mucho el maltrato de mis compañeros. A veces hacen catarsis con los que no discutimos. Y si tengo psoriasis, a raíz de mis problemas emocionales, dijo mi doctor. Cuando estoy con problemas acá me broto toda. Este último tiempo estoy brotada, por el problema con un compañero, joven y nuevo en la institución. Pero bueno como decimos las “viejas” “siempre que llovió paró”. Cuestión de seguir mirando para adelante.

(E) ¿Cree que es necesario hablar de las desavenencias tanto laborales como personales?

(Ma) Se debe hablar frente a frente, o en grupo. No callarte porque no sabes que pasó. Hay que hablar, ser directo y hablar. Aunque duela la verdad. Hay que hablar.

(E) Gracias, por su tiempo

(Ma) De nada

Entrevista N° 13

(E) Usted ve factores que de alguna forma influyan en su trabajo diario?

(Na) Mirá acá en terapia de niños, positivos no nos falta nada. Hay un grupo bueno armado, se trabaja muy bien. En lo negativo a lo mejor creo falta personal, cuando hay muchos internados y tenés que cubrir, se nota en uno el cansancio, el desgano, o el malhumor. Si es que hay que cubrir extras seguidos.

(E) Cuando ha tenido alguna dificultad personal o laboral ¿cómo ha sentido la respuesta de parte de sus superiores?

(Na) Si a lo mejor esa solución todavía, no está. A veces tenemos muchos pacientes y a veces ninguno. Entonces como que la solución no ha llegado, es decir que hacer.

(E) ¿Cree que esto que ocurre en su servicio es por falta de organización?

(Na) Si podría ser eso.

(E) Dígame, ¿ha habido alguna situación que le haya costado afrontar y por ende le haya generado algún tipo de malestar?

(Na) A veces las situaciones difíciles, de acá. Cuando los papás pierden a sus hijos. Luchar quince días por ese bebé y sin embargo muere, eso te genera una situación fea, la pasas mal.

(E) ¿Cree que como profesional le faltó hacer más para evitar la muerte?

(Na) No la verdad se hace de todo, todo. En eso estoy satisfecha.

(E) Gracias por su testimonio.

(Na) De nada, a vos.

Entrevista N° 14

(E) ¿Qué opina usted acerca de su ambiente laboral a su criterio hay aspectos que influyan en su trabajo diario?

(MJ) Mirá positivo, acá en terapia de niños somos un grupo chico y tenemos pocos pacientes. Negativo si es que hay mucha internación, noto falta de personal.

(E) O sea, que un aspecto positivo, sería tener pocas camas

(MJ) Si, sin lugar a dudas.

(E) ¿En relación a sus superiores si usted ha tenido alguna inquietud han podido resolverla?

(MJ) Yo la planteo, a veces me dan bolilla, a veces no. No fluye queda, la mayor parte de veces.

(E) ¿En algún momento esa problemática “no escuchada” dónde queda?

(MJ) Hago catarsis, sí. Por ahí con alguna compañera. Otras lloro en mi casa a puertas cerrada.

(E) ¿Ha habido alguna situación en tu área laboral que te haya afectado y lo hayas sentido física o psíquicamente?

(MJ) Algo que me ha afectado, es un bebé. Tomo la guardia 6 horas me encuentro con el chiquito grave, hicimos todas las maniobras. El chiquito falleció, me afectó mucho. Tres años tenía, durante un largo tiempo lo estuve soñando. Ese bebé me marcó un montonazo. Siento que si lloro mientras trabajo, no soy menos profesional. Después en casa lloro, cuando me duele la situación. Después vuelvo a trabajar. A pesar de todo no siento otras afecciones. Cuando he estado con problemas con mis compañeros, y los jefes no escuchan, he sufrido gastritis. Ahora estoy bien. Igual trato de no llevarme los problemas conmigo.

(E) Gracias por su tiempo

(MJ) De nada, gracias a vos por escuchar.

Entrevista N° 15

(E) ¿Cree usted que en su diario trabajo existen factores que de algún modo le influyan en el mismo?

(Cr) Mirá acá en maternidad, lo positivo somos bastante unidas, compañeras. Lo negativo es que odio que cuando tomo la guardia esté todo desordenado. O que de alguna forma los sets estén por la mitad. Cuando lo necesitas están incompletos.

(E) ¿Cree que eso se deba a que por ahí usted tiene otra formación y en esta área hay gente nueva? ¿Qué opina al respecto, sobre la formación de los enfermeros?

(Cr) Bueno es diferente, las viejas si las chicas nuevas formadas, traen técnicas nuevas; nosotras las aplicamos. Pero las más nuevas, no son como nosotras, de tender las camas, mirar medicación si se vence, limpiar las mesada. Todo eso lo hace la más vieja. Saben, pero no lo hacen ellas dirán “que lo hagan ellas”. Y si lo hacemos, pero las chicas nuevas saben hacerlo, no lo hace.

(E) Cuando usted ha necesitado que le ayuden a resolver una situación, ¿cuál ha sido la respuesta de sus jefes?

(Cr) Mirá yo amo el hospital. Siempre me llevo bien con los jefes. Cuando preciso están, y si necesitan yo estoy. Yo doy todo, así que espero y todos me ayudan, siempre.

(E) ¿En tantos años de trabajo hubo alguna situación que le haya afectado de alguna forma?

(Cr) Si, hemos discutido y lo hemos hablado. Con respecto a situaciones de muerte, nos hemos consolado solas. Reflexionando que hubiera pasado si quedaba de tal o cual manera. Si entre nosotros nos consolamos. Acá es como una familia. Si se necesita apoyo acá estamos.

(E) ¿Usted cree que el estar siempre puede cansar en algún punto?

(Cr) Yo trato de hablarles y decirles, que lo que hacemos nosotras las enfermeras, lo hacemos porque nos gusta, lo amamos. No es una salida laboral rápida. Yo trato de que las chicas lo sientan. Nosotros lo sentimos así.

(E) Entonces, es “nosotros” o “yo”

(Cr) No, trato de que todas lo sientan. Pero es “yo”, yo lo siento así. Yo estoy conforme. Amo lo que hago y estoy bien con todas.

(E) Gracias por su testimonio

(Cr) De nada

Entrevista N° 16

(E) ¿Opina usted que existe algún factor en el ambiente laboral que esté influyendo en su trabajo?

(Ma) Mirá yo estoy acá en clínica quirúrgica, tenemos insumos, hay profesionales. Hay enfermeros. Para mí en mi caso, estoy bien remunerada. Negativo es que necesitaríamos más camas.

(E) ¿Cuándo usted ha tenido alguna dificultad? ¿Cómo fue la presencia de sus jefes?

(Ma) Por ahí uno si tiene un problema, explota y protesta y se enoja con todo el mundo. Cuando he tenido problema me han solucionado. Pero lo normal es protestar y explotar, echarle la culpa a todo el mundo. Pero grandes problemas no.

(E) ¿En su trayectoria algún acontecimiento que de alguna forma haya influido en su persona?

(Ma) En mi caso, me tocó tener a mi marido en mi sala. Enfermo de cáncer y que falleció en mi sala. Yo soy hipertensa y no me cuido. Ese tema de la muerte de mi marido en mi lugar de trabajo, en mi sala, y sí... Después por otros pacientes que uno se siente afectado. Pero no en mi salud. Mi problema es mi hipertensión, tengo sobrepeso, me tengo que cuidar. Aunque por ahí uno esta estresado, y con mi problema y no me cuido. Por ahí también tenemos pacientes psiquiátricos. Algunos problemas dejan alguna marca. Pero hasta ahora me los puedo sacar.

(E) Gracias, por su tiempo

(M) De nada.

Entrevista N° 17

(E) ¿Cómo ve usted su ambiente laboral? ¿Pueden existir factores que influyan en su trabajo?

(Be) Mirá yo soy de terapia adultos, tenemos exceso de trabajo. No hay personal. Por lo que influye, vos no venís con las mismas ganas a trabajar, no es lo mismo 6 que 12 horas. Si influye en el trabajo. Otra cosa cuando yo pase de otro servicio, no hubo alguien conmigo guiándome. Que debía y no debía hacer, tuve que aprender sí o sí. Técnicas únicas de terapia, lo vas viendo de tus compañeros. Pero definitivamente no hubo alguien que me guiara. Eso influye y mucho. En la mejor atención de los pacientes. Por ahí se presentaban cosas, que los compañeros me decían como hacerlas. Y eso influye en el cuidado al paciente. Después positivo, el compañerismo, siempre la buena predisposición de los compañeros, ayudándome. Los médicos también, te enseñan.

(E) ¿Qué ha ocurrido con usted ante una dificultad laboral o personal? ¿Cómo ha sido la reacción o respuesta de sus superiores?

(Be) Y a medias, por ahí se presenta de hablar con la jefa hasta que te decidís a encararla. Primero pone el grito en el cielo, después te termina dando la razón, te trata de solucionar. Al principio, cuesta llegar, después nos ayuda.

(E) ¿Durante este tiempo transcurrido ha habido alguna situación que le haya costado afrontar?

(Be) Si, un ataque de llanto de nervios. Porque le tuve que comunicar a un médico por una interconsulta que ingresó a la noche y no le avisaron enseguida. A la mañana le comuniqué y empezó a decirme de todo, se puso agresivo, dijo cosas innecesarias. Yo en el momento trate de aguantar todo lo que pude. Cuando terminé me encerré en el baño y no podía parar de llorar. Me lo lleve a casa, en casa seguí llorando. Después se me paso hoy me acuerdo y me da una bronca bárbara. Jajaja. Los médicos se descargan con uno, a nosotros nos pasan cosas y no por eso maltratamos al paciente.

(E) ¿Puede existir algo en tu trabajo diario que te esté generando algún tipo de incomodidad?

(Be) Lo diario, se trata de solucionar. Si hay problemas se habla. Se terminan los problemas.

(E) Gracias, por su tiempo.

(B) De nada.

(E) ¿Pueden existir factores en su ambiente laboral que influyan de alguna forma en su trabajo?

(Mar) Mirá positivo, vos podés cuidar a la gente sin ningún tipo de problemas. Vos estás para sacarle a la gente todo tipo de dolor, angustia. Eso es para mí lo positivo. En vos va a ver la seguridad que el paciente necesita. Lo negativo, es a veces trabajar, acá en emergencias. Qué se yo, para mí es la política, saber quién está arriba, el acomodo viste. Te dicen “yo vengo de parte de”, eso me molesta y que me canso de trabajar.

(E) En relación a lo anterior, como es cuando necesitan el respaldo o ayuda de los jefes?

(Mar) Yo de mi punto de vista que soy muy problemática, trato ya de no buscar ayuda, porque no la he tenido. Trato de aprender todos los días que es mejor callarte y trabajar, irte a tu casa tranquila. Porque si te enojas, te calentás y te enfermas. No solucionas nada. Nada cambia, se mejora.

(E) ¿La sumisión es el camino?

(Mar) No es para mí, porque es luchar contra la corriente. Es sentir que las jefas no sienten como yo ni asumen, que por ahí te lo comento porque se puede mejorar. Uno se pone en el papel de uno y cree que hace todo bien, y no es así. Somos muchos trabajando en un lugar, donde vemos diferentes las cosas. Tenemos diferentes edades, entonces una piensa con su edad. Todas tenemos cultura diferente, venimos de diferentes lugares, la hemos pasado diferente. Por ahí eso hace que uno no llega al otro, y este piensa que vas de mala intención. De mi parte sé que no me ayudan mucho los modales, la manera que tengo de hablar, eso me perjudica un montón. Prefiero no hablar.

(E) ¿Hubo alguna situación linda o desagradable que le haya tocado afrontar?

(Mar) A mí me pasaron cosas lindas, el primer día que empecé a trabajar. Sola yo con mis hijos, mi familia empezó a ser mis compañeras, venís te descargas, te escuchan. Pasas fiestas, cumpleaños, pasas montones de cosas. Aprendes a quererlos con defectos y virtudes, todos los días, porque cuando no están se sienten. Se fue, se jubiló, hemos perdido compañeros que nos han dolido en el alma, que han sido nuestra mano derecha, se los extraña...por eso uno tiene esta idea de que es nuestra segunda familia. Nuestros hijos y el hospi, por eso yo lo amo tanto y lo cuido tanto (se quiebra y llora emocionada)

(E) Yo he podido observar un malestar general, ¿qué opina usted?

(Mar) Ahora es “yo estudié”, “yo sé”. Antes había más compañerismo, amasábamos tortas fritas se compartían con todos. Ahora. Pones la pava para el mate y “no las de mesa entrada no”. A ver todos somos iguales, estamos todos para quien lo necesita.

Por último, a las chicas que estudian enfermería, todos somos persona. Tenemos sentimientos. Nadie es mejor que nadie, todos los días se aprende algo nuevo, nadie es mejor que nadie.

(E) Gracias por su tiempo.

(Ma) De nada.

Entrevista N° 19

(E) ¿Cómo siente usted su lugar de trabajo? ¿Siente que existen factores que influyan en el mismo?

(Al) Si también entrega lo mejor al paciente. Estamos para acompañarlo, para ayudar en su dolor. Lo negativo es que abris la puerta acá en la guardia, y el maltrato de la gente, que descargan sus problemas personales con nosotros.

(E) En relación a sus jefas inmediatas y las superiores, cuando ha tenido problemas ¿cómo han respondido?

(Al) Yo, me parece que anda bastante bien. Yo no he tenido problemas nunca con mis superiores. No soy conformista, he comentado las cosas que creo no correctas. Me han escuchado, no las han puesto en práctica pero me han escuchado. Por ahí me dan la razón, con la edad que uno tiene, a veces sabe callar y ocupar el lugar que le corresponde. A no ser impulsiva. Uno ya ha pasado por esas cosas, no soy conformista. Pero hay que seguir trabajando.

(E) En su larga trayectoria, ¿ha habido algún acontecimiento o situación que le haya dejado alguna marca?

(Al) A mí lo que me impactó en mi lugar de trabajo, es un chiquito. Cuando estas actuando, trabajas, pero cuando pasa se te cae el “alma”. Tantas cosas ves. Te entregan un bebé, no respira y vos hacés todo. Bueno en ese caso salió. Cuando me relajé, me largue a llorar, por la situación. Con mis compañeras cero conflicto. Que recuerden que siempre está primero el paciente.

(E) Gracias por su testimonio.

(Al) De nada, a vos por escucharme

Entrevista N° 20

(E) ¿Cree usted que en su ámbito laboral, pueden existir factores, que de algún modo afecten tu trabajo diario?

(C) Bueno los más frecuentes...y sí son contracturas musculares, tanto por el estrés como por el esfuerzo físico, que realizo acá en la terapia de adultos. Es que las camas son altas, en relación a la estatura de los enfermeros. Además de la altura y peso de los pacientes. Pero bueno un poco o directamente en la columna. Más allá de lo físico, lo emocional también.

(E) ¿Cómo procesa usted que la Aseguradora de Riesgo de Trabajo (ART) sea determinante en la prescripción del propio hospital para certificar afecciones de origen profesional?

(C) En un principio es correcto, para la primera atención de lo que te pase. Después sería conveniente que haya un consultorio extra hospitalario para certificar si existe o no afección.

(E) Existe algún acontecimiento, que le haya impactado. Y si hubo algún tipo de afectación psíquica o física, generada por la misma?

(C) Fundamentalmente un “chiquito” de 16 años, tuvo un accidente de tránsito. El iba a trabajar en moto y se choca con un camión de basura. Iba a trabajar, no estaba drogado ni alcoholizado, ni nada. Fallece a las 48 hs., “mucha angustia.... Tanto por el sufrimiento del nene y la reacción de la mamá. Hasta el día de hoy me acuerdo y pasaron alrededor de tres años. Cualquier muerte es dolorosa, pero siempre duele más, la muerte joven, que la del anciano que es la ley de la vida. Físicamente no, no me afecta. Si angustia cuando lo recuerdo y veo a la mamá en otro lugar (se quiebra y llora, no puede hablar más).

(E) Muchas gracias

(C) ...

Entrevista N° 21

(E) ¿Ha sufrido algún tipo de problema de salud, que usted crea que es producto de su praxis diaria?

(S) Dolores musculares por ahí. Lo que sí algo de estrés, pero todavía se afronta. Hace muy poco tuve un episodio de epistaxis (salida de sangre por nariz), me asusté mucho. Hacía dos meses que me salía sangre, poca, y no consultaba. Un día salí de una guardia nocturna, veníamos con dificultades en el área por falta de personal, y llegué a mi casa y comencé a sangrar. Feo sentía que me ahogaba con la sangre, me trajeron al hospital en ambulancia y luego me fui con baja laboral, por una semana.

(E) ¿Cómo siente usted la presencia de sus jefes de enfermería, están presentes o ausentes ante un problema que requiera su intervención?

(S) Mirá, no tengo problemas ni con mi jefa de terapia de adultos, ni con las jefas generales, solo reclamamos más personal para el área.

(E) ¿Ha habido algún acontecimiento, situación generada en su ámbito laboral que pueda haber afectado su salud?

(S) Sí, particularmente un joven de 18 años, derivado de otra institución. Llegó en estado terminal de su enfermedad, yo hubiese querido estar al inicio de esa enfermedad. No se, creo podría haberse mejorado su calidad de vida y no recibirlo en ese estado. Eso me marco. El médico que lo recibió, lloraba desconsolado y nosotros ni hablar. De todos modos trato de hacer mi trabajo, considerando al paciente primordialmente. Igual acá en terapia, se establece una relación con los pacientes que es muy difícil olvidar. Es como que sos todo para ellos.

(E) Gracias por tu testimonio.

(S) De nada, gracias a vos por escuchar.

Entrevista N° 22

(E) ¿Cree usted que puedan existir factores que influyen en el cuidado aplicado a los pacientes?

(R) Falta respaldo de las jerarquías. Falta llegada a la gente de la ciudad, que nos necesita. Dialogo no hay, eso me sacó mal, porque termina afectan al paciente.

(E) ¿Hay algún episodio laboral que siente le ha dejado alguna tipo de afectación?

(R) A parte de esto como negativo, también pasó con una amiga-colega. Mirá lo sentí como una traición. En la profesión duelen las situaciones, pero para mí esta situación es la que más negativa que viví.

(E) Siente que el trabajo, de alguna forma lo ha afectado?

(R) No, es un gusto lo que hago. Sólo lo personal que te conté recién, me afectó mucho.

(E) Gracias, por tu atención.

(R) Gracias a vos por poder decirlo.

Entrevista N° 23

(E) ¿Cómo ve usted su ámbito laboral?

(G) Hay factores edilicios, falta organización, falta personal, no se son muchas cosas.

(E) ¿Siente que el trabajo le ha afectado de alguna forma?

(G) Positivo, si tengo trabajo, ha ayudado a reconstruirme como persona. Además trabajo de lo que me gusta. A mí me cambió en lo personal, me transformó. En lo negativo, si bien me reconstruye me quita tiempo con mi familia. También es negativo, la relación con algún colega que creía era mi amigo y no fue así, me afectó mucho.

(E) Gracias

(G) Gracias a vos por poder decir esto.

Entrevista N° 24

(E) ¿Usted cree que puedan existir factores que de alguna forma influyan en su praxis diaria?

(C) Desorganización laboral.

(E) ¿Cómo siente a su trabajo?

(C) Positivo te permite interrelacionarte con el paciente y su entorno. Negativo y a mí me afectó mucho la autopsia de un colega compañero, la de la mujer y la beba. Me mató, te lo juro. Además de esto recién vengo de oncología, y hay un muchacho de mi edad conectado a un tratamiento de quimioterapia. No sabes me mato (no puede seguir, se quiebra y llora).

(E) Muchas gracias.

(C) A vos.

Entrevista N° 25

(E) ¿Cree usted que dentro del ámbito laboral puede existir alguna dificultad que le impida desarrollar su praxis laboral como le gusta?

(M) No, estoy trabajando cómodamente. De ninguna manera. Yo trabajo muy bien.

(E) Cuando ha tenido algún tipo de dificultad dentro del hospital, ¿cómo se han comportado sus jefes, le han ayudado o no a resolverlo?

(M) Buena, buena. Tanto mi coordinadora como las jefas.

(E) Algún acontecimiento o situación, que haya tenido que afrontar, pudo haberle generado algún tipo de malestar?

(M) No, no para nada.

(E) Muchas gracias.

(M) A vos.

Entrevista N° 26

(E) ¿Cree usted que dentro de su ámbito laboral puede haber factores que de algún modo influyan en su praxis diaria?

(A) Mmmm, ehhh la parte positiva un grupo de trabajo es muy bueno. Al ser un servicio cerrado (terapia de niños), bien en equipo somos ocho enfermeras. Eso es positivo. Negativa el tema es poco reconocimiento como profesional y arte de un equipo, todavía hay mucha distancia entre el médico y la enfermera. Falta más trabajo en equipo con ellos. Nosotros acá no tenemos un médico permanente, eso hace que la distancia sea mayor. Eso es lo que veo en negativo. Todavía falta como profesión el reconocimiento profesional.

(E) ¿Cree que en algún punto es responsabilidad del enfermero la falta de reconocimiento?

(A) No sé, si el enfermero en sí. Creo que como fue desarrollándose la profesión. Primero fueron empíricas, después auxiliares, después profesionales, licenciados. Mi opinión eso podría ser la falta de reconocimiento. Y obviamente la falta de estar colegiados, eso suma.

(E) Desde el lugar de las jefas, si ha tenido algún tipo de contingencia, ¿cómo ha sido la respuesta?

(A) De parte de las jefaturas, he tenido respuestas. Nosotras como grupo hemos tenido, quizá nos faltó un poco más. Ser más escuchada, bueno partamos de que somos empleados municipales, no empleados de salud provinciales, no estamos reconocidos como personal

de salud. Distinto es a un médico. Si bien somos todos municipales, el reconocimiento es diferente a los colegas que son provinciales. Es difícil pelear un lugar en salud, donde no somos reconocidos como tales.

(E) ¿Usted diría que el cargo de enfermera no está jerarquizado?

(A) Sí, totalmente. No se reconoce título, capacitación. Eso hace falta, que apoyen la capacitación. Formar un ámbito de formación. Respecto a jefes de servicio médico y los demás médicos, falta apoyo.

(E) ¿Ha vivido algún tipo de acontecimiento dentro del área laboral que en algún punto la haya afectado?

(A) Sí, cansancio. Uno por la necesidad económica trabaja más horas de la que debe. Obviamente trabajamos con pacientes críticos lo que te genera más estrés, que un paciente más adulto. Al ser mamá y atender pacientes pequeños, bueno nos afecta. Y sí afecta. Por ahí también falta un espacio donde poder descargar. Viste hay empresas que hasta juegos hacen, para quitar presión. Uno trata de sacarlo todo en esos espacios. Y sí en cuerpo se manifiesta todo, el cansancio físico, cefaleas, alergias en la piel. Y sí te pasa factura el cuerpo.

(E) Gracias, muchas gracias

(A) De nada, a vos

Entrevista N° 27

(E) ¿En su trayectoria profesional, usted ha sentido que pueden existir factores que influyan en su práctica diaria?

(M) Mirá esta área, de maternidad somos muy compañeras. Falta de personal sí. A veces la sala está desbordada y somos dos por turno, llegas a hacer las cosas pero te vas remal. Se termina muy cansada.

(E) Cuando ha tenido algún tipo de dificultad, ¿cómo ha sido la respuesta de sus jefes?

(M) Nosotros tenemos una coordinadora, que puedes hablar, es muy compañera. Los problemas quedan acá.

(E) ¿Cree usted que algún acontecimiento o sucesión de ellos puede haberle afectado de algún modo?

(M) Físicamente, hace dos años me hice una hernia de disco, pasando una paciente de la camilla a la cama. El tema estresado por las muertes de chicos, es difícil trabajar con chicos. Te afecta mientras estás y terminas llevándote a tu casa los problemas. Sufrimos a la par de los papas. Acompañamos, hay veces que te vas re mal, si se sufre un montón.

(E) Ud. Dice que quiere que se pase y estas cosas no se pasan, ¿cree usted que en algún punto se van acumulando?

(M) Quedan dentro de uno. Acá hay chicos que sabés que tienen pocos años de vida. Por sus enfermedades. Y nos preguntamos entre nosotros, que hacemos cuando pase (la muerte), otra vez sufrir y no se pasa.

(E) De acuerdo a su respuesta, ¿cómo cree que la institución debería responder?

(M) Creo nos haría muy bien un grupo de psicólogos. Falta eso en mi opinión falta. Para alivianar la carga. Además creo que se necesitaría más personal, así no terminamos tan cansados.

(E) Gracias por tu testimonio.

(M) Muchas gracias a vos.

Entrevista N° 28

(E) ¿Usted percibe algún tipo de factor que influya en el desarrollo de su praxis profesional?

(M) Si, acá los factores son emocionales, nos afecta mucho el sentimiento de trabajar con niños, te duele todo. Emocionalmente estas estresado, por las situaciones. Nosotros nos comunicamos obvio más con las familias, pero con los peques bueno

(E) ¿Siente que la afectado psíquica o físicamente?

(M) Físicamente más o menos. Emocionalmente si, más,

(E) ¿Ha atravesado algún tipo de problemática personal o laboral? ¿Cómo ha sido la respuesta de sus jefes?

(M) Nosotros nos dirigimos más a la coordinadora, la respuesta ha sido buena. Después ella habla con las jefas de enfermería. Hemos tenido buena respuesta.

(E) ¿Ha existido algún acontecimiento que le haya tocado afrontar y en el que ha sentido algún tipo de afectación?

(M) La muerte de un bebé de un año y tres meses, hace dos o tres años. Todavía no puedo recuperarme.

(E) ¿Cómo puede suceder eso, atendiendo tantos niños críticos?

(M) Porque uno se identifica con ciertos pacientes, estableces un vínculo muy particular. En general la muerte siempre te afecta. Pero más con los que estableces ese vínculo particular.

(E) Muchas gracias.

(M) De nada, a vos.

Entrevista N° 29

(E) ¿Usted cree que puede existir algún tipo de contingencia en su ámbito laboral que le impidan desarrollarse plenamente?

(A) A mí lo que me pasó es que recién hace poco pude integrarme a este equipo de terapia de niños. No podía afrontar el problema de la muerte (se quiebra y habla llorando), siempre siento que no puedo resolver ese problema, siento que el paciente es mío y que necesito hacer más. No puedo ver la muerte de ellos, se me reflejan mis hijos. Y me duele el alma cuando se van. Hace como veinte días se murió un bebé anencefálico, y estuve sola con él, lo tuve que vestir y todo, viste hasta que llego (M), si en el cuerpo me afectan hago anginas virales a repetición, se me bajan las defensas. Hablaba con (M), a ver si ella lloraba. Nunca lo había hablado. Recién ahora puedo expresarlo. Si en mi cuerpo como te dije anginas virales, me iba con taquicardia, mucho más. Recién este último tiempo. Ya son seis años en este lugar y recién ahora empiezo a manejarlo. (Sus respuestas son con tono quebrado, muy compungido).

(E) Con su respuesta, ¿cómo hace para canalizar tanto dolor?

(M) Por lo visto no lo canalizo, recién hace veinte días que puedo llorar. Creo que no sé canalizarlo (vuelve a quebrarse)

(E) ¿Cree que desde la institución puede haber algún tipo de ayuda para afrontar estas situaciones y no terminen enfermas?

(A) Creo que sí, no tenemos apoyo de grupo terapéutico. Me da la sensación que se nos ve como un roble, fuertes, podemos, podemos. Si no podemos seguimos. Si lo hablo con mis

compañeros. Pero me llevo al paciente a mi casa, a la madre a la casa. Me cuesta un montón.

(E) ¿Qué opina acerca de sus jefes? Cuando ha tenido problemas, incluso esto que manifiesta, ¿ha sido positiva la respuesta o negativa y el problema termina diluyéndose?

(M) Se diluye desde mi opinión. Cada uno cumple su rol. Son pocos los mates que tomamos, ya que esto nos ayuda a hablar, a sentarnos a charlas. Para mí se diluye. Me queda agradecer a mis compañeras, ya que ahora puedo expresarme. Ahora sí me siento contenida, costó pero ahora puedo hablarlo con mis compañeras,

(E) Muchas gracias.

(M) De nada, a vos por este aguante.

Entrevista N° 30

(E) ¿Cree usted que pueda existir en el ámbito laboral algún factor que impida el correcto desarrollo de su praxis profesional?

(A) Mirá esta sala es de clínica médica, mmmmmmm no, no existe ninguno. Problemas que se resuelven durante la guardia, acerca de las problemáticas de pacientes.

(E) ¿Ha existido algún tipo de problemas, que haya llevado a sus jefes? ¿Cómo fue la respuesta de los mismos?

(A) Ehmm, cuando he consultado con las jefas me han escuchado y me han resuelto el problema.

(E) Ha habido algún tipo de dificultado que le haya costado atravesar?

(A) Cosas buenas muchísimas, malas también viste la muerte siempre está. Entonces se pasa en seguida.

Cuando estudié enfermería, pensaba que no iba a poder con esto. La vida me demostró todo lo que he sido capaz de hacer. Hoy no podría hacer otra cosa. Esto es un trabajo en equipo, enfermeros y mucamas. Es lindo, solo no lo podes hacer.

(E) Muchas gracias.

(A) De nada.

Entrevista N° 31

(E) ¿Usted cree que pueden existir diferentes situaciones que influyan en el desarrollo de su función?

(P) Mirá acá en guardia de emergencias, si puede ser uno de los principales sería el compañerismo, eh sino no se otro no.

(E) Si ha tenido algún tipo de dificultad personal o laboral, ¿cómo ha sido la respuesta de sus jefes de enfermería?

(P) Que difícil, eh no la mayoría de las veces que he tenido problema, no. Lo canalizo como puedo, alguna forma encuentro, pero sola.

(E) Ha existido alguna situación buena o mala, tanto con compañeros como con pacientes, que le haya costado afrontar?

(P) Ehhh si más que nada con compañeros, el suicidio de un compañero me marcó mucho. Es muy difícil, no lo puedo canalizar, depende de la personalidad de cada uno.

(E) ¿Cree que desde la institución pueden ofrecerle algún tipo de ayuda?

(P) Si yo creo que haría falta, una persona que sea psicólogo o alguien que pueda ayudar a manejar estas situaciones. Tendría que estar cuando te pasa algo, que este y te escuche.

(E) ¿Ha sufrido algún tipo de manifestación en su salud?

(P) Si por ahí uno no relaciona, pero supongo que sí. Cefaleas, atrasos menstruales, esas cosas si es todo por el estrés laboral. Solo espero que esto mejore, digo las relaciones en el trabajo.

(E) Muchas gracias.

(P) De nada, a vos. Me gusta que alguien se ocupe de preguntarnos estas cosas.

Entrevista N° 32

(E) ¿Cree usted que de alguna forma, situaciones en el área laboral, le impidan trabajar cómodamente?

(V) Yo creo que no, a mí me encanta lo que hago. En realidad acá en terapia de niños, es un grupo pequeño, la mayoría somos muy compañeras, no hay problemas. Nos cubrimos entre todas las guardias, si hay muchos chicos nos arreglamos bien. No ningún problema, hay un muy buen equipo.

(E) ¿Los jefes tienen presencia ante problemas que surjan?

(V) La verdad que sí, te ayudan un montón, en este caso tenés problema y tratan de resolverlo. En ese sentido está bueno.

(E) ¿Ha existido algún tipo de situación que le haya costado afrontar, tanto laboral como emocional?

(V) Por ejemplo en prematuros y niños que fallecen, trabajas con ellos desgraciadamente fallecen. Bueno es la vida no, pero ese es el tema que nos llevamos a casa. En mi caso bueno pasó y me digo queda en las manos de Dios, en otras chicas le cuesta más separar los problemas, se lo llevan con ellas. a mí me cuesta unas horas, después ya esta se pasó.

(E) ¿Cree usted que desde la institución pueden brindarle algún tipo de ayuda?

(V) Estaría bueno, muchas veces nosotras descargamos con nuestras compañeras del sector. Algunas chicas se quiebran hablando, pero sirve esta bueno. Me encanta lo que hago, a pesar de todo me gusta la adrenalina de la urgencia. Si lo llevas en el alma debes de mejorar día a día

(E) En relación a esa adrenalina, ¿qué sucede con usted cuando pasa esa situación?

(V) Cierro la puerta de mi trabajo, suspiro ya está. Estoy en mi casa y mando mensajes jaja, para ver como esta todo, eh si hay algún chico grave, preguntas como va. Es como que no soltás, lo sentís tuyo también, es porque lo llevas muy adentro, digo la profesión.

(E) Gracias.

(V) A vos.

Entrevista N° 33

(E) Dentro de su área laboral, puede existir alguna situación que influya en su praxis profesional.

(M) Estoy en un proceso de adaptación, ya que acá en terapia de adultos soy nueva. Hay ciertas cosas que tengo que afinar. Pero si afecta en el desarrollo de mi práctica. Falta de experiencia en paciente crítico.

(E) ¿En lo personal, es falta de experiencia o algo que tenga que afinar en lo personal para sentirse cómoda?

(M) Adaptarme a un grupo nuevo, conocer el lugar, conocer los profesionales médicos, bah en realidad que me conozcan. Es lo que más me preocupa, que confíen.

(E) En su trayectoria, ha habido probablemente situaciones que haya tenido que afrontar, ¿cómo ha sido la respuesta de sus jefes enfermeros?

(M) Cuando son problemas personales, trato de buscarle yo la vuelta y que no afecten mi trabajo. Cuando son laborales, he tenido respuesta rápida, llamo a cualquier hora y no tienen problemas en atenderme y resolver, igual que los chicos que hace más tiempo que están. Siempre pude hablar con mis jefes.

(E) Ha existido alguna situación que le haya costado enfrentar?

(M) Mirá con los chicos que hace más tiempo que están, hablo y hago *mea culpa*, hacemos catarsis. Digo si me equivoque o me faltó algo. No he tenido problemas en expresarlo, así que a casa me voy con la valija semivacía, no me voy tan angustiada.

(E) He podido observar en los enfermeros, que cuando los pacientes se mueren, a pesar de muchos esfuerzos y maniobras realizadas, se preguntan qué falló ¿Usted opina de igual forma o que cree que les sucede?

(M) Yo creo que nosotros los enfermeros, siempre sienten que podrían haber hecho más, uno trata de hacer todo en equipo. Hasta los médicos nos consuelan y te dicen está todo bien. En este servicio es diferente, ya que los pacientes están críticos y como que la familia ya está informada de la gravedad. Diferente es en la sala, donde la muerte puede sorprender a pacientes que no están graves, es diferente el compromiso del médico. Acá, a pesar de todo no te frustras tanto, porque la muerte es casi una posibilidad presente.

(E) Muchísimas gracias.

(M) Gracias a vos.

Entrevista 34

(E) Ud. ¿Cree que en su sector de trabajo existen factores que de alguna forma impidan la correcta aplicación de los cuidados?

(C) La verdad sí, eh falta de organización, falta de personal falta de compromiso con lo que se hace.

(E) Ud. ¿Cree que eso que siente, lo afecta a usted de alguna forma?

(C) Mirá esta es una sala de cirugía, donde se trabaja mucho, y sí a mí me afecta. La falta de compromiso de algunas, vos te vas mal. En tu guardia haces las cosas bien, pero recibís

guardias, donde las cosas no se hicieron, o recibís la queja de pacientes y familiares, el trato que dan cuando piden algo, es como si molestaran, y no debe ser así.

(E) Si ha tenido algún tipo de dificultad, y ha requerido la ayuda de sus jefes, ¿cómo has sido la respuesta, lo han solucionado o ha quedado el reclamo en usted sin solución?

(C) Se queda en mí, uno a veces dice “no se hizo tal o cual cosa”, no responden.

(E) Los problemas que no se resuelven se acumulan, ¿cómo canaliza usted esta situación?

(C) Y yo en casa no hablo. Con ciertas compañeras que trabajan como uno. Y decimos que hacemos si decimos esto, nos ponemos en contra del otro grupo o de la jefa del sector, y lo hablamos entre nosotras, para evitar malestar. Por ejemplo tenemos problemas con el control de diuresis, tomas la guardia y las colectoras están llenas, y vos decís “no se hicieron”, le tienen fobia parece, no sé porque. Lo mismo el carro de la ropa, o por ahí bañar el paciente, que vos ingresas y te piden que lo bañes, el paciente.

(E) Alguna situación que le haya tocado afrontar, y de alguna forma te haya afectado.

(C) Tuve una situación con una compañera nueva, fue a gritarme por un hemocultivo delante de un paciente. Yo conteste primero el paciente, después la toma del hemocultivo. Por supuesto me recalenté, no nos hablamos durante la guardia, hasta que me pregunto si me enoje, le dije que por supuesto que sí, “no tenés porque gritarme, le dije”. A parte el paciente salió en mi defensa. Me dolió porque yo siempre la defendía, cuando nos enteramos que pasaba a esta sala, y ella dice no, no. Hoy en día trabajo bien con ella, pero en ese momento me agarre mucha rabia. Quedo en el olvido, somos compañeras, estamos mucho tiempo juntas. Si me gustaría, que me entreguen una guardia en correcto estado. O sea llegar y ocuparme de ver y controlar los pacientes, para ver cómo se sienten, como están.

(E) Respecto a la falta de compromiso, ¿cree usted que es de parte de enfermeros nuevos o de los que hace mucho tiempo que están?

(C) Es igual, yo creo que es cuestión de actitud. A los nuevos podes decirle, a los que hace mucho tiempo que están si le decís algo se ofenden, porque creen que te haces la que manda, y no es así.

(E) Muchas gracias

(C) A vos, espero que no me “maten”, cuando lean esto. Gracias por permitirme expresarme.

Entrevista N° 35

(E) Cree usted que dentro de su área laboral, pueden existir diferentes factores que intercedan en la aplicación de sus cuidados?

(D) Mirá esta es la sala de maternidad y pediatría, acá a veces hay mucho trabajo y no somos suficientes enfermeras. Entonces creo yo no le das la atención que necesita. A veces algunos se quejan porque no fuiste...y no es porque no querés sino porque por falta de personal no alcanzas con todo. Y que se yo eso influye negativamente porque tenés una queja.

(E) ¿Y qué opina, puede haber factores positivos también?

(D) Que se yo, yo veo positivo cuando hay alguien que te agradece. Son pocos pero sentís que se van agradecidos para mí.

(E) Respecto a lo que me refiere, ¿cómo la hace sentir?

(D) Sentís que lo que hiciste, le sirvió se sintieron acompañados. Y agradecen lo que uno hace. Son pocos los que agradecen. Casi siempre se van con una queja. No es que tienen la obligación de agradecer, pero te hace sentir rebien eso.

(E) ¿A lo largo de su praxis profesional ha habido algún acontecimiento o situación que la haya afectado de algún modo?

(D) Si, sobre todo el estrés que genera asistir un niño grave. Ni te cuento si fallecen. A mí me deja mal. No puedo dormir, estoy pensando todo el tiempo en lo que pasó. Aunque quieras olvidarlo...y bueno eso te estresa.

(E) ¿De acuerdo a su testimonio, cómo canaliza usted su malestar?

(D) Y pensando que hice lo mejor que pude. Que falleció porque debía ser así. Pero que uno hizo lo mejor que pudo hasta último momento.

(E) ¿Usted cree que desde la institución se podría brindar algún tipo de ayuda a los enfermeros, para poder atravesar estas situaciones?

(D) La verdad que no se, por ahí una ayuda psicológica no estaría mal. Pero no sé si te modifica mucho. Ya una vez tuvimos, y a mí no me modifico mucho. Siempre que tengo un acontecimiento lo vuelvo a vivir. No es que no me pase nada y listo. Siento que eso es algo propio.

(E) El objetivo de esta ayuda que le menciono, sería el darle herramientas para poder afrontar estas situaciones, a eso me refiero. De eso se trata, ¿qué opina al respecto?

(D) A la larga tarde o temprano este malestar pasa. Y ya está, es como te digo siento que trabajaste lo mejor que pudiste. Yo lo afronto así en positivo, pensando que se hizo lo mejor que se pudo, esa sería mi forma de canalizar.

(E) Muchas gracias

(D) A vos por escuchar...

Entrevista N° 36

(E) En este caso entrevisto a una profesional que además de ser enfermera es bombero voluntario. ¿Qué opina usted acerca de su área laboral, pueden existir diferentes factores que puedan llegar, a impedir su praxis profesional?

(A) Existen factores positivos y negativos. Positivos poder trabajar en lo que me gusta. Negativo la falta de compañerismo, hay gente que trabaja sin vocación ahí se nota que hay diferencia.

(E) ¿Usted cree que es falta de vocación?

(A) Puede ser sí, porque los sueldos de los enfermeros son muy bajos, son muchas horas que tenemos que pasar acá adentro, y el mismo cansancio, nos lleva a ciertos conflictos con los compañeros.

(E) ¿Cuándo ha tenido algún tipo de situación que no ha podido resolver, como ha sido la respuesta de sus jefes?

(A) Siempre se trata de mejorar, si he cuestionado algo porque creo esta mal, han intervenido y hay respuesta del otro lado. Es difícil, todo a la ligera, a las corridas. Tenemos que trabajar en otro lado, para que te alcance, para poder ganar un poco más. Son muchos los factores no solamente el trabajo, tenemos una familia que dejamos, eso también se junta. El desgaste físico, mental, que vos digas no estoy pum para arriba todos los días, y por ahí en ese momento se genera un conflicto, nosotros lo tomamos mal, discutís con el compañero sin ser necesario....y después te pones a pensar y decís ¿para qué? Si cuando viene la urgencia, trabajamos como un equipo sólido, todos por igual y nos olvidamos si estamos enojados.

(E) ¿Ha existido alguna situación, en la que de alguna forma, se ha sentido afectada psíquica o físicamente?

(A) No, eh si afectarme si en caso de los niños. Los asisto, estoy en todo momento, pero no me olvido. Igual que los pacientes oncológicos, me afecta mucho, porque yo de hecho lo viví en carne propia. Entonces te diré que es una de las cosas que más me afectan, y no me olvido de ciertos pacientes?

(E) ¿Quiere agregar algo más?

(A) Yo lo que diría que ojala haya más personal de enfermería que se capacite, que de algún modo podamos cambiar para mejor. Poder colegiarnos, poder decir “somos nosotros”, sin depender de otros para existir.

(E) ¿Cree que la capacitación y formación sería la bisagra para el cambio en su profesión?

(A) Si sería otra mirada, capacitados veríamos desde otro punto de vista la profesión. Sería bueno que las auxiliares hicieran la carrera. Yo digo que el cambio en la profesión es la formación superior.

(E) Gracias por tu tiempo.

(A) Gracias a vos, por este espacio.

Entrevista N° 37

(E) ¿Opina usted que en su área laboral pueden existir diferentes factores que puedan influir en su praxis diaria?

(A) Mirá en esta sala de maternidad y pediatría, depende mucho de la predisposición de la gente y la conformación del equipo de trabajo y su sentido de equipo. Que todos trabajemos hacia el mismo objetivo. Los impedimentos creo son nuestros, por ahí no por falta de compromiso sino por no volver sobre el mismo tema. Esto es acerca de la situación familiar de algún paciente, no volver a preguntar para no mal predisponer a las personas. Es fundamental que lo hagamos, porque no se trata en realidad de chusma, sino de tratar entre todos de buscar la solución entre todos. De todas una llega al paciente y familia, entre todas vamos atando cabitos y llegamos a las conclusiones.

(E) Lo dicho por usted. ¿Debe tomarse como concepto de “trabajo en equipo”?

(A) Si sin lugar a dudas

(E) ¿Qué rol cumpliría cada una, o todos cumplen el mismo rol?

(A) No cada una cumple su rol. Aprendiendo cada una de la otra. Como entre todas podemos planificar para lograr mejores resultados. A veces los pacientes tienen enfermeros predilectos. Pero bueno lograr entre todos la forma de llegar. Viste que no todos coincidimos con los pacientes, entonces sugerir modos de trato. Por ahí vienen alterados, sumados a que nosotros también no estamos bien y por ahí contestamos mal, y no nos damos cuenta. Pero el resto tenemos que hablar, a ver qué nos pasa. Todas tenemos que formar un equipo de trabajo, para cuidar a todos los pacientes y familia.

(E) ¿Algún tipo de aspecto que crea negativo?

(A) Por ahí el cansancio, el estrés, el carácter. No queremos darnos cuenta, pero debemos entender que el otro es distinto. Que puede malinterpretar una mirada o una expresión. Tenemos que limar asperezas.

(E) ¿De algún modo cree que puede impactar en la atención y cuidado del paciente?

(A) Influye mucho, se genera competitividad. No debería ser así. Debería ser todas iguales. Por ahí escuchas “vino fulanito, voy yo”, no debe ser así, todas debemos aprender a atender a todos los pacientes. Por más que no tengamos un buen día, deben entender que el paciente es especial, y no tiene la culpa de nada. Debemos dejar nuestros problemas en casa. Lo del trabajo en el trabajo y lo personal en casa. Acá se trabaja mucho con la familia, las explicaciones se las damos al familiar. A veces colaboran más los niños que los padres, porque sufren viste. Para hacerlo debemos estar bien entre nosotras y contarnos particularidades de cada familia, no chismerío, para poder abordarlos.

(E) En relación a los jefes de enfermería ¿cómo los siente usted?

(A) Nosotros tenemos suerte de que nuestra coordinadora, nos ayuda a resolver todos los problemas. Respecto a los jefes de enfermería general, también. Nuestra jefa es muy accesible, pero también nos baja línea. Trata de que nos llevemos todos bien.

(E) ¿Cómo ve el rol del enfermero y el médico?

(A) Mirá cada uno es particular, hay algunos que son distantes. Te señalan lo que debemos hacer. Y otros forman equipo con nosotros. Esta sala esta superpoblada, cuando vienen ambulatorios, tenés que atenderlos por la presión que ejercen. A veces no llegamos, no alcanza el personal. Haces cosas que no son de enfermería, atiendes pacientes que están un rato y se van, y resulta que le hiciste millones de cosas. Mientras le quitaste tiempo al paciente internado.

(E) En el tiempo que lleva dentro de la institución, ¿le ha tocado afrontar algún tipo de situación difícil de abordar, por ende que pudo haberle causado alguna dificultad en su salud?

(A) Hay una sola cosa me afecta anímicamente, es el destrato al paciente. Acá y en todas las salas, eso me supera. Te enseñan técnicas, el trato es respeto, ese se trae. La gente no está acá porque le gusta, está angustiado, no comprende, entonces puede que estén cansadas y se protesta y se los trata incorrectamente. Lo importante es poner otra cara y actuar como corresponde.

(E) ¿Por qué cree que pasa esto, cree que puede ser por cansancio, porque es la esencia de cada uno o el enfermero se siente superior a quien lo necesita?

(A) Para mí es una mezcla de todo. Cansancio....pero en el paciente no. A veces llegamos a picos de cansancio, bajemos decibeles. Pensemos que trabajamos en lo que queremos, tratemos de estar bien.

(E)¿Cree que desde la institución pueden brindarle ayuda?

(A) Creo que sí, que algún tipo de equipo terapéutico. Pero principalmente apoyarse en el equipo de trabajo y para mí, en los jefes que nos respaldan. A veces creemos que podemos con todo, no es así somos humanos y no se puede con todo. Yo creo que desde la institución hay apoyo, nosotros tenemos que aceptar la ayuda. Quiero decirte algo y terminar: amo lo que hago, no me equivoque, amo mi profesión....

(E) Muchas gracias

(A) A vos por este tiempo.

Entrevista N° 38

(E) ¿Cree usted Que dentro de su área laboral, puede haber algún tipo de factor positivo o negativo, que de algún modo puede influir en su práctica profesional?

(M) Creo que hay de ambas partes, que se pueden modificar día a día. Yo creo que uno en el tiempo que va adquiriendo experiencia, transcurriendo el tiempo, uno ve muchas cosas. Por ahí para mí están mal y para el otro están bien. Si tuviésemos la oportunidad, desearía que tuviesen en cuenta la opinión de los que trabajamos en salud.

(E) ¿Eso cómo sería a tu criterio, como positivo o negativo?

(M) No yo creo que sería positivo, quienes están por encima nuestro tomar cada uno la opinión de todos. De todos se aprende, y puede ayudar a crecer. Más a nivel de salud, que yo creo que por más de ser profesional y tener la bendición de estar en esto, tiene que estar primero el dialogo.

(E) De acuerdo a su respuesta, ¿cree que los enfermeros están “callados” y quienes están por encima de ello no escuchan y por eso es el lugar que ocupa enfermería hoy?

(M) Que buena pregunta! no se sino nos escuchan, yo creo que sí pero por ahí somos pocos los que hacemos reclamos. Y cuando lo hacemos se malinterpreta, porque no logramos llegar a un acuerdo. Creo que por no darnos oportunidad de ambas partes, si llegásemos a un acuerdo estaríamos mejor.

(E) Respecto a la relación con sus jefes de enfermería, ¿cómo ha sido la respuesta cuando usted Ha tenido algún tipo de inconveniente, laboral o personal, han sido resolutivos o no ha tenido respuesta?

(M) Por experiencia propia hasta hoy, se terminan diluyendo sin ser resueltos. Siento que no hay una pronta respuesta, lo que hace que uno se sienta poco cuidado, poco respetado. Siempre digo que todos tenemos oportunidad de cambiar, por eso sigo esperando.

(E) ¿Confía en que puede generarse un espacio donde se encuentren los enfermeros con enfermeros jefes, y puedan reflexionar acerca de las distancias entre ambos?

(M) Si, obviamente que sí. Más allá de cómo está todo hoy, tiene que existir ese “ojito”, que mire a enfermería, que le ponemos garra... que se yo que miren por nosotros también.

(E) ¿Cómo siente usted A la institución, organizada, que cada uno sabe cuál es su rol, todo se encuentra en correctas condiciones, que opina al respecto?

(M) Por ahí no le presto mucha atención a eso, mientras se arregle lo mío para disfrutar lo que hago está todo bien. También creo que cuando se ha necesitado de mi predisposición para que algún compañero pueda salir de licencia, he colaborado. Si hay diferencias o no queda en cada uno de los que trabaja. De mi parte he tenido predisposición, y cuando he necesitado también.

(E) Dígame ¿ha habido a lo largo de su praxis profesional alguna situación que le haya costado afrontar y por ende, de algún modo le haya afectado en su salud?

(M) Ehh, yo amo lo que hago, siempre digo que cada paciente que pasa por mis manos todos los días es una experiencia diferente. Si tuve la mala experiencia de perder en 2010

una compañera colega, era mi amiga (sus ojos se llenan de lágrimas), eso me costó mucho, hoy me cuesta todavía (su voz baja de tono, se nota la angustia al rememorar), tome muchas cosas de ella. Perderla a ella con 33 años, hoy yo con 43 me digo Dios me regaló 10 años más, por eso disfruto la vida, valoro lo que tengo, creo que cada día lo tengo que tomar como regalo, en honor a esa amistad que se fue...y obvio por cada paciente que atiende, y que le doy lo mejor de mí. Que me debo equivocar, seguro...pero que le pongo onda ni lo dudes.

(E) ¿Cree que desde la institución, deberían brindarle algún tipo de respaldo o ayuda terapéutica para afrontar estas situaciones?

(M) Vos decís cuando pasa algo así como te conté, yo creo que de alguna forma sí. Cada cosa que pasa es como una armadura, que te va haciendo más fuerte. Yo digo que tengo el mejor psicólogo de mi vida: Dios. Ojalá muchos se dieran cuenta, que lo tienen a él (en referencia a Dios, (M) es evangélica protestante), pero si alguno lo necesita, digo al psicólogo o psiquiatra, está bien creo que desde la institución deberían brindarlo.

(E) ¿Algo más que quiera agregar?

(M) No en este día tan especial del día de la enfermera, agradezco esta entrevista y que realmente sirva todo lo que dije.

(E) Muchas gracias por tu aporte.

(M) Gracias a vos, por este espacio.

Anexo N° 4 Ley 12.245 Del ejercicio de la enfermería

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sancionan con fuerza de Ley.

CAPÍTULO I CONCEPTO Y ALCANCES

Art. 1° - En la Provincia de Buenos Aires, el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente Ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte. Art. 2° - El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Asimismo, será considerado ejercicio de la enfermería, la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

Art. 3° - Reconócese dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

- a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad, sometidas al ámbito de su competencia.
- b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyan al cuidado de enfermería, planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos se tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

Art. 4° - Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente Ley, participar de actividades o realizar las acciones propias de la enfermería.

Los que actúen fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3° de la presente Ley serán pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de las que surgieren por aplicación de las disposiciones legales vigentes.

Asimismo, las Instituciones y los responsables de la dirección, administración o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente Ley, o que directa o indirectamente los obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, será pasibles de las sanciones que correspondan, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiera imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

CAPÍTULO II DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

Art. 5° - El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional está reservado a aquellas personas que posean:

- a) Título habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.

b) Título de Enfermero otorgado por Centros de Formación de nivel terciario no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales, e instituciones privadas reconocidas por autoridad competente.

c) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

Art. 6° - El ejercicio de la enfermería en el nivel auxiliar está reservado a aquellas personas que poseen el certificado de Auxiliar de Enfermería otorgado por Instituciones nacionales, provinciales, municipales o privadas reconocidas a tal efecto por autoridad competente. Asimismo podrán ejercer como Auxiliares de Enfermería quienes tengan certificado equivalente otorgado por países extranjeros el que deberá ser reconocido o revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia.

Art. 7° - Para emplear el título de especialista o anunciarse como tales, los enfermeros profesionales deberán acreditar capacitación especializada de conformidad con lo que se determine por vía reglamentaria.

Art. 8° - Los enfermeros profesionales de tránsito por el país contratados por Instituciones públicas o privadas, con finalidades de investigación, asesoramiento o docencia, durante la vigencia de sus contratos estarán habilitados para el ejercicio de la profesión a tales fines, sin necesidad de realizar la inscripción a que se refiere el artículo 12 de la presente.

CAPÍTULO III DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Art. 9° - Son derechos de los profesionales y auxiliares de la enfermería:

a) Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la presente Ley y su reglamentación.

b) Asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación.

c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, en las condiciones que determine la reglamentación, y siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica.

d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente.

Art. 10 - Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana sin distinción de ninguna naturaleza.

b) Respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.

c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.

d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta Ley y su reglamentación.

e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación.

f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.

- g) Promover la donación de órganos mediante la correcta información y el incentivo de la solidaridad social.

Art. 11 - Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que se aparten de las prácticas autorizadas y que entrañen peligro para la salud.
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana.
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria.
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaños del público.

Particularmente, les está prohibido a los profesionales enfermeros actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes sólo estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar.

CAPÍTULO IV DEL REGISTRO Y MATRICULACION

Art. 12 - Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el Ministerio de Salud, el que autoriza el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Art. 13 - La matriculación en el Ministerio de Salud implicará para el mismo el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por esta Ley y su reglamentación.

Art. 14 - Son causas de la suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Sanción del Ministerio de Salud que implique inhabilitación transitoria.

Art. 15 - Son causas de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Anulación del título, diploma o certificación habilitante.
- c) Sanción del Ministerio de Salud que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad.
- d) Fallecimiento.

CAPÍTULO V DE LA AUTORIDAD DE APLICACION

Art. 16 - El Ministerio de Salud será la autoridad de aplicación de la presente Ley, y en tal carácter deberá:

- a) Llevar la matrícula de los profesionales y auxiliares de la enfermería comprendidos en la presente Ley.
- b) Ejercer el poder disciplinario sobre los matriculados.
- c) Vigilar y controlar que la enfermería, tanto en su nivel profesional como en el auxiliar, no sea ejercida por personas que no se encontraren matriculados.
- d) Ejercer todas las demás funciones y atribuciones que la presente Ley le otorga.

Art. 17 - El Ministerio de Salud, en su calidad de autoridad de aplicación de la presente, podrá ser asistido por una comisión permanente de asesoramiento y colaboración sobre el ejercicio de la enfermería, de carácter honorario, la que se integrará con los matriculados que designen los centros de formación y las asociaciones gremiales y profesionales que los representan, de conformidad con lo que se establezca por vía reglamentaria.

CAPÍTULO VI RÉGIMEN DISCIPLINARIO

Art. 18 - El Ministro de Salud ejercerá el poder disciplinario a que se refiere el inciso b) del artículo 16° con independencia de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pueda imputarse a los matriculados.

Art. 19 - Las sanciones serán:

- a) Llamado de atención.
- b) Apercibimiento
- c) Suspensión de la matrícula.
- d) Cancelación de la matrícula.

Art. 20 - Los profesionales y auxiliares de enfermería quedarán sujetos a las sanciones disciplinarias que correspondan, por las siguientes causas:

- a) Condena Judicial que comporte la inhabilitación profesional.
- b) Contravención a las disposiciones de esta Ley y su reglamentación.
- c) Negligencia frecuente o ineptitud manifiesta, u omisiones graves en el cumplimiento de sus deberes profesionales.

Art. 21 - Las medidas disciplinarias de que habla la presente Ley se aplicarán graduándolas en proporción a la gravedad de la falta o incumplimiento en que hubiere incurrido el matriculado. El procedimiento aplicable será el que establezca la reglamentación de la presente.

Art. 22 - En ningún caso será imputable al profesional o auxiliar de enfermería que trabaje en relación de dependencia el daño o perjuicio que pudieren provocar los accidentes o prestaciones insuficientes que reconozcan como causa la falta de elementos indispensables para la atención de pacientes, o la falta de personal adecuado en cantidad y/o calidad o inadecuadas condiciones de los establecimientos (*) Lo subrayado está observado por decreto de promulgación.

CAPÍTULO VII DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 23 - Las personas que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente, estuvieren ejerciendo funciones propias de la enfermería, acreditando tal circunstancia conforme lo establezca la reglamentación de la presente, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, contratadas o designadas en instituciones públicas o privadas sin poseer título, diploma o certificado habilitante que en cada caso corresponda, de conformidad con lo establecido en los artículos 5° y 6°, podrán continuar con el ejercicio de esas funciones con sujeción a las siguientes disposiciones:

- a) Deberán inscribirse dentro de los trescientos sesenta (360) días de la entrada en vigencia de la presente, en un registro especial que, a tal efecto, abrirá el Ministerio de Salud.
- b) Tendrán un plazo de hasta dos (2) años para obtener el certificado de auxiliar de enfermería, y de hasta seis (6) años para obtener el título profesional habilitante, según sea el caso, contados a partir del vencimiento del plazo establecido en el inciso anterior. Para la realización de los estudios respectivos tendrán derecho al

uso de licencia y franquicias horarias, de acuerdo con lo que estipule la reglamentación correspondiente.

- c) Estarán sometidas a especial supervisión y control del Ministerio de Salud, el que estará facultado, en cada caso, para limitar y reglamentar sus funciones, si fuere necesario, en resguardo de la salud de los pacientes.
- d) Estarán sujetas a las demás obligaciones y régimen disciplinario de la presente.
- e) Se les respetarán sus remuneraciones y situaciones de revista y escalafonaria, aún cuando la autoridad de aplicación les limite sus funciones de conformidad con lo establecido en el inciso c).
- f) Estarán eximidas de la obligación de cumplimentar lo exigido en el inciso b) del presente artículo, por única vez, aquellas personas mayores de cincuenta (50) años de edad que acrediten mediante la certificación de autoridad competente de un establecimiento de la órbita provincial o municipal, la práctica de la enfermería o de auxiliar de enfermería, según sea el caso, durante un mínimo de diez (10) años anteriores a la fecha de entrada en vigencia de la presente.

CAPÍTULO VIII DISPOSICIONES VARIAS

Art. 24 - A los efectos de la aplicación de normas vigentes que, para resguardo de la salud física o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considéranse insalubres las siguientes tareas de enfermería:

- a) Las que se realizan en Unidades de Cuidados Intensivos.
- b) Las que se realizan en Unidades Neurosiquiátricas.
- c) Las que conllevan riesgo permanente de contraer enfermedades infecto-contagiosas.
- d) Las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones, sean estas ionizantes o no.
- e) La atención de pacientes quemados.

La autoridad de aplicación queda facultada para solicitar, de oficio o a pedido de parte interesada, ante la Subsecretaría de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires, la ampliación de este listado.

Art. 25 - La autoridad de Aplicación, al determinar la competencia específica de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º, podrá también autorizar para el nivel profesional la ejecución excepcional de determinadas prácticas, cuando especiales condiciones de trabajo o de emergencia así lo hagan aconsejable, estableciendo al mismo tiempo las correspondientes condiciones de habilitación especial.

Art. 26 - El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo de ciento ochenta (180) días, contados a partir de su promulgación.

Art. 27 - Derógase toda otra norma legal, reglamentaria o dispositiva, que se oponga a la presente.

Art. 28 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones de la Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de La Plata a los nueve días del mes de diciembre del año mil novecientos noventa y ocho.

RAFAEL EDGARDO ROMA Presidente H. Senado

JOSÉ LUIS ENNIS Secretario Legislativo H. Senado

FRANCISCO J. FERRO Presidente H. Cámara Diputados

JUAN CARLOS LÓPEZ Secretario Legislativo H. Cámara Diputados REGISTRADA
bajo el número DOCE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO (12.245)

E. M. Reimondi

DECRETO 18

La Plata, 14 de enero de 1999.

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DECRETA:

Art. 1º - Vetase el Art. 22 del proyecto de Ley sancionado por la Honorable Legislatura con fecha 9 de diciembre de 1998, al que hace referencia el Visto del presente.

Art. 2º - Promulgase el texto aprobado, con excepción de la observación dispuesta en el artículo precedente. Art. 3º - Comuníquese a la Honorable Legislatura.

Art 4º - Este Decreto será refrendado por el señor Ministro Secretario en el Departamento de Gobierno. Art. 5º - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese al "Boletín Oficial" y Archívese.

EDUARDO DUHALDE

J. M. DIAZ BANCALARI

PROMULGACIÓN: Decreto N° 18 del 14/01/99

PUBLICACIÓN: B.O. 25/01/99 N° 23.749 (Suplemento)

OBSERVACIONES: Por decreto de promulgación se vetó el art.22º.

DECRETO 2225

La Plata, 11 de setiembre de 2001.

VISTO: El expediente 2.100-6.567/00 por el cual se gestiona aprobar la Reglamentación de la Ley 12.245; y

CONSIDERANDO:

Que dicha Ley regula el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, en el ámbito de la provincia de Buenos aires, determinando en su artículo 26 que el Poder Ejecutivo debía proceder a su reglamentación.

Que, en tal sentido, el Proyecto de Reglamentación elaborado, resulta de la labor desarrollada por el grupo de trabajo constituido al efecto en el ámbito del Ministerio de Salud.

Que el proyecto establece que el libre y autónomo ejercicio de la enfermería queda reservado al nivel profesional establecido en el Art. 3º inc. a) de la Ley, determinando los

deberes y responsabilidades de los profesionales de la enfermería y las respectivas incumbencias de cada título.

Que el proyecto a aprobar establece que el poder disciplinario será ejercido por el Ministerio de Salud, en tanto que la Dirección de Fiscalización Sanitaria, dependiente de la Subsecretaría de Control Sanitario, será la autoridad de aplicación.

Que, por lo expuesto, procede la Reglamentación gestionada, en los términos del artículo 144- proemio de la Constitución de la provincia de Buenos Aires.

Que en tal sentido se ha expedido a fojas 36 y vta. La Asesoría General de Gobierno.

Por ello, EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DECRETA:

Art. 1º.- Apruébase la Reglamentación de la ley 12.245, que como Anexo I forma parte integrante del presente acto.

Art. 2º.- Las disposiciones de la Reglamentación aprobada por el Art. 1º entrarán en vigencia a partir del día siguiente al de la fecha de su publicación en el “Boletín Oficial”.

Art. 3º.- El presente Decreto será refrendado por el Ministro Secretario en el Departamento de Salud.

Art. 4.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese al “Boletín Oficial” y pase al Ministerio de Salud. Cumplido, archívese.

ANEXO

REGLAMENTO LEY 12.245

LEY DE EJERCICIO DE ENFERMERÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

CAPÍTULO I CONCEPTOS Y ALCANCES

Art. 1º.- El ejercicio, libre y autónomo de la enfermería queda reservado al nivel profesional establecido en el Art. 3º, inciso a) de la Ley 12.245, pudiendo desarrollarse en gabinetes privados, en el domicilio de las personas, en locales, instituciones o establecimientos públicos o privados y en todos aquellos ámbitos donde se autorice el desempeño de sus competencias, exigiéndose en todos los casos habilitación de los lugares y la pertinente autorización para ejercer.

Los locales o establecimientos dedicados a las actividades de enfermería, deberán contar con un enfermero profesional a cargo, debidamente matriculado, cuyo diploma o certificado será exhibido convenientemente. Son deberes de dicho profesional, los siguientes:

a) Controlar que los que se desempeñen como profesionales o auxiliares, estén matriculados, autorizados para ejercer por la autoridad sanitaria de aplicación y que realicen sus actividades dentro de los límites de su autorización.

- b) Velar por que los pacientes reciban el más correcto, adecuado y eficaz tratamiento, garantizando por parte del personal, actitudes de respeto y consideración hacia la personalidad del paciente y sus creencias.
- c) Adoptar las medidas necesarias a fin que el establecimiento reúna los requisitos exigidos por las autoridades, controlando las condiciones de higiene y limpieza de cada dependencia.
- d) Adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen los registros adecuados para la documentación de las prestaciones.
- e) Denunciar que pudiesen tener carácter delictuoso, accidentes de trabajo, enfermedades o cualquier circunstancia que, según normas vigentes, pudieran comprometer la salud de la población, adoptando las medidas necesarias para evitar su propagación.

La responsabilidad del profesional a cargo de locales o establecimientos no excluye la de los demás profesionales o auxiliares ni de las personas físicas o ideales, propietarias de los mismos.

La habilitación de locales o establecimientos y la aprobación de su denominación, deberá estar sujeta a: condiciones del planta físico, higiénico-sanitarias y de seguridad, contar con equipos, materiales y sistemas de registros adecuados a las prestaciones que se realicen y en general se ajustará a las normas mínimas del organismo de aplicación.

Art. 2º.- La docencia, la investigación, el asesoramiento y la administración de servicios, estarán a cargo de los profesionales incluidos en el nivel establecido en el inciso a) del Art. 3 de la Ley 12.245.

Art. 3º.- Es de competencia específica del nivel profesional lo establecido en las incumbencias de los títulos habilitantes de Licenciado en Enfermería y Enfermero. A todos les está permitido:

- 1) Planear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 2) Brindar cuidados de enfermería a las personas con problemas de salud de mayor complejidad, asignando al personal a su cargo acciones de enfermería de acuerdo a la situación de las personas y al nivel de preparación y experiencia del personal.
- 3) Realizar la consulta de enfermería y la prescripción de la atención de enfermería.
- 4) Administrar servicios de enfermería en los diferentes niveles del sistema de servicios de salud, utilizando criterios tendientes a garantizar la atención de enfermería personalizada y libre de riesgos.
- 5) Organizar y controlar sistemas de informes o registros pertinentes a enfermería.
- 6) Establecer normas de provisión y control de materiales y equipos para la atención de enfermería.
- 7) Planificar, implementar y evaluar programas de salud con el equipo interdisciplinario e intersectorial en los niveles nacional, provincial y local, participando en la toma de decisiones que determinan su competencia.

- 8) Participar en la programación de actividades de educación para la salud, tendientes a mantener y mejorar la salud del individuo, la familia y la comunidad.
- 9) Participar en los programas de higiene y seguridad en el trabajo, en la prevención de accidentes laborales, enfermedades profesionales y del trabajo.
- 10) Participar en el desarrollo de la tecnología apropiada para la atención de la salud.
- 11) Planificar, organizar, coordinar, desarrollar y evaluar los programas educativos de formación de enfermería en sus distintos niveles y modalidades.
- 12) Participar en la formación y actualización de otros profesionales de la salud en áreas de su competencia.
- 13) Realizar y/o participar en investigaciones sobre temas de enfermería y de salud.
- 14) Asesorar sobre aspectos de su competencia en el área de la asistencia, docencia, administración e investigación en enfermería.
- 15) Participar en comisiones examinadoras en materias específicas de enfermería, para concursos en la cobertura de puestos a nivel profesional.
- 16) Elaborar las normas de funcionamiento de los servicios de enfermería en sus distintas modalidades de atención y auditar su cumplimiento.
- 17) Integrar las áreas competentes del Ministerio de Salud y de la Dirección General de Cultura y Educación, relacionados con la formación y utilización de los recursos humanos de enfermería.
- 18) Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital. Entre otros:
 - a) Valorar el estado de salud del individuo sano o enfermo y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacerlas.
 - b) Participar en la supervisión de las condiciones del medio ambiente que requieren los pacientes de acuerdo a su condición.
 - c) Controlar las condiciones de uso de los recursos materiales y equipos para la prestación de cuidados de enfermería.
 - d) Supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes.
 - e) Colocar sondas y controlar su funcionamiento.
 - f) Controlar drenajes.
 - g) Realizar control de signos vitales.
 - h) Observar, evaluar y registrar signos y síntomas que presentan los pacientes, decidiendo las acciones de enfermería a seguir.
 - i) Colaborar en los procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento.
 - j) Planificar, preparar, administrar y registrar la administración de medicamentos por la vía enteral, parenteral, mucosa, cutánea y respiratoria, natural y artificial, de acuerdo con la orden médica escrita, completa, firmada y actualizada.
 - k) Realizar curaciones simples y complejas que no demanden tratamiento quirúrgico.
 - l) Realizar punciones venosas periféricas.
 - m) Controlar a los pacientes con respiración y alimentación asistida, catéteres centrales y otros.
 - n) Participar en los tratamientos quimioterápicos, en diálisis peritoneal y hemodiálisis.

- o) Brindar cuidados de enfermería a pacientes en estado crítico con o sin aislamiento.
- p) Realizar y participar en actividades relacionadas con el control de infecciones.
- q) Realizar el control y el registro de ingresos y egresos del paciente.
- r) Realizar el control de pacientes conectados a equipos mecánicos o electrónicos.
- s) Participar en planificación, organización y ejecución de acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
- t) Participar con el médico en el traslado de pacientes por vía aérea, terrestre, fluvial y marítima.
- u) Realizar el registro de evolución de paciente y de prestaciones de enfermería del individuo y la familia, consignando: fecha, firma y número de matrícula.

Es de competencia del nivel de Auxiliar de Enfermería, de acuerdo a lo dispuesto en el inciso b) del Art. 3° de la Ley 12.245:

- 1) Realizar procedimientos básicos en la internación y egresos de los pacientes en las instituciones de salud.
- 2) Preparar y acondicionar los materiales y equipos de uso habitual para la atención de los pacientes.
- 3) Ejecutar medidas de higiene y bienestar de los pacientes.
- 4) Apoyar las actividades de nutrición de las personas.
- 5) Aplicar las acciones que favorezcan la eliminación vesical e intestinal espontánea en los pacientes.
- 6) Administrar enemas evacuantes, según prescripción médica.
- 7) Realizar los controles y llevar el registro de pulso, respiración, tensión arterial, temperatura, peso y talla.
- 8) Informar al enfermo y/o médico acerca de las condiciones de los pacientes.
- 9) Aplicar inmunizaciones previa capacitación.
- 10) Preparar al paciente para exámenes de diagnóstico y tratamiento.
- 11) Colaborar en la rehabilitación del paciente.
- 12) Participar en programas de salud comunitaria.
- 13) Realizar curaciones simples.
- 14) Colaborar con el enfermero en procedimientos especiales.
- 15) Participar en los procedimientos “post mortem” de acondicionamiento del cadáver, dentro de la unidad o sala.
- 16) Informar y registrar las actividades realizadas, consignando nombre, apellido, número de matrícula o registro.
- 17) Aplicar procedimientos indicados para el control de infecciones.

Art. 4°.- Sin reglamentar.

CAPÍTULO II DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

Art. 5°.- Inciso a). Los títulos habilitantes son Licenciado en Enfermería, Enfermero Universitario y los que en el futuro se obtengan a partir del título de grado.

Inc. c) La reválida del título estará a cargo del Estado.

- 1) Los títulos universitarios serán revalidados por universidades nacionales.

- 2) Los títulos profesionales no universitarios serán revalidados por la Dirección General de Cultura y Educación.
- 3) Los organismos pertinentes establecerán las condiciones de reválida en un plazo no mayor de ciento ochenta días (180) a partir de la aprobación de la reglamentación. Dicha reválida, deberá ajustarse a las normas, planes y programas vigentes y/o convenios de reciprocidad.

Art. 6º.- La reválida de los certificados de auxiliar de enfermería será realizada por la Dirección General de

Cultura y Educación, de acuerdo a las condiciones que establezcan en un plazo no mayor de ciento ochenta (180) días a partir de la aprobación de la reglamentación. La reválida deberá ajustarse a las normas, planes y programas vigentes y/o convenios de reciprocidad.

Art. 7º.- Serán considerados especialistas los enfermeros que acrediten: a) Título de postgrado en áreas específicas de la salud o propias de la enfermería, expedidos por institución formadora competente, pública o privada. Los títulos otorgados por organismos extranjeros se convalidarán de acuerdo a lo especificado en el Art. 5º inc. c) de la presente Reglamentación.

Art. 8º.- Los profesionales comprendidos en el presente artículo:

- a) Limitarán sus actividades para las que hayan sido especialmente requeridos, no pudiendo ejercer la profesión libre o en relación de dependencia en otras funciones.
- b) Los contratos no podrán exceder el término de un (1) año, pudiendo ser renovados por igual período y por única vez.
- c) Las instituciones deberán comunicar al Ministerio de Salud y a la Organización Profesional de Enfermería la identidad del contratado y acreditar su idoneidad.
- d) Deberán inscribirse en un registro especialmente habilitado para tal fin en el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (Dirección de Fiscalización Sanitaria). La inscripción caducará automáticamente con la finalización del contrato.

CAPÍTULO III DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Art. 9º.- Inc. c): Para gozar del derecho, el profesional o auxiliar de enfermería deberá justificar su negativa e informar al superior jerárquico con la adecuada anticipación, para que éste adopte las medidas de sustitución para que la asistencia de enfermería no resulte afectada.

Art. 10º.- Inc. e): El personal de enfermería deberá realizar periódicamente actividades o cursos de actualización, de acuerdo a los avances científicos técnicos de la medicina en general y de su profesión en particular. Para ello deberán las instituciones garantizar el cumplimiento del Art. 9 inc. d) de la Ley 12.245.

Art. 11º.- Sin reglamentar.

CAPÍTULO IV DEL REGISTRO Y MATRICULACIÓN

Art. 12º.– Matriculación: El personal dependiente de instituciones públicas o privadas en el nivel profesional como auxiliar, que, a la fecha de entrada en vigencia de la presente reglamentación no hubiera cumplido con el requisito de matriculación, tendrá un plazo improrrogable de noventa (90) días para regularizar la situación.

Art. 13º.– El poder disciplinario será ejercido por el Ministerio de Salud. A tales fines éste deberá en el plazo de treinta (30) días desde la vigencia de esta reglamentación, constituir una comisión que se integrará con cuatro (4) profesionales de enfermería de reconocida trayectoria profesional y ética.

Art. 14º.– Sin reglamentar.

Art. 15º.– Sin reglamentar.

CAPÍTULO V DE LA AUTORIDAD DE APLICACIÓN

Art. 16º.– Sin reglamentar.

Art. 17º.– El Ministerio de Salud procederá a designar la comisión permanente de asesoramiento y colaboración establecida por el Art. 17 de la Ley en un plazo de treinta (30) días, a partir de la publicación en el "Boletín Oficial" de la presente reglamentación, la que tendrá las siguientes funciones:

- a) Evaluar periódicamente el cumplimiento de la ley y su reglamentación, promoviendo las modificaciones que considere pertinentes.
- b) Asesorar sobre la interpretación en cuanto a derechos, deberes y obligaciones enunciados y las eventuales transgresiones.
- c) Promover la actualización de las competencias de los niveles del Art. 3 de la ley.
- d) Elaborar estándares y normas sobre el ejercicio individual e institucional de la actividad.
- e) Elaborar sus propias normas de funcionamiento y promover la creación de subcomisiones.
- f) Controlar la aplicación de las disposiciones relativas a la protección de la salud y de la seguridad del personal de enfermería.

CAPÍTULO VI RÉGIMEN DISCIPLINARIO

Art. 18º.– Sin reglamentar.

Art. 19º.– Sin reglamentar.

Art. 20º.– Sin reglamentar.

Art. 21º.– La comisión del Art. 13 deberá proponer el procedimiento para la aplicación de las sanciones disciplinarias, dentro el plazo de treinta días de constituida dicha comisión.

Art. 22º.– Sin reglamentar

CAPÍTULO VII DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Art. 23º.– Para continuar en el ejercicio de sus funciones por los plazos que fija el artículo 23 de la Ley 12.245, el interesado deberá:

- a) Inscribirse por medio de declaración jurada, que a ese efecto elaborará la autoridad de aplicación.
- b) Las personas comprendidas en el presente inciso, deberán presentar certificado de servicios que acredite su desempeño en el nivel profesional o auxiliar según corresponda.

A los seis (6) años de entrada en vigencia de la presente reglamentación el organismo de aplicación, a través de la comisión creada por el Art. 17 de la ley, evaluará el cumplimiento de los plazos a fin de determinar las modificaciones pertinentes.

Los plazos comenzarán a tener vigencia a partir del inicio del ciclo lectivo posterior a la vigencia de la presente reglamentación.

Inciso c): Las instituciones públicas o privadas que cuenten con personal comprendido en el Art. 23 de la Ley 12.245, deberán solicitar al Ministerio autorización para que dicho personal pueda continuar desempeñando las tareas que venía realizando hasta la fecha de entrada en vigor de la presente reglamentación; a cuyo fin deberá fundamentarse debidamente la petición.

Con carácter de excepción y hasta el vencimiento de los plazos de dos (2) o seis (6) años, según se trate de funciones del nivel auxiliar o profesional, respectivamente, el Ministerio podrá autorizar lo peticionado, siempre que se asegure el resguardo de la salud de los pacientes.

CAPÍTULO VIII DISPOSICIONES VARIAS

Art. 24º.– Sin reglamentar.

Art. 25º.– Sin reglamentar.