

2019

# Las patologías laborales : un estudio interpretativo de la practica profesional enfermera en instituciones de salud en Mar del Plata durante el 2019

Castaño, Adriana Alejandra

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/403>

*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.**

**Título: Las patologías laborales: un estudio interpretativo de la práctica profesional enfermera en instituciones de salud en Mar del Plata durante el 2019**

**Asignatura: Taller de Trabajo Final.**

**Docente: Dra. Mónica Barg.**

**Autor: Enf. Adriana Alejandra Castaño**  
**Enf. Cecilia Mercedes Flores Carpio**  
**Enf. María Cecilia Nogueroles**

**Director: Mg. Miguel Leyva Ramos.**

**Mar del Plata, 2019**

<b>Índice</b>	
<b>Índice .....</b>	<b>2</b>
<b>Capítulo 1 Introducción al problema .....</b>	<b>3 - 6</b>
<b>1.1 Formulación del problema</b>	
<b>1.2 Objetivos</b>	
<b>Capítulo 2 Marco referencial.....</b>	<b>7 - 36</b>
<b>2.1 Estado del arte</b>	
<b>2.2 Marco referencial</b>	
<b>2.3 Breve síntesis histórica del higienismo</b>	
2.3.1 Sanitarismo en la Argentina	
<b>2.4 Psicopatología del trabajo</b>	
2.4.1 Somatización	
<b>2.5 Teorías en Enfermería</b>	
<b>Capítulo 3 Diseño metodológico .....</b>	<b>37 - 45</b>
<b>3.1 Introducción</b>	
<b>3.2 Procedimientos y definición de los instrumentos</b>	
<b>3.3 Consideraciones éticas de la investigación</b>	
<b>3.4 Cierre</b>	
<b>Capítulo 4 Análisis y tratamiento de los datos .....</b>	<b>46 - 67</b>
<b>4.1 Antecedentes históricos de los servicios de guardia en la Argentina</b>	
<b>4.2 La resolución 428/01 del Ministerio de Salud Pública de la Nación</b>	
<b>4.3 Crisis estructural del sistema capitalista</b>	
<b>4.4 Condiciones laborales/espacio temporalidad</b>	
4.4.1 Descripción de los nosocomios 1 y 2 Institución privada (observación no participante)	
4.4.2 Descripción de los nosocomio 3 y 4 Institución pública (observación no participante)	
<b>4.5 Rasgos de patologías laborales</b>	
<b>4.6 Teoría <i>versus</i> realidad</b>	
<b>Conclusiones .....</b>	<b>68 - 70</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>71 - 75</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>76 - 119</b>

## **Capítulo 1**

### **Introducción al problema**

El presente trabajo pretende investigar si existe alguna relación entre la práctica profesional enfermera y la presencia de patologías en los profesionales del servicio de guardia de instituciones públicas y privadas de la ciudad de Mar del Plata durante el 2019 y, en caso de su ocurrencia, la manera en que dicha relación se hace evidente.

Consideramos necesario expresar que, en un primer momento, habíamos pensado abordar como objeto de estudio la ocurrencia de síndrome de Burnout en los referidos profesionales, sin embargo, por sugerencia de nuestro tutor y los docentes de la cátedra, entendimos que la naturaleza cuasicuantitativa del estudio le restaba heterogeneidad y riqueza a nuestro trabajo de investigación.

En ese sentido, nos decantamos por el estudio de la posible relación entre el padecimiento de ciertas patologías de tipo laboral en los profesionales de enfermería y su práctica profesional en las guardias de algunos nosocomios y clínicas de la ciudad de Mar del Plata durante el referido año.

A partir de dicha selección, otro desafío consistió en el hecho de realizar la búsqueda bibliográfica de la temática en cuestión, así como del marco teórico, epistémico y metodológico que nos permitiese delimitar nuestro objeto de estudio así, interpretando críticamente el mismo. Desde esta perspectiva, hemos considerado útil apelar a nociones conceptuales referidas tanto a la enfermería como a la sociología, la antropología y el análisis institucional, a partir de las cuales pretendemos interrogar la manera en que las prácticas profesionales enfermeras, en los referidos contextos, podrían favorecer la presencia en estos de ciertas patologías laborales.

Desde el punto de vista metodológico, pensamos investigar nuestro objeto de estudio mediante una metodología de tipo cualitativa, apelando al método interpretativo, con el propósito de enriquecer y fortalecer el campo teórico, práctico y la intervención profesional enfermera a través de su interacción y retroalimentación desde sus respectivos ámbitos laborales, su relación con sujetos de cuidado sobre los que media, con sus colegas, la familia y la sociedad en todo su conjunto, procurando a partir de este trabajo elucidar la manera en que el padecimiento de ciertas patologías laborales impactan sobre la salud y el bienestar de dichos profesionales y, por ende, sobre su tarea profesional.

Por tal motivo, hemos considerado oportuno emprender esta investigación considerando los modelos conceptuales de enfermería de Dorothea Orem, Madeleine Leininger y Jean Watson Adam (1991), a partir de los cuales no solo poder encuadrar la práctica enfermera sino, además, caracterizar las dinámicas derivadas de esta.

Continuando esta línea temática, desde una perspectiva historiográfica nos hemos decantado por los valiosos aportes de Patricia Donahue en su texto *Historia de la Enfermería* (1995), un material de excepcional comprensión, donde la autora inspecciona dicha historia desde sus inicios hasta la actualidad, incluyendo diversas cuestiones donde se exteriorizan aspectos vocacionales de la profesión, así como aspectos relacionados con la ética y humanismo, que constituyen y otorgan sentido a la referida práctica profesional.

Desde la perspectiva de la enfermería, se han considerado asimismo conceptos tales como los que sostiene Afaf Irahim Meléis, en su *Teoría de las transiciones*, cuando “sostiene que los enfermeros son los principales cuidadores de clientes y familias, que sufren las transiciones, generando situaciones patológicas y de estrés laboral” (Marrimer Tomey y Railey Alligood, 2001, p. 45).

Desde una visión estrictamente psicológica, hemos considerado necesario apelar a diversos conceptos, siendo el más preponderante, el de desgaste mental, desarrollado por Christopher Dejours (2001) en su libro *Trabajo y 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”. Como es sabido socialmente el rol del enfermero consiste en 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, entre otros muchos deberes, 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.

La definición de salud según la organización mundial de la salud se refiere a: "La salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad. Son parte de un proceso multidimensional. El individuo, a lo largo de su vida, se va desplazando sobre un eje salud-enfermedad (y muerte) acercándose ya a uno ya a otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales" Gyarmatti (1992).

## **1.1 Formulación del problema**

¿Qué relación podemos establecer entre la práctica profesional enfermera y la presencia de patologías en los profesionales del servicio de guardia de cuatro instituciones de salud en Mar del Plata durante el 2019?

## **1.2 Objetivos**

Objetivo General:

- Interpretar la relación que se establece entre práctica profesional enfermera y la presencia de patologías que afectan a los profesionales del servicio de guardia en cuatro instituciones de salud en Mar del Plata durante el 2019.

Objetivos Específicos:

- Describir la organización del servicio de guardia de las cuatro instituciones de salud en Mar del Plata durante el 2019.
- Indagar en las experiencias profesionales en el ámbito laboral, a partir de las narrativas de los sujetos participantes.
- Analizar los factores desencadenantes de la presencia de patologías en los sujetos en cuestión.

Justificación de la elección del tema

El presente trabajo responde a la necesidad de evidenciar cómo la profesión enfermera, por su naturaleza práctica y las condiciones a las que se ven sometidos sus profesionales, puede generar espacios de tensión que, a largo plazo, pueden derivar en el

padecimiento de ciertas patologías que afectan a los sujetos participantes en el servicio de guardia de instituciones de salud públicas y privadas y a sus tareas.

De esta manera, nos hemos visto en la necesidad de indagar y realizar una búsqueda bibliográfica respecto de la referida temática, cuyo resultado ha determinado, tanto el estado del arte como el marco referencial desde los cuales sostuvimos esta investigación. Además, pensamos necesario reconocer y valorar la existencia de los trabajos finales de las licenciadas Celina Mailharro, Tatiana Prome y Rocío Coronel titulado “Cuando se enferman los que cuidan” y el de Sandra Patricia Manazzi denominado “Factores estresores laborales que influyen en la salud psicofísica del personal de Enfermería del Hospital Municipal Dr. Pedro T. Orellana de Trenque Lauquen” relacionados con esta temática. Sin embargo, pensamos que el aporte que podría brindar éste está dado en la multiplicidad de perspectivas de análisis que puede tener el mismo debido, no solo a la indagación de los espacios que hemos referido con anterioridad, sino al hecho de que somos tres las personas que participamos en la misma.

## Capítulo 2

### 2.1 Estado del arte

Para un mejor abordaje del núcleo problemático de este trabajo final, hemos tomado como referencia algunas publicaciones que nos sirvieron de pautas al momento de comenzar nuestra investigación y si bien sus perspectivas metodológicas como las temáticas que abordan no coinciden con el tema elegido, sirvieron como punto de partida para la realización de este trabajo final. En este sentido, podemos mencionar los documentos divulgativos de María Ángeles del Hoyo Delgado denominado “Evaluación de factores presentes en el estrés laboral” Hoyo Delgado (2004); el trabajo de Luis López Mena y Javier Campos “Evaluación de factores presentes en el estrés laboral” López Mena Campos (2002); así como “La receta del estrés” de Eduard Punset, y la neurocientífica canadiense Sonia Lupien Punset y Lupien (2009), entre otros que desarrollamos a continuación.

Al respecto, decidimos realizar una búsqueda bibliográfica la cual comenzó en el ámbito regional, para irse expandiendo primero hacia la provincia de Buenos Aires, luego al resto del país, seguido por la selección de algunos trabajos de colegas latinoamericanos y el resto del mundo.

Para comenzar con las referencias bibliográficas que constituyen el estado del arte de este trabajo final queremos hacer referencia a los trabajos finales de Celina Mailharro, Tatiana Prome y Rocío Coronel “Cuando se enferman los que cuidan” y el de Sandra Patricia Manazzi “Factores estresores laborales que influyen en la salud psicofísica del personal de Enfermería del Hospital Municipal Dr. Pedro T. Orellana de Trenque Lauquen”. Ambos mencionados con anterioridad. También el trabajo de Gisela Capece y Gabriel Lima “Nivel de Burnout del personal de enfermería de la Clínica Mitre de la Ciudad Mar del Plata” Capece y Lima (2017), el cual tiene como objetivo medir los niveles del síndrome en el personal de enfermería de la referida clínica y examinar además aquellas variables que hacen a las condiciones y medio ambiente de trabajo, la antigüedad, el sector los accidentes laborales, índice de ausentismo y la remuneración, entre otros.

Del área metropolitana y de la provincia de Buenos Aires, elegimos los trabajos de Francisca Pereyra y de Ariela Micha, en su texto “La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el

cruce del orden de género y la organización de sistema de salud” Pereyra y Micha (2016) las cuales indagan dos factores centrales que contribuyen a la configuración del endeble panorama laboral que presenta enfermería, el primero se centra en explorar como inciden las condiciones de trabajo el componente del cuidado, culturalmente asociado a saberes “innata” de las mujeres y en segundo lugar, indagar como la forma en que se organiza la provisión de los servicios de salud en nuestro país intensifica la vulnerabilidad de esta ocupación, de esta forma se realizaron entrevistas individuales y grupales en profundidad a referentes de la actividad. Pudiendo mostrar como la devaluación social del cuidado está presente en discursos de quienes ejercen la ocupación, así como las prácticas y políticas institucionales del sector salud. Por otro lado, se evidencia cómo la descentralización y la fragmentación del sistema de salud se presentan como obstáculos adicionales, dificultando la articulación de reclamos laborales. Desde otra perspectiva, las autoras Beatriz Horrac, Silvina Disipio, María Inés García, María José Occhi y Sandra Vodurio en su informe “Percepción sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo, su impacto sobre la salud y la prevención en enfermería” Horrac, Disipio, García, Occhi y Vodurio (2010), donde toma el caso de tres hospitales interzonales de la zona periférica de La Plata. Dicho informe se centró en la percepción que tienen las enfermeras acerca de las condiciones y medio ambiente de su propio trabajo y el impacto de estas sobre su salud, tomando en cuenta su participación en la acción preventiva. El trabajo se apoya en la conceptualización de las condiciones y medio ambiente de trabajo desde su dimensión subjetiva y el enfoque de género como construcción cultural en relación con la inequidad.

Respecto del resto del país, decidimos seleccionar de la ciudad de Córdoba el trabajo de María Díaz, María Inés Estimolo y Norma Patricia Caro “Satisfacción Laboral Síndrome de desgaste laboral en enfermeros de Hospitales públicos - Córdoba Argentina” Díaz, Estimolo y Caro (2010), en el cual se detallan la falta de satisfacción laboral sumado a características propias de cada persona, las cuales actuarán como condicionantes para la aparición del Síndrome de Burnout, enfermedad laboral que afecta a profesionales expuestos a condiciones psicosociales en su medio laboral.

Por su parte, de la Ciudad de Mendoza, nos decantamos por el artículo publicado por los autores Graciela Pringles, Cintia Jofre y Lucas Carmona titulado “Importancia de la salud biopsicosocial en los profesionales de Enfermería del servicio de guardia y

consultorios de hospital” Pringles, Jofre y Carmona (2015), en el cual expresan que nuestra profesión estamos expuestos en forma permanente a factores estresantes de índole psicológica como es el enfrentar la muerte, el dolor, el sufrimiento, además somos los primeros profesionales los cuáles los familiares del enfermero desencadenan su frustración como así también del escaso tiempo que pasan con sus familiares por las múltiples opciones laborales que cada una de estas personas tiene, que genera angustia y que los hace más susceptibles d padecer enfermedades de tipo psicológica repercutiendo en su calidad de vida sumado a la falta de compromiso del personal sanitario con su propia salud.

También hemos tenido en cuenta los aportes de los colegas latinoamericanos, en particular el texto de los chilenos López Mena y Campo (2002) define al estrés como un constructo interactivo que constituye una reacción de la persona tanto en el ámbito fisiológico como psicológico, ante un estímulo configurado por la interacción de factores individuales, ambientales y sociales, y que conlleva a un proceso de adaptación o desequilibrio del organismo. Y a partir de esta definición, realizan un estudio evaluativo sobre el estrés laboral en una empresa mediante la medición de cinco variables. Otro aporte desde Latinoamérica nos llega de la mano de los colombianos Eduar Alfredo Henao Giraldo y Pawell Ricardo Fernández, “Diseño de un método administrativo para la asignación de carga laboral en el área de Enfermería según el grado de independencia del paciente en el área de hospitalización en una clínica de mediana complejidad en Cali” Henao Giraldo y Fernández (2018), a través del cual diseñan un método administrativo para la asignación de carga laboral en el área de enfermería y auxiliares de carga laboral en el área de hospitalización de una clínica de mediana complejidad en Cali, un estudio cuantitativo, no experimental, aplicado a cuarenta profesionales enfermeros con más de dos años de experiencia. Logrando que su método sea aplicado y estandarizado en otros centros de servicios de salud, tomando en cuenta las variables del nosocomio y el impacto que éste generaría en lo gubernamental, lo administrativo y lo profesional, así como en los pacientes. Por otro lado, no podemos dejar de mencionar a la autora María Helena Palucci Marziale, del Hospital de la Región Nordeste de Sao Paulo, Brasil, que en su texto “Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material cortopunzante entre trabajadores de enfermería” Palucci, Marziale (2003) aborda la ocurrencia de dicho accidente y la conducta adoptada por los hospitales frente a este hecho. Un estudio

cuantitativo, donde se dilucido que los ayudantes de enfermería fueron los más accidentados, con mayor experiencia y tiempo de servicio, durante el turno mañana, causado por agujas o bisturís provocando lesiones en los dedos. Las conductas tomadas por los hospitales demostraron falta de orientación y desconocimiento por la conducta adecuada a ser seguida.

Desde el resto del mundo hemos seleccionado el texto de los canadienses Punset y Lupien se cuestionan acerca de las incertidumbres de la cotidianidad, concluyendo que ante el exceso de trabajo se pueden generar cuadros de estrés, estipulando que la verdadera causa de éste se puede sintetizar en cuatro razones distintas: la novedad, la impredecibilidad, la sensación de que no contralamos en absoluto la situación y el hecho de que el motivo de la desazón represente una amenaza para nuestra personalidad. Mientras, que, por otra parte, elegimos el texto de la española Del Hoyo Delgado (2004), la autora define el estrés como un fenómeno cada vez más frecuente y con consecuencias importantes, ya que puede afectar al bienestar físico y psicológico y también deteriorar la salud de las organizaciones, constituyéndose un elemento empobrecedor de la salud y la eficiencia individual y social, actuando en gran medida en el lugar de trabajo.

## **2.2 Marco referencial**

En este capítulo pretendemos, 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 consideramos pertinente hablar en una primera instancia sobre el higienismo desde el marco de la historia médica europea para luego también referirnos al sanitarismo en la Argentina. Desarrollaremos también algunos conceptos generales sobre la psicopatología del trabajo, tomando como referente al autor Christofer Dejours (2001), relacionándolo asimismo con los trastornos de somatización. Conceptualizaremos también las fuentes teóricas de enfermería que hemos considerado pertinentes para el presente trabajo.

## **2.3 Breve síntesis histórica del higienismo**

Como campo de indagación científica, el higienismo confluye en una preocupación genérica por la salud pública, en el intento de explicar el origen y mecanismos de

determinadas enfermedades endémicas y epidémicas, y en una reflexión amplia sobre lo que hoy llamaríamos la “calidad de la vida”. Las primeras décadas del siglo XIX fueron en el campo de la higiene, una prolongación de la perspectiva ambientalista heredada de la Ilustración<sup>1</sup>. En este período, los higienistas exploran básicamente la influencia del medio físico y del ámbito climático en el desarrollo de la morbilidad, entendida esta como la cantidad de personas que enferman en un lugar y periodo de tiempo determinados en relación con el total de la población Urteaga, L. (1985-86).

Las creencias ambientales en el pensamiento médico adoptaron diversas manifestaciones, un grupo de ellas es el tipo de convicciones elementales y estrechamente deterministas, que permiten deducir el carácter, la moralidad, o el estado físico de los pobladores de una región a partir del conocimiento de sus condiciones geográficas. Este pensamiento bien puede relacionarse con el tratado sobre *Los aires, las aguas y los lugares* de Hipócrates del cual se desprende la idea de que el ámbito geográfico y climático de una determinada área influye en alto grado en las características somáticas y psíquicas de sus habitantes, características que asimismo pueden estar mediatizadas por el tipo de convenciones sociopolíticas que usualmente se adoptan Urteaga (1985-86).

Las nociones ambientalistas pasaron a integrarse en el corpus teórico del pensamiento ilustrado, incidiendo notablemente en las teorías geográficas y antropológicas, la persistencia de estas ideas en el campo médico puede estar vinculada con este determinismo físico de carácter etnogeográfico, y también con la larga historia de la “teoría humoral”<sup>2</sup> Urteaga (1993). En consonancia con estas creencias, el paso de las estaciones, y los cambios atmosféricos y climáticos debían ser analizados con el fin de conocer y prevenir las dolencias. La relación de estas ideas con el acentuado interés que la medicina

---

<sup>1</sup> La Ilustración, es el movimiento filosófico, político, literario y científico que se desarrolló en Europa y sus colonias a lo largo del siglo XVIII, dando lugar al Siglo de Las Luces. Representó una importante modernización cultural como resultado del progreso y de la difusión de las nuevas ideas y de los nuevos conocimientos científicos, lo que llevó al intento de transformar las caducas estructuras del Antiguo Régimen. Recuperado de: <https://sobrehistoria.com/la-ilustracion/>.

<sup>2</sup> Urteaga, L. (1993). El tratado *Sobre los aires, las aguas y los lugares* (siglo V a. C.), desarrollado por Hipócrates, es una teoría ambiental basada en la doctrina de los humores, la cual sostiene que el cuerpo humano está formado de los mismos elementos que componen cualquier fenómeno natural: agua, aire, tierra y fuego, estos elementos aparecen en el hombre en la forma de humores. Según el ideal hipocrático, el estado de salud consiste en un armonioso balance entre los diferentes humores, algunos aspectos del medio físico, principalmente la humedad y la temperatura, fueron considerados como decisivos para explicar el predominio de un humor sobre otro.

de los siglos XVIII y XIX mostró por el clima, ha sido puesta de manifiesto en diferentes ocasiones en algunas obras médico-geográficas del siglo XIX Urteaga (1993).

El tipo de ideas medioambientales más desarrolladas por la reflexión higienista son las que vinculan de un modo general el clima y el entorno con la evolución de la morbilidad Urteaga (1980). En este contexto las monografías médico-geográficas deben entenderse como expresión de un doble esfuerzo: por un lado, descubrir en qué medida las variaciones del medio ambiente pueden influir en el organismo humano, ya sea modificando su resistencia al ataque de los agentes patógenos, mientras que por otro actúa como caldo de cultivo propicio al desarrollo de las enfermedades. La geografía médica de la época intenta describir el estado sanitario de diferentes localidades y regiones. Para ello indaga en torno a factores como el grado de saneamiento urbano, las características climáticas y topográficas del área, la mortalidad y otros factores sociales que puedan servir como indicadores de la salud y salubridad de la población Urteaga (1985-86).

La doctrina miasmática de la enfermedad o solamente teoría miasmática fue una teoría formulada por Thomas Sydenham (1624-1689) y Giovanni María Lancisi (1654-1720). Según esta, los *miasmas*, que eran el conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras, eran causa de enfermedad. El químico alemán Justus Von Liebig retoma la teoría de los miasmas, asegurando que la fermentación de la sangre produce gases tóxicos responsables de las más variadas enfermedades, como el cólera, viruela y sífilis; el aire transportaba estos gases que se combinaban con otros provenientes de la descomposición de la materia orgánica en la tierra.

Esta teoría parecía explicar por qué las epidemias eran comunes en los barrios sucios y malolientes de la gente pobre e impulsó campañas públicas que, en vez de prestar atención a la salud de la población, únicamente se preocupaban por las condiciones ambientales. Una de sus mayores defensoras era Florence Nightingale. y otras creencias ambientales, fueron el fundamento teórico para encuadrar algunos procesos patológicos. Los estudios de higiene, durante un largo período, se centraron en la elaboración de topografías médicas; y las mejoras de la salud pública se concibieron, en buena medida, como soluciones ambientales. La desecación de pantanos, la canalización de aguas, o la realización de obras de saneamiento urbano, son algunas de ellas. Esta perspectiva ambientalista persistió a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX Urteaga (1985-86).

Actualmente se considera obsoleta al haber sido substituida por la Teoría microbiana de la enfermedad, entendida como una teoría científica que propone que los microorganismos son la causa de una amplia gama de enfermedades. Desde el punto de vista científico constituyó un punto de partida en el desarrollo de la microbiología, sino también uno de los más importantes avances sociosanitarios de la humanidad Gómez y González (2019).

Como consecuencia de la marcada preocupación por la sociedad de su época, los higienistas desarrollan en conjunto una línea de pensamiento social, algunos procesos patológicos se definieron prioritariamente como enfermedades sociales. El interés por la situación de la clase obrera, por las condiciones de trabajo en las fábricas, por el estado de la vivienda y otros problemas sociales como el pauperismo y la beneficencia, diseñan el marco de la higiene social desde un punto de vista moderno. En orden a establecer bases más eficaces para la prevención de la enfermedad, los médicos realizaron un trabajo estadístico que giraba en torno a las características de la mortalidad, su distribución por sexos, edades y profesiones. Surge entonces la noción de mortalidad diferencial; de una desigualdad social ante la enfermedad y la muerte, que afectarían en grado diferente a los distintos grupos sociales, a la población campesina y a la población urbana e incluso a los habitantes de los distintos barrios de una misma ciudad. Tal y como se evidencia en Neuman, Alemania y en Chadwick, Inglaterra, así como en Villermé, Francia, donde se sientan, de modo casi simultaneo, los primeros logros de la estadística demográfico-sanitaria. En general, las monografías estadísticas son una de las expresiones más típicas del higienismo, pues a través de estas se recopiló información estadística en buen número de países europeos, ya que se realizaron con un método empirista y una finalidad eminentemente práctica Urteaga (1985-86).

Por otra parte, se intenta profundizar en la investigación científica acerca del origen y configuración de algunas enfermedades. Uno de los aspectos de esta investigación lleva necesariamente al terreno sociológico. Los hábitos de vida, las dolencias profesionales, los accidentes laborales y las condiciones de hábitat, diseñan en su conjunto una patología social que médicos e higienistas intentan esclarecer, y también un extenso abanico de problemas sociales como el alcoholismo, la prostitución o la violencia urbana, fueron descritos alternativamente como síntoma o causa, cuando no consecuencia del lamentable

estado de la salud pública. Algunos higienistas propusieron soluciones acentuando la acción filantrópica o caritativa, otros, desde una posición más progresista, plantearon los problemas asistenciales en el contexto de una necesaria “reforma social”, pues en su opinión, conseguir una sociedad más sana era el equivalente de hacer una sociedad más justa. Comienza entonces a hablarse con insistencia de las mejoras de la vivienda, de las ciudades obreras y de una asistencia hospitalaria sin connotaciones caritativas. En este período, el progreso de la salud pública solo se ve posible conjugando transformaciones ambientales con mejoras sociales. El contexto social pasa a formar parte del cuadro ecológico en el que se describen los procesos morbosos Urteaga (1985-86).

En torno a 1880, los espectaculares avances de la bacteriología aportan nuevas y vigorosas explicaciones acerca del origen y difusión de las enfermedades infecciosas. Los descubrimientos de los bacilos de la lepra, de la tuberculosis, y otras enfermedades endémicas, y la afirmación científica del origen microbiano de las epidemias, configuran una nueva mentalidad etiopatológica Entralgo (1978), sobre los problemas de la salud y la enfermedad, imponiéndose, así a finales del siglo XIX, la concepción biológica de la enfermedad.

El impacto de la microbiología fue extraordinario en el campo de la higiene, los descubrimientos microbianos de Louis Pasteur<sup>3</sup> y Robert Koch<sup>4</sup>, imprimieron un profundo giro a las ciencias médicas. En esta nueva fase, las coordenadas científicas de la higiene, como conocimiento médico, se alteraron sustancialmente. La moderna microbiología desacreditó definitivamente algunas de las hipótesis ambientalistas que hasta entonces se admitían Urteaga (1985-86).

El desarrollo de la industrialización en Europa, y las crisis sociales que acarreó este proceso modificaron en alto grado el viejo discurso reformista. Por otra parte, nuevas concepciones sociales y científicas ganaron terreno rápidamente. Una de estas

---

<sup>3</sup> Louis Pasteur fue un científico francés, cuyos descubrimientos tuvieron enorme importancia en los campos de la química y microbiología. Demostró la teoría de los genes patógenos y desarrollo vacunas contra enfermedades como la rabia. Recuperado de <https://prezi.com/aportes-de-louis-pasteur-a-la-microbiologia>

<sup>4</sup> Robert Koch fue un científico alemán, su primera contribución a la recientemente asentada ciencia de la microbiología fue el aislamiento de *Bacillus anthracis*, agente etiológico del carbunco bacteriano, en el año 1877; a raíz de sus investigaciones sobre el carbunco Koch enunció una serie de leyes, los postulados de Koch, que constituyen su mayor contribución a la historia de la microbiología.

concepciones, que más temprana y duraderamente influirá en la higiene en la segunda mitad del XIX es la constituida por las teorías sobre la herencia, acerca de la transmisibilidad de los caracteres adquiridos, la cual restaba credibilidad a algunos de los postulados de la higiene social Urteaga (1985-86).

### 2.3.1 El sanitarismo en Argentina

Por su parte en Argentina muchos de los estudios se centraron en las consecuencias de las epidemias entre fines del siglo XIX y los primeros cuarenta años del siglo XX<sup>5</sup>. El corte temporal no fue casual, los avances científicos ligados con los descubrimientos bacteriológicos y de la epidemiología permitieron abrir horizontes para mejorar la prevención y la curación de las muchas enfermedades Ramacciotti (2006).

Durante el transcurso del siglo XX el descubrimiento de los agentes productores de cada enfermedad y la elaboración del suero, la vacuna o el antibiótico que la previene o la cura incidió en la disminución de los azotes epidémicos. A pesar de ello enfermedades infectocontagiosas aparecieron reiteradamente durante la segunda mitad del siglo XX, dichos acontecimientos influyeron para que las autoridades gestaran políticas e instituciones específicas destinadas a combatirlas y/o desplegaran diferentes estrategias para ocultarlas ya que la existencia de estas dolencias incidía gravemente en la legitimidad del gobierno de turno Ramacciotti (2006).

Fue así como el llamado “peronismo clásico” no estuvo exento de los avatares políticos que genera la aparición de brotes epidémicos. Entre 1946 y 1954 la cartera sanitaria en la Argentina estuvo comandada por el neurocirujano Ramón Carrillo, sin lugar a duda la envergadura de la administración de este no tuvo precedentes en cuanto a las obras efectivamente realizadas<sup>6</sup>. Entre los aspectos más salientes de su gestión se destacó la centralización de instituciones sanitarias, la erradicación del paludismo gracias al uso del

---

<sup>5</sup> Nos referimos a las epidemias de fiebre amarilla, cólera, entre otras.

<sup>6</sup> Ramón Carrillo fue creador del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de la Nación en 1946, su labor fue de gran trascendencia pues no sólo abarcó el país sino que se proyectó a toda América Latina y el mundo, de modo tal que sus principios constituyen una de las bases de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de [http://electroneubio.secyt.gov.ar/Arturo\\_y\\_Ramon\\_Carrillo.htm](http://electroneubio.secyt.gov.ar/Arturo_y_Ramon_Carrillo.htm).

DDT (dicloro difenil tricloroetano), la duplicación en el número de camas dentro del sistema hospitalario, la creación de nosocomios, la disminución de la tasa de mortalidad infantil y la realización de campañas educativas. Con todo, esta visión debe complementarse con el estudio de los conflictos que se produjeron en el período. Las diferentes estrategias utilizadas para restringir el impacto de estos generaron cambios de rumbo en la política sanitaria y modificaciones en las agendas gubernamentales Ramacciotti (2006).

Las escasas muertes ocasionadas por la peste bubónica y la viruela en Argentina no causaron tanto pánico como en épocas anteriores. En el caso de la peste y la viruela, la combinación entre la inmunización por vacuna, el aislamiento por medio de los cordones sanitarios y las obras de infraestructura urbana moderó las secuelas de dichas enfermedades. Sin embargo, contextualizarlo en trama política y económica pone de manifiesto la politización de los procesos de salud y enfermedad, la cambiante adjudicación de responsabilidades privadas y públicas y la dimensión histórica de estos procesos. El caso de la poliomielitis fue diferente ya que la importancia creciente de la enfermedad reveló la inexistencia de una infraestructura adecuada y recordó nuevamente a las autoridades de turno la importancia de gestionar políticas sociales para mantener la cohesión de una sociedad Ramacciotti (2006).

Entre las fuentes que se encuentran estos datos podemos encontrar; los artículos periodísticos publicados, por el diario La Prensa, La Nación y notas aparecidas en la prensa médica, los registros oficiales compuestos por el Plan Analítico de Salud Pública, las Memorias de la Secretaría de Salud Pública, los Archivos de la Secretaría de Salud Pública, El Boletín del Día y los debates legislativos Ramacciotti (2006).

Entre 1946 y 1953 se produjeron brotes epidémicos de peste bubónica, viruela y poliomielitis en Buenos Aires. La existencia de una ley o normativa no garantiza su real aplicación y la aparición de una enfermedad infectocontagiosa obliga a la autoridad del Estado a tomar medidas al respecto para evitar las consecuencias disruptivas que las mismas pueden ocasionar para la cohesión social. Además, impulsa al despliegue de nuevas formas de pensar la política con relación a ciertas enfermedades, ya sea por medio del aumento de partidas presupuestarias para la inversión tecnológica, la profesionalización del personal sanitario por medio de un incremento en su capacitación o la imperiosa necesidad

de poner en práctica antiguos enunciados políticos que se habían dejado en el olvido. En este sentido, pareciera ser que la existencia de un clima de ideas científicas y de ciertos enunciados políticos no alcanza para poner en práctica la política sanitaria. Ésta se inserta en un conjunto de relaciones que están en tensión permanente Ramacciotti (2006).

## 2.4 Psicopatología del trabajo

Resaltamos el trabajo del autor Christopher Dejours (2001), *Trabajo y desgaste mental*, perteneciente a la corriente teórica de la psiquiatría y el psicoanálisis, aunque en este texto se adopta un enfoque más psicosocial para analizar los efectos de la organización del trabajo sobre la salud mental de los obreros. Dejours expone cómo se ha llegado a una preocupación por la salud mental de los trabajadores y qué se entiende por “psicopatología del trabajo”.

Hasta la Primera Guerra Mundial, la lucha obrera se había basado en cuestiones de supervivencia a través de demandas como la disminución de la jornada laboral, pero la demanda de trabajadores durante la guerra y la implantación de la Organización Científica del Trabajo (OCT) a principios del siglo XX, supuso una revalorización de la salud de los cuerpos de los obreros que se tradujo en una lucha por las condiciones laborales de los mismos Kardelis (2014).

Las protestas de mayo del 68 suponen un punto de inflexión en el que el desarrollo del sector terciario<sup>7</sup> y el desgaste del taylorismo<sup>8</sup> hicieron que la dimensión mental de los

---

<sup>7</sup> La noción de un sector terciario surgió del interés en clasificar las actividades económicas, en un primer instante agrupando los rubros no pertenecientes a los sectores primario (agricultura, ganadería, silvicultura, pesca, minería) o secundario (industria manufacturera, construcción), en forma residual. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5449/S01121044\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5449/S01121044_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

<sup>8</sup> Friederik W. Taylor, fundador de la llamada “administración científica”, nacido en 1856, realizaba sus experimentos en los talleres de la *Midvale Company* en busca de lo que, en aquella época, se había convertido en la nueva piedra filosofal de los empresarios: la reducción del tiempo y de los movimientos de la producción utilizados en la producción de cualquier mercancía. Su pensamiento se sustentó en una expansión sin precedentes de la economía norteamericana, que exigía la reestructuración de la clase obrera, sus métodos serían a largo plazo más efectivos y se convertirían en parte ineludible de las ideologías directorales en la producción durante el siglo XX. Taylor no solamente se ocupó de la administración de la fuerza de trabajo en la producción; su racionalismo y sus experimentos lo llevaron a concebir la producción inmediata como una totalidad en la que

trabajadores cobrase importancia. De este modo, se ha ido configurando una crítica a los procesos ocultos de dominación del comportamiento libre generados en la organización del trabajo. En este contexto, surge la corriente de la psicopatología del trabajo, que se organiza a través de seis principios: los mecanismos y las ideologías de defensa de los trabajadores, el tipo de sufrimiento mental que se puede generar, el papel del miedo en el trabajo, los mecanismos para compensar los desajustes entre los trabajadores y los modelos productivos, la funcionalidad del sufrimiento mental y las consecuencias de la organización del trabajo sobre la salud Kardelis (2014).

El acercamiento de Dejours al trabajo nos permite establecer de forma muy precisa los mecanismos psicosociales por los que los obreros llegan a experimentar el sufrimiento en el trabajo y sus reacciones ante el mismo. Del mismo modo, introduce cómo podríamos observar los efectos de la organización del trabajo en los obreros desde una perspectiva más amplia en la que también se incluyesen mecanismos basados en el placer y el reconocimiento. El análisis de su estudio nos proporciona una base muy sólida para abrir una serie de líneas de reflexión e investigación sobre el papel de la salud física y mental en el trabajo Kardelis (2014).

En relación con el objetivo de estudio de esta investigación encontramos oportuno el análisis de algunos puntos que consideramos pertinentes del ensayo desarrollado por Dejours (2001) en “Trabajo y desgaste mental”, para entender cómo afecta la organización y condiciones laborales en la salud física y psíquica del trabajador, cuáles son los sistemas defensivos que se crean en el mismo y la consideración en cuanto a las diferencias que se crean en cuanto a género en la división sexual del trabajo.

La psicopatología del trabajo estudia la relación psíquica del trabajo. En el comienzo de este proceso de conocimiento se encuentra el interés por conocer las del trabajo sobre la salud mental de los trabajadores. En ese caso el trabajo será entonces patógeno o que sean favorables, cuyo caso el trabajo será estructurante Dejours (2001).

Además del interés acordado a la salud física y mental de los trabajadores, la psicopatología de trabajo se preocupa por las condiciones para la transformación del trabajo. Debemos hacer resaltar tres puntos:

---

intervenían la fuerza de trabajo y los medios de producción, cronometrando los tiempos y los movimientos del trabajo en el proceso de laboral Friedmann (1977). Recuperado de <http://zaloamati.azc.uam.mx/handle/11191/2960?show=full>.

- Si las condiciones de trabajo están específicamente relacionadas con los daños infligidos a la salud del cuerpo de los trabajadores, es necesario identificar lo que, en la situación de trabajo, pone específicamente en cuestión al funcionamiento psíquico. La psicopatología del trabajo asigna la función patógena (o estructurante del trabajo, según los casos) a la organización del trabajo, es decir, la división de las tareas por una parte y, por la otra, la división de los hombres (es decir al dispositivo de control, de vigilancia, de jerarquía, de mando, de asignación de las responsabilidades, entre otros).
- La organización del trabajo a menudo es peligrosa para el funcionamiento psíquico. Sin embargo, la gran mayoría de los trabajadores llega a conjurar la locura o, en términos más técnicos, la descompensación psiquiátrica. Para designar este equilibrio (inestable), que no llega a ser enfermedad mental, hablaremos de sufrimiento. De hecho, la psicopatología del trabajo se interesa sobre todo en la investigación del sufrimiento más que en la búsqueda de enfermedades mentales específicas del trabajo. El sufrimiento, estado de equilibrio inestable, implica entonces una confrontación entre los factores patógenos provenientes de la organización del trabajo y los procedimientos defensivos elaborados por los mismos trabajadores. Es así como la psicopatología del trabajo se interesa muy particularmente por el estudio de estas defensas que, a diferencia de las descompensaciones psiquiátricas, están marcadas por las obligaciones organizacionales, contra las cuales fueron levantadas.
- Si el trabajo puede ser patógeno, también puede ser fuente de placer e incluso contribuir de modo original a la lucha para conquistar y defender la salud. El interrogante que se plantea entonces apunta a las características de las organizaciones del trabajo que dan acceso al placer, a la salud mental y también a la salud del cuerpo, por más que hagamos referencia a las concepciones psicósomáticas. Esta dimensión puesta en evidencia por la psicopatología del trabajo hace posible un acercamiento al problema de la transformación de la organización del trabajo Dejours (2001).

Desde esa filiación encontramos procedimientos defensivos específicos en función de cada tipo de organización del trabajo. Podemos, así, poner en evidencia las defensas que fueron esencialmente utilizadas por los individuos y las defensas construidas por los grupos de trabajadores. A estas últimas se las llama "defensas colectivas", y se analizaron particularmente en la construcción y en las obras públicas, en la petroquímica, en la energía atómica, entre los marinos pescadores, el ejército, entre otras. Estas defensas fueron elaboradas para luchar contra las diferentes formas de sufrimiento y, sobre todo, contra el miedo que origina el trabajo, funcionando según una lógica rigurosa asegurada por un sistema de prohibición de ciertos comportamientos, de silencio en todo lo que se refiere al miedo, de valorización del discurso heroico, de comportamientos de bravura y de desafío frente al peligro, de rechazos paradójicos de las consignas de seguridad y de prácticas colectivas lúdicas que ponen en escena situaciones de riesgo que hay que menospreciar, y a

veces bromas peligrosas que siempre están centradas sobre las cuestiones de peligro, accidente, enfermedad y muerte en el trabajo Dejours (2001).

Dicha defensa colectiva exige la participación de todos los trabajadores sin excepciones, y ejerce un poder de exclusión y de selección frente a los trabajadores que se resisten a las reglas de conducta establecidas por la defensa colectiva. Podemos entonces observar, como hemos constatado con anterioridad que se perfilan una serie de paradojas, contribuyendo la defensa a unificar a los trabajadores y a unir profundamente al grupo de trabajo para minimizar el sufrimiento. En estas condiciones, nada impide que las defensas puedan ser explotadas por la producción: podemos demostrar que la productividad está estrechamente ligada a la eficacia de la defensa colectiva, que al principio se construye para combatir el sufrimiento Dejours (2001).

Otra paradoja que surgió a raíz del estudio de los procedimientos defensivos contra el sufrimiento es la que cuando estas defensas funcionan bien llegan a controlar en forma eficaz el sufrimiento y cuando funcionan demasiado bien, pueden incluso producir una suerte de anestesia, es decir, una insensibilidad al sufrimiento que ya no es más percibida conscientemente por los trabajadores. Esto, sin embargo, plantea a su vez un problema, ya que en estas condiciones las defensas estabilizan la situación y obstaculizan los esfuerzos necesarios para repensar y transformar la relación con el trabajo. A partir de ese momento, las defensas excesivas toman la forma de una resistencia al cambio. Entonces, se amplía el campo específico de la alienación en el trabajo. Cuando estos procedimientos defensivos sirven de base a la construcción de un sistema de valores, que llevan a promover la defensa como un fin en sí mismo, ocultando así su vocación principal de defensa contra el sufrimiento o, lo que equivale a lo mismo, cuando logramos transformar la defensa en deseo, en meta, en objetivo en sí, entonces ya no se trata de una defensa colectiva, sino de lo que llamamos una ideología defensiva del oficio, cuyo impacto sobre las relaciones sociales es altamente problemático. Esto sucede sobre todo si no limitamos la investigación a los trabajadores reducidos a tareas de ejecución, sino que consideramos también lo que ocurre del lado de la supervisión y de la dirección. De modo tal que los ejecutivos también construyen sistemas defensivos específicos que contribuyan a radicalizar los antagonismos y los sufrimientos de ambas partes Dejours (2001).

A diferencia de las defensas contra el sufrimiento, que pueden ser objeto de una elaboración colectiva, el placer sigue siendo una dimensión estrictamente individual, derivada del deseo. El estudio del placer en el trabajo se basa en el análisis del proceso conocido en el psicoanálisis bajo el nombre de sublimación<sup>9</sup>. De ahí que, este último consiste, muy esquemáticamente, en tomar el campo social, y en particular el trabajo, como un teatro donde uno puede volver a actuar, donde se ponen en escena nuevamente sus deseos que no pudieron encontrar en la sexualidad para su satisfacción. Es así como el trabajo es el mediador privilegiado entre el inconsciente y el campo social. De hecho, el trabajo es capaz, bajo ciertas condiciones, de ofrecer una vía de salida favorable al deseo y, además, puede inscribirse como una herramienta en la conquista del equilibrio psíquico y de la salud mental, junto a la sexualidad y el amor Dejours (2001).

El trabajo se denomina entonces estructurante, es decir que, en las tareas estrictas de ejecución, sobre todo cuando son parcializadas, no hay lugar para negociar la puesta en escena necesaria que ponga en juego la sublimación. Bajo esta perspectiva, la psicopatología del trabajo ya no considera la organización del trabajo como el resultado de una definición técnica, sino más bien como una relación social, pero como una relación social de simple poder, sino como una relación social de trabajo, que interviene específicamente en la cuestión de decidir cómo debe realizarse este. Tanto los estudios psicopatológicos como los estudios ergonómicos nos indican que la organización prescripta del trabajo nunca se respeta en la realidad y que, en definitiva, siempre resulta de un compromiso procedente de una negociación entre el colectivo de conducción y el colectivo de ejecución. Este compromiso es, por otra parte, altamente inestable y singularizado de una empresa a otra, en función de la historia de los colectivos en cuestión Dejours (2001).

Estas diferencias nos hacen pensar que, de un lugar a otro, de una situación a otra, la imaginación, la inventiva y las capacidades creadoras de los trabajadores, no cristalizan ni evolucionan en forma idéntica. Es esta variabilidad la que nos lleva a afirmar que la organización del trabajo puede ser transformada basándose en las capacidades creadoras o,

---

<sup>9</sup> La pulsión es entendida, desde la perspectiva freudiana, como una fuerza que procede del ello y que empuja al organismo a satisfacer sus necesidades primarias sexuales y de autoconservación. La sublimación es el proceso a través del cual las pulsiones sexuales parciales, no genitales, se desplazan hacia fines de elevado valor cultural. Se canalizan en actividades estimadas por la sociedad como pueden ser el arte, la ciencia y la cultura. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/802/80290202.pdf>.

mejor aún, en lo que podemos denominar las aptitudes de los trabajadores para la investigación sobre su trabajo a pesar de que, a menudo, en nuestras sociedades, estas actitudes sean con frecuencia frenadas y aplastadas. Ahora bien, es esta misma actividad la que expresa socialmente la movilización de los procesos sublimatorios que son centrales en la cuestión del placer y de la salud mental en el trabajo Dejours (2001).

La confrontación de los resultados de la psicopatología con la sociología de la división sexual del trabajo nos muestra que la situación de las mujeres no se asemeja en nada a la de los hombres en lo que se refiere al sufrimiento psíquico y a los procesos defensivos que están en situación de poder elaborar. Numerosos argumentos sugieren que las defensas colectivas de oficio son molestas para llevar a cabo, por causa de las dificultades específicas (puestas en evidencia por los sociólogos) que enfrentan las mujeres al querer constituir colectivos en el trabajo. Algunos datos clínicos disponibles sugieren que, en las fábricas de mujeres, cuando las defensas colectivas funcionan, suponen distorsiones importantes impuestas a la identidad sexual de la mujer Dejours (2001).

En otros términos, la psicopatología del trabajo de las mujeres parece indicar que éstas tienen que padecer un sufrimiento suplementario con respecto a los hombres; no se trata de un sufrimiento más, sino que se produce un desfasaje sobre la problemática psicopatológica en su conjunto. Sin embargo, en ese campo, queda aún por hacer lo esencial de las investigaciones Dejours (2001).

El otro problema que plantea la confrontación de la sociología con la división sexual del trabajo se refiere al uso que los trabajadores hacen de las relaciones domésticas de dominación, como procedimiento defensivo contra el sufrimiento ocasionado por la organización del trabajo. Una parte de la restauración psíquica de los hombres frente al sufrimiento en el trabajo se realiza en detrimento de las mujeres (desviación de la violencia de las relaciones de trabajo contra las mujeres). Aquí también la situación no es la misma para las trabajadoras que no pueden contar con las relaciones domésticas para aliviar el sufrimiento que resulta de su relación con el trabajo. Finalmente, hay que subrayar que, si las mujeres son víctimas indirectas de las defensas contra el sufrimiento de los hombres, ellas no son las únicas. Según distintos procesos, los niños también tienen que padecer las derivaciones de los problemas psicopatológicos de los padres trabajadores hasta tal punto que una parte importante de la psicopatología general de la infancia y de la adolescencia

merece re descifrarse completamente a la luz de la psicopatología de los padres. No podemos dejar de lado que, al mismo tiempo, gran parte de las consecuencias psicopatológicas del sufrimiento repercuten sobre terceros, de manera particular, en los colectivos familiares Dejours (2001).

En la vía abierta por la economía de las defensas y su cascada de consecuencias, podemos abordar la cuestión de la división internacional del trabajo y de los riesgos, sobre todo de los riesgos psíquicos. Como ya señaláramos, la economía de las defensas contra el sufrimiento en el trabajo no podría analizarse en un marco limitado sólo al individuo. Implica los colectivos de trabajo, las relaciones domésticas entre los cónyuges y las relaciones con los hijos. Más allá de eso, las estrategias elaboradas e implementadas por los trabajadores para luchar contra el sufrimiento tienen una cierta eficacia sobre la organización del trabajo, cuya evolución se enfrenta, ella también, al obstáculo humano Dejours (2001).

Una de las maniobras de los empresarios para hacer frente a esto consiste en exportar hacia los países en vías de desarrollo las organizaciones del trabajo que encuentran una resistencia demasiado organizada en los países industrializados, exportando también una parte importante de la psicopatología del trabajo derivados de las dinámicas productivas generadas por la naturaleza productiva de su ciclo económico. Por razones bastante complejas, aunque elucidables, una de las consecuencias psicopatológicas de lo raras que son las tareas sublimatorias es el hecho de que, conducen a un aumento correlativo de la violencia social. En efecto, podemos demostrar que la sublimación, única mediación entre inconsciente individual y campo social, es un proceso que absorbe y transforma principalmente las pulsiones llamadas parciales, que, justamente por falta de salidas sublimatorias generan principalmente perversiones, violencia compulsiva y patología psiquiátrica grave (psicosis, somatizaciones, toxicomanías). Esto quiere decir que, considerando la psicopatología del trabajo desde una perspectiva internacional, esto nos conduce a destacar que una cantidad importante de la locura generada por el trabajo se acumula en los países del tercer mundo (luego de haber sido parcialmente evacuada de los países ricos), y que la violencia social en las ciudades es la principal forma de expresión clínica, de semejante manifestación Dejours (2001).

### 2.4.1 Somatización

La somatización como tal no es un diagnóstico psiquiátrico, sino un denominador común de una serie de procesos patológicos agrupados en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, como trastornos somatomorfos. Los trastornos somatomorfos son un conjunto de patologías, cuyo diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas corporales que sugieren un trastorno físico sin causa orgánica demostrable o mecanismo fisiológico conocido que los explique completamente y por la presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos estrés. El trastorno por somatización, por tanto, debe conocerse y tener en cuenta en la consulta del médico de familia porque muchos de los síntomas somáticos que presentan puede ser la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas Guzmán (2011).

Los fenómenos de somatización se conocen en medicina desde hace siglos, aunque su historia se ha solapado con la de histeria. La primera referencia escrita la realizaron los egipcios en 1900 AC a través de los papiros de Khaun<sup>10</sup>. Los griegos crearon el término “histeria”, cuyo origen es la palabra griega *hysterum* (útero). Freud consideraba que la histeria se producía por el desplazamiento del útero a través de los diferentes humores corporales de forma tal que se experimentaban los síntomas en la zona del organismo donde recalaba el útero; tal y como lo plantea Guzmán, en su artículo denominado Estudio sobre la histeria los mecanismos de la histeria de conversión Guzmán (2011).

García (1999) refiere que es probable que muchos síntomas y síndromes se generan producto a pequeñas lesiones o sutiles alteraciones, difíciles de detectar en pruebas convencionales de laboratorio y aunque la somatización se distingue de la simulación. Si se analizan los diferentes contextos en los que este vocablo se utiliza, los diversos tipos de atribuciones que sobre estos se realizan su significado y delimitaciones muestran más

---

<sup>10</sup> El mundo egipcio tenía una estrecha relación con el mundo vegetal y así por ejemplo la base de la alimentación eran el trigo y la cebada, que era complementada con el cultivo de frutas y hortalizas. Además las vides originaron unos caldos que gozaron de gran reputación en toda la cuenca mediterránea y se preparaban una gran variedad de licores con frutos como los higos, granadas y otras especies. Se tejían telas con lino o se fabricaban papiros de origen vegetal con la especie *Cyperus papyrus* L. que dio origen al término papiro. En cuanto a las prácticas médicas se han obtenido datos basados en los papiros. Tal es el caso de el Papiro de *Kahun* (1850 a. c.), un compendio sobre ginecología, obstetricia, que también realiza aportaciones veterinarias y aritméticas. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/>

ambiguos. Así, muy diferente será entender un síntoma determinado como la manifestación o llamada de atención sobre un conflicto subyacente o entenderlo como fruto de una hipersensibilidad a determinadas lesiones que para otras personas podrían pasar desapercibidas.

Bridge y Goldberg (1984), han definido al paciente somatizado a partir de la presencia de cuatro características:

- Realiza una presentación somática de su malestar.
- Realiza una atribución somática para sus síntomas.
- Se constata la existencia de un trastorno psiquiátrico.
- Existe la expectativa de una respuesta positiva al tratamiento psiquiátrico.

Otra conceptualización de somatización fue utilizada por el pensamiento psicoanalítico de Stekel (2011), definiendo un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la expresión de la ansiedad y en su lugar solo es posible una “expresión visceral”, impidiendo la manifestación experimentado inconscientemente por el individuo, en cuanto la somatización como conducta de enfermedad. Por lo que refiere al trabajo como riesgo.

El trabajo humano tiene elementos paradójicos: puede llevar a lo personal a la excelencia o puede hacerles un daño inmenso, a su salud, tanto físico como psicológico y mentalmente; es algo que siempre y se ha sabido la historia está llena de hechos y modelos que apoyan un aspecto y su opuesto Benavides *et al* (2000).

De modo que al trabajo, la mano de obra obligada, no ha sido bien vista a lo largo de la historia, carente de cualquier protección, el trabajo era una forma de subsistencia que comprometía la salud de quienes no le quedaba otra alternativa que asumirlo en el esclavismo, en el viejo sistema de producción, orientar el concepto de condiciones de trabajo y riesgo carecía de sentido y carecía de valor el mismo trabajo físico que eran consideradas servil y sin valor Chirinos (2006).

Por consiguiente, el panorama laboral ha cambiado drásticamente, en consecuencia, de la aparición de los primeros estados del sindicalismo del reconocimiento de los derechos humanos y de las formas modernas de producción empresarial han disminuido las durezas, frecuentemente inhumanas de las condiciones de trabajo. Las condiciones laborales han mejorado sustantivamente en los aspectos físicos del trabajo, tales como horas de trabajo,

sobre esfuerzos físicos, condiciones ambientales (ruidos, temperatura) de higiene Tony (2010).

El efecto de tales modificaciones ha sido una disminución de la morbilidad y siniestralidad en el trabajo, y el número de enfermedades y de accidentes laborales su incidencia se vio disminuidos, la mayor modificación se ha producido en el cambio del concepto de salud laboral; que ha dejado de ser un problema individual para convertirse en un problema social y empresarial. Los factores psicosociales en el trabajo son complejos difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos. Las primeras listas de riesgos psicosociales abarcan: la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de autoridad, la desigualdad, en el salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales y el trabajo por turnos. En lo que se refiere a la salud y enfermedad, la autora Villalobos (2006)<sup>11</sup> menciona que constituyen un binomio que siempre ha estado presente en la discusión, el estudio y la preocupación de la humanidad, sobre esta relación (salud y enfermedad) del cuerpo y de la conexión con las emociones, organizaciones y profesionales que trabajan por la salud opinan que las personas que desarrollan afrontamientos contra el estrés y los desafíos diarios logran salud emocional, conocen que sienten, como sienten, cómo reaccionan, como controlarse y cambiar estados de ánimos para caminar por la vida con competencias emocionales y estar más sanos y cargados de bienestar.

Las emociones que manejamos asumen diversas formas para llamar la atención de esa conexión con el cuerpo y por consiguiente con su salud. Algunos síntomas que reflejan esta conexión son conocidas como presión arterial elevada, diarrea, estreñimiento, insomnio, trastornos del apetito, dolores musculares, cansancio, dolor de cabeza, palpitaciones, malestar estomacal y otros. Somos emocionales porque estamos sintiendo emociones y estas se describen como un proceso influido por la historia que cada persona construye, estas emociones a su vez generan cambios fisiológicos y de comportamientos Villalobos (2006).

Para armonizar estas relaciones tan estrechas del cuerpo con las emociones, se aconseja entrenar experimentando emociones saludables para sustituir los que generan

---

<sup>11</sup> Delia Villalobos Alvarez, licenciada en trabajo social. maestría académica en rehabilitación integral. Recuperado de <https://semanariouniversidad.com/deportes/mente-sana-encuerpo-sano/>

enfermedad, significa reemplazarlo con mecanismo de afrontamientos que cambien la vida, como opciones de recreaciones, relaciones con personas que nos motive, lograr residencia, en definitiva, se trata de vivir más y vivir mejor.

## **2.5 Teorías en enfermería**

Desarrollaremos los marcos referenciales los cuales dan sustento al objeto de estudio, luego de una revisión bibliográfica acerca de las teorías de enfermería, hemos decidido desarrollar la teoría de los cuidados de Jean Watson, la teoría del cuidado transcultural de Madeleine Lenninger y la teoría del cuidado de Dorothea Orem, ya que las hemos considerado relevantes desde el punto de vista metodológico, epistemológico y sociológico, acorde a la tesina desarrollada y al sustento teórico de nuestra profesión

El cuerpo de conocimiento de enfermería surge de teorías generales de aplicación de diversas ciencias, de fundamentos de otras disciplinas y de conceptos propios que le dan categoría de profesión independiente. Refiriéndonos a los modelos conceptuales son definidos como un conjunto de conceptos abstractos y generales, así como proposiciones que se integran para dar un significado. Incorporan observaciones empíricas, intuiciones de los estudiosos, deducciones combinadas con las ideas creativas del campo de la investigación. Esto quiere decir que los modelos conceptuales son un conjunto de conceptos que explican de manera general el fenómeno del cuidado, pero los modelos conceptuales son más complejos y generales que las teorías, estos otorgan una explicación muy amplia sobre algunos fenómenos de interés para la enfermería como; el autocuidado, la promoción a la Salud, las relaciones interpersonales, el Proceso de adaptación, entre otros Fawcett (1996).

Las teorías son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado Marriner y Alligood (1989).

A modo de desarrollo empezaremos con Jean Watson que labora su teoría llamada “Del cuidado humano” sosteniendo que, ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano,

espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Watson (1988), plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el “cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana” Watson (1988). En su teoría establece siete supuestos básicos:

- El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
- El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
- El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
- Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
- Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
- El cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes 10 factores de cuidado. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería. Los tres primeros factores independientes sirven como “fundamento filosófico para la ciencia del cuidado” Watson (1979).

- Formación de un sistema humanístico-altruista de valores. Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores.
- Inculcación de la fe-esperanza. Este factor facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.
- Cultivo de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación

tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. El desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia y, por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales.
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para los sentimientos positivos como negativos.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.
- Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal. Este factor es un concepto importante para la enfermería por que separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal.
- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual. Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.
- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas. La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades del menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La autoactualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

- Permisión de fuerzas existenciales-fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. Se incluye para ofrecer una experiencia que estimule el pensamiento a una mejor comprensión de uno mismo y de los demás. Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir más allá de los 10 factores del cuidado y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud. Esta meta se alcanza enseñando cambios personales a los pacientes para fomentar la salud, ofreciendo apoyo situacional, enseñando métodos de resolución de problemas y reconociendo las capacidades de superación y adaptación a la pérdida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera:

- Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.
- Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)
- Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Menciona que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona Watson (2011).

En cuanto a la teoría del cuidado transcultural de Madeleine Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modelo de conducta.

El propósito de la teoría era descubrir las particularidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones y después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger (1999) afirma que, puesto que la cultura y el cuidado son los medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y la práctica de las enfermeras. Creó la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten de los profesionales.

La cultura representa los modos de vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y sus acciones. Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de los puntos de vista interno, sus conocimientos y su práctica, todo con la ética adecuada.

El cuidado cultural constituye la teoría holística más amplia de la enfermería, puesto que tiene en cuenta la vida humana en su plenitud y su perspectiva holística en un periodo de tiempo concreto Marriner y Alligood (2007).

Según Leininger (1999), la teoría de la diversidad y la universalidad del cuidado cultural tiene algunas características distintivas: es la única teoría que se centra explícitamente en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural y es una teoría que puede utilizarse en culturas occidentales y orientales. Es la única teoría centrada en descubrir factores globales que influyen en el cuidado de los humanos como punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales etnohistoria y contexto ambiental.

La teoría de Leininger se basa en la antropología y en la enfermería, aunque, al reformularse, ha pasado a una teoría de enfermería transcultural bajo una perspectiva del cuidado humano. En su propia investigación Leininger usa hábilmente la etnoenfermería, la

etnografía, las historias y las anécdotas de personas, las fotografías y los métodos en los que se utilizan los fenómenos que aportan una valoración holística para poder estudiar la conducta cultural en diversos contextos del entorno.

Los conceptos principales de su teoría son:

- Cuidados y prestación de cuidados humanos: hacen referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente de la persona o de los estilos de vida para afrontar discapacidades o la muerte. Cultura: hace referencia a los valores, creencias, normas, símbolos, paradas y modelos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra. Cuidados culturales: actos de prestación de cuidados de ayuda, de apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo y hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte y otras condiciones humanas. Diversidad de los cuidados culturales: hace referencia a las variables, diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionados con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación de los cuidados a las personas. Universalidad de los cuidados culturales: se refiere a la similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal. Concepción del mundo: se refiere a la forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que les rodea. Contexto de entorno: se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico o sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular. Salud: significa el estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas. Enfermería transcultural: hace referencia a un área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa. Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o a saber afrontar impedimentos físicos o mentales, o la misma muerte.
- Persona: ser cultural que ha sobrevivido al tiempo y al espacio. Cuidado: acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo. Salud: creencias valores y formas de actuar reconocidas culturalmente y utilizadas con el fin de preservar y

mantener el bienestar de una persona o un grupo y permitir la realización de las actividades cotidianas.

- Entorno: todos los espacios contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales Marriner y Alligood (2005).

Por otra parte, Orem (2001) y su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería la cual ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud.

La teoría de los sistemas enfermeros es la teoría unificadora, e incluye todos los elementos esenciales. Comprende la teoría del déficit de autocuidado y la teoría del autocuidado. La teoría del déficit de autocuidado desarrolla la razón por la cual una persona se puede beneficiar de la enfermería. La teoría del autocuidado sirve de fundamento para las demás, y expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo.

Según Orem, la pregunta que guio su pensamiento fue ¿En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación? El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es «la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal Orem (1997) identificó cinco amplias visiones de los seres humanos, necesarias para desarrollar el conocimiento de los constructos conceptuales de la teoría enfermera del déficit de autocuidado y para comprender los aspectos interpersonales y sociales de los sistemas enfermeros. Son la visión de:

- persona,
- agente,
- usuario de símbolos,
- organismo y objeto.

La visión de los seres humanos como persona refleja la postura filosófica del realismo moderado; esta postura relacionada con la naturaleza de los seres humanos es fundamental en la obra de Orem. La autora afirmaba que adoptar una visión particular para

cierto objetivo práctico no invalida la postura de que los seres humanos sean seres unitarios.

La idea de persona como agente es básica en la teoría de déficit de autocuidado. El autocuidado, que se refiere a las acciones que realiza una persona con el fin de promover y mantener la vida, la salud y el bienestar.

También manifestó que el conocimiento científico necesario para ejercer la enfermería incluye conjuntos de ciencias aplicadas y ciencias básicas no enfermeras. En el desarrollo de las ciencias aplicadas, se utilizan teorías de otros campos en el campo de la práctica. Estas ciencias enfermeras aplicadas aún no se han identificado ni desarrollado.

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

- La teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
- La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. Los principales conceptos de las teorías de Orem se identifican aquí y se tratan con más profundidad en Orem (2011).

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo. El cuidado dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar Orem (2001).

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

- El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
- La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado. El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada Orem (2011).

Para resumir, Orem observó que algunas personas eran incapaces de mantener sus propios cuidados o los cuidados dependientes sobre una base continuada. A partir de esta observación inició el proceso de formalización del conocimiento sobre lo que las personas necesitaban hacer por sí mismas para mantener la salud y el bienestar. Cuando una persona necesita ayuda, ¿qué acciones de ayuda enfermera son las adecuadas? La teoría del autocuidado describe lo que una persona precisa y las acciones necesarias que se deben poner en marcha para satisfacer estos requisitos. La teoría del déficit de autocuidados describe las limitaciones para satisfacer los requisitos para el cuidado continuado, y sus efectos sobre la salud y el bienestar de la persona. La teoría de los sistemas enfermeros proporciona la estructura para examinar las acciones y el conocimiento necesarios para ayudar a la persona. Estas teorías también son descriptivas de situaciones que implican a familias y a comunidades.

Como cierre de este capítulo, no queríamos pasar por alto, la búsqueda exhaustiva que debimos realizar para encontrar alguna normativa o reglamentación referida al funcionamiento, estructura y distribución de tareas de los cuerpos de guardia en la República Argentina, encontrando, luego de una intensa búsqueda la Resolución N° 428/01, que si bien es bastante imprecisa respecto del desempeño profesional en ese sector, de alguna manera viene a ocupar la ausencia de cualquier otra normativa o regulación.

Al procurar tener acceso a alguna normativa referida a los cuerpos de guardia de los nosocomios investigados, fue unánime el criterio de que no existían o al menos no se conocían el hecho de que hubiese alguna normativa al respecto. No obstante al continuar nuestra búsqueda bibliográfica apareció una publicación del Ministerio de Salud Pública de la Nación denominada "Resolución N° 428/2001" que establece la norma de organización y

funcionamiento de los servicios del cuerpo de guardia en los establecimientos asistenciales que tienen como propósito "lograr la efectiva aplicación y materialización del derecho a la salud satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas".

Al respecto, dicha política incorpora recursos normativos, organizativos, instrumentales y de gestión técnico-administrativa adecuados a la realidad existente, dotando a la atención de la salud "de un grado crecientemente progresivo de calidad, criterios científicamente fundados para la habilitación, acreditación y categorización de los establecimientos de la salud, así como la habilitación, certificación y recertificación del ejercicio profesional".

La referida normativa en su artículo 4 aprueba que dicha norma podrá ser objeto de observación por las autoridades sanitarias jurisdiccionales y por las entidades académicas, universitarias, científicas de profesionales dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de su publicación mientras que en el art 5 se plantea que en el caso que la autoridad jurisdiccional realizará alguna adecuación a la presente norma deberá comunicársela a la coordinación general del programa.

La norma anterior cuenta con un anexo 1 el cual hará referencia a la planta física, los equipamientos, los recursos humanos, así como las normas de funcionamiento. Y aunque se refiere al sector de internación, a los equipamientos, al sector ambulatorio, entre otros aspectos, hacemos énfasis en el *office* de enfermería ya que este sería el sector objeto de nuestra investigación en el cual solo se especifica como debe ser el mobiliario adecuado, el depósito de medicamentos y materiales de uso diario, heladera para medicamentos y vacunas, cocina u horno microondas y, por último, iluminación de emergencia con conexión a un grupo electrógeno.

Desde el punto de vista de los recursos humanos, vuelve a aparecer la figura del enfermero en la cual se especifica la presencia de una encargada, jefa de guardia o coordinadora dependiente del departamento de enfermería con perfil de enfermera de nivel superior. Además, deberá contarse por turno con una enfermera por cada seis camas, incluyendo el *shockroom*, así como de una auxiliar de enfermería cada ocho camas y una mucama cada doce. Mientras que plantea la necesidad de una enfermera ambulatoria que

puede ser enfermera o auxiliar de enfermería, según la necesidad una por turno o cubriendo mínimamente de ocho a veintidós horas.

## **Capítulo 3 Diseño metodológico**

### **3.1 Introducción**

De acuerdo con la naturaleza del objeto de estudio del presente trabajo de investigación, nos decidimos por la metodología cualitativa, tomando como método el interpretativo, teniendo en cuenta que la investigación cualitativa al facilitar la profundización de los datos da lugar a una mayor dispersión, riqueza interpretativa, contextualización de ambiente, entorno, detalle y experiencia técnica. Este tipo de enfoque se utiliza en las ciencias antropológicas, humanísticas y sociológicas, teniendo dicho proceso un sentido espiral o circular, ya que las etapas interactúan entre sí, y no siguen una secuencia rigurosa. En este sentido, se guía por áreas o temas significativos de investigación pudiéndose desarrollar preguntas o hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de datos; las referidas actividades servirán, en primer lugar, para determinar cuáles son las preguntas más importantes, luego reafirmarlas y responderlas (Hernández, R. *et al.* 2004). Desde esta perspectiva, estaríamos en condiciones de afirmar que el proceso se mueve en ambos sentidos, entre el hecho y su interpretación, no siendo siempre igual la secuencia. Otro de los aspectos a tener en cuenta de la metodología cualitativa, sería la utilización de la técnica de recolección de datos, que comprende

entrevistas en profundidad, cuestionarios abiertos, sesiones de grupo, biografías, revisión de archivos, observación, entre otros. O sea, que apelar a este tipo de metodología nos brinda múltiples técnicas.

Si tenemos en cuenta las múltiples referencias bibliográficas sugeridas por la catedra acerca de la metodología de investigación, nos hemos decantado por aquellos conceptos desarrollados por autores como Hernández Sampieri, Polit y Hungler y Vasilachis, entre otros.

Polit y Hungler (1997) en su libro *Investigación científica en las Ciencias de la Salud*, afirma que la investigación cualitativa, también conocida como “ciencia rigurosa o suave”, recalca los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana. El diseño de un estudio cualitativo a menudo se denomina diseño emergente, ya que este emerge sobre la marcha a medida que el investigador toma decisiones en función de lo que se ha descubierto.

Desde otra perspectiva, creemos conveniente resaltar los aspectos que Mason aporato a la investigación cualitativa, entendiendo que la misma no puede ser reducida a un conjunto simple y prescriptivo de principios, y en el sentido anterior señalando tres elementos comunes a la rica variedad de estrategias y técnicas Mason (1996). De este manera el autor entiende que la investigación cualitativa está fundamentada en una posición filosófica que es ampliamente interpretativa en el sentido de que se interesa en las formas en las que el mundo social es interpretado, comprendido, experimentado y producido; basada en métodos de generación de datos flexibles y sensibles al contexto social en el que se producen, sostenida por métodos de análisis y explicación que abarcan la comprensión de la complejidad, el detalle y el contexto; entendiendo a la investigación cualitativa como pragmática e interpretativa, asentada en la experiencia de las personas Marshall y Rossman (1999).

Desde otra perspectiva, Strauss y Corbin (1990) 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, determinando un lugar relevante en la vida cotidiana de las personas.

En igual sentido, somos conscientes que los métodos de investigación cualitativa presentan una metodología común y a la vez son diversos, de ahí que mantengan perfiles cualitativos similares y diversos al mismo tiempo, ya que reúnen métodos de diferentes disciplinas, métodos transdisciplinarios y métodos propios. Esta heterodoxia metodológica hace que nos encontremos con métodos provenientes de tradiciones filosóficas tales como: la fenomenología, la hermenéutica, el interaccionismo simbólico; así como de otros emanados de disciplinas científicas como la etnografía, la pragmática y la semiótica, también los de tendencias disciplinares como la sociología cualitativa o microsociología, la psicología ecológica, la psicología humanista, entre otros, incluyendo además aquellos constituidos como estrategias metodológicas o técnicas, a saber: historias de vida, análisis narrativos, entre otros.

Según Lincoln y Guba (1985) antes de comenzar un estudio cualitativo se suele pasar por tres fases generales: fase de orientación y panorama general, para ver qué hay de sobresaliente del fenómeno que se investiga, en este caso el investigador emprende el estudio sin saber que desconoce, es decir, sin saber qué hay en el fenómeno que impulsará la investigación; fase de exploración concentrada, en la que se analizan de cerca aspectos importantes del fenómeno y la fase de confirmación y cierre, para confirmar los resultados. La elección del tipo de investigación depende de las preferencias personales filosóficas del investigador; además, y en gran medida de la naturaleza del tema a investigar.

Si tenemos en cuenta la naturaleza metodológica de este trabajo, sería conveniente atender al concepto de Polit acerca de la fenomenología, entendida esta como el enfoque de la indagación humana que hace hincapié en la complejidad de la experiencia y en la necesidad de estudiar dicha experiencia de forma holística, tal y como sucede en la vida real. La propia autora, establece que en una investigación fenomenológica la principal fuente de datos suelen ser conversaciones profundas en las cuales el investigador y el informante coparticipan a plenitud, donde el primero ayuda al segundo a describir su experiencia de vida sin dirigir la exposición, de esta manera, el investigador pretende introducirse en el mundo del informante, teniendo acceso irrestricto a sus experiencias, tal como este las vivió.

La fenomenología hermenéutica es una metodología filosófica que pretende descubrir el significado del ser o existencia de los seres humanos (fenómenos), por medio

de la descripción y comprensión de sus vivencias o cotidianidad, ya que esta constituye la forma o modo corriente y ordinario como el *Dasein* se vive a sí mismo Heidegger (2005). El propósito de la fenomenología hermenéutica de Heidegger es apropiarse del significado ya implícito en la experiencia vivida, mediante un proceso de pensamiento orientado por la destrucción y construcción, hasta lograr interpretarlo como su verdad, esto es, revelar los fenómenos ocultos y en particular sus significados. En este sentido, la tarea fenomenológica se fundamenta en la deconstrucción, lo que implica mirar más allá del significado cotidiano y normal de la vida para ver el significado más grande del ser. Aquí la hermenéutica no sólo es un método de interpretación de textos, sino la interpretación de toda expresión humana, lo que conlleva a la interpretación y comprensión adecuada. Elegir este método interpretativo, se relaciona con la cualidad de la muestra seleccionada, ya que todo reportaje cuenta con el relato de los profesionales enfermeros a partir de los cuales pudimos realizar un análisis hermenéutico y fenomenológico que nos permitió interpretar los hechos acaecidos a partir de sus narrativas. De ahí que consideremos que la hermenéutica sea el método más adecuado, ya que valora la riqueza en los discursos de los participantes; permitiendo la revalorización teórica de los mismos.

En cuanto a los métodos, técnicas e instrumentos de construcción de datos, los autores antes mencionados conceptualizan cada uno de esos conceptos de esta manera al método, como al medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos, citan la observación y la encuesta. La técnica como el conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación. El instrumento como el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y realizar la información, entre estos, se pueden enunciar los formularios, las pruebas psicológicas, las escalas de opinión, las listas y hojas de control, entre otros.

Como método de construcción de datos, la encuesta consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionados por ellos mismos, sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias. Hay otras dos maneras de obtener la información: la entrevista y el cuestionario.

La entrevista es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el

problema propuesto y a través de ella el investigador puede explicar el propósito del estudio y especificar claramente la información que necesita; además si hay una interpretación errónea de la pregunta permite aclararla, asegurando una mejor respuesta; también capta mejor el fenómeno estudiado pues existe la posibilidad de observar los gestos, los movimientos, las reacciones, los tonos de voz, las pausas, entre otros aspectos.

Hay dos tipos de entrevistas: la estructurada en la que se caracteriza por estar rígidamente estandarizada en las que se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuestas entre dos, tres o más alternativas que se le ofrecen; y las no estructuradas que son más flexibles y abiertas, aunque los objetivos de la investigación rigen las preguntas, su contenido, orden, profundidad y formulación se encuentran por entero en manos del entrevistador. Siendo dicha entrevista muy útil en los estudios descriptivos o cuando no existe suficiente información sobre diferentes aspectos del fenómeno o sujeto en estudio, así como en las fases de exploración para el diseño del instrumento de recolección de datos; también lo es en la investigación cualitativa Taylor y Bogdan (2000)

Por último, creemos conveniente resaltar como análisis de datos existente la técnica de los grupos focales que se enmarca en la investigación socio-cualitativa; esta técnica es un proceso de producción de significados que apunta a la indagación e interpretación de fenómenos ocultos a la observación de sentido común.

Después de todo lo analizado teóricamente, consideramos necesario reafirmar que esta investigación se ha optado por la aplicación del diseño cualitativo y por un método interpretativo. También la observación, la cual consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifestada, ya que dicho método de recolección de datos es muy similar al análisis de contenido, el observador tiene un papel muy activo en la indagación cualitativa. Así mismo, su rol puede adquirir diferentes niveles de participación (regularmente más de uno), pudiendo ser no participativa, pasiva, moderada, activa y completa. Un buen observador cualitativo necesita saber escuchar, poner atención a los detalles y poseer habilidades para descifrar cómo comprender conductas no verbales, mientras es reflexivo y disciplinado en sus anotaciones.

Tal y como hemos expresado este estudio se efectúa en la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón, Buenos Aires, Argentina durante el año 2019 en los servicios de guardia de cuatro instituciones de salud.

El universo de esta investigación son los enfermeros que cumplen labores en los servicios de guardia seleccionados, se ha elegido una muestra de ocho enfermeros en total, correspondiendo a dos enfermeros por cada uno de los referidos servicios sujetos a investigación. La selección de la muestra se hizo por conveniencia, ya que en ésta se toma una muestra integrada por las personas u objetos cuya disposición para ser incorporados como sujetos de estudio es más conveniente y, además, las muestras por conveniencia no constan necesariamente de individuos que el investigador conozca.

Desde otra perspectiva, elegimos método de recolección de datos la entrevista en su modalidad abierta, se podrá investigar con profundidad los relatos de los sujetos a entrevistar; teniendo en cuenta el consentimiento de estos.

El consentimiento informado supone que los sujetos cuentan con información adecuada con respecto a la investigación, que son capaces de comprenderla y que pueden ejercer su libre albedrío, lo cual les da el poder de aceptar o declinar voluntariamente la invitación a participar de la investigación, respetando, de esta manera, los códigos de confidencialidad aplicados a este protocolo, junto con la codificación de los nombres de estos.

### **3.2 Procedimientos y definición de los instrumentos**

Hemos considerado necesario al momento de interpelar el referido objeto de estudio, en una primera instancia, efectuar una búsqueda, análisis y recopilación de documentos en distintos formatos. Para el cumplimiento de esto, realizamos la selección bibliográfica, atendiendo a que todo investigador debe partir de conocer la documentación sobre el problema que está desarrollando; de ahí la importancia de la selección y el análisis de los documentos referentes al tema en cuestión.

En este sentido, se procederá a la descripción de los fuentes primarias (ordenanzas, informes, actas, estatutos, trabajos investigativos, *memorándum*, notificaciones, entre otros documentos, con el fin de identificar y obtener las categorías teóricas necesarias.

También se diseña y administra una encuesta semiestructurada a la población, con el propósito de recolectar datos sociodemográficos que interpelen, de manera particular, aspectos relacionados con la formación y el desarrollo profesional, así como preguntar acerca del uso del espacio institucional y como espacio de sociabilidad y sobre las prácticas que se desarrollan en el mismo. La finalidad de estas es realizar una aproximación a la institución para ver el contexto en el que se desarrollen las prácticas docentes.

En un **segundo momento** se corresponde con el **trabajo de campo**, donde se procederá a planificar detalladamente el trabajo para la recolección de información o para el trabajo de campo. Todas las investigaciones tienen el común denominador de recoger datos con diversas técnicas directamente de la fuente de estudio, generalmente acerca de las características, fenómenos o comportamientos que no se pueden construir en un laboratorio. En el caso del objeto de estudio de esta investigación, el trabajo de campo se ha planificado atendiendo a tres instancias:

- En una primera instancia, se procedió a **revisar fuentes primarias** desde las cuales poder establecer las pautas o normas en las que se sostiene la atención y funcionamiento de los cuerpos de guardia.
- **Entrevista abierta o en profundidad** a ocho (8) licenciados en enfermería (independientemente de la experiencia laboral o jerarquía) debido a que en este tipo de entrevista se puede acceder a saberes y experiencias más personales, las cuales en muchos casos se encuentran obturadas y emergen en este tipo de encuentro por su naturaleza individual y privada. En las entrevistas a profundidad se da un intercambio libre de información, pudiéndose hablar de temas más personales. En la entrevista abierta o en profundidad el entrevistador guía la conversación, pero concede espacio al entrevistado para que exprese sus propios puntos de vista. La entrevista abierta se dirige a "la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras" (Taylor y Bogdan, 1987, pp. 194-195). La conversación se graba y posteriormente se transcribe para analizarla, generalmente como parte de una muestra de entrevistas.
- Y, por último, un **tercer momento: la observación no participante**. Se caracteriza por ser un proceso riguroso de investigación que permite obtener información, describir situaciones a partir de su contrastación con los apuntes emanados de las actividades observadas. Este tipo de observación consiste en una percepción intencionada, selectiva e interpretativa, donde el observador enfoca su atención sobre una situación, un fenómeno o un objeto.

### 3.3 Consideraciones éticas de la investigación

Si atendemos a los requerimientos en cuanto a las consideraciones éticas de la investigación, consideramos necesario reflexionar partiendo del proceso de toma de decisiones, basándonos en el respeto mutuo y en la real participación de los actores sociales involucrados en dicho proceso investigativo, razón por la cual partimos de la premisa de que aceptamos la responsabilidad que nos corresponde al respecto, teniendo en cuenta las diferentes intervenciones y protocolos de investigación que hemos tenido que efectuar para obtener la empírea suficiente sobre la cual sostuvimos y sostenemos nuestro análisis interpretativo. A tales efectos, preservamos, protegimos y cuidamos a los sujetos e instituciones que abordamos, estableciendo, básicamente, un pacto de confidencialidad que hemos considerado y sostenido en toda y cada una de las instancias del proceso de investigación, reivindicando así los derechos de las personas y su capacidad de decidir, además de preservar el pacto de confidencialidad.

Teniendo en cuenta el protocolo que establece el modelo de consentimiento informado, consideramos que:

- no existen riesgos ni efectos colaterales en los sujetos sobre los que intervenimos ya que dicha participación se reduce a la realización de una entrevista semiestructuradas, así como tampoco para los que investigamos al respecto,
- por la naturaleza cientista social del trabajo, no existen tratamientos alternativos, ni desventajas. Si consideramos que como los entrevistados son en su gran mayoría licenciados en enfermería, los mismos pueden ser beneficiarios de los resultados de esta tesis, ya que la misma les permitiría conocer mejor la historia de la profesionalización de su carrera y, por ende, consolidaría su perfil e incumbencias profesionales,
- en este sentido, se procuró siempre crear un clima adecuado y confidencial a fin de estimularlos a expresar los aspectos más importantes de la evolución histórica de la profesionalización de enfermería y de sus actuaciones en el espacio institucional interpelado,
- en forma previa a las entrevistas semiestructuradas el entrevistador facilitó en forma escrita una planilla de consentimiento informado donde el entrevistado acepta las condiciones,
- otro aspecto relevante para tener en cuenta es el secreto profesional en cuanto a los datos obtenidos durante las entrevistas,
- solicitándose la debida autorización para grabar los diálogos de las personas seleccionadas.

### 3.4 Cierre

En el presente capítulo se han presentado los fundamentos metodológicos de la presente investigación, a saber:

- En primer lugar, hemos realizado la descripción del contexto y el proceso seguido para conceptualizar el problema a investigar.
- Seguido del planteo del problema a abordar en el presente trabajo final, así como la valoración de este, teniendo en cuenta los recursos disponibles para la realización de esta investigación.
- En un tercer momento, hemos procedido a presentar los objetivos de la fase empírica, de modalidad descriptiva y metodología eminentemente cualitativa, especificando el uso del método interpretativo para el análisis de la empírea obtenida a la luz del marco teórico propuesto. Así como los fundamentos metodológicos y diseño de la fase empírica que se construye sobre la base de una propuesta teórica, a través de una aplicación empírica piloto para a partir de los resultados efectuar una validación empírica y, posteriormente, realizar el reajuste teórico en caso de que fuera pertinente.
- Luego, hemos explicado y detallado los argumentos y procesos seguidos al momento de seleccionar los escenarios y participantes posibles para la realización de la investigación en cuestión. Como hemos expresado con anterioridad, en este punto se describirán las decisiones y los aspectos que se consideraron al respecto para acceder a la información de la fase empírica, proceso que incluye la determinación del escenario de la fase práctica, de las personas participantes en la fase empírica y al proceso de acceso al escenario y selección de los participantes.
- Posteriormente, hemos procurado atender a las estrategias de recogida de la información en la fase empírica, la realizar una descripción y análisis de la entrevista abierta o en profundidad como la estrategia fundamental de obtención de información en la fase empírica del presente trabajo, así como al análisis y explotación de datos secundarios. Para la consecución de este apartado hemos tenido en cuenta tanto la estrategia de realización como de hacer referencia tanto a las debilidades y fortalezas a efectos de una mejor intervención y realización de la investigación; sin pasar por alto los objetivos de la entrevista abierta o en profundidad, que consiste en una técnica de recogida de información en la que el entrevistador guía la conversación, pero concede espacio al entrevistado para que exprese sus opiniones o puntos de vista. Reiteramos que este tipo de entrevista tiene como objetivo “la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras” (Taylor y Bogdan, 1987, pp.194 – 195). Además de explicitar la manera en que se realiza la preparación y desarrollo de la entrevista, las fases de esta, así como el registro de la información emanada de las narrativas de los sujetos entrevistados.

Por último, hemos considerado necesario cerrar este capítulo revisando los procesos, recursos y elementos de análisis de la información, la categorización y codificación de los datos, su análisis y manera en que la información que emana de los relatos coadyuva a explicar con mayor profundidad el objeto de estudio de este trabajo final.

## **Capítulo 4 Análisis y tratamiento de los datos**

### **4.1 Antecedentes históricos de los servicios de guardia en la Argentina**

La historia de nuestro país es también la historia de sus instituciones y de aquellos que las forjaron, la independencia de 1816 trajo consigo numerosos desafíos, un país en crecimiento que precisaba construir su identidad, pero también su infraestructura. Las oleadas de inmigrantes le dieron a la Argentina el impulso definitivo como Nación, pero también supusieron una carga para el incipiente Estado nacional. La sanidad tomó protagonismo en la agenda luego de sucesivas epidemias surgidas a fines del siglo XIX; y la Ciudad de Buenos Aires como capital del país y mayor centro urbano se vio obligada a planificar su sistema de salud.

En Buenos Aires, la población crecía aceleradamente y se necesitaba ampliar las instalaciones sanitarias para responder al cólera y a otras afecciones. Así, surgió la idea de crear un precario Lazareto con el fin de socorrer al vetusto Hospital General de Hombres.

En este sentido, se necesitaba un lugar que permitiese el aislamiento de los infectados y para ello se buscó un sector alejado del casco urbano, alto y lejos del río, que

sirviera para tratar a los pacientes. Se habilitándose para este propósito un lazareto en una antigua quinta cercana a los corrales de Miserere, en la calle de la Caridad (hoy General Urquiza).



**Hospital San Roque**

El Lazareto San Roque se puso bajo la advocación del Santo, protector contra las enfermedades pestilentes. La primitiva construcción se inauguró en 1868, siendo habilitadas en 1869 dos grandes barracas de adobe con capacidad para 40 camas y 10 casetas de madera para la administración, consultorios externos, botica y recinto de peones. Pasada la epidemia, el viejo Lazareto de adobe brindó alojamiento y asistencia a pacientes crónicos e incurables por falta de camas de internación en otros establecimientos. Su labor resurge en 1871 ante otra y feroz epidemia, la Fiebre Amarilla. Nuevamente es el lazareto, que, a pesar de sus insuficientes condiciones, se convierte en el principal escenario de lucha contra la enfermedad. Se pone entonces de manifiesto el importante rol de la institución en la sanidad pública. Ante ello, el Dr. Julián Aguilar, cirujano de la institución y por entonces director de Hospitales de la Provincia, impulsa la transformación del Lazareto en Hospital General y proyecta ensancharlo. Se confeccionan los planos y se ponen los cimientos, pero desgraciadamente, a poco de empezar, las obras debieron detenerse debido a que en 1874 se agota el crédito de 500.000 pesos oro quedando la obra abandonada sin que se llegasen a construirse los techos.

En 1880 Buenos Aires es declarada capital de la República y Don Torcuato de Alvear designado su primer intendente. Es bajo su mandato que se crea la Asistencia Pública con la Dirección del Dr. José María Ramos Mejía.

En ese contexto, se reanudaron los trabajos en 1881 bajo la dirección de obra a cargo del arquitecto Juan Bautista Buschiazzo. Se edificó sobre un terreno de 16.900 metros cuadrados, casi dos manzanas. Finalmente, el Hospital San Roque fue inaugurado el domingo 12 de agosto de 1883, en una ceremonia presidida por el Dr. Ramos Mejía.

El Hospital San Roque era el único Hospital General de la Municipalidad para entonces. En su planta baja funcionaba la dirección, administración, y la sala de guardia. Siendo este el primer nosocomio en la Argentina en brindar un servicio de guardia, atendiendo a las necesidades de las personas carenciadas. El piso superior lo ocupaban los dormitorios de médicos y practicantes. Contaba con ocho pabellones con 240 camas, en aquel entonces exclusivas para hombres. El acceso se realizaba por un zaguán que desembocaba en un gran jardín rectangular encuadrado por galerías de altas y elegantes columnas que unían los distintos pabellones. Era sede de la Asistencia Pública y comenzaba a recibir varias cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

#### **4.2 La Resolución N° 428 del año 2001 del Ministerio de Salud Pública de la Nación**

Al procurar tener acceso a alguna normativa referida a los cuerpos de guardia de los nosocomios investigados, fue unánime el criterio de que no existían o al menos no se conocían el hecho de que hubiese alguna normativa al respecto. No obstante al continuar nuestra búsqueda bibliográfica apareció una publicación del Ministerio de Salud Pública de la Nación designada "Resolución N° 428 del año 2001", que establece la norma de organización y funcionamiento de los servicios del cuerpo de guardia en los establecimientos asistenciales que tienen como propósito "lograr la efectiva aplicación y materialización del derecho a la salud satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas".

Al respecto, dicha política incorpora recursos normativos, organizativos, instrumentales y de gestión técnico-administrativa adecuados a la realidad existente, dotando a la atención de la salud "de un grado crecientemente progresivo de calidad, criterios científicamente fundados para la habilitación, acreditación y categorización de los

establecimientos de la salud, así como la habilitación, certificación y recertificación del ejercicio profesional".

La referida normativa en su artículo 4 aprueba que dicha norma podrá ser objeto de observación por las autoridades sanitarias jurisdiccionales y por las entidades académicas, universitarias, científicas de profesionales dentro de un plazo de 60 días a partir de la fecha de su publicación mientras que en el artículo 5 se plantea que en el caso que la autoridad jurisdiccional realizará alguna adecuación a la presente norma deberá comunicársela a la coordinación general del programa.

La norma anterior cuenta con un anexo 1 el cual hará referencia a la planta física, los equipamientos, los recursos humanos, así como las normas de funcionamiento. Y aunque se refiere al sector de internación, a los equipamientos, al sector ambulatorio, entre otros aspectos, hacemos énfasis en el office de enfermería ya que este sería el sector objeto de nuestra investigación en el cual solo se especifica como debe ser el mobiliario adecuado, el depósito de medicamentos y materiales de uso diario, heladera para medicamentos y vacunas, cocina u horno microondas y, por último, iluminación de emergencia con conexión a un grupo electrógeno.

Desde el punto de vista de los recursos humanos, vuelve a aparecer la figura del enfermero en la cual se especifica la presencia de una encargada, jefa de guardia o coordinadora dependiente del departamento de enfermería con perfil de enfermera de nivel superior. Además, deberá contarse por turno con una enfermera por cada seis camas, incluyendo el *Shock Room*, así como de una auxiliar de enfermería cada ocho camas y una mucama cada doce. Mientras que plantea la necesidad de una enfermera ambulatoria que puede ser enfermera o auxiliar de enfermería, según la necesidad una por turno o cubriendo mínimamente de ocho a veintidós horas.

#### **4.3 Crisis estructural del sistema capitalista**

En este punto creemos interesante empezar con una breve reseña histórica de la economía de mercado de la mano del autor Karl Marx. Según el sociólogo alemán el dinero es un gran invento de los hombres mediante el cual se hace posible el intercambio de bienes, si el no existiera, muchos intercambios de mercancías no podrían realizarse.

Cuando Marx analiza el trueque directo de mercancías descubre el dinero en forma germinal y observa que ninguna mercancía puede expresar su valor en sí misma, sino que necesita de otra para poder hacerlo, de ahí que de la mercancía que expresa su valor se diga que se encuentra en forma relativa de valor. Al principio cualquier mercancía servía de equivalente, pues todo el mundo utilizaba la propia como medio de cambio y usaba las otras como equivalentes particulares de la suya. En este estadio todavía no existía el dinero, el equivalente general, sino infinidad de equivalentes particulares, tantos como mercancías hubiera en el mercado. Hasta que llegó el momento en que todos los mercaderes expresaban el valor de sus mercancías en una y la misma mercancía. Y esta mercancía excluida, donde todas las mercancías expresaban su valor, se convirtió en dinero. El dinero es el equivalente general, en él las demás mercancías expresan su valor, es el espejo donde todas las mercancías reflejan su igualdad y su proporcionalidad cuantitativa.

Marx expone cómo la mercancía se transforma en dinero y reconoce que el dinero es la forma acabada del valor, por medio de Marx llegamos al valor, y desde él, llegamos a la sustancia del valor: al trabajo humano abstracto o al gasto de fuerza de trabajo humana. Y eso es lo que hay que ver en el dinero, ya sea el dinero mercancía o el dinero papel, trabajo, gasto de fuerza de trabajo.

Sin embargo, la economía convencional no le da al valor ninguna sustantividad frente al valor de uso, o esconde el valor por medio del valor de uso. La posición marxista sobre el dinero es la siguiente: en el dinero debemos ver la forma acabada del valor, y en el valor su sustancia, el trabajo humano abstracto. La primera función del dinero es medir el valor de las mercancías, esto es, la cantidad de trabajo que le ha costado a la sociedad producirlas.

Aunque la economía convencional admite que con el dinero se mide el valor de las mercancías, niega que la sustancia del valor sea el trabajo humano abstracto. Para ella la función central y primordial del dinero es la de medio de cambio.

En cuanto a la circulación del dinero, Marx concluye que existen dos maneras; como medio para la circulación de las mercancías y como capital. Representa estas dos formas de circular el dinero mediante las dos siguientes fórmulas: M-D-M y D-M-D'. De la fórmula M-D-M participa todo el mundo, y los trabajadores lo hacen en exclusividad. El obrero vende su fuerza de trabajo, la primera M de la fórmula, a cambio de dinero, y con

este dinero compra los medios de subsistencia, la segunda M de la fórmula. Representado mediante aquella fórmula queda como sigue: Fuerza de trabajo–Dinero–Medios de subsistencia.

En esta fórmula el dinero está llamado a desaparecer y la esencia de esta fórmula mercantil estriba en intercambiar mercancía por mercancía. El fin último de este movimiento es obtener los valores de uso que se necesitan. La economía convencional sólo capta el dinero en este movimiento, en la circulación de mercancías, como medio de circulación o de cambio. Pero deja de lado totalmente la segunda forma de circular el dinero: como capital. Analicemos, pues, la circulación del dinero como capital, que viene representado mediante la fórmula:  $D-M-D'$ , donde  $D'$  es dinero incrementado.

Aquí el punto de partida y de llegada es el dinero. Se trata del capitalismo comercial que con dinero se compra mercancías y después las vende para obtener más dinero, la finalidad del capitalista es obtener más dinero del que invirtió Leyva Ramos (2014).

Ahora bien, de ese capitalismo primigenio del que habla Marx, sólo queda su esencia usurpadora y expansiva en el dogma neoliberal actual, la generación de pobreza es señal de que se está marchando por el rumbo correcto. La pobreza y los padecimientos de las masas tienen un significado promisorio: en realidad significa que “las fuerzas del mercado” están moviéndose sin interferencias, y la reestructuración económica procede tal cual se esperaba una vez que el Estado se hizo a un lado y el “instinto capitalista” se puso en marcha, libre de las “artificiales” regulaciones caprichosamente establecidas durante décadas por gobernantes hostiles. La generación del desempleo, en consecuencia, lejos de ser un indicio preocupante es una señal de que las cosas marchan bien, de que la economía se está “reestructurando”, modernizando, tornándose más competitiva.

Los capitalistas buscan el dinero por sí mismo intentando multiplicarlo de modo ininterrumpido. El dinero como capital se emplea como medio de cambio de medios de producción y de fuerza de trabajo. El dinero en tanto capital produce ganancia, esto es, faculta al capitalista para extraer de los obreros trabajo no retribuido y apropiarse de él.

Podemos continuar observando en la entrevista realizada a FL cómo los mecanismos del sistema capitalista generan una contradicción en el modo de proceder de su jefe de área, tal y como se manifiesta en el siguiente párrafo:

“ Bueno cuando presento alguna problemática, tanto problemática mía como de mi compañero todos tenemos problemáticas y eh... si yo le presenté una problemática,

ejemplo mi jefe no me lo soluciona, el siempre ve el tema de su conveniencia, su insumo, de hecho te dicen ellos mismos te dicen, no ... no te autoexijas y cuanto te estas yendo te están llamando para que vos hagas extra, entonces creo que la problemática no se soluciona, la problemática se solucionaría teniendo más tiempo de dispersión, siendo más el personal que haya en los distintos lugares, dando distracciones...” (FL).

En una línea similar el sociólogo argentino Atilio Borón afirma que para el dogma neoliberal la generación de pobreza es señal de que se está marchando por el rumbo correcto. La pobreza y los padecimientos de las masas tienen un significado promisorio: en realidad significa que “las fuerzas del mercado” están moviéndose sin interferencias, y la reestructuración económica procede tal cual se esperaba una vez que el Estado se hizo a un lado y el “instinto capitalista” se puso en marcha, libre de las “artificiales” regulaciones caprichosamente establecidas durante décadas por gobernantes hostiles. La generación del desempleo, en consecuencia, lejos de ser un indicio preocupante es una señal de que las cosas marchan bien, de que la economía se está “reestructurando”, modernizando, tomándose más competitiva. De este modo las redenciones individual y colectiva aparecían ligadas por una “conexión de sentido” que, al menos en el capitalismo competitivo, asociaba fuertemente con la creación y (relativa) diseminación de la riqueza. El neoliberalismo es pues una perversa involución, la multiplicación de los pobres y el aumento del sufrimiento humano no son más que dolorosos mensajes situados al comienzo del camino, indicando que estamos sobre la buena senda Borón (2003).

Así lo vive CS, durante su trabajo quienes nos relatan situaciones con las que lidian a diario:

“Hace poco tuvimos un inconveniente que eran cincuenta pacientes para una sola enfermera y se le propuso a la supervisión que nos traigan más enfermeros y nos dijeron que no, entonces directamente decidimos hacer lo mínimo y lo necesario para poder seguir trabajando sin tanta presión que genera porque no le podemos dar un cuidado al paciente ni a nosotros mismos... Siempre supervisión nos dice que no, que no tiene para mandarnos nada, no responde en nada, tratamos de hacer nosotros todo” (CS).

En síntesis, son nada más que los dolores del parto de la nueva sociedad que los hechiceros neoliberales están alumbrando, y no hay razones para preocuparse. Max Weber observó con agudeza que el burgués calvinista buscaba en su acrecentada riqueza los signos de su salvación espiritual. De este modo las redenciones individual y colectiva aparecían

ligadas por una “conexión de sentido” que, al menos en el capitalismo competitivo, asociaba fuertemente con la creación y (relativa) diseminación de la riqueza.

El neoliberalismo es pues una perversa involución, la multiplicación de los pobres y el aumento del sufrimiento humano no son más que dolorosos mensajes situados al comienzo del camino, indicando que estamos sobre la buena senda. Pero no hay que desesperar: son anuncios transitorios. No tardarán en aparecer otros, como el pleno empleo, el bienestar popular y la felicidad individual, señalando que se ha arribado al paraíso neoliberal, donde se podrán recoger los frutos de tanto esfuerzo. El pródigo “derrame” de la riqueza es apenas una cuestión de tiempo.

Podemos mencionar a RP que, durante su trabajo, relatan la siguiente situación:

“La falta de personal, yo creo que si hay más personal uno estaría más predisposto. De vuelta; la presión de la jefatura, la agresividad de los familiares, la cantidad de trabajo que hay, las indicaciones verbales el después te lo pido y nunca aparece la indicación escrita, la cantidad de pacientes, la edad del paciente, la estructura de la guardia” (RP).

La hegemonía ideológica del neoliberalismo adquirió una desacostumbrada intensidad en la América Latina. Uno de sus resultados ha sido el radical debilitamiento del Estado, cada vez más sometido a los intereses de las clases dominantes y resignando grados importantes de soberanía nacional ante la superpotencia imperial, la gran burguesía transnacionalizada y sus “instituciones” guardianas: el FMI, el Banco Mundial y el régimen económico que gira en torno a la supremacía del dólar.

Por otra parte, a la crisis estructural del Estado su raquitismo y regresividad tributarias, la irracionalidad del gasto, la sangría de la deuda externa, su hipertrofia burocrática se le añade un discurso ideológico auto incriminatorio que iguala todo lo estatal con la ineficiencia, la corrupción y el despilfarro, mientras que por otro lado aparece sublimada como la esfera de la eficiencia, la probidad y la austeridad. Estas imágenes dicotómicas de lo “público” y lo “privado” no resisten el menor análisis, aunque sea por el hecho elemental de que la otra cara de la corrupción y la ineficiencia del “estatismo” es el empresario privado que corrompe al funcionario estatal.

Su estrategia de dominación articulada en los diferentes escenarios nacionales con la de las fracciones hegemónicas del capital imperialista ha sido facilitada por el fenomenal retroceso experimentado por el movimiento obrero a escala planetaria, la relación

Estado/Mercado en dirección de este último hoy en día presenta una oleada de desregulaciones, liberalizaciones, aperturas indiscriminadas de los mercados, y las privatizaciones mediante las cuales los capitalistas se hicieron de las empresas estatales y de los servicios públicos más rentables. Creemos pertinente mencionar los aportes de RP y FL, los cuales relatan lo siguiente:

“Más me molesta que el mismo sistema no nos reconozca, porque cuando a el sistema le conviene somos profesionales, para responsabilizarnos de algo somos profesionales, ahora, vos fijate que cuando entramos no dice profesionales de enfermería, no te digo que nos nombre a todos, pero si dice otorrino, cardiólogos están todos los médicos de planta y en ningún lado dice personal de enfermería, o sea, cuando les conviene nos reconocen como profesionales y nos tenemos que hacer cargo y actuar como profesional, si tu compañero a las dos de la tarde no viene vos te tenés que quedar porque sos un profesional.” (RP).

“Ejemplo vos tenés cinco enfermeros y tenés tres urgencias tenés un enfermero por cada urgencia y a veces capas que necesitas dos enfermeros en una urgencia y no podés brindarle cuidados al resto y tampoco podés peligrar la vida de una persona en una urgencia, entonces el número de enfermeros es un problema, porque tenés que tener para mí mucho número de enfermeros para estar preparados, pero tampoco les sirve y a veces piensan las altas autoridades de jerarquía que es una pérdida de insumos tener cinco personas mirándose las caras cuando no hay una urgencia pero después cuando explota la guardia hay problemas.” (FL).

En todo caso, la amalgama de la crisis estructural del Estado con el discurso diabólico del sector público como del privado, ha disminuido la capacidad de éste para formular y ejecutar políticas. La burguesía que en el pasado apoyó su acumulación privada en la gestión estatal que hoy se desvive por amputarle al Estado todas sus capacidades regulatorias. Ambos sectores padecen de las mismas situaciones de crisis estructural que atraviesa el sistema capitalista mundial.

#### **4.4 Condiciones laborales/espacio temporalidad**

4.4.1 Descripción de los nosocomios uno y dos, institución privada (observación no participante)

El servicio de guardia de dicho nosocomio cuenta con dos entradas que dan a la calle, una primera entrada dispuesta para el ingreso de personas que solicitan atención por demanda espontánea, brinda un *hall* de espera y recepcionistas las cuales realizan el ingreso solicitando carnet de obra social y donde también se efectúan los cobros de ciertas

prestaciones. Paralela a dicha entrada se encuentra el área de ingreso (el cual es continuamente custodiado por una persona de seguridad dispuesto por la institución) en esta entrada se recibe la ambulancia y se realiza el ingreso de las camillas. A la mitad de este pasillo se encuentra una puerta que da directamente al laboratorio de análisis clínicos, esta puerta es de libre acceso para el personal de laboratorio. Finalizado este recorrido se encuentra el sector de la guardia propiamente dicha. Lo primero que encuentro ingresando por este sector es la camilla de *shock room* (literalmente es una camilla) al costado de ella se encuentran elementos necesarios para realizar la resucitación cardiopulmonar tales como; un electrocardiógrafo computarizado, cardio desfibrilador, un carro de paro con insumos y medicación correspondiente, un biombo el cual es utilizado para dividir ese sector del pasillo de traslados. Frente al sector *Shock Room* observo dos camas que son destinadas a los sujetos de cuidado categorizados como “rojo” (según la escala de categorización del *triage*). Al lado de las camas de los sujetos de cuidado (dividida sólo por un pasillo angosto y la cortina correspondiente al *box*) se encuentra la mesada en la cual enfermería prepara la medicación y realizan el lavado de manos, continuo a la mesada se encuentra una computadora sostenida en un mueble empotrado en la pared en la cual los enfermeros registran los procedimientos y facturan los insumos utilizados. Frente a este sector se encuentran dos baños; uno es utilizado por los enfermeros para guardar sus pertenencias y el otro está destinado a los sujetos de cuidado y familiares. Continuo a lo que es la mesada de enfermería, se encuentra una puerta que da a un pasillo en cual hay cinco *boxes* en el cual los médicos realizan las consultas de la guardia. Cada uno de los *boxes* cuenta insumos necesarios para realizar procedimientos.

En referencia a este aspecto, VS manifiesta su disconformidad al no trabajar cómodamente debido a la falta de organización en situaciones de alta demanda de trabajo. Las problemáticas edilicias son consideradas un factor que altera su diario accionar. En este aspecto refiere:

“... la distribución que le han dado a la guardia es pésima, porque el área que tiene que ser crítica y micro cerrada para que vos puedas trabajar con el paciente con la total privacidad, que merece el paciente y vos trabajando con el médico, no la tenés, tenés el pasaje de la ambulancia ambulatoria todo el tiempo, el laboratorio, las chicas del laboratorio y los pacientes que a partir de las doce y media hasta las cuatro entran al servicio constantemente, tenés cortinas, o sea qué se ve, eeh.. Qué se yo, la parte edilicia. Porque después tenemos todo para trabajar, no es que nos faltan cosas, faltarían detalles, como monitores un poquito más modernos, que no

pesen tanto que no tengas que poner la mesa de comer para poner un monitor, pero o sea teóricamente es la parte edilicia la que nos dificulta trabajar con más privacidad, más cómodos... una privacidad, box cerrado, no cerrado del todo sino que vos puedas cerrar una puertita o una cortina y no te vea nadie y le tengas que decir al paciente, bájese los pantalones, la bombacha, le tengas que poner una chata, higienizarlo, bañarlo, poner una sonda vesical eh... si la distribución si es un área cerrada de la guardia que es la parte de reanimación del *Shock Room* más las camitas más complicadas, que sea sólo entrada nuestra, no entrada del público, ni del pasaje de la ambulancia o sea una no pretende vivir en los lujos, sino que lo poco que tenemos, lo tengamos de forma correcta. Tener un *Shock Room* por lo menos cerrado... no gente que va al laboratorio y tenga que pasar por acá adentro y vea todo lo que nosotros estamos haciendo con los pacientes y todo eso. Tener un office de enfermería, nosotros no tenemos un *office* de enfermería acá o un lugar donde preparar medicación, comentar algo de algún paciente y que el paciente no lo tengas acostado al lado tuyo, porque nosotros tenemos los pacientes ahí, y los pacientes escuchan todas nuestras conversaciones, porque no hay un lugar donde estar, donde preparamos medicación es el mismo lugar que está el paciente...” (VS)

#### Descripción del nosocomio dos, institución privada (observación no participante)

El servicio de guardia de dicho hospital está constituido por dos vías de acceso que dan al exterior, la primera dispuesta para el ingreso de personas que necesitan atención por demanda espontánea, y un *hall* de entrada y recepcionista la cual efectiviza el ingreso solicitando carnet de obra social y donde también se efectúan los cobros de dichas prestaciones. Paralela a dicha entrada se encuentra el área de ingreso (el cual es continuamente custodiado por una o dos personas de seguridad dispuesto por la institución) en esta entrada se recibe la ambulancia y se realiza el ingreso de las camillas. Del lado derecho en la entrada, se encuentran los consultorios médicos donde realizan atención por demanda espontánea. Ingresando por la primera puerta al sector de guardia, se encuentra el *office* de enfermería, dispuestas con dos piletas para lavado de manos y lavado de material, en la misma mesada se realiza la preparación de medicación. El *office* está abierto a la circulación del público, tiene dos computadoras las cuales se comparte con el cuerpo médico. Desde el *office* observo un carro de paro en el pasillo, a la derecha hay ocho camillas las cuales están separadas por cortinas. Frente a estos, se dispone de seis sillones con su respectivo pie de suero, sistema de aspiración central, un “mini” *office*, una computadora y un baño exclusivo para esos sujetos de cuidado. A continuación, siguiendo por el pasillo, nos encontramos con la camilla de *Shock Room* la cual dispone de todos los elementos necesarios para el área, pero en frente hay tres camillas que se disponen para el

uso de diversos cuidados. Continuando el mismo recorrido, se encuentra el área de internación de guardia, donde se disponen de seis camas, separadas por cortinas. Saliendo de esa área, se encuentra un baño, donde se encuentran los orinales, un recipiente para la ropa sucia y artículos de limpieza, baño es de uso tanto del personal como los sujetos de cuidado. Pude observar alrededor de cinco consultorios médicos de diversas especialidades y la llamada “base” de camilleros de donde se organiza dicho servicio.

Siguiendo con los aportes de RP y FL que manifiestan su disconformidad al no trabajar cómodamente debido a la organización física del área. Las problemáticas edilicias son consideradas un factor que, para el entrevistado, dificultan el accionar diario. En este aspecto, RP refiere:

“Me acuerdo de que la primera urgencia la pasé mal porque no andaba la boca del aspirador y el paciente tenía una hemorragia digestiva y tenía mucho sangrado y no lo podíamos sacar del *Show Room*, que sangraba, entonces lo teníamos que volver a meter y un médico me trato mal y mis compañeras siempre me contuvieron...” (RP).

Por otro lado, FL y RP mencionan que durante su accionar laboral son interrumpidos en diversas oportunidades por familiares que, debido a la disposición del *office*, tienen mayor acceso lo cual conlleva a mayor número de interrupciones al profesional enfermero:

“...estamos manipulando drogas, posibilidad de cortarnos con elementos cortopunzantes, quien no se picho, eh... manejando antibióticos y diluciones con el familiar hablándote del costado que si vos no te das vuelta te dice que vos le estas faltando el respeto que no lo estas mirando a los ojos...” (FL).

Mientras que RP relata:

“El *office* de enfermería está muy expuesto, vos estas preparando medicación y pusieron una pancarta que dice “no molestar”, señorita yo no la quiero molestar, pero disculpe el médico me dijo que iba a hacer la receta y volvía y no volvió ¿Hace cuánto señora? No, diez minutos, ¡bueno espérela! O sea y estas preparando la medicación y le decís bueno disculpe señora estoy preparando la medicación, bueno cuando a mí me paso lo de la insulina mí me interrumpieron yo me di vuelta y conteste y cuando volví en vez de agarrar la heparina y agarre la insulina pero yo estaba a si preparando y la escuchaba a la señora y digo sino me daba vuelta digo es capaz de ir a departamento y encima en el sector Eh... viste que es... y me di vuelta y bueno y ahí y eso también la responsabilidad es fue mía el tema de la presión siempre tener que contestar bien y tener una sonrisa...” (RP).

Por otro lado, la falta de intimidad e independencia 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 RP y NF:

“...otra cosa que genera mal estar es la estructura de la guardia, por ejemplo, tenemos un baño donde están las chatas, los papagayos, las jarras que también se usa para el paciente la guardia, siempre están con gente, siempre hay alguien en el baño. Vos querés poner una chata y tenés que esperar que esa persona salga del baño y en la guardia que el familiar esta tan agresivo, vos no te paras en la puerta esperando a que se desocupe, vos seguís tu trabajo, cuando se desocupa el baño entras, pero el familiar no te ve, o te ve, y no que vos estas trabajando porque el baño está ocupado y cuando el baño se desocupe vos vas, y la señora ¡te pedí la chata para mi mama!, entonces bueno vos por ahí si le contestas... mire está ocupado el baño señora, parece ahí cuando el baño se desocupe..! ¿y yo lo tengo que hacer? O sea es todo como, y vos fijate que todo se hizo porque el baño está ocupado entonces si por ahí hubiera un lugar para las chatas, papagayos y jarras y no que todo sea donde está el paciente o las camas que están así, separada una de otras, vos querés hacer, higienizar un paciente y tener que estar pasando, pidiendo permiso o querés hacer un electro y está todo ocupado entonces tenés que esperar o cambiar entonces [...] Y cada vez hay menos lugar o por ejemplo, usan el consultorio dieciséis porque no hay más lugar para ingresar un paciente con el riesgo si te entra una urgencia, que la urgencia entra de un momento para otro no es que te llamaron y te dijeron, a veces te llaman está viniendo una urgencia pero por lo general te entra y vos por ahí tenés el consultorio dieciséis ocupado porque no hay lugar para revisar y le decís al médico y no tengo lugar y le podes decir hasta ahí porque tiene razón lo tiene que revisar y no tiene lugar o sea que estructuralmente no tenemos baños para nosotras, por ejemplo, tenemos que entrar a los baños de consultorio vacío o al baño público que queda horrible también entrar al baño de paciente....” (RP).

Desde otra perspectiva NF menciona ciertas debilidades y ausencias en el cuerpo de guardia donde realiza su trabajo:

“Es una guardia, entonces no se puede mantener privacidad con el paciente, cuando la guardia está desbordada se realizan las prácticas de enfermería con los pacientes en los pasillos (toma de TA, electrocardiograma sentados, colocar accesos venosos, toma de muestra sanguínea), se realizan procedimientos con los pacientes acostados en las

camillas, por la falta de espacio físico y personal humano como los camilleros que nos ayude a acostar al paciente [...] La forma de trabajo es un problema, si el hospital está lleno, no hay habitaciones disponibles para internación y la guardia está llena, está colapsada porque siguen recibiendo gente y no la derivan si tiene cobertura en otro lado y los siguen amontonando en la guardia...” (NF).

#### 4.4.2 Descripción de los nosocomios tres y cuatro, institución pública (observación no participante).

El servicio de guardia de dicho nosocomio cuenta con dos entradas que dan a un playón, una primera entrada dispuesta para el ingreso de personas que solicitan atención por demanda espontánea, brinda un *hall* de espera y recepcionistas las cuales gestionan los turnos de las personas que se presenten, la otra entrada tiene puertas vaivén para el ingreso de camillas, normalmente se dispone el espacio de ingreso y egreso a las ambulancias. Dichas entradas están custodiadas por personal de seguridad de la institución, a su vez pude observar diversos efectivos de fuerzas policiales los cuales custodian a sujetos de cuidado que están afectados por el sistema judicial, muchos de ellos esposados a las camillas. Dentro del servicio, pude observar que había camillas en el pasillo, todas ellas ocupadas por sujetos de cuidados. También diversas áreas las cuales no pude distinguir si eran consultorios o áreas de trabajo administrativo, algunas de ellas sin función aparente ya que se encontraban con camas rotas o fuera de funcionamiento. Si pude identificar un espacio de área de internación en guardia, el cual tenía un número de aproximadamente treinta camas de funcionamiento manual. Del otro lado del pasillo, se encuentra el chatero, donde también funciona el baño para los sujetos de cuidado. Al final de pasillo, se encuentra el área dispuesta para *Shock Room* la cual tiene siete camas, frente a ellas un espacio destinado para el *office* de enfermería.

Es bien conocida la situación de los nosocomios públicos de la ciudad de Mar del Plata, debido a la saturación del sistema por parte de los usuarios de este servicio, dos de los cuatro entrevistados refirieron la “... falta de espacio” dentro de su ámbito laboral, lo que lleva, según YL: “la sobrecarga laboral... hay mucha demanda. Cada vez más cantidad de pacientes y no hay lugar, no hay insumos, no hay nada” (YL).

Respecto de la disponibilidad de recurso humano la resolución 428/2001 de “Normas de organización y funcionamiento de los servicios de guardia en los

establecimientos asistenciales” establece que deberá contarse por turno con una enfermera cada 6 camas o fracción, incluyendo el *Shock Room*, un auxiliar de enfermería cada ocho camas. Dicha norma también menciona que debería contarse con una enfermera ambulatoria por turno o cubriendo mínimamente de 8 a 22 h. Con respecto a la disponibilidad de camillero aclara que se debe disponer de uno por turno para el sector. No cumpliéndose este último requerimiento.

Descripción del nosocomio cuatro, institución pública (observación no participante).

El servicio de guardia de dicho nosocomio cuenta con dos entradas que dan a la calle, una primera entrada dispuesta para el ingreso de personas que solicitan atención por demanda espontánea, brinda un *hall* de espera y recepcionistas las cuales gestionan los turnos de las personas que se presenten, la otra entrada tiene puertas vaivén para el ingreso de camillas, normalmente se dispone el espacio de ingreso y egreso a las ambulancias. Se encuentra habilitado el sistema de *triage* el cual gestiona el personal de enfermería, luego de evaluar al sujeto de cuidado, este es atendido acorde a su situación. Siguiendo por el pasillo, se puede visualizar alrededor de ocho consultorios y el área de enfermería. No pudo ser observado el *office*, el área de internación o el área de *Shock Room*. El resto del espacio impresiona ordenado y limpio.

Pareciera ser que la distribución física de ciertos espacios dentro de la guardia es un tema recurrente por parte de los profesionales enfermeros, tanto del público como del privado, en este caso mencionamos ER, la cual manifiesta:

“...luego tenemos unos espacios en las camitas que no me parece, que no está bien, que no tenemos una visión completa de los pacientes que están las camas [...] no está diseñado como para una guardia de emergencia con lo que implica lo que es la guardia del [REDACTED] y la zona para poner cuatro camas que a veces tenemos la mitad de los chicos sentados en sillas porque no dábamos a vasto con las cuatro camas. Tenés cuatro chicos y no, como que no falta espacio, quizás si eso hubiese sido vidrio, eso y no pared, estaría perfecto”. (ER)

También ML relata que, si bien la distribución del espacio le genera un inconveniente, es considera que es un cambio positivo ya que menciona:

“...el ejemplo del tema de las camas de cómo está ubicado todo, que ahora en este momento esta parte que es nueva como ves han puesto mamparas y han dividido las camas para que haya un poquito más de privacidad entre

cama y cama. Pero, lo único, nos han disminuido un poquito el espacio, por los mobiliarios...”

#### **4.5 Rasgos de patologías laborales**

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 cuida se sientan seguras. 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.

Históricamente 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 afectaban la salud de los trabajadores. Cristopher Dejours (1992) 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 laboral.

En referencia a este factor, algunos profesionales manifestaron su disconformidad por no trabajar cómodamente debido a la falta de personal y sobrecarga de trabajo en las instituciones, en este punto concuerda YL y CS:

“Nada, la verdad que hay cada vez más cantidad de pacientes para un solo enfermero. Un enfermero para treinta o cuarenta pacientes, ya no se puede trabajar así. Se hacen notas y demás, pero no hay solución” (YL).

“Hace poco tuvimos un inconveniente que eran cincuenta pacientes para una sola enfermera y se le propuso a la supervisión que nos traigan más enfermeros y nos dijeron que no, entonces directamente decidimos hacer lo

mínimo y lo necesario para poder seguir trabajando sin tanta presión que genera porque no le podemos dar un cuidado al paciente ni a nosotros mismos” (CS).

De hacerse permanente esta situación, podría transformarse en perniciosa para la salud psicofísica de los trabajadores. 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: “Si, todo. El carácter es tremendo. La sobrecarga laboral que tenemos influye en todo. Vos ya venís cansado a trabajar” (YL), mientras que CS refiere lo siguiente: “estamos más cansados, hay muchos pacientes, actualmente hay muchísimos pacientes. Cincuenta pacientes para un solo enfermero es mucho. Y mentalmente, salir de acá... mal” (CS).

En lo que FL también agrega:

“...vos tenés cinco enfermeros y tenés tres urgencias tenés un enfermero por cada urgencia y a veces capas que necesitas dos enfermeros en una urgencia y no podes brindarle cuidados al resto y tampoco podes peligrar la vida de una persona en una urgencia, entonces el número de enfermeros es un problema, porque tenés que tener para mi mucho número de enfermeros para estar preparados, pero tampoco les sirve y a veces piensan las altas autoridades de jerarquía que es una pérdida de insumos tener cinco personas mirándose las caras cuando no hay una urgencia, pero después cuando explota la guardia hay problemas” (FL).

En referencia a lo anterior Arrúa (s/f) 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 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 que 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, con respecto a esto, FL y CS mencionan:

“...una rotura de menisco interno eh... la rodilla y una lumbalgia, pero no por mala fuerza sino por estas cosas estos accidentes que a veces pasan que un paciente se cae o algo en la urgencia y lo tenés que mover y bueno son cosas que pasan. Eh...

nunca presenté carpeta psiquiátrica, pero tuve momentos de crisis en la guardia que me hice un cambio de turno de tarde a la mañana estaba muy colapsado y que pensé y en toda esta desprotección que tuve tanto de mis jefes como de la gente que te maltrata, como que pensé en una carpeta psiquiátrica, pero bueno mi voluntad y mi desempeño por siempre querer sacar al paciente adelante y mi vocación me hizo seguir” (FL).

“yo acá me rompí la rodilla, el menisco de la rodilla con una camilla porque eran muchos pacientes y teníamos que pasar por un hueco muy chiquitito y me la dieron en la rodilla y tuve una operación, o sea, yo ya estoy limitada en la parte esa porque estoy con dolor de rodilla, no puedo hacer fuerza, un montón de cosas” (CS).

Por lo que se refiere a la salud y enfermedad, la autora D. Villalobos (2006), menciona que constituyen un binomio que siempre ha estado presente en la discusión, el estudio y la preocupación de la humanidad. Sobre esta relación del cuerpo y de la conexión con las emociones, organizaciones y profesionales que trabajan por la salud opinan que las personas desarrollan afrontamientos contra el estrés y los desafíos diarios logran salud emocional, conocen que sienten, como sienten, cómo reaccionan, como controlarse y cambiar estados de ánimos para caminar por la vida con competencias emocionales y estar más sanos y cargados de bienestar.

Las emociones que manejamos asumen diversas formas para llamar la atención de esa conexión con el cuerpo y por consiguiente con su salud. Algunos síntomas que reflejan esta conexión son conocidas como presión arterial elevada, diarrea, estreñimiento, insomnio, trastornos del apetito, dolores musculares, cansancio, dolor de cabeza, palpitaciones, malestar estomacal y otros.

También se puede percibir que, a largo plazo, dichas condiciones generan patologías de diversas naturalezas, tal como nos narra VS, cuando expresa:

“tuve hipertensión emocional, el año pasado tuve y bueno después lo trabajé por supuesto hice un tratamiento y nada no tomo medicación, no tuve más hipertensión, pero hice un pico hipertensivo importante” (VS).

El estrés laboral<sup>12</sup> es la fase más avanzada del Síndrome de Burnout, su importancia radica en que es una o tal vez la más importante afección en los seres humanos que se

---

<sup>12</sup> 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 Raliev, 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

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.

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.

Se puede observar en el relato de RP su expresión de cansancio, fatiga y resignación ante las situaciones que le tocaba vivir a diario:

“Las situaciones que vivimos a diario son las agresiones de la gente, pero también creo que el enfermero en vez de contener se pone al mismo nivel del familiar y en vez de bajar, los sube, porque en vez de tranquilizar lo pone más agresivo con su respuesta. No te digo a todos los enfermeros, ni todo el tiempo, pero también hay una realidad que uno se cansa de contener y de bajar y de entender que el paciente está enfermo, que la espera... y entonces le sale de contestar mal entonces potencia la agresión del familiar”. “...creo que cambie yo mi forma de ser, menos tolerante, con menos paciencia, lo que te comentaba. Hoy salgo de la guardia, no sé cómo sería, claro con la adrenalina bien arriba pero eso me genera como, y después bajo, cuando bajo de eso estoy muy cansada que no quiero ni siquiera levantarme a cenar por ejemplo me levantaba a cenar cansada, me acostaba cansada, en mi franco estaba cansada, no disfrutaba nada, yo todo lo que hacía, lo hacía porque lo tenía que hacer, no porque tenía ganas de ir a la plaza, tenía que ir a la plaza porque

---

Vöguele, 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.

tengo un nene, tengo que ir y eso no me pasaba antes de trabajar ahí. A mí me encantaba ir a la plaza con el nene, correr, de hacer lo cotidiano, claro o ir al bailar me encantaba bailar y ahora tengo ganas, pero no tengo ganas de ir hasta allá. Dejé de disfrutar el día a día y después cuando te vas de vacaciones que no quería volver era una negación a la vuelta, estuve de licencia como dos meses por una operación que uno dice llega un momento que te dan ganas de volver y no... no quería volver.” (RP).

Respecto de lo anteriormente mencionado creemos conveniente resaltar los siguientes testimonios. NF nos plantea: “No problemas de salud no tengo. Eh... si por ahí más estrés, más cansancio, menos paciencia”, mientras que ER: “... como te decía la parte psicológica influye muchísimo porque uno termina muy estresado en una jornada de mucho trabajo, de muchísimo”.

Más allá de lo que menciona ML en su relato, pareciera expresar cierta fortaleza que no son más que corazas que se presentan a la hora de hablar sobre su práctica profesional:

“Es más, me parece que, por ejemplo, yo la única que vez que me vieron lagrimear fue la vez que vine en silla de ruedas acá. Me emocione cuando entre a la guardia, pero bueno, es algo que me gusta.” (ML).

#### **4.6 Teoría *versus* Realidad**

Las teorías de enfermería son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional, ya que facilitan la forma de describir y explicar y predecir el fenómeno del cuidado Marriner y Alligood (1989).

En este sentido, Watson (1998) plantea que la enfermería es una profesión que tiene responsabilidades éticas y sociales tanto para con los individuos que cuida como para la sociedad en general, poniendo como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el “cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana”. En relación con lo anterior, al preguntar en nuestra entrevista acerca de la “imagen social” del enfermero, los entrevistados nos expusieron su visión de este concepto: “Yo creo que un 70% si es vocación un 70%, y el otro 30% bueno tenemos que vivir como vivimos todo el mundo” (ER).

Por su parte ML y FL explican:

“Mira, yo pienso que, por ejemplo, yo pienso que para hacer esto te tiene que gustar. Tampoco es el exagerado de decir, que muchas cada vez que hablan, dicen “ay no, yo porque yo amo esto” mentira, esto te gusta o no te gusta. Amar, se ama a los viejos, pero la vocación es que te guste hacerlo. Si es que te gusta hacer este trabajo, sino yo pienso que no aguantas, no podrías aguantar muchos años. Si no te gusta, vas a estar un tiempito y te vas a terminar yendo solo. No hace falta nada más” (ML).

“Bueno mira entrega y vocación muy pocos enfermeros la tienen, yo porque tenía una vocación religiosa iba a ser cura y cuide muchos años a mi mamá porque estuvo enferma y la cuide y por eso yo digo que lo mío es vocación porque yo cuando veo que un paciente o algo y el familiar está en proceso muriente yo lo acompaño en ese proceso” (FL).

Siempre se trabaja para otros, de aquí la relación con el vínculo social que atribuye Christopher Dejours (1992). 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 él 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.

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.

Referente a esto, queremos mencionar el testimonio de los siguientes entrevistados:

“Está muy mal visto, no nos valorizan como nos tendrían que valorizar. La verdad que ni tanto emocionalmente como económicamente, nada. Somos el último tarrón” (CS).

“Que está muy desvalorizado todo, no le dan la importancia que debe tener el enfermero. Desde lo que son los actos profesionales, todo lo que es económico, nada. Está todo muy desvalorizado” (YL).

Podríamos preguntarnos ¿cuál es la causa de esta visión?, creemos que está relacionado con los factores laborales que nos perjudican en nuestro quehacer diario que detallamos durante este capítulo, pero ¿será que el enfermero proyecta una imagen

condicionada por los propios pensamientos o la visión que tiene el mundo es producto de la percepción de esta profesión? Estas preguntas nos surgieron al analizar las respuestas de RP y NF con respecto a la imagen social del enfermero:

“Yo creo que está cambiando la imagen del enfermero, no completa, pero creo que de a poco escuchas a gente decirte tratarnos como profesional y también escuchas a la gente que no que nos trata como, ah, ¿Cuánto dura el cursito de enfermería? o algo que me molestaba era... ah, le puse la chata a mi mama ¡me puedo recibir de enfermera! como o sea reducido a lava culos, pero creo que también viene de la gente grande, de otra generación yo siento que somos bien valorados con alguna que otra cosita, pero yo no creo que se ha reducido la vocación...” (RP).

“Y en general no tenemos una buena imagen como como que siempre quieren al médico o sea por ahí vos le decís lo mismo que dice el médico, pero si se lo dice el medico es distinto como que no valoran nuestro trabajo y en realidad somos un equipo los dos somos necesarios digamos el enfermero y el médico.” (NF).

Por último, mencionaremos brevemente a Orem (2001) y su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería. Creemos conveniente resaltar la teoría del autocuidado que expresa el objetivo, el método y los resultados de cuidarse a uno mismo. El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es “la incapacidad de las personas de proporcionarse por sí mismas y continuamente el autocuidado de calidad y cantidad necesario según las situaciones de la salud personal”, en relación con esto nos referiremos a los siguientes fragmentos de entrevista:

“yo creo que sería totalmente fundamental eso de que te vayan preparando a todo lo que va a ser el estrés laboral y demás, y que haya un gabinete donde uno no te digo todos los días, pero cuando hay problemas así específicos y desbordados uno pueda ir y charlarlo con un psicólogo y demás para poder seguir trabajando” (YL).

“Entonces, encima siempre vienen las quejas, y esas quejas te dicen “ah pero vos hiciste esto, hiciste esto y no hiciste nada para solucionarlo” realmente una de las preocupaciones o una de las preguntas que hicimos “por qué” en nuestro grupo de enfermería tenemos, ósea que, más allá de que tengamos buen sueldo, mal sueldo y más allá de lo económico, que por qué no tenemos, por ejemplo, una terapia en grupo o individual para poder, a veces, nosotros descargar las cosas que por ejemplo, nos preocupan, o sea, no tenemos un lugar (ni lugar ni tiempo) para que nosotros descarguemos todo. Para que expongamos, no problemas, en definitiva, a la larga pueda ayudar un poquito a resolver muchas cosas de acá. En este caso se evitarían un montón de carpetas psiquiátricas acá, para mi modo de pensar.” (ML)

Como enfermeros tenemos la capacidad y deber de cuidar al otro, aquel que necesite de cuidados según su percepción de salud, como menciona Orem, aun así, no debemos olvidarnos de que, para ejercer esta tarea de manera adecuada y eficiente, debemos

también, ejercer el mismo autocuidado. Por otro lado, no podemos dejar de mencionar como los entrevistados manifiestan la necesidad de contención en su ambiente laboral, así lo expresan VS y NF:

“A mí me gustaría que haya un psicólogo y que dos por tres nos psicoanalice, nos qué se yo, que haya ponéle un lugar donde uno pueda ir y plantear algo a una sola persona, no para que te lo resuelva, sino que te de las herramientas para poder resolverlo, que se yo, a veces cuando nos despolarizamos nos desborda el trabajo...” (VS).

“Es necesario los grupos de contención, tendría que haber contención psicológica. En la actualidad se está dictando un curso de capacitación de ergonomía que es imposible llevarlo a la práctica ya que no te da la altura de las camillas de las camas y no levantan, esos movimientos de la cama a la camilla no deberíamos hacer, pero hay que hacerlo igual, hasta ellos saben que no se puede llevar a la práctica, la capacitación que ofrecen, para concientizar y evitar las lesiones producidas en el trabajo” (NF).

## Conclusiones

Podemos concluir 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, que existe una constatable influencia de los factores de crisis estructural del sistema capitalista, y su impacto en la práctica profesional enfermera a través de la observancia de ciertos rasgos patológicos, tanto físicos como psíquicos, relacionados a las condiciones laborales. Lo que también se hace evidente en la notable diferencia que existe entre la teoría y la realidad, manifestada por los enfermeros entrevistados de los cuatro nosocomios de la ciudad de Mar del Plata durante el año 2019.

En este sentido, se podrían mencionar ciertas patologías psicofísicas que según nuestra investigación, son las manifestaciones más frecuentes en los profesionales enfermeros, a saber: contracturas, accidentes laborales, lesiones musculoesqueléticas, accidentes cortopunzantes (se especifica por la posibilidad de contagio de ETS y HIV/SIDA), disminución de peso, hipertensión emocional, ansiedad, angustia y resignación y frustración, entre otras afecciones que, a corto y largo plazo, coadyuvan a exacerbar el malestar, generando agotamiento tanto en el orden físico como psíquico, que termina afectando la tarea de estos profesionales de la salud.

Los testimonio recogidos, así como las notas derivadas de la observación no participante, evidencian que existe una discordancia entre la realidad de los cuidados enfermeros, en el contexto en que lo investigamos (sus prácticas profesionales), la cual se manifiesta en: primero en la formación curricular, en particular las teorías enfermeras, que si bien contribuyen a nuestra formación, distan mucho de responder a las necesidades de nuestra coyuntura socioeconómica y cultural, debido a la condición periférica del país; segundo, el déficit de personal y su incidencia tanto en la precarización del cuidado como en la sobrecarga laboral; ambos ítems estrechamente relacionados con la profunda crisis estructural del sistema capitalista mundial y la inequidad de la distribución de la riqueza material, y que a la larga inciden en la escasez de insumos, en la falta de arreglo y mantenimiento de la infraestructura, aspectos que terminan afectando tanto la salud de los profesionales como a la calidad del cuidado brindados por estos.

Desde la perspectiva anterior, esta investigación reveló que al momento de interpelar la “realidad”, esta dista bastante de la norma de organización y funcionamiento

de los servicios del cuerpo de guardia en los establecimientos asistenciales (Resolución N° 428/01), situación que cumplimenta en parte su propósito, ya que al menos factibiliza la atención de los sujetos acuden a los respectivos cuerpos de guardia, pero, en muchos de los casos, se hace muy difícil su cuidado y atención, como consecuencia de las falencias antes mencionadas.

En otro orden, también constatamos a través de los entrevistados, el impacto psicológico que supone la mencionada sobrecarga laboral, tanto por el número de sujetos de atención a cargo como por el vínculo profesional afectivo que genera la atención de los familiares. 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. Sin embargo, paradójicamente, los profesionales requeridos, tienden a naturalizar estas patologías, como mecanismo de conservación, ya que, por otra parte, son conscientes de que es la propia institución donde trabajan la que les otorga cualquier tipo de capital simbólico que les permita acceder a una licencia laboral por enfermedad.

En consonancia con lo expresado anteriormente, del diálogo entre la teoría y la empírea se ha podido constatar que la tarea del profesional enfermero reclama una actitud neutral en cuanto a sus emociones y sentimientos, ya que ante momentos estresantes (como las urgencias o la muerte), tienen la responsabilidad, de contener al sujeto de atención y la familia. De esta manera, el trabajador debe mantener una actitud profesional, pudiendo manejar cualquier situación problemática, pero debiendo, además, poder canalizar las implicancias negativas de su intervención, ya que en caso contrario estas pueden transformarse en factores estresores.

También en varias entrevistas se hicieron evidentes la necesidad de contar con núcleos de contención por parte de las instituciones, los cuales constituirían tanto una red de contención como una “vía de descarga” donde expresar todas las angustias, la presión laboral y sus frustraciones y compartirlas con los propios compañeros de trabajo; disminuyendo la sobreexposición de dichas problemáticas a su núcleo familiar. Para lo cual proponen que fuese importante y saludable la creación, por parte de las instituciones, de un gabinete psicológico, que permita al profesional plantear las situaciones que le causen

malestar. 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.

La enfermería es “cuidado” como han definido las teóricas es el objeto de su disciplina, dirigido al individuo, la familia y la comunidad, llevando a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, acompañamiento en el sufrimiento, asistiendo en el comienzo y en el final de la vida, teniendo que 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, desempeñándose en ámbitos laborales que, como hemos visto no son adecuados para la correcta aplicación de los cuidados.

Es fundamental recordar que los profesionales enfermeros son los únicos que cuidan durante las 24 horas, los 365 días al año, con funciones propias de la profesión: alta responsabilidad, probables problemas comunicacionales dentro del equipo de trabajo, diversos factores laborales negativos, bajos salarios, entre otros. A lo anterior se suma, no pueden descartar jamás, la historia y cargas personales, que cada uno “transporta” a su trabajo. Se escucha a menudo, en el ámbito hospitalario, que “los problemas los dejamos en la puerta” y como hemos percibido en los diferentes relatos, se puede constatar que no es tan así. Por ende, la salud del profesional enfermero es fundamental ya que sin lugar a duda impactará no sólo en él, sino también en el cuidado brindado a las personas; teniendo en cuenta, que el enfermero desde su lugar de cuidador se encuentra en una situación de permanente vulnerabilidad

## **Bibliografía**

Adam, E. (1991). *To be a Nurse*. Montreal. Canada: W. B. Saunders Company.

Arrúa, Marta Medicina Legal IPS. Disponible en [www.monografias.com/trabajos15/causas-del-estrés-y-ausentismo-laboral/causas.Shtml](http://www.monografias.com/trabajos15/causas-del-estrés-y-ausentismo-laboral/causas.Shtml).

Benavides, F. *et al.* (2000). Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona. España.

Borón, Atilio A. (1997). "La sociedad civil después del diluvio neoliberal", en Emir Sader y Pablo Gentili, compiladores, *La trama del neoliberalismo*. Buenos Aires. Argentina. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/se/20100609032336/6boron.pdf>.

Bridges, K. *et al.* (1984). *Determinant of somatization in primary Care, in Psychosomatics*, 25, (673-680).

Capace, G. Lima, G. (2017) Nivel de Burnout del personal de enfermería de la clinica mitre de la ciudad de Mar del Plata. Argentina. Recuperado de <http://www.repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar>

Carrillo, A. y Carrillo, R. Ramón Carrillo. (2005). El hombre, El médico, El sanitarista. *Electroneurobiología*. 14 (1), 33-65. Recuperado de [http://electroneubio.secyt.gov.ar/Arturo\\_y\\_Ramon\\_Carrillo.htm](http://electroneubio.secyt.gov.ar/Arturo_y_Ramon_Carrillo.htm)

- Díaz, M. Caro, N. Stimolo, M.I. (2010) Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos Córdoba-Argentina. *Med. Segur. Trab.* Vol.56, N218 (22-38)
- Dejours, Ch. (2001). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires. Argentina: Lumen Humanitas.
- Dejours, Christopher (2009). *Trabajo y sufrimiento. Cuando la injusticia se hace banal*. Madrid. España: Modus Laborandis.
- Del Hoyo Delgado, María A. (2004) Estrés laboral. Documentos divulgativos. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Donahue, P. (1995). *Historia de la Enfermería*. Madrid. España: Editorial Doyma.
- Parent, A. et al. (2007). *Fourth European Working conditions survey. European foundations for the improvement of living and working conditions*. Dublin. Irlanda.
- Freud, S. (2003). *Estudio sobre la histeria* O.C. Amorrortu, T2. *Eut J. Psychiat.* 17 (4).
- Gómez, María L. y González Lus, J. La Teoría microbiana y su repercusión en Medicina y Salud Pública. Consultado en [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.elencicopedista.com.ar/teoria-microbiana-de-la-enfermedad/&ved=2ahUKEwj\\_6YG\\_s7kAhUWFLkGHYUWBPUQFjAdegQICxAB&usg=AOvVaw3E5P4A8tRg9naVA\\_tfn8bB&cshid=1568417718468](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.elencicopedista.com.ar/teoria-microbiana-de-la-enfermedad/&ved=2ahUKEwj_6YG_s7kAhUWFLkGHYUWBPUQFjAdegQICxAB&usg=AOvVaw3E5P4A8tRg9naVA_tfn8bB&cshid=1568417718468). 13 de septiembre de 2019.
- Guzmán, R. (2011). Trastorno por somatización: abordaje en la atención primaria. *Revista clínica de medicina en familia*. La Paz. Bolivia Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2011000300009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000300009).
- Gyarmati, G. (1992). *Salud y Enfermedad: Hacia un paradigma biopsicosocial. Conferencia de ciencias sociales y medicina (Santiago de Chile 1991)*. Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas (1. Ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria S. pp. 173 – 183. En Fasciglione, M; Ferro, B. y Baker, L (2008). Un modelo integral de salud-enfermedad. Material de estudio de Psicología. CIMEPs. UNMDP.
- Hernández, R. et al. (2004). *Metodología de la Investigación*. 5º Ed. México: Editorial McGraw Hill Interamericana.
- Horra, B. Disipio, S. García, M. Occhi, M. J. Vadurro, S. (2010) Percepciones sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo, su impacto sobre la salud y la prevención en enfermería. Concurso Bicentenario de la Patria. Argentina

- Entralgo, L. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona, Salvat, pp. 482-490.
- Kardelis, S. (2014). Dinámicas de la negociación colectiva. *Cuadernos de Relaciones Laborales*. 32(2), 493-496. Madrid. España
- Leininger, M. (2007). *Teoría de los cuidados culturales*. In: *Marinee A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería*. 6a ed. Filadelfia. Estados Unidos: Mosby.
- Leyva Ramos, Miguel (2014). El pensamiento económico de Karl Marx. Apuntes de cátedra de Sociología. Departamento Pedagógico de Enfermería. Mar del Plata. Argentina.
- López Alonso, S. R. “Implicación emocional en la práctica de la enfermería” [rua.va.es/dspace/bulstream/10045/5120/1/oc\\_07-08.20pdf.172.cultura de los cuidados](http://rua.va.es/dspace/bulstream/10045/5120/1/oc_07-08.20pdf.172.cultura%20de%20los%20cuidados).
- 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, 2002, pp.149-165.
- López Piñero, J. (1964). *Faus: Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid. España.
- Margiales, M. (2003) Ocurrencia de accidentes de trabajo causados por material cortopunzante entre trabajadores de enfermería en hospitales de la región nordeste Sao Paulo. Sao Paulo. Brasil. Disponible: [www.scyelo.conicyt.cl](http://www.scyelo.conicyt.cl)
- Marriner, A. (1989). *Modelos y teorías de enfermería*. Ediciones Rol. Barcelona. España.
- Marriner, T., Alligood, R. (2011). *Modelos y Teorías de Enfermería*. 7° Ed. Madrid. España: Editorial Elsevier.
- Marriner, T. Alligood R. (2005). *Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad en: Modelos y Teorías de Enfermería*, 5ª ed. Madrid. España: Editorial Mosby.
- Marriner Tomey, A., Railey Alligood, M., (2011). *Modelos y teorías en enfermería*, 7a ed, Madrid. España: Elsevier.
- Marshall, C. y Rossman, G. (1999), *Designing qualitative research*. Londres. Inglaterra.
- Mason, J. (1996). *Qualitative Researching*. Londres, Sage.
- OIT (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control*. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- 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)

- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis. Estados Unidos: Mosby
- Palacios, L. (2007). Sublimación, arte y educación en la obra de Freud. *Intercontinental de Psicología y Educación*. 9 (2), 13-24.
- Punset, E. La dosis justa de estrés. En [www.eduardp.es/wp-content/uploads/.../201105\\_muy.pdf](http://www.eduardp.es/wp-content/uploads/.../201105_muy.pdf). Consultado el 15 de mayo de 2016.
- Pereyra, F. Micha, A (2016) La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el área metropolitana de Buenos Aires: una análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. Salud Colectiva, Buenos Aires, Argentina.
- Pía Chirinos, M. (2006). Claves para una antropología del trabajo. Pamplona. España.
- Polit - Hungler (1997). *Investigación científica en las Ciencias de la Salud*. México: 5 ta. Edición. : Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana.
- Pringles, G. Jofre, C. (2015) Importancia de la salud biopsicosocial en los profesionales de enfermería del servicio de guardia y consultores de hospitales. Mendoza. Argentina.
- Quiroz Trejo, J. (2010). "Taylorismo, fordismo y administración científica en la industria automotriz". *Gestión y estrategia*. Número 38. 75-88
- Ramacciotti, K. (2006). Las sombras de la política sanitaria durante el peronismo: los brotes epidémicos en buenos aires. *Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 8 (2), 115-138. Buenos Aires. Argentina.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research*. Berlin. Alemania. Recuperado de <https://www.genderopen.de/>
- Taylor - Bogdan (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona. España: Paidós.
- Tony, J. (2010). *Postguerra una historia de Europa desde 1945*. Taurus.
- Urteaga, L. (1985-86). Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica. *Dynamis* pp. 417- 426.
- Urteaga, L. (1993). La teoría de los climas y los orígenes del ambientalismo. Cuadernos críticos de geografía humana, Nro. 99. Barcelona. España: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://www.divulgameteo.es/uploads/Teor%C3%ADa-climas-Ambientalismo.pdf>
- Vasilachis de Gialdino, I. Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona. España: Gedisa. Recuperado de <http://jbposgrado.org/icuali/investigacion%20cualitativa.pdf>

- Villalobos, D. (2006). Salud y enfermedad conectadas con emociones. Recuperado [www.laprensalibre.cr](http://www.laprensalibre.cr)
- Villalobos, J., Santaya, M. y Pacheco, D. (2009). La Historia de la Fitoterapia en Egipto: un campo abierto a múltiples disciplinas. *Medicina naturista*, 3(2), 101-105. Madrid. España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/>
- Volcy, C. (2007). Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología. *Iatrea*, 20 (4), 413-414. Medellín. Colombia
- Veyne, P. (1990). El imperio romano en PH Aries y G. Duby (EDS). Historia de la vida privada. V.I. Taurus
- Watson, J. (1998). *Ciencia Humana y cuidado humano: una teoría de enfermería*. Nueva York. Estados Unidos.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Boston: Little Brown.
- Weller, J. (2001). Procesos de exclusión e inclusión laboral: la expansión del empleo en el sector terciario. *Serie macroeconomía del desarrollo*. 6. 103. Santiago de Chile. Recuperado de <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5449>.

## **Anexos**

### **Anexo 1 Entrevistas**

#### **Entrevista N° 1 CS**

(E) ¿Qué aspectos de la dinámica institucional usted cree que puede influir en la aplicación de los cuidados?

(CS) Y la falta de personal, la falta de espacio, la falta de médicos, hay muchas cosas que nos están influyendo mucho últimamente.

(E) Cuando usted ha vivido una situación problemática, cuál ha sido su reacción ante la misma. Ejemplifíquelo con una anécdota o relato breve.

(CS) Hace poco tuvimos un inconveniente que eran cincuenta pacientes para una sola enfermera y se le propuso a la supervisión que nos traigan más enfermeros y nos dijeron que no, entonces directamente decidimos hacer lo mínimo y lo necesario para poder seguir trabajando sin tanta presión que genera porque no le podemos dar un cuidado al paciente ni a nosotros mismos.

(E) Mencione y ejemplifique cuales son las situaciones o sucesos que le provocan algún malestar.

(CS) Y vamos a lo mismo, es falta de médicos, lo principal porque no, los pacientes no... no se ponen mal con ellos o agresivos; se ponen agresivos con nosotros directamente

entonces al tener médicos ya te vienen y te agreden a vos y después no tenemos insumos, no tenemos... todo. Es todo un conjunto, es un conjunto de todo.

(E) ¿Existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que pueden presentarse? De algún ejemplo.

(CS) No, no, no. Acá no nos dan respuesta a nada. Siempre supervisión nos dice que no, que no tiene para mandarnos nada, no responde en nada, tratamos de hacer nosotros todo.

(E) ¿Tiene algún problema de salud que atribuya a su desempeño laboral? ¿Siente que algo cambió en su salud a partir de su ingreso laboral como profesional enfermero?

(CS) Si, yo acá me rompí la rodilla, el menisco de la rodilla con una camilla porque eran muchos pacientes y teníamos que pasar por un hueco muy chiquitito y me la dieron en la rodilla y tuve una operación, o sea, yo ya estoy limitada en la parte esa porque estoy con dolor de rodilla, no puedo hacer fuerza, un montón de cosas.

(E) ¿Qué piensa usted acerca de la “imagen social” del enfermero? Dicha profesión en el relato anterior está asociada a un acto de entrega y vocación.

(CS) Está muy mal visto, no nos valorizan como nos tendrían que valorizar. La verdad que ni tanto emocionalmente como económicamente, nada. Somos el último tarrón.

(E) ¿Cree que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera? ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(CS) No, no aporta en nada. Vamos siempre al choque, siempre estamos peleando por más, o peleando por lo que corresponde: por más enfermeros, por más medicación, por más médicos. Peleando por lo que uno necesita y tiene que estar al lado.

(E) ¿Qué cambios corporales y mentales usted ha percibido a partir del ingreso en este espacio laboral? ¿Usted ha padecido alguna patología derivada de su actividad laboral?

(CS) Si, bueno como te decía antes, el tema de mi rodilla, después... cambios de humor. Uno llega cansado a la casa y aparte como no se valoriza y más económicamente, uno tiene que buscar otro trabajo y seguir, y así estamos.

(E) Cuando presenta alguna problemática ¿Cuál es la actitud de sus compañeros frente a posibles accidentes, malestar laboral, estrés, entre otros? Ejemplifique.

(CS) No, la verdad que el grupo este que estamos nosotros es bastante compañero, nos llevamos bien entre todos y nos ayudamos bastante.

(E) En sus contenidos curriculares dictados durante la carrera y durante la práctica profesional ¿considera usted necesaria la capacitación referida a los posibles accidentes y malestares laborales, así como grupos de contención que aborden dichos conflictos?

(CS) Si sí, la verdad que sí, habría que tener en la carrera, nos tendrían que haber dicho que iba a pasar todo esto o tener en la currícula que ya nos oriente a la verdad.

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

(CS) Y lo mismo que te venía diciendo, todo este tema de edilicia, materiales, insumos, todo.

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería? ¿Cree que esta situación puede estar generando algún tipo de manifestación en su salud? Actualmente.

(CS) Actualmente sí, estamos más cansados, hay muchos pacientes, actualmente hay muchísimos pacientes. Cincuenta pacientes para un solo enfermero es mucho. Y mentalmente, salir de acá... mal.

(E) ¿Algo más que quiera acotar?

(CS) No, muchas gracias.

(E) Gracias a vos.

## **Entrevista N° 2 YL**

(E) ¿Qué aspectos de la dinámica institucional usted cree que puede influir en la aplicación de los cuidados?

(YL) La sobrecarga laboral que tenemos, hay mucha demanda. Cada vez más cantidad de pacientes y no hay lugar, no hay insumos, no hay nada.

(E) Cuando usted ha vivido una situación problemática, cuál ha sido su reacción ante la misma. Ejemplifíquelo con una anécdota o relato breve.

(YL) Nada, la verdad que hay cada vez más cantidad de pacientes para un solo enfermero. Un enfermero para treinta o cuarenta pacientes, ya no se puede trabajar así. Se hacen notas y demás, pero no hay solución.

(E) Mencione y ejemplifique cuales son las situaciones o sucesos que le provocan algún malestar.

(YL) Volvemos a lo mismo, la sobrecarga laboral. Todo lo que es material, lo edilicio, todo.

(E) ¿Existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que pueden presentarse? Ejemplifique.

(YL) No... No, no porque, por ejemplo, nosotros tenemos un inconveniente, tenemos treinta pacientes cada enfermero, llamas a supervisión, supervisión te dice que no tiene más

gente y es la respuesta a todas las preguntas que tenemos, todas las quejas. Nunca hay gente.

(E) ¿Tiene algún problema de salud que atribuya a su desempeño laboral? ¿Siente que algo cambió en su salud a partir de su ingreso laboral como profesional enfermero?

(YL) Si, todo. El carácter es tremendo. La sobrecarga laboral que tenemos influye en todo. Vos ya venís cansado a trabajar.

(E) ¿Qué piensa usted acerca de la “imagen social” del enfermero? Dicha profesión en el relato anterior está asociada a un acto de entrega y vocación.

(YL) Que está muy desvalorizado todo, no le da la importancia que tiene que tener el enfermero. Desde lo que son los actos profesionales, todo lo que es económico, nada. Está todo muy desvalorizado.

(E) ¿Cree que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera? ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(YL) No, no. Ellos no aportan nada, no colaboran. Conflictiva sí, porque se genera un malestar entre los compañeros, entre supervisores, y eso... y a al otro día sigue, y así todo los días.

(E) ¿Qué cambios corporales y mentales usted ha percibido a partir del ingreso en este espacio laboral? ¿Usted ha padecido alguna patología derivada de su actividad laboral? (Esta pregunta no fue hecha por olvido del entrevistador).

(E) Cuando presenta alguna problemática ¿Cuál es la actitud de sus compañeros frente a posibles accidentes, malestar laboral, estrés, entre otros? Ejemplifique.

(YL) No, eso cuando hay un inconveniente entre los compañeros si se observa que hay mucho estrés en todos pero generalmente, todos vamos y trabajamos todos juntos.

(E) En sus contenidos curriculares dictados durante la carrera y durante la práctica profesional ¿considera usted necesaria la capacitación referida a los posibles accidentes y malestares laborales, así como grupos de contención que aborden dichos conflictos?

(YL) Si, yo creo que sería totalmente fundamental eso de que te vayan preparando a todo lo que va a ser el estrés laboral y demás, y que haya un gabinete donde uno no te digo todos los días pero cuando hay problemas así específicos y desbordados uno pueda ir y charlarlo con un psicólogo y demás para poder seguir trabajando.

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

(YL) La mala atención que se le brinda al paciente por falta de tiempo, falta de todo, de cansancio de uno mismo.

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería? ¿Cree que esta situación puede estar generando algún tipo de manifestación en su salud?

(YL) Si, quizás vuelvo a lo mismo. La sobrecarga laboral que tenemos, a falta de insumos. Falta de todo.

(E) ¿Algo más que quiera acotar? Gracias.

(YL) No, gracias.

### **Entrevista N° 3 RP**

(E) ¿Qué aspectos de la dinámica institucional usted cree que puede influir en la aplicación de los cuidados?

(RP) El tema de trabajar más relajado y no tener a los jefes todo el tiempo controlándote. El trabajo en la guardia es un trabajo que requiere todo el tiempo estar parado caminando yendo y viniendo, que no haya problema si te sentaste dos minutos por ejemplo, el tema cuando los familiares están muy agresivos, que haya un representante de enfermería que te defienda cuando falta algún elemento del paciente, ejemplo, cuando el paciente se interna y falta por ejemplo un par de zapatillas, tenemos al jefe ahí, eso también debería cambiarse, está bien bajar y preguntar ¿Dónde está la zapatilla? y no ir directamente a nuestras cabezas, donde están las zapatillas ¿Y si no aparecen las zapatillas?. Creo que más que nada, tener un representante de enfermería que nos escuche y que no nos controle continuamente. Siete años de ejercicio en la guardia.

(E) ¿Cuándo usted ha vivido una situación problemática, cual ha sido su reacción ante la misma? Ejemplifique con una anécdota o relato breve.

(RP) Yo no tuve ninguna situación problemática en la guardia en cuanto a los cuidados. Las situaciones que vivimos a diario son las agresiones de la gente, pero también creo que el enfermero en vez de contener se pone al mismo nivel del familiar y en vez de bajar, los sube, porque en vez de tranquilizar lo pone más agresivo con su respuesta. No te digo a todos los enfermeros, ni todo el tiempo, pero también hay una realidad que uno se cansa de

contener y de bajar y de entender que el paciente está enfermo, que la espera... y entonces le sale de contestar mal entonces potencia la agresión del familiar. No tuve ninguna situación de mal cuidado, digamos en la guardia que yo recuerde, una situación problemática que tuvimos en una urgencia del policia que balearon, faltó la billetera del paciente y mi compañera se la había dado a otro familiar y la jefa nos empezó a llamar a todas como loca a nuestra casa a las cinco de la tarde para ver porque no hicimos firmar el cuaderno de valores, el paciente estaba con un tiro en la cabeza imagínate el revuelo que había en ese *Shock Room*, y eso lo sentí como, ya estoy en mi casa... ya está... pregúntame mañana. O sea, la desconfianza de que vayamos a robar algo todo el tiempo, tal vez no es la desconfianza sino la necesidad de quedar bien con ese familiar que se desespera y hasta nos llegó a decir ¡si no aparece la plata se descuenta del sueldo! cosa que no se puede. Después aparece la hermana del familiar que se había llevado la billetera, eso genera mal estar, pero no entre el grupo de trabajo, porque nosotros fuimos un buen grupo de trabajo venga la que venga. Me acuerdo que la primera urgencia la pase mal porque no andaba la boca del aspirador y el paciente tenía una hemorragia digestiva y tenía mucho sangrado y no lo podíamos sacar del *Shock Room*, que sangraba, entonces lo teníamos que volver a meter y un médico me trato mal y mis compañeras siempre me contuvieron o si tenías algún paciente que no tenías buena química o pacientes con dolor crónico, viste que el dolor tiene un componente emocional importantísimo, por ahí te canse entonces y le decís a tu compañera si va ella a atender al paciente. Nunca tuve problemas con mis compañeros. La situación problemática de agresividad de los familiares, en nuestro quehacer son pavadas, yo prefiero que el paciente le falte la billetera pero que vaya bien intubado a la UCI. La urgencia te genera una sensación en el cuerpo, la guardia no, la urgencia primero te genera miedo a la vez dicen que si tenés seguridad no tenés miedo, es mentira porque es un paciente joven, que fue baleado, en la guardia del privado no teníamos muchos baleados, era algo nuevo para nosotras, también no estábamos acostumbrados a ese tipo de urgencias. Otra cosa es la residencia tenés una urgencia y te vienen doscientos residentes y eso te genera también a vos un estrés extra, porque vos decís ¡paren! ¿A ver quién me dirige? ¡No soy un robot! y para todos es importante su parte, como ser cirujano, cardiólogo. Y otra cosa cuando el paciente llega infartado, que baje directamente a hemodinámica y el cardiólogo, el residente te apura y si no vos no hiciste el cuaderno de valores es una cortada

de cabeza que te incomoda y te preguntan ¿porque no hiciste el cuaderno de valores?, y no lo hice porque el cardiólogo lo tengo apurándome que lo lleve ya, el familiar está súper nervioso porque su familiar está sufriendo un infarto y que no sabe qué puede pasar y que no puede pasar y yo atrás ¿Señora me firma el cuaderno de valores?.

(E) Mencione y ejemplifique cuales son las situaciones o sucesos que le provoquen algún malestar.

(RP) El control y la presión con que realices ciertas actividades en el momento de la urgencia que se tornan imposibles y que a veces optamos por no hacerlo, pero también nos hemos encontrado con que faltan cosas y cuando termina la urgencia el familiar que en ese momento no le dio bolilla a nada te viene a reclamar el camión o una prótesis o lo que sea y te encontrás en una situación que decías ¿qué hago? Lo hago firmar ¿o qué hago? Es verdad que, si se hace firmar ese cuaderno, le digo mire usted firmo y se llevó todo eso, también es real y te genera también ¿qué hago? genera un mal estar que te pasa un día y lo dejas pasar, pero te va quedando un granito continuamente hasta que decís ¡basta! y capaz que hoy te paso lo mismo de ayer, pero dijiste ¡basta esto no es para! Y llegas a decir ¡dejo enfermería!, porque te pones a pensar que en otras instituciones están iguales por lo que hablan tus compañeros, a no ser el estado, creo que nadie está contento en las clínicas.

(E) ¿Existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que puedan presentarse? Ejemplifique.

(RP) Yo creo que la jefa que tenemos está muy bien entrenada, digamos, y puede darte la respuesta verbal, pero en el momento de dártela no te la da. No sé, te surgió un problema y mañana no podés venir ella te dice... Si, contó con nosotros para lo que necesites, pero en el momento que te tiene que facilitar algo te hace llegar que vos no podés ¿Se entiende lo que digo?, tiene estos muñequitos de jefes de cada servicio, ella dice les dice que no y vos vas a preguntar porque no y te dice yo jamás dije que no, vos conmigo poder contar, yo creo que hay un doble discurso. Igual yo tuve una situación problemática con una medicación, me equivoque con una medicación y la jefa puso todo en marcha, un plan para que la paciente no corra peligro y me contuvieran y también lo real es que estaba en juego la institución. Una situación problemática en el servicio de guardia con el turno tarde que yo te lo puedo contar, pero no fui parte, alguien pone un suero equivocado a una paciente que no tiene suero, el médico le dice al paciente quien te puso el suero si yo no te indique

el suero, el paciente se va de alta, al otro día llama el familiar reclamando quien había sido el enfermero que le había puesto equivocado el suero al paciente. Marcela estaba que lo que yo hice con la corriente, nada, ese día con un suero... que es lo que le molesta a ella, que no des la cara, que no te hagas responsable de tu... no sé si es para, no sé porque es así ella, pero la realidad es que si vos vas y decís lo que paso y además ella valora mucho que des la cara, la realidad si vos vas y das la cara y decís lo que paso. Ella estaba que creo que no sabía y nunca supo quién había sido y nadie se hizo cargo. No sé a qué venia la pregunta.

(E) Hablábamos de la cuatro, si existen mecanismos establecidos para dar respuesta a las situaciones problemáticas que puedan presentarse.

(RP) No, creo que desde la institución no. Si creo que uno se arma un mecanismo para al otro día ir, levantarse y trabajar a la guardia, porque a veces el grado de agresión de los familiares como decirte: ¡cómo se nota que no es tu mama! ¡esto es inhumano! Esas palabras que te retumban todo el tiempo en la cabeza, viste. Porque si uno hace las cosas al que me importa, te resbala.

(E) ¿Tiene algún problema de salud que atribuya a su desempeño laboral? ¿Siente que algo cambio en su salud a partir del ingreso laboral con profesional enfermero?

(RP) No, creo que cambie yo mi forma de ser, menos tolerante, con menos paciencia, lo que te comentaba. Hoy salgo de la guardia, no sé cómo sería, claro con la adrenalina bien arriba pero eso me genera como, y después bajo, cuando bajo de eso estoy muy cansada que no quiero ni siquiera levantarme a cenar por ejemplo me levantaba a cenar cansada me acostaba cansada, en mi franco estaba cansada, no disfrutaba nada, yo todo lo que hacía lo hacía porque lo tenía que hacer, no porque tenía ganas de ir a la plaza, tenía que ir a la plaza porque tengo un nene, tengo que ir y eso no me pasaba antes de trabajar ahí. A mí me encantaba ir a la plaza con el nene, correr, de hacer lo cotidiano, claro o ir al bailar me encantaba bailar y ahora tengo ganas, pero no tengo ganas de ir hasta allá. Dejé de disfrutar el día a día y después cuando te vas de vacaciones que no quería volver era una negación a la vuelta, estuve de licencia como dos meses por una operación que uno dice llega un momento que te dan ganas de volver y no... no quería volver.

(E) ¿La operación era por algo personal?

(RP) Si, me hice una miomectomía abdominal porque ya era muy grande el mioma o sea que como me abrieron la cesárea que ya tenía.

(E) ¿Te afectaba algo en el trabajo?

(RP) No.

(E) ¿Estabas con dolor?

(RP) -No tenía síntomas, pero quedar embarazada y el mioma media doce centímetros y tenía que sacarlo si o si porque me producía aborto.

(E) Ah, era grande.

(RP) Sí.

(E) ¿Qué piensa usted acerca de la imagen social del enfermero? Dicha profesión en el relato anterior está asociada a un acto de entrega y vocación ¿Cómo sentís que nos ven?

(RP) Yo creo que está cambiando la imagen del enfermero, no completa, pero creo que de a poco escuchas a gente decirte tratarnos como profesional y también escuchas a la gente que no que nos trata como, ah, ¿Cuánto dura el cursito de enfermería? o algo que me molestaba era... ah, le puse la chata a mi mama ¡me puedo recibir de enfermera! como o sea reducido a lava culos, pero creo que también viene de la gente grande, de otra generación yo siento que somos bien valorados con alguna que otra cosita, pero yo no creo que se ha reducido la vocación, igualmente creo que para ser enfermero se tiene que tener una cuota de eso porque nadie lava la mierda o sea lo más miserable del ser humano, sino tenés una cuota de vocación, obviamente que no solo vocación, porque vos tenés que vivir y yo gratis no te voy a lavar el culo pero sí creo que tiene que existir una entrega en el fondo de uno y que socialmente nos ven así, bueno porque ya viene de nuestro historial de nuestra historia, no me molesta igual eso.

(E) No porque yo creo que uno sabe lo que es que uno no es no es lava culo, va lo veo así.

(RP) Claro, si me molestaba cuando me decían, ¡ah! ya le puse la chata, me molestaba, pero no al punto, no me causaba malestar, ¡lavamos culos nada más! Más me molesta que el mismo sistema no nos reconozca, porque cuando a el sistema le conviene somos profesionales, para responsabilizarnos de algo somos profesionales, ahora, vos fijate que cuando entramos no dice profesionales de enfermería, no te digo que nos nombre a todos, pero si dice otorrino, cardiólogos están todos los médicos de planta y en ningún lado dice personal de enfermería, o sea, cuando les conviene nos reconocen como profesionales y nos tenemos que hacer cargo y actuar como profesional, si tu compañero a las dos de la tarde no viene vos te tenés que quedar porque sos un profesional.

(E) ¿Cree que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera? ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(RP) ¿La qué? ¿La organización institucional?

(E) Aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica enfermera. Creo que esta se relaciona con lo que hablamos hoy. Del sistema del cuaderno de pertenencia.

(RP) Del sistema, del cuaderno de pertenencias, que generan inconvenientes, generan mal estar. Y otra cosa que genera mal estar es la estructura de la guardia por ejemplo tenemos un baño donde están las chatas, los papagayos, las jarras que también se usa para el paciente la guardia siempre están con gente siempre hay alguien en el baño vos querés poner una chata y tenés que esperar que esa persona salga del baño y en la guardia que el familiar esta tan agresivo, vos no te paras en la puerta esperando a que se desocupe, vos seguís tu trabajo, cuando se desocupa el baño entras, pero el familiar no te ve, o te ve, y no que vos estas trabajando porque el baño está ocupado y cuando el baño se desocupe vos vas, y la señora ¡te pedí la chata para mi mama!, entonces bueno vos por ahí si le contestas... mire está ocupado el baño señora, parece ahí cuando el baño se desocupe..! y yo lo tengo que hacer?. Y si encontrás una media copada no pasa nada, pero si encontrás una media chota como la que encontramos van a departamento de enfermería y a decir porque la enfermera me dice que yo le ponga la chata ¡yo a mi mama! ¿Y departamento te va a decir porque no le pusiste la chata a la mama de la señora? O sea, es todo como y vos fijate que todo se hizo porque el baño está ocupado entonces si por ahí hubiera un lugar para las chatas, papagayos y jarras y no que todo sea donde está el paciente o las camas que están así. Separada una de otras vos querés hacer higienizar un paciente y tener que estar pasando pidiendo permiso o querés hacer un electro y está todo ocupado entonces tenés que esperar o cambiar entonces... ¿señor me hace el favor de ir al consultorio cuatro es un cosito así lleno de sillitas y vos sacas al señor que está en un consultorio solo al cuatro porque vos tenés que hacer el electro porque es más importante y el señor te dice ¡esto está lleno de gente yo me voy a enfermar ahí! y tiene razón pero no hay lugar estructural para hacer electro entonces tenés que cambiarlo y siguen toman obras sociales y siguen toman gente. Y cada vez hay menos lugar o por ejemplo usan el consultorio dieciséis porque no

hay más lugar para ingresar un paciente con el riesgo si te entra una urgencia que la urgencia entra de un momento para otro no es que te llamaron y te dijeron a veces te llaman está viniendo una urgencia pero por lo general te entra y vos por ahí tenés el consultorio dieciséis ocupado porque no hay lugar para revisar y le decís al médico y no tengo lugar y le podés decir hasta ahí porque tiene razón lo tiene que revisar y no tiene lugar o sea que estructuralmente no tenemos baños para nosotras por ejemplo tenemos que entrar a los baños de consultorio vacío o al baño público que queda horrible también entrar al baño de paciente.

(E) ¿En cuanto al *office* de enfermería?

(RP) El *office* de enfermería está muy expuesto vos estas preparando medicación y pusieron una pancarta que dice “no molestar”, señorita yo no la quiero molestar, pero disculpe el médico me dijo que iba a hacer la receta y volvía y no volvió ¿Hace cuánto señora? No, diez minutos, ¡bueno espérela! O sea y estas preparando la medicación y le decís bueno disculpe señora estoy preparando la medicación, bueno cuando a mí me paso lo de la insulina mí me interrumpieron yo me di vuelta y conteste y cuando volví en vez de agarrar la heparina y agarre la insulina pero yo estaba a sí preparando y la escuchaba a la señora y digo sino me daba vuelta digo es capaz de ir a departamento y encima en el sector Eh... viste que es... y me di vuelta y bueno y ahí y eso también la responsabilidad es fue mía el tema de la presión siempre tener que contestar bien y tener una sonrisa, para mí todo es en que la jefa nos presiona mucha que no trabaja relajada si uno trabaja relajada trabaja feliz y contenta porque nos gusta lo que hacemos y bueno eso.

(E) ¿Qué cambios corporales y mentales usted ha percibido a partir del ingreso en este espacio laboral? ¿Usted ha padecido alguna patología derivada de su actividad laboral?

(RP) No, ninguna enfermedad, cambio postural, por ahí me daba cuenta de que caminaba más como encorvada, pero creo que era por el cansancio que yo sentía que arrastraba los pies a la entrada.

(E) ¿Como una escoliosis?

RP) No, no porque una vez que me fui de ahí estuve bárbara, viste que cuando vos estás sentada te sentás, así lo mismo cuando caminas, caminas así, lo mismo lo veo con mis compañeras en la postura. En lo mental creo que ya te dije te acordás.

(E) Más adrenalina, cambios hormonales.

(RP) Si, genera cambios hormonales.

(E) ¿Te viste con pérdida de peso, aumento?

(RP) Me vi con pérdida de peso en realidad cuando tenía los dos trabajos.

(E) ¿Haces alguna actividad extra?

(RP) No, ahora no.

(E) Cuando presenta alguna problemática, ¿cuál es la actitud de sus compañeros frente a posibles accidentes, malestar laboral, estrés, entre otros? Ejemplifique.

(RP) No, ningún malestar entre mis compañeros siempre estuvo muy bien cuando han ingresado compañeros de otros servicios con nosotros siempre los hicimos parte y una de las veces que han pasado cosas, a una compañera se le cayó, también una fractura de cadera y ella estuvo re mal siempre la contuvimos, siempre hubo mucha contención con mis compañeros es lo único que extraño, ya lo habíamos hablado también un poco anteriormente.

(E) ¿Es un buen equipo de trabajo?

(RP) Si siempre estamos el uno al otro bueno hoy estas muy cansada cuando hacia las dos cosas bueno deja yo voy, viste que en la guardia te salen las órdenes y hemos tenido días que salían las ordenes tranqui entonces yo he estado muy cansada cuando hacían las dos cosas y decía deja, deja, yo voy, ningún problema entendés, eso es lo que te hace extrañar eso es lo que te mantiene el compañerismo lo que te mantiene sino no, si habría vagancia en la guardia por ejemplo no se podría porque si yo estoy esperando que vos lo hagas y vos estas esperando a que vos lo hagas no se puede, por ejemplo a la noche pasaba, se rascaban y yo por ahí cortaba, y te genera bronca porque todos queremos sentarnos pero a la mañana con mi grupo no pasaba.

(E) En sus contenidos curriculares dictados durante la carrera y durante la práctica profesional ¿considera usted necesaria la capacitación referida a los posibles accidentes y malestares laborales, así como grupos de contención que aborden dichos conflictos?

(RP) Si, en la universidad te forman para que vos seas un súper profesional independiente para que decidas todo lo referido a tu ámbito para que te manejes y para que ganes millones y seas feliz y contento, Nunca te dicen que el salario que te ofrecen nunca te alcanza y tenés que hacer horas extras, nunca te hablan que no te manejas libremente, nunca te hablan de la agresividad de los familiares, nunca te hablan del modelo medico hegemónico que

todavía rige para los jefes y de lo vertical que es, em... nunca te hablan de las competencias que tienen tus colegas entonces uno entra a un mundo de mentiras y se encuentra con un montón de cosas que después te genera un malestar institucional y dejás de querer lo que querías y empezás a buscar otras alternativas.

(E) ¿Te genera frustración?

(RP) Si al principio me frustré y fue cuando empecé a buscar trabajo en otro lado porque dije esto no quiero para mi vida encima que eh... trabajas un montón ganas re mal y te maltratan trabajas con la muerte y te vas a tu casa y no te podés relajar era como todo mal, bueno ese año empecé a estudiar psicología también y empecé a buscar trabajo en otro lado y dije me voy me voy de enfermería y bueno al final me termine yendo del hospital, si me frustré.

(E) ¿Y los grupos de contención psicológicos como para hablar todo esto?

(RP) No, yo creo que lo que necesita es que uno individualmente si necesita para cambiar uno y que pueda cambiar con los pares en cuanto a todo porque que lo que te diga el jefe no te influya, que el manejo con el paciente o la agresividad de los familiares no te influyan. Y tampoco es que no te influya, o sea, si escucha pero que no te vayas a tu casa mal con todo eso que te paso en el hospital, trabajar desde uno, para poder salir del hospital y poder hacer su vida y adentro del hospital que no, por ejemplo, una compañera se brota toda y no habla y entonces se brota entonces trabajar para que eso no pase, pero creo que un grupo de apoyo dentro del hospital se generaría más conflicto viste si vos querés trabajar con tus compañeros. Tuve una situación problemática que un jefe me dijo que tus compañeras dicen que no saben cómo tratarte porque sos muy agresiva verbalmente ¿qué? Le digo, no, te puedo decir quién es, no, decime quien ¿es un familiar? ¿Nunca tuve una queja de nadie, nadie se ha quejado personalmente, decime quien le digo porque nadie me dijo como es su nombre así le presenta la queja a la jefe, decime quien un compañero, de fuera? Si puede ser he escuchado que hablan mal de mí, no, tus compañeros de la guardia, ¿de otros turnos? No tus compañeros de la guardia, bueno decime quien nunca me dijo, entonces yo ahí fui a hablaban mis compañeras chicas me dijeron esto y esto porque yo no me doy cuenta si las trato mal creo que es eso es un trabajo mío que yo tuve herramientas para ir y hablarlos con ellas que si vos no tenés esa herramienta y te quedas con lo que te dijo tu jefe te sentís mal en la guardia te pones a contestar mal porque te quedas con esa duda de habrá sido o no

habrá sido?. Entonces, sí creo que es importante trabajar uno para relacionarse con los pares, pero no en grupo porque no le veo el sentido, uno puede poder afrontar su situación solo.

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

(RP) La falta de personal, yo creo que si hay más personal uno estaría más predispuesto.

De vuelta; la presión de la jefatura, la agresividad de los familiares, la cantidad de trabajo que hay, las indicaciones verbales el después te lo pido y nunca aparece la indicación escrita, la cantidad de pacientes, la edad del paciente, la estructura de la guardia. Creo que te di bastante. La farmacia que necesitas una medicación y te da doscientas vueltas y vos tenés el paciente ahí.

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería? ¿Cree que esta situación puede estar generando algún tipo de manifestación en su salud? ¿Tenes problemas de ansiedad?

(RP) No los tengo, pero no al punto de tener que ir a un psiquiatra, es decir lo manejo, pero creo que eso tiene que ver con uno, ¿vos decís que eso tiene que ver con el trabajo?

(E) Capaz que la intensidad, lo que es el trabajo, genera eso, capaz que es un componente de uno sumado el trabajo, genera como una mezcla explosiva.

(RP) Sí, la ansiedad de otro te genera a vos también mal estar es lo que decíamos de las urgencias que cada vez que se les da quieren como primordial su indicación y vos tenés dos manos. Creo que lo más importante es la falta de personal que eso a vos te hace trabajar más y el que trabaja más y encima bajo presión trabaja mal y trabajamos con personas que no podemos brindar lo mejor no es lo mismo trabajar con cinco personas que diez ,que vos fuiste a poner una vía y te encontraste que el paciente esta echo caca y además hecho caca, esta todo sucio, vos bueno, vos pones la vía y cambias el pañal así rapidito para seguir, eh... cuando si tenés menos pacientes, podes dar una buena higiene, que es lo nuestro también creo que también influye el hacer tarea de los demás en enfermería nosotros hacemos todo; sacamos a los familiares si son más de dos, sacamos sangre cuando se coagula la muestra, acomodamos los pacientes, hacemos electro control y eso hace que nuestro trabajo nuestra incumbencia no se realiza como se tiene que hacer, entonces después falta nuestro trabajo o no se ve nuestro trabajo, porque lo cambiamos así nomás y

lo mandamos al piso pero porque te llamaron de laboratorio porque se coagulo la muestra de tal paciente entonces en vez de venir a sacar ellos nosotros lo hacemos, llevar las muestras o sea hacemos trabajo que no deberíamos hacer y el nuestro lo hacemos por ahí es lo menos importante pero más importante para nuestra compañera que lo está recibiendo en el piso entonces después te llaman y te dicen me lo mandaste.. no ha pasado, pero nosotras sabemos que los mandamos con una higiene como podemos, nunca nos llamaron pero si nos pudieron haber llamado, y bueno la verdad es que no pudimos, hay una que si nos ha llamado que una vez no llamo y le conteste no la conozco la conozco por teléfono que una vez le conteste... te invito a bajar a la guardia y conocer el trabajo de acá y después hablamos, claro porque ¿Tiene vía, esta medicado, esta bañado? Y dos o tres veces a mí y a mi compañera, y como yo era la que tenía un poco de carácter, si deja que yo contesto y que capaz que tiene razón, pero ¡No se puede y no se puede! Capaz que, sino no tuviésemos que llevar esa muestra coagulada o poner orden llevar las sillas para allá, capaz que si pudiéramos dar una buena higiene porque en tres minutos con tu compañera le haces una higiene rapidito.

(E) ¿Algo más que quiera acotar?

(RP) No, en las preguntas abiertas no soy muy buena.

(E) Bueno muchas gracias por tu tiempo.

#### **Entrevista N° 4 NF**

(E) ¿Qué aspectos de la dinámica institucional usted cree que puede influir en la aplicación de los cuidados?

(NF) Emm, la cantidad de enfermeros que siempre somos pocos y la ubicación del office de enfermería porque está en el medio y eso genera que la gente te interrumpa cada rato para preguntarte cosas mientras estas preparando la medicación, eso, no sé qué más.

(E) ¿Cuándo usted ha vivido una situación problemática, cual ha sido su reacción ante la misma? Ejemplifique con una anécdota o relato breve.

(NF) Ah, esta no me acuerdo, no me acuerdo de haber vivido alguna situación problemática. Pero en general sino podemos resolverla llamamos al supervisor y listo, no tengo en ninguna en particular.

(E) Mencione y ejemplifique cuales son las situaciones o sucesos que le provocan algún malestar (Repreguntar).

(NF) Cuando somos pocos y hay mucho trabajo y que tenemos demora y la gente se queja y si eso o que la gente te reclama cosas porque paga, porque tiene OSDE, otro plan.

(E) Existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que pueden presentar? Ejemplifique.

(NF) No hay ningún mecanismo que yo conozca. Eh... las situaciones que se presentan como dije es lo mismo que la otra, sino podemos resolver nosotros llamamos algún supervisor igual no sé a qué se refiere ¿qué situación problemática se refiere?

(E) Si existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que pueden presentar.

(NF) No, en realidad entre nosotros o con algunos de los médicos o sino al supervisor obviamente o al jefe de la guardia recurrimos al jefe, pero como no está siempre el supervisor si esta siempre.

(E) ¿Tiene algún problema de salud que atribuya al desempeño laboral? ¿Siente que algo cambio en su salud a partir de su ingreso laboral como profesional enfermero?

(NF) No problemas de salud no tengo. Eh... si por ahí más estrés, más cansancio, menos paciencia.

(E) ¿Qué piensa usted acerca de la “imagen social” del enfermero? Dicha profesión en el relato anterior está asociada a un acto de entrega y vocación.

(NF) Y en general no tenemos una buena imagen como como que siempre quieren al médico o sea por ahí vos le decís lo mismo que dice el médico, pero si se lo dice el medico es distinto como que no valoran nuestro trabajo y en realidad somos un equipo los dos somos necesarios digamos el enfermero y el médico.

(E) ¿Cree que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera? ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(NF) No, no porque...no aporta ninguna herramienta siempre se resuelve, lo resolvemos nosotros o el supervisor debería haber un gabinete algo psicológico y nada.

(E) ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(NF) Ah, no sé ¿qué relación?

(E) ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(NF) No, creo que en general no hay conflicto.

(E) Que cambios corporales y mentales usted ha percibido a partir del ingreso en este espacio laboral ¿Usted ha padecido alguna patología derivada de sus actividad de sus actividad laboral?

(NF) Cambios corporales disminución de peso, perdida de la paciencia porque soy una persona muy tranquila y desde que estoy trabajando en la guardia saca lo peor de mí.

(E) Cuando presenta alguna problemática ¿Cuál es la actitud de sus compañeros frente a posibles accidentes, malestar laboral, estrés, entre otros? Ejemplifique.

(NF) La actitud de mis compañeros de trabajo de enfermería es la mejor nos apoyamos entre nosotros por suerte, es un buen equipo de trabajo es lo que hace más llevadero el trabajo, porque a pesar de las quejas formamos un buen equipo de trabajo.

(E) En sus contenidos curriculares dictados durante la carrera y durante la práctica profesional. ¿Considera usted necesaria la capacitación referida a los posibles accidentes y malestares laborales, así como grupos de contención que aborden dichos conflictos?

(NF) Es necesario los grupos de contención, tendría que haber contención psicológica. En la actualidad se está dictando un curso de capacitación de ergonomía que es imposible llevarlo a la práctica ya que no te da la altura de las camillas de las cama y no levantan, esos movimientos de la cama a la camilla no deberíamos hacer, pero hay que hacerlo igual, hasta ellos saben que no se puede llevar a la práctica, la capacitación que ofrecen, para concientizar y evitar las lesiones producidas en el trabajo.

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

(NF) La falta de personal.

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería? ¿Cree que esta situación puede estar generando algún tipo de manifestación en su salud?

(NF) Es una guardia entonces no se puede mantener privacidad con el paciente, cuando la guardia está desbordada se realizan las prácticas de enfermería con los pacientes en los pasillos (toma de TA, electrocardiograma sentados, colocar accesos venosos, toma de muestra sanguínea), se realizan procedimientos con los pacientes acostados en las camillas, por la falta de espacio físico y personal humano como los camilleros que nos ayude a acostar al paciente. Cuando la guardia está bien se tiene más espacio para realizar los procedimientos.

Esta situación no me genera ninguna manifestación en mi salud, bueno también para conservar mi salud realizo yoga y gimnasia funcional desde antes de ingresar al hospital y además me realizo controles médicos anuales.

(E) ¿Algo más que quieras acotar?

(NF) Si no llega a mejorar la forma de trabajar en la guardia, yo hace pocos años que trabajo en la guardia y no me veo trabajando toda mi vida en urgencias creo que terminaría con carpeta psiquiátrica. La forma de trabajo es un problema, si el hospital está lleno, no hay habitaciones disponibles para internación y la guardia está llena, está colapsada porque siguen recibiendo gente y no la derivan si tiene cobertura en otro lado y los siguen amontonando en la guardia. Otra cosa que me genera mal estar es el tema de las obras sociales las personas se quejan de que no tienen la cama disponible para su internación o reclaman las habitaciones individuales siendo que abonan la obra social más cara y yo realizo mis cuidados de enfermería sin mirar que obra social tiene cada paciente ya que no me corresponde.

### **Entrevista N° 5 VS**

(E) ¿Qué aspectos de la dinámica institucional usted cree que puede influir en la aplicación de los cuidados?

(VS) Y, yo tengo organización más bien abierta. Hay normativas que están explícitas y que se cumplen, después tenemos una forma de trabajo prioritario por el lugar donde nos encontramos que es la urgencia. Priorizas lo que va primero y donde colocas al paciente.

Y... no hay algo explícito que nos baje de línea que decís, tienen que atenderlo de tal forma o no, uno aplica lo que sabe cómo enfermero y vas a conocer la normas correctas e trato con el paciente, de lo que es la administración de medicación, o sea el trabajo de enfermería es como que una ya sabe, esta consiente de lo que tiene que hacer, o sea, el área te prepara para que vos tomes el paciente con prioridad, que vos digas, bueno me entran dos urgencias que voy a elegir, que voy a hacer una cosa, que voy a tomar después. O sino te dividís con tu compañero, y decís bueno y ahí trabajas.

(E) Cuando usted ha vivido una situación problemática, ¿cuál ha sido su reacción ante la misma? Ejemplifíquelo con una anécdota o relato breve.

(VS) A ver déjame pensar... dos pacientes simultáneos... puede ser, por ejemplo me entraron dos pacientes a la vez no, y una que había que tomar medidas de contención por que la paciente se tiraba de la cama, se arrancaba la ropa se... estaba totalmente desubicada y después teníamos paralela a ella una abuela desorientada que también se quería tirar de la cama y tuvimos que dividirnos y después con la ayuda de los médicos, maniatamos a una y después tuvimos que ocuparnos de la otra, como que nos repartimos así, no sé cómo te puedo redactar eh...Una era un cáncer y la otra era una abuela de 98 años.

(E) Está bien igual se entiende, que es como la situación de dos personas que están desorientadas.

(VS) Sí, encontrándome con lo que era en ese momento, tres enfermeros éramos en ese momento, uno de *triage* y dos acá que encima la que estaba conmigo no era del servicio.

(E) Ah... claro, claro.

(VS) No sé, si querés que lo redactemos,

(E) No, está bien porque se va transcribiendo igual tal cual.

(E) Mencione y ejemplifique cuales son las situaciones o sucesos que le provocan algún malestar.

(VS) Me pone muy mal los tiempos del camillero, que vos le des una alerta y tenés, podés decirle varias cosas, que vos tenés estudios pendientes que se hacer que a la guardia, podés decirle que tenés una urgencia, podés decirle que tenés que bajar a un paciente de un auto, que se encuentra mal, incapacitado de bajar, podés decirle lo que sea, que no viene con rapidez, o sea el estrés de la comunicación con el camillero es lo que más nos estresa a todos, tenemos que contar con la queda del que este de vigilancia para bajar a un paciente, porque no damos abasto nosotros, eh... puntalmente el camillero es lo que peor me pone y en segundo lugar que te podría decir, eh... sin no estoy con alguien de mi servicio que no haya estado acá y tenga que enseñarle a alguien nuevo, eso me estresa muchísimo porque tengo que tener en cuenta muchas cosas, porque a la mañana por ejemplo se arma la guardia, se arma dentro del contexto de lo que es farmacia y lo que es insumos y esterilización, eso ya te requiere un enfermero que se va, otro que queda o los tiempos para irnos a desayunar y el *vorágine* de la llegada de las indicaciones, que te llama el pediatra que te llama el traumatólogo, que te bajan a recuperar pacientes del sector piso y tenés que estar, sos un pulpo en un momento, sos un pulpo tironeado por todas partes

y la persona que esta nueva que se debe querer matar no? Porque es horrible, está preguntándote todo y no sabe cómo abordar cada problemática.

Te bajan tres ambulancias a la vez, donde los ponés eh... que atender primero, te bajan tres, dos ambulancias, ponéle dos, te ingresan un pediátrico de urgencia, como nos ha pasado, cosas así. No sé, si te soy clara Ce.

(E) No, si sí.

(E) ¿Existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que pueden presentarse? De algún ejemplo.

(VS) No, o sea, ahí hay criterios hay... vos te basas en cómo te formaste, yo creo que cada servicio tienen un entrenamiento, no ¿el que está en la guardia, el que está en la UTI para la UTI, quirófano, los pisos, es como que vos aprendes con el tiempo con el estar en el servicio manejarlo y eso te da cierta agilidad y entonces no es que te bajan una normativa y decir bueno, vos tenés que hacer tal cosa ante cualquier adversidad, porque pueden pasar muchas cosas, que te quedes sin medicación, que no pasa pero que te quedes sin medicación o que... no se pueden pasarte muchas cosas que nadie te dice lo que tenés que hacer, no sé, vos vas resolviendo.

(E) ¿Tiene algún problema de salud que atribuya a su desempeño laboral? ¿Siente que algo cambió en su salud a partir de su ingreso laboral como profesional enfermero?

(VS) Si, cambio mi carácter.

(E) ¿Hace cuantos años trabajas en la guardia?

(VS) En la guardia 12.

(E) ¿Sentis que la VS que eras antes a la que es ahora cambio?

(VS) Mi carácter, mi impronta cambio. Si, lo físico engorde, pero no sé si tiene que ver con esto. Mi impronta si cambio mi carácter, más rígido más dura. Tengo muy buena relación con los pacientes, pero me cuesta la relación con el familiar, pero bien, pero si tengo que discutir nunca con el paciente, podré tener una diferencia de palabras con el familiar alguna vez, pero no con el paciente, jamás.

(E) Bien.

(E) ¿Qué piensa usted acerca de la “imagen social” del enfermero? Dicha profesión en el relato anterior está asociada a un acto de entrega y vocación.

(VS) Y si, enfermería es una profesión muy amplia, esta como media, descalificada, yo me acuerdo cuando empecé a estudiar lo primero que me dijeron que era una profesión, no reconocida, yo creo que la gente no sabe muy bien que es lo que hacemos y no nos reconocen como tal, creen que lavamos culos, que tomamos signos vitales pero no saben ni para que, ni por qué, yo creo que nosotros hemos ganado terreno en el campo de la medicina que nos capacitamos, que estamos a la altura de hasta de dar una opinión para un diagnóstico, eh... resolvemos cosas solos, eh... nos ocupamos del paciente las 24 h, del día, sabemos que le pasa, que no, como pasarle la medicación, porque hay pacientes que hasta la ranitidina les duele que le pases, o sea, conoces al paciente en la totalidad, creo que la enfermería es un campo mucho más amplio de lo que se ve y de lo que te enseñan, yo creo que la enfermera, o enfermero ¿no? hablo en general, es una pieza fundamental en la recuperación del paciente, te diría la más importante te diría porque si la enfermera no cumple con un tratamiento correctamente en tiempo y horario y dosis correcta, no hay paciente que se pueda recuperar.

(E) Bien.

(E) ¿Crees que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera? ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(VS) Y, a veces uno diría yo haría tal cosa no, que se yo como el tema de los camilleros, la relación médica-enfermero, yo creo que el médico a veces siente un poco intimidado por el enfermero y a veces toma cierta distancia, a veces no, o sea cuando no saben se acercan, cuando saben te excluyen es un poco contradictorio. Emm... Repetite la pregunta Ce.

(E) ¿Crees que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera? ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(VS) No, muchas veces no, muchas veces no, es como te digo, nosotros aprendemos a resolver las cosas, las resolvemos nosotros, no salteándote tus superiores no, mismo tenés que comunicar a tus superiores de tal o cual decisión o momento eh... Qué se yo algún evento que haya surgido en tu horario o alguna disputa con algún médico. Eh... sí, pero a veces no te dan la solución, a veces no importa como vos ves las cosas o como reacciones, sino que es según el escalafón en el que te encontrás para resolver tal o cual cosa, no tenés

mucho poder decisivo, tenés mucha gente en quien delegar tu problema y a veces hay tanta gente que por ahí no llega a manos correctas y no se resuelve que se yo algo así.

(E) ¿Qué cambios corporales y mentales usted ha percibido a partir del ingreso en este espacio laboral? ¿Usted ha padecido alguna patología derivada de su actividad laboral?

(VS) Si, tuve hipertensión emocional, el año pasado tuve y bueno después lo trabajé por supuesto hice un tratamiento y nada no tomo medicación, no tuve más hipertensión, pero hice un pico hipertensivo importante.

(E) Y alguna otra carpeta o ART

(VS) No, me la banco y pongo el lomo (risas).

(E) Cuando presenta alguna problemática ¿Cuál es la actitud de sus compañeros frente a posibles accidentes, malestar laboral, estrés, entre otros? Ejemplifique.

(VS) La actitud con mi compañero por ejemplo, siempre es tranquilizarme si me despolarizo, si es necesario me apoya o si no me pone un límite en mi caso, ambos, es reciproco, si hay apoyo, a la hora que queman las papas para todos queman para todos, pero siempre es cuando hay un problema generalizado todos nos unimos, pero cuando hay un problema con un servicio en sí, tratamos de respetar, sea administrativo o médico, bueno si es médico ni nos metemos no, pero en lo que es enfermería, yo siento el apoyo con mi compañero totalmente.

(E) En sus contenidos curriculares dictados durante la carrera y durante la práctica profesional ¿considera usted necesaria la capacitación referida a los posibles accidentes y malestares laborales, así como grupos de contención que aborden dichos conflictos?

(VS) A mí me gustaría que haya un psicólogo y que dos por tres nos psicoanalice, nos qué se yo, que haya ponéle un lugar donde uno pueda ir y plantear algo a una sola persona, no para que te lo resuelva, sino que te de las herramientas para poder resolverlo, que se yo, a veces cuando nos despolarizamos nos desborda el trabajo estaría bueno que la clínica haga, porque hay gente que vos decís ¿está trabajando esta mujer? siendo así o asa o lo que fuere o yo misma sentirme a veces agotada del trabajo y no tener las respuestas y a veces tu compañero está en la misma *vorágine* que vos y se lo contás a otra persona por ahí cercana, por ahí bueno ya, se... se te va pasar o bueno es porque te levantaste mal o lo que sea, estaría bueno alguien neutral que... Estaría bueno un departamento psicológico.

(E) Y en lo que es la capacitación ¿vos recibiste alguna capacitación que te digan, mira la guardia va a ser así, antes de trabajar en la guardia, que es los riesgos que corres o sea los accidentes laborales?

(VS) No, o sea cuando yo pase acá la supervisión era micro o sea era mucha más chiquita de lo que hay hoy, yo me acuerdo de que me dijeron lo que era la guardia, así por arriba, pero lo que es transitar la guardia lo transité sola.

(E) Y en lo que es la facultad, la formación, nada.

(VS) No, vos sabes que la guardia es un lugar de emergencia nada más, después no te dicen lo que vas a vivir o sea lo que vos te imaginas, pero no hay nada que te diga que te va a pasar o por lo que vas a pasar.

(E) Tampoco en tus prácticas, tus docentes, no pudieron recorrer la guardia de algún hospital.

(VS) No nosotros en el hospital no fuimos a la guardia ni del materno ni del HIGA en su momento.

(E) Bien, bueno.

(E) O sea que cuando vos ingresaste eso lo viste en el trabajo en guardia.

(VS) Exacto.

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

(VS) Estar cansado y quejoso es el que las cosas no se resuelven dinámicamente, como que reincidís en la misma problemática todos los días, por ejemplo en mi caso es el tema del camillero y el tema de farmacia, que farmacia se equivoca a la hora de mandarte las cosas o te manda de menos o no te manda tal o cual cosa, entonces tenés que controlar ampolla por ampolla eso te cansa, te forma una monotonía y te forma malestar, contar todos los días el carro de paro y los alcaloides porque siempre falta algo y tenés miedo de abordar la guardia y que te falte alguna cosa y no puedas resolverlo por eso que te falte , eh... particularmente eso, el camillero y farmacia es lo que más malestar nos genera a nosotros y por ahí el desborde de la parte administrativa que viene porque le falta la contención y viene y te dice, ¡hay una urgencia! o hay lo que sea. No hay un ponéle, que se yo, son los menos no, pero esas tres cosas puntualmente.

(E) En cuanto a lo que es secretaria también, vos decís lo que es contención en ellos, te sentís como que de alguna manera tenés que contener a lo que es tus compañeros de administración.

(VS) Si, Si.

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería? ¿Cree que esta situación puede estar generando algún tipo de manifestación en su salud? Actualmente.

(VS) La distribución de la guardia, en este caso la distribución.

(E) ¿Física?

(VS) Física, institucional, edilicia seria, la distribución que le han dado a la guardia es pésima, porque el área que tiene que ser crítica, micro cerrada para que vos puedas trabajar con el paciente con la total privacidad, que merece el paciente y vos trabajando con el médico, no la tenés, tenés el pasaje de la ambulancia ambulatoria todo el tiempo, el laboratorio, las chicas del laboratorio y los pacientes que a partir de las doce y media hasta las cuatro entran al servicio constantemente, tenés cortinas, o sea qué se ve, eh.. Qué se yo, la parte edilicia. Porqué después tenemos todo para trabajar no es que nos faltan cosas, faltarían detalles, como monitores un poquito más modernos, que no pesen tanto que no tengas que poner la mesa de comer para poner un monitor, pero o sea teóricamente es la parte edilicia la que nos dificulta trabajar con más privacidad, más cómodos.

(E) Vos como pensás que podría ser una estructura edilicia correcta como para que vos digas, bueno acá podría trabajar dentro de todo bien o sea aparte de eso.

(VS) Claro, una privacidad, *box* cerrado, no cerrado del todo sino que vos puedas cerrar una puertita o una cortina y no te vea nadie y le tengas que decir al paciente, bájese los pantalones, la bombacha, le tengas que poner una chata, higienizarlo, bañarlo, poner una sonda vesical eh... si la distribución si es un área cerrada de la guardia que es la parte de reanimación del *Shock Room* más las camitas más complicadas, que sea solo entrada nuestra ,no entrada del público ,ni del pasaje de las ambulancia o sea una no pretende vivir en los lujos, sino que lo poco que tenemos, lo tengamos de forma correcta.

(VS) Tener un Shock por lo menos cerrado.

(E) Cerrado, cerrado para solo el personal.

(VS) Claro.

(VS) Personal del laboratorio, no gente que va al laboratorio y tenga que pasar por acá adentro y vea todo lo que nosotros estamos haciendo con los pacientes y todo eso. Tener un *office* de enfermería, nosotros no tenemos un *office* de enfermería acá o un lugar donde preparar medicación, comentar algo de algún paciente y que el paciente no lo tengas acostado al lado tuyo, porque nosotros tenemos los pacientes ahí, y los paciente escuchan todas nuestras conversaciones, porque no hay un lugar donde estar, donde preparamos medicación es el mismo lugar que esta el paciente

(E) Cuando hay, por ejemplo, un paro o alguien que entra en paro vos tenés que acostarlo en la camilla del *Shock Room* como es esa situación, como es la situación.

(VS) Es incomoda, sacas a los familiares que estén en las otras camas y trabajas, pones el micro biombo ese que tenemos y trabajamos y se escucha todo, los pacientes que están en las otras dos camas escuchan todo lo que nosotros hablamos si va bien, no va bien, si estamos haciendo bien las cosas o lo que fuere o sea se trabaja bien porque la parte de la Dra. [REDACTED] que es de terapia intensiva que siempre nos toca con ella se coordinan bien con la gente de coordinación de guardia y la parte médica, nosotros trabajamos bien en la urgencia como compañeros pero siempre pasan cosas en una urgencia, hay desprolijidades del momento porque son muchas cosas las que hay que hacer a la vez, esas cosas no tienen por qué escuchar las personas que están acostadas, eso la parte de la privacidad, que no tengas la privacidad que necesitas.

(E) Consideras que eso también podría afectar en lo que es el paciente que está al lado está escuchando, que también esta con una patología.

(VS) Tal cual, la visión que le queda de la clínica, la visión que le queda del trabajo que uno hace acá.

(E) Bien.

(E) ¿Algo más que quiera acotar ala que s tú trabajo en guardia que vos sientas que aparte o un porte o algo como que vos digas por ahí esto, o algo bueno o algo positivo?

(VS) Yo pondría un camillero solo para guardia que quede acá físicamente, pondría una chica de limpieza físicamente acá y después em... gente que este capacitada para estar, que esté capacitada, o sea, que conozca el servicio que haya tenido la posibilidad de venir con uno de nosotros con los dos, pero como tercera persona para poder aprender y no que venga nueva y se desayune con todo este quilombo. No que venga como enfermera directo, sino

que sienta el apoyo de alguno de nosotros de los dos y que pueda ir aprendiendo la agilidad y la dinámica de la guardia, eso aportaría que es lo más.

(E) ¿Algo más?

(VS) Si, que alguien se ocupe de la medicación, no la parte modificar un poco la parte de farmacia para que funcione de otra manera que no tengamos que renegar tanto por lo que falta por lo que no falta, precintar el carro de paro y usarlo solo para la urgencia.

### **Entrevista N° 6 ER**

(E) ¿Qué aspectos de la dinámica institucional usted cree que puede influir en la aplicación de los cuidados?

(ER) Por empezar el *triage* este programa que se armó a través del ministerio de salud nosotros acá derivamos a los pacientes por el grado de complicación entro ,ejemplo si viene un paciente que lo puedo dejar esperando en la sala lo dejo con un si viene un paciente con una gravedad que puede llegar a hacer una convulsión con un código ama...rojo que lo atienden ahí en el *Shock Room* pasa directamente y el otro que da esperando luego tenemos unos espacios en las camas que no me parece que no está bien que no tenemos una visión completa de los pacientes que están las camas o sea si vamos a la parte digamos de infectología si es una barrera para los gérmenes, los virus cruzados o sea a la vez no tenemos no está diseñado como para una guardia de emergencia con lo que implica lo que es la guardia del materno infantil y la zona para poner cuatro camas que a veces tenemos la mitad de los chicos sentados en sillas porque no dábamos a vasto con las cuatro camas

tenés cuatro chicos y no como que no falta espacio quizás si eso hubiese sido vidrio eso y no pared estaría perfecto.

(E) ¿Cuándo usted ha vivido una situación problemática cual ha sido su reacción ante la misma? Ejemplifique.

(ER) Una situación problemática un día ejemplo que vino con una chiquita que se ahogó supuestamente y vino con la madre la madre vino muy muy alterada obviamente la abuela se alteró con la madre y después vino la madre a querer matar a la madre y después vino el padre queriendo matar a la madre eso paso lo que es dentro de lo que es adentro de la institución y eso género no solamente problemas tenemos ahí tres problemas porque tuvimos que proteger a la madre después del dolor de su hijo entonces eso fue muy problemático porque tuvimos que llamar a gente que nos apoyara.

(E) Mencione y ejemplifique cuales son las situaciones o sucesos que le provocan malestar?

(ER) Y... un malestar en la institución podría ser este... eh... en la institución no veo malestar el único malestar que puedo tener es no poder resolver un problema inmediato que tiene el paciente por falta eh, por falta de algo, pero la mayoría de las veces se cubren las necesidades de los pacientes.

(E) Bien.

(E) Existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que puedan presentarse? Ejemplifique.

(ER) Si! ¡Si existen! Existen tenemos muchos mecanismos, muchísimos mecanismos.

(E) Tiene algún problema de salud que atribuya su desempeño laboral.

(ER) Si! ¡Si tengo! Tengo tendinitis, problemas de columna a veces mucho cansancio, son muchos días trabajando.

(E) Siente que algo cambio en su salud desde su ingreso laboral como profesional enfermero?

(ER) Si! También influye mucho.

(E) ¿Qué piensa usted acerca de la “imagen social del enfermero”? Dicha profesión en el relato anterior está asociado a un acto de entrega y de vocación.

(ER) Yo creo que un 70% si es vocación un 70%, y el otro 30% bueno tenemos que vivir como vivimos todo el mundo. Este es un trabajo que está mal reconocido y visto.

(E) ¿Cree que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera?

(ER) ¡Si! Si, sí. Están muy equipadas acá para resolver situaciones problemáticas.

(E) ¿Hasta qué punto esta relación puede ser conflictiva?

(ER) Eh... hay un punto en que puede llegar a ser conflictiva cuando uno brinda y llega momento que no puede brindar porque no tiene ya se terminó y... se crea un conflicto ahí porque la mayoría piensa que vos das una vez y tienen el derecho a volver a pedir.

(E) Bien.

(E) ¿Qué cambios corporales y mentales usted ha percibido a partir del ingreso a este espacio laboral?

(ER) ¡Cambios corporales si la vejez! ¡De tantos años! Y después bueno como te decía la parte psicológica influye muchísimo porque uno termina muy estresado en una jornada de mucho trabajo, de muchísimo. Esta es una institución muy grande.

(E) La misma pregunta: ¿usted ha padecido alguna patología derivada de la actividad laboral?

(ER) Si, si, tendinitis. ¡Este obviamente porque trabajamos con las manos así! Y después vienen las famosas alergias a todo lo que es medicamento.

(E) ¿Cuándo presenta alguna problemática, cual es la actitud de sus compañeros frente a posibles accidentes, malestar laboral, estrés, entro otros? Ejemplifique.

(ER) Nosotros nos apoyamos somos un grupo que nos tenemos que apoyar, nos tenemos que ayudar mutuamente para poder sacar adelante lo que es esto, más que nada la parte humana de compañero está pasando en ese momento algo que le moleste.

(E) En sus contenidos curriculares dictados durante la carrera y durante la práctica profesional, ¿considera usted necesaria la capacitación referida a los posibles accidentes y malestares laborales?

(ER) Si, necesitamos capacitación y apoyo.

(E) ¿Así como grupos de contención que aborden dichos conflictos?

(ER) Si. mucho apoyo.

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

(ER) Una carga horaria más de la que tendríamos que trabajar, a veces mal pagos y a veces no poder cosas en el trabajo, esto es muy dinámico va cambiando minuto a minuto. ¡Ni siquiera día a día, minuto a según a segundo va cambiando!

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería?

(ER) ¿Un factor? ¡Creo que no!

(E) Y la misma pregunta: ¿Si cree que esta situación puede estar generando alguna manifestación en su salud?

(ER) Si chicas. La manifestación de siempre uno llega a su casa con mucha carga mucho. ¡Y más en una guardia! Uno llega muy estresado muy cansado, eso influye en el grupo en un grupo familiar, la atención del paciente es compleja.

(E) Y la última pregunta: ¿Algo más que quieras acotar?

(ER) Bueno que esto es una profesión a pulmón, y poner, ¡poner! Lo que es uno y después viene lo otro el tiempo sabrá valorar nuestra profesión que se yo que van a venir grandes cambios para enfermería que nos merecemos ser reconocidos, sobre todo.

(E) Gracias. Una genia.

### **Entrevista N° 7 ML**

(E) ¿Qué aspectos de la dinámica institucional usted cree que puede influir en la aplicación de los cuidados?

(ML) Acá te había comentado por el tema, el ejemplo del tema de las camas de cómo está ubicado todo, que ahora en este momento esta parte que es nueva como ves han puesto mamparas y han dividido las camas para que haya un poquito más de privacidad entre cama y cama. Pero, lo único, nos han disminuido un poquito el espacio, por los mobiliarios, pero esto, esta todo bastante bien distribuido.

¿Cuándo usted ha vivido una situación problemática, cuál ha sido su reacción ante la misma? Ejemplifíquelo con una anécdota o relato breve.

(ML) Eso, si: la problemática es que... uno de los problemas que tuvimos acá es eso, vivir las situaciones del padre. Tenés que poner en la situación de ellos. Ellos están nerviosos, y que muchas veces no comprenden ellos que o que tiene su niño no es una emergencia, pero

ellos quieren que lo atiendan ya y muchas veces vienen, te insultan, te maltratan, porque para ellos lo único que les interesa es su hijo por más que venga un niño peor atrás. Muchas veces cuesta mucho hacerle comprender a un padre eso y es una situación, viste, media complicada. Encima, por ejemplo, nosotros en enfermería hacemos *triage* donde lo evaluamos primero al niño, nosotros vemos la urgencia, si es necesario se prioriza y sino viste, continua por orden de llegada y a muchos padres no les gusta eso. No les gusta que lo dejen, ellos quieren que pasen y los vea directamente el médico y a veces, una vez que ya lo pasaste por el *triage*, vuelven y te empiezan a maltratar porque ellos quieren que, así de rápido como lo atendimos nosotros de repente lo atienda el medico; y el medico tiene sus otros tiempos. Y viene a nosotros y nos maltratan, pero después cuando van al médico, no dicen nada viste, y eso son cositas, viste, que medio como que te chocan. Salen del médico, vienen acá y quiere que lo atiendan ya de vuelta. Es así ¿o no?

(E) Mencione y ejemplifique cuales son las situaciones o sucesos que le provocan algún malestar.

(ML) Eso que te acabo de contestar. Ah no tenés razón, eso te lo estuve contestando hace un ratito, pero no importa. No, no. Una de las situaciones que te provocan malestar, por ejemplo, es cuando: si bien son chicos que también tiene que aprender y tienen que aprender el manejo, por ejemplo, los residentes nuevos vienen con todos sus miedos y quieren trabajar la guardia de otra manera, la guardia de emergencias de otra manera. Vienen de estar en el piso, están en el piso, haya manejan las cosas de otra manera, otros tiempos, horarios, todo eso. Acá en la guardia no tenemos horario, no tenemos. Es todo a demanda, hay mucho trabajo, trabajamos todo. A veces no hay trabajo, ahora por ejemplo tengo tiempo, pero no es todo el tiempo así. Hay a veces que estamos que nos hemos pasado guardias enteras sin hacer casi nada, peleándonos para atender la puerta y hay días donde no nos hemos ni sentado. Pero en realidad la situación que te molesta es eso. Que a veces el miedo de otros te entorpece un poquito en o que vos querés hacer o en lo que tenés que hacer. Cuando ya te mandan un chiquito, que ya le empezaron a explicar, por ejemplo, tiene un corte y le dijeron “no, porque hay que hacerle puntos” y en realidad no hay que hacerle puntos, a veces con un *hypafix* es suficiente y no tenés que andar pinchando al chico porque ya vienen, el familiar ya viene con la explicación de que se supone de que le tenés que hacer puntos y en realidad, nosotros de hecho, dejamos que venga el cirujano y lo

evalué. Pero normalmente a veces cuando es algo muy superficial, directamente le ponemos un *hypafix* nosotros y no pasa nada, ya está. No es necesario pinchar a chico, pero viste, siempre te marcan que el pediatra le dijo esto. Y no, anda que te lo va a ver el cirujano, es la realidad y punto, ya está.

(E) ¿Existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que pueden presentarse?

(ML) Cada problema tiene una solución, pero no está establecido, es decir, hay cosas que si, por ejemplo, que se yo, faltan jeringas: sabemos que las tenemos que ir a pedir a farmacia. Pero hay problemáticas que no, porque son problemáticas de momentos, de que suceden, como, por ejemplo, algunas problemáticas son, por ejemplo, viene alguien que es agresivo o a ver, viene un chiquito que es un paciente de psiquiatría y te rompe todo; es una problemática por el chico porque no lo podés sujetar, tenerlo atado. Está completamente excitado y entonces, una problemática es tratar de contenerlo sin tener los medios. O sea, tanto legales como físicos, por así decirlo. Nosotros hay cosas que no podemos hacer, yo no puedo decidir/decir hay que hacerle, al chico este, hay que mandarlo, a un lugar especial, no porque después viene y en realidad dicen “ah no dale una pastillita” viene el especialista obviamente, viene el psiquiatra y lo trata y después se va tranquilo el chico, pero de movida tenemos que aguantarnos toda la problemática nosotros de que nos rompa todo, por así decirlo. Y tenés que dejarlo, no le digas nada porque no se puede.

(E) ¿Tiene algún problema de salud que atribuya a su desempeño laboral? ¿Siente que algo cambió en su salud a partir de su ingreso laboral como profesional enfermero?

(ML) No, no. En ese sentido no. Yo, por ejemplo, en mi caso, no. De mi salud no, sigo siendo el mismo de siempre.

(E) ¿Qué piensa usted acerca de la “imagen social” del enfermero? Dicha profesión en el relato anterior está asociada a un acto de entrega y vocación.

(ML) Mira, yo pienso que, por ejemplo, yo pienso que para hacer esto te tiene que gustar. Tampoco es el exagerado de decir, que muchas cada vez que hablan, dicen “ay no, yo porque yo amo esto” mentira, esto te gusta o no te gusta. Amar, se ama a los viejos, pero la vocación es que te guste hacerlo. Si es que te gusta hacer este trabajo, sino yo pienso que no aguantas, no podrías aguantar muchos años. Si no te gusta, vas a estar un tiempito y te vas a terminar yendo solo. No hace falta nada más.

(E) ¿Cree que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera? ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(ML) Herramientas... y por ejemplo, esta institución por ejemplo, las instituciones públicas tenemos herramientas pero son escasas por así decirlo, más allá del instrumental, estamos hablando de otros aspectos también, por ejemplo lo legal, que a veces tenemos, nos juega en contra la parte legal a nosotros que a favor, o sea, nosotros, yo como enfermero, muchas veces en la parte legal, nunca tenemos del todo la razón y no hay nada que nos proteja demasiado. Nosotros, a veces, en la parte legal no nos sentimos muy protegidos. Nos tenemos que andar cuidando de cualquier cosa porque ha pasado que, por un ejemplo, le decís “buen día” a alguien y no le gusto como le dijiste buen día, va y te hacen una nota y a vos te hacen problema ¿entendés? Pero cuando vos haces, te sale que hiciste algo mal, te viene todo el rigor de la ley por así decirlo, y es un problema porque cuando haces algo que fue bueno, no es reconocido. Son cosas que pasan en esta profesión, y en los demás no sé. Pero en enfermería pasa mucho eso.

(E) ¿Qué cambios corporales y mentales usted ha percibido a partir del ingreso en este espacio laboral? ¿Ha padecido alguna patología derivada de su actividad laboral?

(ML) No, en mi caso no, patologías no. No, esto (señala su pierna) fue un accidente yendo a trabajar, no fue en el trabajo en realidad. Yo estuve accidentado. Yo era loco de antes, era loco así nomás. Siempre fui igual.

(E) Cuando presenta alguna problemática ¿Cuál es la actitud de sus compañeros frente a posibles accidentes, malestar laboral, estrés, entre otros?

(ML) Y los compañeros, hay cosas que te provocan malestar, preocupación a veces, no es una actitud. Porque de repente, uno puede estar preocupado, por ejemplo, nosotros el accidente laboral más común es pincharte con una aguja, por ejemplo. No pasa seguido, pero vos te pinchas con una aguja y empezás con la preocupación si te cubre, si no te cubre, si ya empezaste con el tratamiento, después ya te ves todo lo que viene después. Que te van a estar viniendo a sacar sangre durante un año y, sin embargo, en definitiva, vos tenés que seguir con tu vida normal laboral, aunque te tenés que cuidar de todo. Son cosas viste, siempre te da un poquito de incertidumbre lo que pueda llegar a pasar o no. Esto, si por ahí andas un poco preocupado. Que se termina cuando te dicen “no pasó nada”. Cuando

comentas eso, es un comentario donde cada uno tenemos una opinión normalmente, casi todos piensan lo mismo. Cuando te pasa algo, parece como todos tenemos la misma preocupación y, más allá si sea uno o un compañero, cuando yo me accidente, todos mis compañeros estuvieron preocupados.... De hecho, estaban siempre pendiente de como la pasaba. Es más, me parece que, por ejemplo, yo la única que ves que me vieron lagrimear fue la vez que vine en silla de ruedas acá. Me emocione cuando entre a la guardia, pero bueno, es algo que me gusta. Y las problemáticas las charlamos entre todos, nosotros no tenemos pelos en la lengua, a ver, nosotros discutimos, parece que nos estamos sacando los ojos, pero estamos tomando mate y termino la discusión y seguimos la vida normal, no es que nos quedamos con la idea de que “no esté está mal”.

(E) En sus contenidos curriculares dictados durante la carrera y durante la práctica profesional ¿considera usted necesaria la capacitación referida a los posibles accidentes y malestares laborales, así como grupos de contención que aborden dichos conflictos?

(ML) Si, eso es algo que hemos tratado, por ejemplo, allá, del otro lado. Hemos tratado de que siempre, se trata de cuando se han quejado, por ejemplo, de algún compañero que, que se yo, cualquier persona ha tenido, viste, el “día extraño” o el “día loco” como le digo yo. No es que uno sea loco, pero tiene un día que cualquiera tiene un día malo en la vida, de repente está en el trabajo o está en casa, en cualquier lado. Lo que pasa que, por ejemplo, en el trabajo parece que no se permite que uno este mal. Entonces, encima siempre vienen las quejas, y esas quejas te dicen “ah pero vos hiciste esto, hiciste esto y no hiciste nada para solucionarlo” realmente una de las preocupaciones o una de las preguntas que hicimos “por qué” en nuestro grupo de enfermería tenemos, ósea que, más allá de que tengamos buen sueldo, mal sueldo y más allá de lo económico, que por qué no tenemos, por ejemplo, una terapia en grupo o individual para poder, a veces, nosotros descargar las cosas que por ejemplo, nos preocupan, o sea, no tenemos un lugar (ni lugar ni tiempo) para que nosotros descarguemos todo. Para que expongamos, no problemas, en definitiva, a la larga pueda ayudar un poquito a resolver muchas cosas de acá. En este caso se evitarían un montón de carpetas psiquiátricas acá, para mi modo de pensar.

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

(ML) A veces estamos sobre pasados de trabajo. Yo me puedo quejar por algo, que estoy cansado, sí. Porque estoy cansado y obviamente me quejo, tengo mucho trabajo y somos pocos para hacer todo el trabajo. De hecho, a mí me ha pasado acá de haber estado solo las seis horas de trabajo de guardia, atajando todo lo que venga, me ha pasado a mí. Como también me ha pasado lo contrario, que hemos sido tres o cuatro y con poco trabajo. Pero lo que a veces nos sobrepasa es el exceso de trabajo que eso no se puede trabajar, eso es algo que si la gente se enferma viene. Eso no se puede manejar, no es que vos decís “bueno vos andate para allá, vos andate a la salita, vos andate al otro hospital” no, acá es todo a demanda, es así. Por ahí tenemos, como te comentaba hoy, momentos en los que son de ocio, pero también tenemos momentos de mucho, digamos, con un poco de estrés porque al final, uno con el afán de querer cumplir con todo, se empieza a agotar un poco, viste, porque vos no es que vas donde yo trabajo a mi ritmo, acá no podés hablar de un ritmo porque el ritmo te lo da la situación misma. No es lo mismo decir, trabajar y decir “ah no dale, que se yo, cinco centímetros de jarabe (cualquier tipo de jarabe) a un niño” que es algo chiquitito, que no pasa nada, no es de urgencia, que, por ejemplo, estar en el *shock room* con un paro. Un chico en paro que tenés que estar ahí, hacer todo lo que puedas lo más rápido posible, tranquilo pero rápido, pero medio que es un poquito “el tranquilo no existe”.

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería? ¿Cree que esta situación puede estar generando algún tipo de manifestación en su salud? Actualmente.

(ML) Repítamela porque no entendí muy bien esa.

(E) Si hay algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería y si cree que esta situación puede estar generando alguna manifestación en su salud.

(ML) No, mira, factores que contribuyan a una inadecuada, o sea, a hacer cosas en forma inadecuada, hay factores, como, por ejemplo, nos ha pasado a veces que hay falta de materiales. Pero ya que influya en la salud, no, no porque uno sabe, si uno esta consiente en donde esta y como son las cosas... no te tiene porque afectar en realidad. Por ahí si uno reniega un poquito, sí, todo el mundo reniega, pero para mí pensar en que me está

afectando...no, no creo. No, no, en mi caso, pero hay muchos que sí, que lo toman de otra manera que si les afecta. Pero en mi caso, no, no.

(E) ¿Algo más que quiera acotar?

(ML) Muchas gracias

(E) Gracias a vos.

### **Entrevista N° 8 FL**

(E) ¿Qué aspectos de la dinámica institucional usted cree que puede influir en la aplicación de los cuidados?

(FL) Ejemplo, si hay el número de personal, porque si hay menos personal no se va a poder brindar los cuidados, según la emergencia también, porque también el tema de que si hay el *triage* es importantísimo también porque si hay muchos pacientes en situación de urgencia. Ejemplo vos tenés cinco enfermeros y tenés tres urgencias tenés un enfermero por cada urgencia y a veces capas que necesitas dos enfermeros en una urgencia y no podes brindarle cuidados al resto y tampoco podes peligrar la vida de una persona en una urgencia, entonces el número de enfermeros es un problema, porque tenés que tener para mi mucho número de enfermeros para estar preparados, pero tampoco les sirve y a veces piensan las altas autoridades de jerarquía que es una pérdida de insumos tener cinco

personas mirándose las caras cuando no hay una urgencia pero después cuando explota la guardia hay problemas.

(E) ¿Cuándo usted ha vivido una situación problemática, cual ha sido su reacción ante la misma? Ejemplifique con una anécdota o relato breve.

(FL) Eh... Mira tuve situaciones de urgencia *heavy* eh... cuando vino una persona de 50 años con un ACV eh... la persona estaba disártrica, pero bueno era lucida eh... me hizo el ACV completo en la cara eh... y si sentí una situación, porque pensé que podía ser mi viejo, entonces actué como debo actuar siempre en la urgencia, rápido hice el electro, tome la presión, lo conecte y bueno la satisfacción de poder brindar los cuidados óptimos en el momento y también un señor del ejército que hizo un infarto agudo de miocardio también se descompensó completo y bueno ahí tuvimos que actuar rápidamente y bueno bajo a hemodinamia. Y una chica joven de 19 años que hizo un paro cardiorrespiratorio y bueno también uno que no es tan urgencia pero en el piso, una chica de neurología que tuvo un cáncer en el cerebro le sacaron un tumor y después la subieron al piso, hizo una descompensación y un paro respiratorio y también la chica después me agradeció el tiempo y también ahí son como por que vi muchos pacientes, pero momentos específicos en los cuales vos decís bueno eh... son momentos difíciles pero también son gratificantes por que los sacas viste.

(E) Mencione y ejemplifique cuales son las situaciones o sucesos que le provocan algún malestar.

(FL) Y a veces un malestar en la urgencia, es lo que no es una urgencia y el demandante es tanto el familiar o el paciente. Ejemplo; tenés un paciente con un edema agudo de pulmón, es una urgencia tienen que esperar todos, y viene una paciente porque tiene cierta obra social y te pone una receta y te dice quiero una intramuscular ahora porque tengo dolor entendés, y no yo tengo que atender al paciente que tiene un edema agudo de pulmón, se enojan con vos porque no lo atendés y te hacen una nota por mala atención, no es así, vos tenés que usar el *triage*, ese paciente es un rojo y el paciente del dolor lamentablemente no tenía ni un músculo accesorio ni nada que tenga un dolor 10 y en ese caso entre el edema agudo de pulmón y el dolor yo voy a elegir el edema agudo de pulmón por que peligra la vida de la persona, entonces esas cosas y que te maltraten y te traten mal son las que te generan un malestar.

(E) ¿Existen los mecanismos establecidos para dar respuestas a las situaciones problemáticas que pueden presentarse? De algún ejemplo.

(FL) No, no porque generalmente no hay un jefe que te solucione las cosas. Ejemplo; si viene un paciente agresivo o algo, seguridad a veces no está, no te lo sacan em... sí... no estas desprotegido cien por ciento, no... no puedes a veces solucionar cosas problemáticas que te vienen tanto en agresividad como a veces en temas de urgencia como de gravedad. Ejemplo tenés tres urgencias juntas y como haces para también aplicarlas al mismo tiempo, ahí tenés que utilizar el *triage* y el que se salva, es el que se salva.

(E) ¿Tiene algún problema de salud que atribuya a su desempeño laboral? ¿Siente que algo cambió en su salud a partir de su ingreso laboral como profesional enfermero?

(FL) No, lo que tengo em... una rotura de menisco interno eh... la rodilla y una lumbalgia, pero no por mala fuerza sino por estas cosas estos accidentes que a veces pasan que un paciente se cae o algo en la urgencia y lo tenés que mover y bueno son cosas que pasan. Eh... nunca presenté carpeta psiquiátrica, pero tuve momentos de crisis en la guardia que me hice un cambio de turno de tarde a la mañana estaba muy colapsado y que pensé y en toda esta desprotección que tuve tanto de mis jefes como de la gente que te maltrata, como que pensé en una carpeta psiquiátrica, pero bueno mi voluntad y mi desempeño por siempre querer sacar al paciente adelante y mi vocación me hizo seguir.

(E) Cuando sacaste en algún momento ART ¿te atendió el medico laboral de la institución? ¿Cuánto tiempo te dieron?

(FL) Si me atendió el médico de la institución, me dio un tiempo de un mes, pero quería obviar presión de que yo vaya y obvio que para mis supervisoras y jefas obvio no es que fue actuar, pero no valoran que una persona se pueda enfermar y menos mentalmente. Es decir, no pueden avalar que una persona puede estar sufriendo una enfermedad mental pueda estar en la guardia y conozco un montón de enfermeras, de hecho, una enfermera salió de carpeta psiquiátrica y otra que entra, no creo que sea el sector que más estrés haya pero es uno de los que más hay.

(E) ¿Qué piensa usted acerca de la “imagen social” del enfermero? Dicha profesión en el relato anterior está asociada a un acto de entrega y vocación.

(FL) Bueno mira entrega y vocación muy pocos enfermeros la tienen, yo porque tenía una vocación religiosa iba a ser cura y cuide muchos años a mi mamá porque estuvo enferma y

la cuide y por eso yo digo que lo mío es vocación porque yo cuando veo que un paciente o algo y el familiar está en proceso muriente yo lo acompaño en ese proceso y yo veo que a otros compañeros no les importa, no lo juzgó ni nada pero yo sé cómo soy y con respecto a lo otro que también está dentro de la pregunta cuánto tiempo de ART y si, lo que te dije un mes más o menos.

(E) ¿Un mes de ART que tuviste?

(FL) Si, un mes y me mejore un poco pero después también estoy con la rotura de menisco interno tengo una fajita que me pongo, pero eso ya está medio lesionado también por eso estoy estudiando otra carrera que es terapia ocupacional no porque no me interese enfermería sino porque enfermería es mucho cuerpo, mente, es todo.

(E) ¿Cree que la organización institucional aporta las herramientas necesarias para la resolución de problemáticas derivadas de la práctica profesional enfermera? ¿Hasta qué punto dicha relación puede ser conflictiva?

(FL) Creo que algunas soluciones dan y otras no, creo que em... creo que muchas no, por el hecho de numero de enfermeros por paciente, es decir, no me parece que, ejemplo, que en la guardia salgamos a otros pisos sabiendo que somos dos enfermeros en guardia que en un piso de 16 pacientes haya dos, ni tampoco me parece que sea normal que tenga ocho paciente un enfermero tampoco porque no es solo una cosa, porque a veces te demanda un paciente lo que te demanda mucho más que uno, tanto como los cuidados enfermeros en higiene y confort, en colocación de acceso venoso, en contención familiar, en contención psicológica del paciente y creo que tampoco eh... creo que el hospital es mucho una explotación económica, más de lo que es brindar salud y atención porque acá llenan la guardia y llenan las internaciones y dan todo pero le piden todo, le hacen pagar todo, le quieren dar la misma internación en la guardia que si estuviera en el piso te explotan, la gente no se quiere internar en la guardia, entonces no creo que este organizado ni desde la secretaria hasta lo que es limpieza, falta gente en todos lados, es decir, no creo que este organizado.

(E) ¿Qué cambios corporales y mentales usted ha percibido a partir del ingreso en este espacio laboral? ¿Usted ha padecido alguna patología derivada de su actividad laboral?

(FL) Si la lumbalgia y eso, mental todavía no, pero si estresado, por más que haga actividad que estudio otra carrera em..., yo quiero el hospital porque a mí me gusta pero siento que

tanto el estrés, que te influye mucho el familiar por que viene re demandante, a veces piensan que esto es un supermercado, quiero un diclo, quiero un dexa, quiero esto lo otro, no es así, esto es un lugar donde se atiende una guardia donde viene gente compleja que viene a internarse, que viene a algo agudo a solucionarse, no es un *delivery*, es decir, esto es algo serio donde vos tenés que tener tu médico de cabecera. Mucha gente no tiene médico de cabecera, viene con una lumbalgia sin tratar para que le pongas analgesia, entonces también al pinchazo podemos evitar infecciones, y no, no les importa me pinchan de nuevo y después se van y te dejan el suero y la vía colgando, a veces te insultan, entonces creo que no, no es tan así.

(E) Cuando presenta alguna problemática ¿Cuál es la actitud de sus compañeros frente a posibles accidentes, malestar laboral, estrés, entre otros? Ejemplifique.

(FL) Bueno cuando presento alguna problemática, tanto problemática mía como de mi compañero todos tenemos problemáticas y eh... si yo le presenté una problemática, ejemplo mi jefe no me lo soluciona, el siempre ve el tema de su conveniencia, su insumo, de hecho te dicen ellos mismos te dicen, no ... no te autoexijas y cuanto te estas yendo te están llamando para que vos hagas extra, entonces creo que la problemática no se soluciona, la problemática se solucionaría teniendo más tiempo de dispersión, siendo más el personal que haya en los distintos lugares, dando distracciones, a veces hay días donde no tenés descanso de ocho horas en una guardia que te entran más de doscientas personas y mis compañeros están saturados como yo también y no hay una respuesta siempre dicen que ponen gente y la gente que ponen se va por que está cansada conocen otros lugares que tienen menos trabajo.

(E) En sus contenidos curriculares dictados durante la carrera y durante la práctica profesional ¿considera usted necesaria la capacitación referida a los posibles accidentes y malestares laborales, así como grupos de contención que aborden dichos conflictos?

(FL) Si, creo que sí, pero no la brindan, creo que hicieron un curso de ergometría que me parece que nadie viene a mirarte ni inspeccionarte, los elementos de protección no te los dan si vos no vas a buscarlos tanto la faja o algo tenés que ir vos a pedir por favor, las chicas que ingresan no les dan que son estudiantes no les dan y muchos casi todos los compañeros que conozco muchos tienen lesiones, entonces te exigen capacitación pero después no hay un mantenimiento, el jefe no se fija y muchas enfermeras tampoco la usan

, entonces es tanto como del jefe que no te cuida y tampoco uno se cuida entonces viste es como que el enfermero tampoco toma conciencia, pero tampoco lo ayudan.

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

(FL) Mira yo tengo una experiencia que yo veía, yo hice todos los turnos, y la enfermera de la noche se quejaba todo el tiempo porque le tocaban el timbre, porque eran pacientes que le exigían mucho, porque le faltaba el aire y en realidad no le faltaba y yo me quejaba de lo mismo y hace tres años que estoy, entonces no es que es la enfermera, es decir nosotros estamos para brindar, es decir nuestro objeto de estudio es el cuidado integral del ser humano y estamos tanto para cosas simples, como para no cosas simples, pero a veces el paciente se abusa y más del enfermero porque sabe que el médico, no tiene mucho trato humano y el enfermero si lo tiene, entonces el enfermero tiene más paciencia, más empatía, más escucha activa, entonces el enfermero se cansa que también venga el paciente perdón entre comillas pero con boludeces a cansarte, por que vos vas primero le decís no mira la curación de ulcera es así, la dieta para diabético es así, los cambios de postura son cada dos horas es así porque vos tenés que descansar en un lado y en el otro, y después vos ves ahí a la persona con lo mismo en dos minutos y ni te escucho, entonces, no aplica.

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería? ¿Cree que esta situación puede estar generando algún tipo de manifestación en su salud?

(FL) Repetime la pregunta

(E) ¿Existe algún factor que influya en una inadecuada aplicación de los cuidados de enfermería?

(FL) Eh.... sí mira creo que una de las cosas es que nunca tenemos concentración, tanto en los cuidados de hacer una higiene que vos estas cuidando la privacidad del paciente o haciendo un cuidado, vienen y te interrumpen, te abren la puerta los médicos, los

pacientes, los familiares, vos estas poniendo una vía y está un familiar al lado y no se va, no porque te vienen ellos y leen por internet que ellos tienen derecho, tienen derecho a permanecer y vos también intimidado por que en realidad vos sabes hacer los procedimientos sabes todo porque sabes que tiene que ir con un cuidado aséptico pero tenés la presión la mirada y el mal tomo del familiar o el mismo paciente que te dice... Sí, soy de quimio, no tengo venas ¿me vas a pinchar en la mano? y vos mismo le explicas y te cansas de decirle, no porque yo pincho de distal a proximal porque si yo le pincho en el pliegue del codo después no voy a poder pinchar en la mano por que la misma vena se va a extravasar y ellos ahí no te comprenden.

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

(FL) Si, estrés

(E) Algo más que quiera acotar

(FL) Y mira, creo que tiene que haber un cambio todo en urgencia y en el hospital, creo que el enfermero es la columna vertebral y mira recién me paso algo con un niño neutropénico con una posible infección trasplantado, infección urinaria porque se sondea cuatro veces al día, el medico indico todo nosotros hicimos todo hemocultivamos entonces como puede ser que nosotros tengamos escasos sueldos un personal de hecho sin control que yo no lo menosprecio pero él está observando dejando que pasando de un sector a otro el familiar y nosotros estamos manipulando drogas posibilidad de cortarnos con elementos cortopunzantes, quien no se picho, eh... manejando antibióticos y diluciones con el familiar hablándote del costado que si vos no te das vuelta te dice que vos le estas faltando el respeto que no lo estas mirando a los ojos, eh... escuchando el timbre continuamente que es estresante en el piso, el medico que quiere que ya le hagas las indicaciones del paciente porque es su único paciente y vos tenés más de un paciente, tu compañero que a veces no te ayuda que vos a veces estas movilizandolos solo, entonces es todo estresante, si tuviéramos más personal, si tuviéramos más personas que eh... estén contentos y agradezcan nuestro trabajo, sería bueno el aporte económico pero también la parte del agradecimiento porque damos mucho nosotros, estamos 24 horas con el paciente en todos los turnos, velamos por el paciente, no solamente acá sino también afuera porque ¿qué enfermero no atiende una urgencia fuera de su horario de trabajo? Creo que no somos

valorados ni económicamente ni como unos buenos profesionales independientes por que todavía la profesión de enfermería sigue bajo el modelo medico hegemónico. Gracias.

(E) Muchas gracias a vos.