

73993

**FELIZZIA, STELLA**

Relacion de cuidado

**2014**

**73993**



Universidad Nacional de Río Cuarto  
Facultad de Ciencias Humanas

## RELACION DE CUIDADO Y CONDICIONES LABORALES

(Una mirada al trabajo de enfermeras en Instituciones Psiquiátricas de  
Córdoba)

De: Lic. Stella Felizzia

Directora: Dra. Eda Carina Muñoz

Tesis presentada para optar al título de Magíster en Ciencias Sociales

Río Cuarto, Córdoba, septiembre de 2014

75993

MFN:
Clasif:
T.960

## RECONOCIMIENTO

Un especial agradecimiento a las enfermeras de las instituciones psiquiátricas por varias razones entre las cuales destaco:

- Haber compartido con ellas la vida cotidiana de los servicios de salud mental a lo largo de treinta años; me enseñaron muchísimas cosas, las quise y me quisieron a pesar del peso de la jerarquía del cargo de conducción que cumplía.
- Haber accedido solidariamente a responder el cuestionario y pasar muchas horas conversando sobre su relación con los pacientes mentales a los que cuidan a pesar de las desfavorables condiciones laborales que muchas veces las circundan.

No puedo dejar de agradecer a la Facultad de Ciencias Humanas por haber planeado esta Maestría en Ciencias Sociales y haber permitido que la realizara sin la erogación de los importantes gastos que los estudios de posgrado implican.

Muy especialmente a la Dra. Carina Muñoz, directora de este trabajo, quien con la excelencia y afecto que la caracterizan realizó los aportes necesarios para que éste informe pudiera concretarse.

A todos los compañeros y compañeras de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Río Cuarto por el apoyo incondicional para la realización de esta investigación y en especial a la Profesora María Inés Bianco por su orientación sobre aspectos cuantitativos e informáticos.

## RESUMEN

El presente informe de investigación se realiza como trabajo final de la Maestría en Ciencias Sociales que lleva adelante la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Río Cuarto.

El estudio aborda la relación de cuidado que las enfermeras mantienen con los pacientes mentales en el contexto de las condiciones laborales de las instituciones psiquiátricas de la Provincia de Córdoba. Se planteó como principal objetivo conocer las significaciones que resultan de la relación de cuidado entre el paciente mental y las enfermeras, en el contexto de sus condiciones laborales. Se llevó adelante un estudio descriptivo en tres instituciones de salud mental dependientes del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba. El universo estuvo conformado por enfermeras y Licenciadas en Enfermería que se desempeñan en dichas instituciones. Las técnicas de recolección de datos fueron una entrevista abierta y un cuestionario autoadministrado aplicado en 92 personas, se tuvieron en cuenta los aspectos éticos de confidencialidad de los datos y se solicitaron las autorizaciones correspondientes de acuerdo a los marcos legales vigentes. Posteriormente se describen los resultados cualitativos y cuantitativos encontrados, organizados en cuatro apartados realizando una categorización de los mismos.

Siguiendo el concepto de significación, el análisis categorial permitió organizar diferentes perfiles de significación y su relación con las condiciones laborales que presentan. El texto se encuentra dividido en seis capítulos, posee un índice de temas, referencias bibliográficas y anexos que amplían la información contenida en el trabajo.

## SYNOPSIS

The present report of investigation is done like the ending work of the Mastery in Social Science, that carrier out the Faculty of Human Science of the UNRC.

The studies approach the relationship of the care between the nurses with the context of working conditions of the psychiatrics institutions on the Córdoba province.

It was raised as main objective to know the meanings as a result on the relationship between of care the mental patient and the nurse, in the context of laboral conditions.

It was carried out a descriptive study in three institutions as mental health dependents of the Health Ministry of the Córdoba province. The universe was composed by nurses and graduate nurses that work in these institutions.

The techniques of data collection were an open interview and a questionnaire self-administered applied in 92 persons. Took into account the ethical aspects of data confidence and it was requested the corresponding authorisation in accordance with the existing legal frame works.

Subsequently describes the quality and quantitative results organized in four sections making a categorization of them. Following the significance concept, the categorial analysis made it possible to organized different profiles of significance and its relationships with the terms and employment conditions.

The text is divided in six chapters; it has an index the information contained in the work.

## INDICE

	Pág.
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	
Consideraciones iniciales	1
Acerca de la Enfermería y la relación de cuidado	3
Contexto institucional	5
Problema y objetivos	6
CAPITULO II	
MARCO CONCEPTUAL	8
Conceptualizaciones sobre enfermería	11
Cuidado humano, cuidado enfermero	12
La relación de cuidado enfermero en salud mental	16
Condiciones laborales	21
Inter subjetividad y significatividad	23
Acerca del concepto de significación	26
CAPITULO III	
LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN ARGENTINA	28
El campo de las ideas sobre la salud-enfermedad mental y sus instituciones	34
La enfermedad mental a lo largo de la historia	38
Las instituciones psiquiátricas en el tiempo	41
La internación psiquiátrica en la Argentina	43
A modo de síntesis	46
CAPITULO IV	
ENCUADRE METODOLOGICO	
Tipo de estudio	48
Población estudiada	50
Características de la población	51
Procedimientos e instrumentos de recolección de datos	52
Aspectos ético-legales	53
Acciones realizadas en la recolección de la información	53
Las actividades para el tratamiento de los datos	54
CAPITULO V	
DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	56
A. Significaciones de los modos de relación de las enfermeras con pacientes mentales	57
B. Condiciones laborales	69
C. Significaciones relativas al campo de la salud mental y la formación profesional	99
D. Análisis de datos cuantitativos	107

## CAPITULO VI

### RELACION DE CUIDADO: PERFILES DE SIGNIFICACION Y ENTORNO

Perfiles de significación	118
El entorno entendido como condiciones laborales	123
Conclusiones	125
Perspectivas futuras (proyecciones)	127

BIBLIOGRAFIA	129
--------------	-----

## ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de recolección de datos:	134
- Cuestionario autoadministrado	
- Guía de entrevista abierta	
- Consentimiento informado	
Anexo 2. Tablas de frecuencia.	138
Anexo 3. Imágenes de las instituciones	141

## INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

	Pág.
<b>1.- TABLAS</b>	
Tabla 1. Edad de las profesionales enfermeras. Córdoba 2011/12	108
Tabla 2: Antigüedad en la profesión de enfermería. Córdoba 2011/12	109
Tabla 3: Antigüedad en el área de Salud mental. Córdoba 2011/12	110
<b>2.- GRÁFICOS</b>	
Gráfico 1: Formación en Enfermería	107
Gráfico 2: Edad del Personal de enfermería	108
Gráfico 3: antigüedad en enfermería	109
Gráfico 4: Antigüedad en Salud Mental	110
Gráfico 5: Situación de pareja	111
Gráfico 6: Presencia de hijos	111
Gráfico 7: Hijos a cargo	111
Gráfico 8: Cantidad de hijos a cargo	112
Gráfico 9: Descanso durante la jornada	112
Gráfico 10: Adecuación de la Planta Física	113
Gráfico 11: Presencia de espacio para vestuario	113
Gráfico 12. Provisión de elementos de trabajo	113
Gráfico 13: Trabajo en equipo	113
Gráfico 14: Efectividad en el cargo	114
Gráfico 15: Conformidad con la remuneración	114
Gráfico 16: Cantidad de pacientes a cargo	115
Gráfico 17: Satisfacción Laboral	115
Gráfico 18: Satisfacción con el paciente de salud mental	116





## CAPITULO I

### INTRODUCCION

#### Consideraciones iniciales

El presente estudio pretende abordar la problemática de las relaciones de cuidado que se establecen entre las enfermeras y los pacientes mentales al interior de las instituciones psiquiátricas, teniendo en cuenta el contexto de las condiciones laborales. En la construcción del problema vemos que este objeto de estudio nos plantea algunas cuestiones que a continuación desarrollaremos ya que posibilita la delimitación de la problemática en términos de un análisis institucional y de las relaciones que se producen.

Si bien la Organización Mundial de la Salud a través de sus expertos, afirma que el trabajo es un factor fundamental en el fomento de la salud, también puede constituirse en una fuente de gran malestar en determinadas áreas, como lo demuestran numerosos estudios de investigación epidemiológica<sup>1</sup>. Las condiciones de trabajo son el conjunto de aspectos que posibilitan la realización de una tarea concreta y el entorno en el que esta se realiza; son un conjunto complejo de factores que interactúan y repercuten en el trabajador y en el trabajo que realiza.

La Organización Internacional del Trabajo -OIT-, al renovar su compromiso con el trabajo decente, esboza el concepto de condiciones de trabajo necesarias para el desarrollo de una actividad productiva. Las condiciones de trabajo adquieren un sentido universal, y conforman el piso axiológico, normativo y político que cubre a todos los trabajadores, las actividades y las profesiones. Dentro del concepto de trabajo decente, las condiciones de trabajo funcionan como matriz de análisis de condiciones cuantitativas y cualitativas, relacionadas con: la calidad y cantidad de las relaciones sociales, salarios,

---

<sup>1</sup> Ver, por ejemplo, Dejouris, C (1990) "Trabajo y Desgaste Mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo". Editorial Credal Humanitas, 2da. Edición. Buenos Aires. Kaës, R. Bleger J, Enriquez E, Fornari F (2002) "La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos" Editorial Paidós. Bs. As. Sauaya, D (2003) "Salud mental y trabajo". Lugar Editorial. Buenos Aires. Scialpi, D (2004) "Violencia en la administración pública" 2da. Edición. Catálogos Editora. Buenos Aires.

seguridad del entorno del empleo, formación continua, respeto a los derechos de los trabajadores, diálogo social, protección personal y social, bienestar y dignidad del trabajador, cualquiera sea el género, profesión u oficio.

Por otra parte, si bien la medicina ha ido progresando considerablemente gracias al avance de la tecnología en la lucha contra la enfermedad y la prolongación de la vida humana, el sector sanitario público no se ha visto recompensado proporcionalmente en cuanto a remuneraciones.

El sector enfermería dentro de los trabajadores sanitarios, es un área que por la especificidad de sus funciones merece especial atención tanto en lo que se refiere a la carga laboral como al propio proceso de trabajo. A pesar de ser una actividad que no permite postergaciones y que exige del trabajador gran responsabilidad y dedicación, en el ámbito de las decisiones, no existe un reconocimiento económico acorde al nivel de exigencias que supone este tipo de trabajo. Esta situación trae como consecuencias que muchos trabajadores vivencien su actividad con cierto grado de insatisfacción. Este malestar se ve reflejado no solamente en el ámbito de trabajo, sino también fuera del mismo, en el hogar, con los amigos, en todos los espacios que se desenvuelven estas trabajadoras.

En los últimos años los profesionales de enfermería han sufrido el impacto de la crisis económica y los cambios en el contexto político - social, sobre todo en lo que se refiere a la política de empleo y ajustes salariales. El ambiente de trabajo en las unidades de hospitalización suele ser difícil y las actividades que realizan las enfermeras frecuentemente las exponen a situaciones preocupantes, sin embargo, se ha dedicado muy poca atención a su bienestar. Otra característica que se le reconoce al trabajo de la enfermería en la actualidad es el aumento de tareas, con el aumento de exigencias de calidad profesional, no aumentándose ni el tiempo, ni el personal, incluso se reduce el número de personas. Esta reducción de personal sin reducir los servicios que se deben brindar, constituye motivo de estrés, debido a que no se puede cuidar con calidad y se le exige que cuiden a pacientes con diversas patologías,

culturas, problemática social, sin ofrecerle la formación y dispositivos de apoyo, lo que ocasiona en ocasiones desgaste físico y emocional.

Las enfermeras ejercen su profesión en el intrincado mundo de las relaciones institucionales las cuales presentan las más variadas características desde un centro de salud comunitario hasta un hospital de máxima complejidad. En ese contexto se vinculan y cuidan a las personas sanas o enfermas y sus familiares o amigos, se relacionan con numerosas disciplinas y con sus pares, y su trabajo se ve influido por diversos aspectos que conforman la compleja trama de las condiciones laborales.

El trabajo de enfermería es eminentemente femenino; esta es otra mirada que no podemos soslayar. Se considera que en la mayoría de los países las mujeres son las principales proveedoras de salud, jugando un papel fundamental como agentes del bienestar bio-psico-social tanto en la familia, en la comunidad como en los sistemas oficiales de salud y, aunque en general no ejerzan puestos de autoridad, en la práctica, la sociedad ha puesto a su cargo el cuidado y atención sanitaria de la población. De hecho, en todo el mundo las mujeres constituyen el contingente más numeroso de personas involucradas en las actividades de atención de salud. Por otra parte, a las mujeres se les asigna el rol social de regulación de los afectos en la pareja y en la familia y se considera que ellas mismas son más saludables psíquicamente en la medida en que son capaces de sostener estados de armonía y de equilibrio emocional de sí mismas y de las personas con quienes viven. En síntesis, las mujeres desarrollan cotidianamente actividades de asistencia sanitaria y atención de la salud física y psicológica del grupo familiar y de la comunidad en general.

### Acerca de enfermería y la relación de cuidado

Se entiende a la enfermería como una profesión en progreso hacia disciplina científica, del campo de las ciencias sociales cuyo objeto de estudio e intervención es el *cuidado humano*. La Enfermería no puede constituirse como disciplina científica si no se apoya en un significado histórico-antropológico-filosófico de una "praxis" milenaria cuyas manifestaciones como "quehacer" se

entienden como *actividades del cuidado humano* y que surgen con carácter propio desde los comienzos de la humanidad. Según Colliere (1994, p. 7)

“Cuidar representa un conjunto de actos que tienen por finalidad y función mantener la vida humana...”

Los seres humanos de diferentes culturas del mundo han cuidado y siguen cuidando ya que sin cuidados el ser humano deja de serlo, si no recibe cuidados desde su nacimiento hasta la muerte, se desestructura, pierde el sentido y perece. Este hecho es el verdadero origen del cuidado enfermero, cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza a nuestra humanidad. La esencia humana no se encuentra solo en la inteligencia, en la libertad, en la creatividad sino básicamente en el cuidado. En nuestro convulsionado siglo veintiuno la importancia que ha tomado la identidad cultural nos exige considerar este aspecto en cualquier tipo de análisis teórico sobre el acto de cuidar. No podemos mas afirmar que los cuidados de una cultura son validos para otras, esto sería una manifestación de etnocentrismo (es decir creer que nuestros valores, costumbres, creencias etc., son las más valiosas). Cada persona, cada grupo o subgrupo tiene su propio universo de creencias, valores, tradiciones y sus prácticas de cuidado que es preciso conocer para brindar cuidados de enfermería aceptables.

Tanto la situación sociocultural actual como las nuevas legislaciones y reformas en el sector salud, exigen que las profesionales de enfermería se puedan preguntar, observar, interpretar y comprender el mundo de las personas a las que cuidamos, para ello tenemos que convertir la acción de cuidar en una búsqueda de sentido, de significado. Esa búsqueda obtiene resultados cuando las enfermeras se interesan no solo por el hecho de cuidar sino por el porque y el para que, cuando se acepta que no todo está dado, porque a medida que avanza se encuentran otras posibilidades. Cuando esto ocurre podemos decir que ha dimensionado su existencia haciendo del cuidado un espacio propio para la sensibilidad, la imaginación y la investigación.

Las relaciones interpersonales constituyen la habilidad especializada que emplean las enfermeras para tratar a los pacientes en el ámbito de enfermería

en salud mental. Al escribir acerca del modelo de atención, Hildegar Peplau citada por Simpson (1995) al respecto expresa:

...la piedra angular en el éxito está en establecer y desarrollar la relación enfermera paciente. Sin ella la enfermería no puede ser útil y terapéutica y el proceso de cuidado resultaría ineficaz. La dinámica de la interacción entre la enfermera y el paciente al explorar y comprender las necesidades los sentimientos, las actitudes y las creencias de ambos es un elemento vital a la hora de lograr una cooperación al brindar cuidados. (p 4)

Esta autora fue la primera enfermera que definió la naturaleza y la utilización de estas habilidades desarrollando un marco teórico para la enfermería psiquiátrica. Analiza el efecto de la experiencia intrapersonal del paciente en el funcionamiento interpersonal, es decir la influencia de las propias creencias y percepciones internas sobre la experiencia interpersonal. De esta manera conceptualiza la relación enfermera paciente como un continuum desde una situación en la que el paciente y la enfermera son personas ajenas entre si, hasta una situación en la que ambos trabajan estrecha y conjuntamente en la resolución de un problema determinado. También hace hincapié en la necesidad de que las enfermeras sean conscientes de sus propios valores, juicios y orientaciones teóricas en el momento de brindar cuidados.

### Contexto institucional

Las instituciones psiquiátricas cuya denominación, estructura y funcionamiento si bien ha variado a lo largo de la historia, continúan vigentes algunas de las características que las distinguen del resto de las instituciones de salud. Los hospitales psiquiátricos son instituciones que surgen como reacción de defensa de la sociedad ante la conducta de determinados actores sociales, cuyo comportamiento no es comprendido ni admitido socialmente. La sociedad proyecta desde hace muchos años en los manicomios lo que no puede aceptar de si misma, la sinrazón. La exclusión siempre fue la respuesta social más dolorosamente contundente con respecto a la locura. En sus orígenes el hospital no era más que un lugar de retiro para enfermos indigentes, sin embargo existe a lo largo de la historia una "ley social" que se ocupa de

separar, marginar de la sociedad al distinto, al débil. El exilio, el confinamiento en leprosarios, barcos a la deriva, asilos etc., era el destino final de quien por uno u otro motivo no había podido ser incorporado por la sociedad. La locura se torna sinónimo de castigo y condena. Los conocimientos insuficientes acerca del proceso salud-enfermedad mental y la falta de instrumentos terapéuticos, fue generando una respuesta social ante la locura que implicaba marginación social, aislamiento o reclusión y una atención paternalista, favorecedora de la regresión. Así, el manicomio, se constituye como un microcosmos que cobija al sufrimiento humano, quizás, más desgarrador, y alberga a aquellos cuyos discursos sociales no son comprendidos ni aceptados por el grupo social de referencia. En definitiva, es un espacio para el almacenamiento y control social de los diferentes, de quienes se dislocan y no tienen control sobre sí mismos, ni sobre sus cuerpos, ni sobre sus acciones. A su vez, ese espacio manicomial se construye como institución total, en el sentido que señala Goffman (1984) con tendencias absorbentes.

### Problema y objetivos

En efecto, las instituciones psiquiátricas poseen una particular forma de funcionamiento que no siempre favorece condiciones laborales saludables y que los vínculos y relaciones que en su interior se generan, pueden estar determinados por estas y viceversa. Es decir que tenemos una sumatoria de situaciones cuyo impacto sobre las prácticas profesionales, amerita sea investigado con mayor profundidad.

Es así que la pregunta problema objeto de este estudio puede plantearse de la siguiente forma: *“¿Cuáles son las significaciones que emergen de la relación de cuidado que mujeres enfermeras establecen con pacientes de Instituciones psiquiátricas teniendo en cuenta sus condiciones laborales?”*

El estudio se realizó en tres Instituciones dependientes del Ministerio de Salud del gobierno de la Provincia de Córdoba y se propusieron los siguientes objetivos:

*General:* Conocer las significaciones que resultan de la relación de cuidado entre el paciente mental y las enfermeras, en el contexto de sus condiciones laborales.

*Específicos:*

- Analizar el significado que para las enfermeras tiene el trabajar en instituciones de salud mental.
- Mostrar las ideas que sobre la salud y la enfermedad mental manifiestan las enfermeras.
- Comprender los significados que tienen para las enfermeras las relaciones que mantienen con los pacientes y su familia.
- Describir los sentimientos que les genera a las enfermeras el cuidado del paciente mental.
- Describir las condiciones laborales en cuanto a: vida cotidiana al interior de los servicios, convivencia entre las personas y características del trabajo que realizan.

## CAPITULO II

### MARCO CONCEPTUAL

Como se señala anteriormente, el problema de investigación pone en relación las condiciones del entorno laboral con la significación del cuidado para los profesionales de enfermería que trabajan en instituciones psiquiátricas. Con ese propósito, el marco teórico se organiza en torno a tres herramientas teóricas clave que son, por una parte, la conceptualización del cuidado enfermero en el contexto de las instituciones de salud mental; una conceptualización sobre los entornos laborales y condiciones de trabajo; y finalmente, la perspectiva teórico-metodológica interpretativa subjetivista, en diálogo con la noción de significación. Antes de exponer dicha conceptualización, nos detendremos en algunas consideraciones que justifican dicha decisión teórico-metodológica.

El trabajo profesional de enfermería se desarrolla en términos de una relación terapéutica. Dicha relación se entiende como el encuentro terapéutico entre enfermera-persona guiado hacia un objetivo común que es la vivencia de experiencias de salud. En la profesión de enfermería, según Cibanal, citado por García Marco y otros (2009), hay dos maneras de enfocar los cuidados de enfermería, dos abordajes fundamentales:

- *Abordaje subjetivo científico*, reconocido, utilizado y valorizado por todos. En él la enfermera da cuidados "del mundo exterior", utiliza un plan, un protocolo preciso, e identifica lo más objetivamente posible los signos, síntomas, los problemas y las necesidades del "paciente" -del que está fuera de ella. Aquí la enfermera tiene un rol de cuidadora no muy bien identificado pero lo bastante para ser reconocido en la sociedad, aunque no siempre se siente ella bien en el papel que la sociedad le otorga. Por otra parte, cuando la salud física está bien separada de la salud psicológica, la situación de la enfermera es confortable en cuanto a los cuidados o las técnicas que ella imparte. Son actos legales, cuantificables, recopilados y defendibles.



- *Abordaje inter-subjetivo*, más global y profundo, ya que la enfermera debe integrar relación, proceso de cuidados y modelo de enfermería. Esta integración es un proceso largo y exige una implicación profesional y personal. Este proceso no es cuantificable, y no siempre es registrado.

Ahora bien, junto con el posicionamiento subjetivo, que puede ser una decisión más o menos racional y consciente, desde el punto de vista propio, hay otra serie de elementos que pueden modificar de manera decisiva la relación enfermera paciente, cambiarla, afectarla o potenciarla, afectando el cuidado. Uno de ellos son los que llamamos "factores del entorno". El entorno es conformador de la experiencia que alguien vive y que de alguna manera entra a formar parte de su carácter. Lo que se vive o experimenta en la conciencia o en el ser físico como hecho actual y distingue, por lo tanto, lo vivido de lo representado. La experiencia es lo que se ha construido significativamente en la vida de una persona y el entorno es parte de ello.

La experiencia entendida como vivencia, es decir, como significación, se ubica directamente en el plano de la afectividad, de las emociones. En cierto sentido, las emociones son reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos ambientales o de uno mismo. Psicológicamente, las emociones alteran la atención, hacen subir de rango ciertas conductas guía de respuestas del individuo y activan redes asociativas relevantes en la memoria. Fisiológicamente, las emociones organizan rápidamente las respuestas de distintos sistemas biológicos, incluidas las expresiones faciales, los músculos, la voz y el sistema endocrino, a fin de establecer un medio interno óptimo para el comportamiento más efectivo. Conductualmente, las emociones sirven para establecer posición propia con respecto al entorno, y nos impulsan hacia ciertas personas, objetos, acciones, ideas y nos alejan de otros. Las emociones actúan también como depósito de influencias innatas y aprendidas, y poseen ciertas características invariables y otras que muestran cierta variación entre individuos, grupos y culturas. Las emociones son un conjunto complejo de respuestas químicas y neuronales que forman un patrón distintivo. Estas respuestas son producidas por el cerebro cuando detecta un estímulo emocionalmente competente, es decir, cuando el objeto o

acontecimiento, real o recordado mentalmente, desencadena una emoción y las respuestas automáticas correspondientes. Las respuestas provienen tanto de los mecanismos innatos del cerebro (emociones primarias) como de los repertorios conductuales aprendidos a lo largo del tiempo (emociones secundarias).

Los sentimientos, en cambio, son la evaluación consciente que hacemos de la percepción de nuestro estado corporal durante una respuesta emocional. Los sentimientos son conscientes, objetos mentales como aquellos que desencadenaron la emoción (imágenes, sonidos, percepciones físicas...). Las emociones que no se perciben como sentimientos son inconscientes y, sin embargo, pueden tener efecto sobre nuestras conductas.

En cuanto a la definición de sentimiento, uno de los investigadores más reconocidos sobre las emociones es Richard Lazarus (1991) citado por Pérez Nieto (2006) sugiere la teoría de incluir sentimiento en el marco de las emociones, ya que éstas se conciben en sentido muy amplio, considera sentimiento y emoción como conceptos interrelacionados, en el cual el concepto emoción englobaría al sentimiento. Por ello define sentimiento como el componente subjetivo o cognitivo de las emociones, es decir la experiencia subjetiva de las emociones. En otras palabras, la etiqueta que la persona pone a la emoción. Otra de las diferenciaciones entre sentimiento y emoción la ofrece Frijda (1991), también citado por Pérez Nieto (2006) el cual tiene su fundamento en la diferencia en la duración, ya que la duración de la emoción es menor que la del sentimiento.

Recapitulando, la experiencia entendida como vivencia, como relación vital con el entorno, supone una construcción de significados y el desarrollo de una afectividad: hay una estrecha relación entre sentimientos y pensamientos. En el plano de la experiencia laboral, es preciso considerar las actitudes. La actitud es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social -de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia

determinados objetivos y metas. Se define entonces la actitud de la siguiente forma: predisposición aprendida a responder de un modo consistente a un objeto social.

En la Psicología Social, las actitudes constituyen valiosos elementos para la predicción de conductas. La actitud se refiere a un sentimiento a favor o en contra de un objeto social, el cual puede ser una persona, un hecho social, o cualquier producto de la actividad humana.

Basándose en diversas definiciones de actitudes, se la define como una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto. Las actitudes son consideradas variables intercurrentes, al no ser observables directamente pero sujetas a inferencias observables.

En este trabajo de tesis se considera entonces, que el cuidado enfermero se despliega como experiencia, es decir, como un complejo entramado de la subjetividad y el entorno, se construyen significaciones que se configuran también como sentimientos y actitudes que se ponen en juego en la relación enfermera-paciente. Examinemos ahora las principales herramientas teóricas para nuestro análisis.

## Conceptualizaciones sobre Enfermería

La enfermería puede definirse como una ciencia humana de experiencias salud-enfermedad-curación que son mediatizadas por una red de cuidados profesionales, personales, científicos, estéticos, humanos y éticos.

Las enfermeras entendemos que el ejercicio del cuidado sólo es posible si se concibe a la persona como a un ser único y singular y si se tiene en cuenta que los gestos, las palabras, los ritos y las solicitudes de cuidados, varían en cada contexto, en cada persona y en cada cultura.

Leininger afirma que el cuidado como fenómeno transcultural y central de la acción de enfermería, es la expresión de una cualidad humana que se manifiesta en una disposición moral orientada hacia

la ayuda; es un servicio público que posibilita y mantiene la vida desde perspectivas humanas, éticas, interpersonales y terapéuticas. Se basa en las cualidades de la valoración interpersonal, en la transmisión de la confianza y la preocupación por los otros para mantener y promocionar la salud y la integridad humana en situaciones de vulnerabilidad como son la enfermedad y la muerte.... (Gaviria Noreña, 2009, p. 27)

### Cuidado humano, cuidado enfermero

No hay una única manera de cuidar ya que en el marco en el que se desarrollan los cuidados, cada relación es única porque las y los protagonistas son siempre distintos. Y este es el motivo por el que las enfermeras hemos convertido en reivindicación permanente que no se puede cuidar en serie sino que es necesaria la individualidad.

El cuidado enfermero se lleva a cabo:

- Orientando, guiando y acompañando* a las personas en todo su recorrido vital, teniendo especial atención con los grupos de población particularmente vulnerables y para los que la acción de las enfermeras es determinante.

- Ayudando o supliendo* cuando la persona tiene un problema de salud, o sea, desarrollando su aportación autónoma.

- Colaborando* con las actuaciones de otros profesionales a través de actividades interrelacionadas en el ámbito sanitario, socio-sanitario y social.

(Alberdi Castell *et al*, 2005)

Siguiendo a Bonafont (citado por Alberdi Castell *et al*, 2005), puede decirse que el hecho de cuidar es mucho más complejo que asegurar la comida, la bebida, la eliminación, el vestido, la movilidad o el descanso de una persona. Cuidar es también tratar de crear las condiciones necesarias en el entorno o adoptar actitudes de acompañamiento y de soporte que permitan que la persona destinataria de los cuidados pueda conducir su vida de una manera saludable y en base a su propio criterio o, mejor dicho aún, en base a su propia formulación de las condiciones.

Para enfatizar la idea relativa a que el cuidado es la respuesta individualizada que las enfermeras dan a las necesidades de salud de las personas, parece interesante recordar unas palabras de Colliere (1994). Dice esta autora, que el cuidado debe proporcionarse a cada persona teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida, e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada y adaptada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en ese campo.

Así, cuidar incluye actividades cotidianas, es decir aquellas acciones que garantizan la satisfacción de las necesidades más básicas para la vida y también incluye aquellas actividades que permiten mantener relaciones significativas y gratificantes, comunicarse con los demás, gozar de las propias realizaciones y adecuar los deseos y las expectativas a la realidad.

De este modo, cuidar es un hecho cotidiano que abarca la globalidad de la persona y que cada una aprende a aplicarse a si misma, a medida que va adquiriendo la autonomía necesaria para garantizar su supervivencia y bienestar.

Sin duda, cuidar es un acto relacional y tiene un requisito previo: conocer y comprender la situación tal como la otra persona la percibe y la vive. Los datos objetivos constituyen una información imprescindible pero lo que se debe trabajar en el marco de la relación asistencial es la subjetividad de la persona, es decir, su visión del mundo. Sólo así se puede promocionar su energía y su voluntad de superación.

Cuidar es un acto de reciprocidad porque la o el usuario recibe un servicio y la enfermera, a través de la relación que se establece, avanza un paso más en la comprensión de la persona y de sus propias potencialidades.

Esta relación terapéutica, denominada también de ayuda o relación cara a cara, es aquella que se establece entre las personas sanas o enfermas y la enfermera en los distintos ámbitos en los que esta desarrolla sus actividades. La variedad de situaciones y problemas con los que pueden encontrarse las enfermeras en el desempeño de sus funciones, hace necesario tener un conocimiento claro de aquello que puede afectar en sentido tanto positivo como

negativo la relación, porque de ello va a depender que sea terapéutica o no. Aunque se usa indistintamente relación terapéutica y relación de ayuda, debido a que su finalidad y contenidos son sinónimos, puede resultarnos aclaratorio definir ambos términos.

Relación enfermera paciente: es una relación de ayuda que resulta de una serie de interacciones entre la enfermera y la persona receptora de cuidados (paciente, cliente o familia) durante un determinado periodo de tiempo, en el que la enfermera focaliza su actuación en las necesidades y problemas de dicha persona, familia o grupo, mediante el uso de conocimientos, actitudes y habilidades propios de la profesión. (Maya Rincón 2006: n/c)

Al hablar de relación de ayuda nos referimos a un modo de ayudar en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible, si no tiene salida o a recorrer un camino de crecimiento. Tal como plantea Canovas (2008,) en su Tesis doctoral con respecto a la relación de ayuda

Podríamos definir *la relación de ayuda* en enfermería como el intercambio personal y humano que tiene lugar cuando el profesional de enfermería interacciona con la persona que sufre y pone a su disposición el conjunto de actitudes internas y habilidades en que se fundamenta el conocimiento relacional de la disciplina con el fin de que el paciente y su familia sean capaces de explorar y comprender mejor su problema... (p 77)

También encontramos otra mirada de la relación enfermera paciente, tal es la perspectiva que plantean Barbera y Arenas (2004) cuando expresan:

Escuchar y comprender se convierten en una dimensión de la empatía, la dimensión cognitiva "ponerse en lugar del paciente" ciertamente implica conocer al otro para reconocer sus emociones, pero desde la experiencia de las enfermeras parece tener un significado mas allá de escuchar y comprender...es sentir la emoción del otro ...es hacer mía su tristeza, dolor, ira, miedo, vergüenza, sorpresa y aún la alegría...es acompañarlo en su sentir...es trascender del yo íntimo al otro por la compasión.... (p 4)

En consecuencia, al escuchar, comprender, el yo participa de la emoción del otro, por proceso de emoción y moralidad, implica que el yo pone su atención

en el otro, lo escucha y lo comprende, lo asume digno, se siente importante para los demás, se siente respetado, con derechos y deberes; de igual manera, el yo reconoce la presencia del otro, como una persona significativa, a quien conoce, con quien comparte, a quien le desea lo mejor, porque lo comprende, de esta manera la enfermera “se pone en lugar del paciente desde el entenderse”.

¿Por qué confiar un humano en otro humano? Se confía cuando se cree que el otro es alguien que en sí mismo, es valioso y admirable y puedo esperar de él la bondad. El primer logro social del niño es permitir que su madre se aleje de su lado, porque ella se ha convertido en una certeza interior y en algo exterior previsible. La confianza es una emoción que se manifiesta por tranquilidad, calma, aproximación y franqueza, contrariamente la desconfianza es temor, huida y ocultación. La confianza es la emoción que humaniza, pues hace posible acercarse a la persona que tengo por honrada. Hace posible el cuidado de enfermería, que en todo momento implica proximidad y roce humano.

Diversos autores coinciden en conceptualizar la intersubjetividad como una plataforma interpersonal fundamental mediante la cual las motivaciones, deseos y necesidades basados en la experiencia directa con los demás son comunicados y comprendidos. Desde este punto de vista, la intersubjetividad es el contexto interpersonal inherente a la condición humana. No se puede entender al individuo sin visualizarlo en este contexto. Es una experiencia del yo íntimo, por lo tanto no puede reconstruirse desde el objeto, sino desde el sujeto, por lo que interpretar el significado de la empatía como dimensión de la intersubjetividad, implica verla como la relación de entenderse, amarse o confiarse.

“Ponerse en lugar del paciente”, no es un paso en la relación interpersonal, es un cuidado trascendental, que protege la vida ante el dolor, el miedo, la ira, la tristeza, da sentido de existencia y expresa la visión antropológica de enfermería de intersubjetividad de confianza, mediada por la empatía como respuesta humana compleja cognitiva, emocional, trascendental. Sin embargo en la matriz epistémica de la complejidad esta es una visión que ha de

integrarse a la perspectiva de la enfermera como sujeto, por lo que su significado ha de ser contemplado en el modelo de pensamiento del discurso y la práctica de enfermería.

También, en el mismo sentido Carrasco (2009) en su tesis de maestría señala al respecto:

...destacamos la posición privilegiada en la que estamos las enfermeras dada la cercanía física y afectiva que tenemos con quienes cuidamos y su entorno que nos acerca al mundo de sus historias de vida, a ese entramado de realidades, en construcción, de proyectos, de fortalezas y debilidades que interactúan en el mundo interno y con la realidad exterior...es necesaria una disposición profesional humana ética y científica de la enfermera persona hacia la escucha que es otra de las competencias profesionales que aporta a que los cuidados estén dirigidos a la integralidad y unicidad del ser humano (p 3)

Ibarra Mendoza (2008) en un artículo sobre la relación enfermera paciente sostiene que el significado de cuidar se constituye en un acto humano en sí, es una forma de diálogo humano y fenómeno vivido en lo cotidiano de la práctica profesional. Presenta a la enfermera, en el acto de cuidar, como ser singular, que considera el modo como el cliente vivencia su mundo, es decir, "el cuidar" envuelve una acción interactiva.

### La relación de cuidado enfermero en salud mental

En el campo de la Enfermería en Salud Mental la relación de cuidado adquiere características particulares dadas las características de los pacientes, del contexto de las instituciones psiquiátricas entre otros aspectos. Podemos definir su campo profesional tal como lo expresa el CIE en una de sus declaraciones:

La enfermería psiquiátrica y de salud mental es reconocida como una especialidad en la enfermería. Sin embargo, puesto que la investigación demuestra que estos problemas son corrientes en marcos de atención sanitaria general, y tienen serias consecuencias para individuos y sociedades, y puesto que la enfermedad física es acompañada a menudo por problemas de salud mental, todas las



enfermeras deben contar con los conocimientos y capacidades para responder a las necesidades de salud mental de la gente.<sup>2</sup>

Al considerar los cuidados terapéuticos de Enfermería de Salud Mental, parece esencial: -usar la palabra como herramienta terapéutica; - crear un clima de confianza, practicar la escucha activa y considerar el tiempo de las personas usuario y/o paciente, que no necesariamente tiene que coincidir con el del profesional; - realizar una aproximación individualizada considerando al ser humano como una realidad única; - conocer la escala de valores y las normas de funcionamiento social de los distintos grupos humanos, ayudando a las personas desde su propio entorno a fomentar la tolerancia consigo mismo y con los demás; - delimitar el motivo de la demanda, ya sea explícita o implícita; - facilitar la expresión de emociones y de sentimientos, así como la narración de los síntomas en el marco autobiográfico para que cobren nuevas orientaciones; - potenciar el desarrollo de las capacidades propias de cada persona, recuperando la esperanza de poder ser responsable de su propia vida; - implicar a la persona en las distintas oportunidades de rehabilitación y resocialización respetando sus prioridades.<sup>3</sup>

En la disciplina de enfermería se ha venido trabajando el concepto de "ser humano integral" entendiendo que la condición humana es a la vez física, biológica, psíquica, cultural, social, espiritual e histórica. Sin embargo en nuestro ejercicio profesional, en el cotidiano de las acciones prácticas, nuestro quehacer no es tan integral como lo es nuestro discurso, la mayoría de las veces se hace hincapié en los aspectos biológicos dejando de lado el psicosocial. Las bases de la enfermería en salud mental derivan de la propia naturaleza de la experiencia humana en cuanto a valores, sentimientos y emociones de las personas. De ello se forman los patrones de pensamiento que junto con el conocimiento histórico de la cultura y la sociedad ayuda a la

---

<sup>2</sup> CIE (Consejo Internacional de Enfermería) (1995) "La enfermería psiquiátrica y de salud Mental" Declaración de posición. Ginebra. Suiza. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) es una federación de más de 120 asociaciones nacionales de enfermeras que representa a millones de enfermeras de todo el mundo. Dirigido por enfermeras y para las enfermeras, el CIE es la voz internacional de la enfermería y trabaja para asegurar la calidad de los cuidados para todos y unas políticas de salud acertadas en todo el mundo.

<sup>3</sup> Conclusiones del XXII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. España. 2005.

interiorización de cada persona de la experiencia y conducta humana. De esta fuente interior parten las decisiones que se toman en la vida diaria.

La atención de los problemas de salud mental ha evolucionado positivamente a lo largo del siglo XX favorecido por los adelantos científico-tecnológicos en el campo de la salud en general y de la Psiquiatría en particular. Por ejemplo el avance en el tipo y especificidad de los psicofármacos, los diferentes abordajes psicoterapéuticos, las estrategias terapéuticas no convencionales como las que utilizan el arte, el deporte y las actividades grupales, entre otros.

La enfermería en salud mental no se diferencia del modelo general de la profesión pero expresa los signos propios de la línea psiquiátrica imperante en su entorno más cercano como son las instituciones o en general, el que se ha desarrollado en el país. La atención de la salud mental se constituye en un vastísimo espacio donde las enfermeras tienen innumerables oportunidades de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Se entiende que la comunicación es un proceso que consiste en participar con una o mas personas de ideas, sentimientos, propósitos o creencias. Este proceso sirve a las personas para establecer relaciones humanas en virtud de las cuales le es posible satisfacer sus necesidades y trascender como seres individuales, para unirse significativamente con otros para dar y recibir afecto. La comunicación es consecuencia de la naturaleza social del ser humano, condición que se hace presente en la movilidad de uno hacia otro. En la profesión de enfermería la comunicación constituye su esencia ya que su fin es el cuidado, el vínculo que se establece con una persona digna, libre y necesitada. Podemos definir el proceso interpersonal que se establece entre la enfermera y el paciente como:

Es una experiencia singular caracterizada por el desarrollo de un proceso de interacción entre dos personas: el paciente que requiere ayuda y la enfermera que desea y puede proporcionársela, quienes en el marco de un profundo entendimiento coparticipan en el logro de un objetivo común el máximo grado de bienestar para el paciente. (Cook Fontaine, 1993, p 51)

Se apoya en los cuidados de la enfermería psicodinámica, para ello hay que comprender nuestra conducta para poder ayudar a los demás, y así aplicar los principios de las relaciones humanas. En su obra, "Relaciones interpersonales en enfermería", Peplau (citado por Cook, Fontaine 1993) ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el "proceso interpersonal" al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Mientras este reciba cuidados, la meta de la enfermería, por tanto, deberá apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos. Para esta autora, la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria. Esta autora ha descrito cuatro fases para conceptualizar el proceso de interrelación personal: Orientación, identificación, aprovechamiento y resolución. Su obra produjo gran impacto; probablemente fue la primera que desarrolló un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento. Permitió que las enfermeras ampliaran su campo de intervención, definiendo el modelo, en el que el significado psicológico de los acontecimientos, los sentimientos y los comportamientos pudieran ser explorados e incorporados a las intervenciones de la enfermería.

Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de la experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico. Funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos que hacen de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades.

Un aspecto a tener en cuenta en esta diversidad cultural, no solo en relación a los inmigrantes extranjeros sino teniendo en cuenta otros tales como ancianos, portadores del VIH, persona con anorexia, drogodependientes, enfermos de Alzheimer, es que cada persona tiene una imagen sociocultural de lo que debe ser su encuentro y relación con el profesional de la salud, ya sea el médico o el

enfermero. Imagen que está culturalmente definida y que afecta a todo el proceso, anterior y posterior al contacto directo con el personal sanitario. En palabras del profesor García (1985, p 83) "*La respuesta del enfermo y de los que le rodean puede verse influida por la adecuación del encuentro con la imagen previa del mismo (...) La cultura define y tipifica las enfermedades, las dota de significación social y crea su contexto terapéutico*".

Es decir, son las creencias y las conductas de cada grupo, la cultura, la que determina quién está sano o quién no lo está. Por lo que, independientemente de la exactitud del diagnóstico científico, se considerará que determinados síntomas son o no indicativos de enfermedad así como el tratamiento que debe llevarse a cabo en relación al contexto en que cada uno se mueva. Por poner un ejemplo, en muchas áreas rurales de Iberoamérica se considera, a grandes rasgos, que hay dos tipos de enfermedades: las de los médicos y las que no son de médicos, como por ejemplo el mal de ojo. Y no es sólo la diferencia que se pueda establecer entre una medicina oficial y una medicina popular, sino que se trata ya de un nivel claramente simbólico, que influye o determina el comportamiento individual y social.

Los conceptos de salud y enfermedad, los tratamientos terapéuticos son, de este modo un complejo proceso en el que, en un nivel simbólico del cuidado, se combinan *indicadores patológicos*, es decir, diagnóstico, tratamiento y cuidados adecuados y *signos de significado social* en tanto que producen una respuesta social que puede ir desde la recepción de regalos y visitas, permitirse caprichos o extravagancias a estar eximido de las responsabilidades cotidianas, y lo hacen a través de *símbolos* que señalan los límites del sistema social, por ejemplo la justificación de una enfermedad por considerar que determinada patología es un castigo divino por algún tipo de infracción social. Y estos elementos, que se presentan claramente en un contexto multicultural, pueden coexistir asimismo dentro del marco de una misma cultura, pasando más desapercibidos.

La función del profesional de enfermería en la actualidad, en unas sociedades contemporáneas cada vez más complejas y donde hay una mayor diversidad

cultural, requiere de nuevas formas de conocimiento y de prácticas de atención y cuidado.

### Condiciones laborales

Los procesos de globalización y modernización han generado transformaciones en el contexto mundial nacional y regional que han llevado a cambios en la relación entre las personas, la naturaleza y la cultura. La prestación de los servicios de salud se dan en contextos complejos donde predomina la incertidumbre y la turbulencia a causa de situaciones como la crisis del sistema económico internacional, el acelerado cambio tecnológico, el cambio del papel del estado, la demanda creciente de cuidado de poblaciones en situación de dependencia y desplazamiento que implican la redimensión de valores, el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad (Gaviria Noreña 2009)

Es así que el entorno donde se sitúa el cuidado enfermero presenta en estos momentos numerosos retos y situaciones difíciles de resolver.

En la literatura sobre condiciones laborales se encuentran diversas conceptualizaciones de las cuales se destacan las que enuncian las propias enfermeras.

En las nociones de condiciones y medio ambiente de trabajo -entendiendo como tales: las condiciones objetivas de trabajo y el ambiente donde éste se desarrolla, se destaca que los mismos están constituidos por un conjunto de variables que directa o indirectamente van a influir sobre la vida cotidiana de los trabajadores insertos en sus colectivos de trabajo (Amigot, B y Rasetti, B 2003).

En un estudio realizado en Colombia sus autoras afirman que: "Las condiciones de trabajo son el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en el que esta se realiza; son un conjunto complejo de factores laborales intra y extralaborales, que interactúan e influyen en el trabajador. Entidades internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización

Internacional del Trabajo (OIT), entre otras, han reconocido siempre la importancia del trabajo de enfermería en el campo de la salud, y se han pronunciado sobre sus conocimientos y funciones. Así mismo, han identificado condiciones de trabajo precarias, incremento de la carga laboral, pérdida de seguridad laboral, falta de suministros para la prestación de servicios, bajos salarios, escaso recurso humano de enfermería e incremento de procesos judiciales, lo que lleva a sobrecarga laboral, cansancio y agotamiento físico-mental. Por otra parte, la profesión, por sí misma, es potencialmente estresante; la confrontación con la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, así como las dificultades cotidianas derivadas de las relaciones con la familia, los compañeros y los horarios de rotación laboral, constituyen factores de riesgo que afectan directa o indirectamente la calidad de vida de las enfermeras (Cogollo Milanés y Gómez Bustamante 2010).

Con frecuencia el cumplimiento de diferentes funciones aleja a la enfermera cada vez más del cuidado al paciente y conlleva un deterioro de la identidad profesional, agravado por la falta de agremiación, de solidaridad y de integración del conocimiento ético, político, cultural, científico y legal, para el ejercicio de la profesión.

Las condiciones de trabajo funcionan como matriz de análisis de condiciones cuantitativas y cualitativas, relacionadas con: la calidad y cantidad de las relaciones sociales, salarios, seguridad del empleo, formación continua, respeto a los derechos de los trabajadores, diálogo social, protección social, bienestar y dignidad del trabajador, cualquiera sea el género, profesión u oficio; y forman parte de los programas de gobierno de los países, de sus políticas de "pleno empleo".

Para enfermería en particular, dichas condiciones influyen en la calidad del servicio que presta, el cual fue planteado en la Declaración de del Consejo Técnico Nacional de Enfermería de Colombia de la siguiente forma:

... un servicio público cuya responsabilidad es contribuir a preservar la vida y la salud de las personas desde las perspectivas: humana, ética, interpersonal y terapéutica; a partir de los valores de la profesión; el respeto por la vida y por las diferencias culturales; la

inclusión de todos los ciudadanos al derecho a la salud y a los cuidados; el fomento del bienestar, de las prácticas de auto cuidado, de la promoción de condiciones de vida saludable. (Cortes Téllez, Ramírez *et al* 2010, p 3)

Además los mismos autores conceptualizan la profesión como el cuidado de la vida y de la salud de las personas, como fenómeno de carácter permanente y continuo, lo que lo constituye en un servicio esencial de la sociedad.

### Inter subjetividad y significatividad

Según M. C. Souza Minayo (1997), Schütz es el representante más significativo del pensamiento fenomenológico. Dicho autor trae al campo de preocupaciones de la fenomenología social, el mundo de la vida cotidiana donde el hombre se sitúa con sus angustias y preocupaciones en intersubjetividad con sus semejantes. El espacio tiempo privilegiado en su teoría es la vida presente y la relación cara a cara. Divide al conocimiento en tres categorías: a) el conocimiento de lo vivido y experimentado en el cotidiano; b) la epistemología que investiga este mundo vivido; c) el método sociológico para la investigación. Al que nos vamos a referir principalmente en estas breves conceptualizaciones es al primer nivel: el mundo social, el mundo de la cotidianidad, tal como es experimentado por las personas. Este mundo se presenta a través de tipificaciones construidas por los propios actores sociales que incluyen lo universal y lo estable, lo específico y lo cambiante.

Para Souza Minayo (1997) es aquí donde reside la principal diferencia de Schütz con Weber: *"si para Weber los tipos ideales son una construcción analítica creada por los científicos sociales, para Schütz el actor social tipifica el mundo para comprenderlo y comunicarse con sus semejantes"*. (p 49)

La obra de este autor se inscribe en ese contexto de preocupación por la intersubjetividad y reflexiona profundamente a lo largo de su obra preguntándose: como llegamos a conocer el yo del otro? como percibo al otro? Que máscaras adopta la interacción social en la vida cotidiana? entre muchas otras. Se refiere, principalmente en su obra póstuma, *Collected Paper*, al

intento de comprender profundamente las relaciones intersubjetivas que se presentan en la vida cotidiana, el mundo de la vida cotidiana no es un mundo privado sino compartido con mis semejantes.

La perspectiva que, sobre el tema de la intersubjetividad, sostiene Schütz (2003) cuando se refiere a la *relación nosotros* y la relación cara a cara, es la que denomina también relación social directamente vivenciada y al respecto nos dice:

...hablo de otra persona ubicada al alcance de mi experiencia directa cuando comparto conmigo una comunidad de espacio y de tiempo... de espacio cuando esta presente en persona y yo tengo conciencia de ella como tal... una comunidad de tiempo cuando su experiencia fluye paralelamente a la mía, cuando puedo en cualquier momento mirar a esa persona y captar su pensamiento... (p 76)

La situación cara a cara presupone una simultaneidad real que dos corrientes de conciencias separadas tienen una con otra. Lo que se ha dado en llamar la relación cara a cara se trata de una relación en la que ambas partes constituyentes no se configuran en una unidad sino que conservan su propia trascendencia. En esta relación no se trata de pensar juntos al otro y a mí, sino que, el estar en frente, cara a cara, es una relación si bien social, no de síntesis o suma de individualidades sino de relacionarse con el otro conservando la separación. Es una relación de seres separados, donde aparece una inmediata interpelación como exigencia ética. El cara a cara es entonces una relación donde los términos se sitúan uno frente al otro, como separados pero no indiferentes, opuestos pero no enemigos. Llama relación *nosotros* a la relación cara a cara en la cual los partícipes están conscientes uno de otro y participan simpáticamente uno en la vida del otro por más breve que sea esa relación.

Para Schütz, entonces, será posible acceder al otro, sin analogía. Pero para ello se necesita de una clasificación de las relaciones de alteridad. En primer lugar, distingue "tres mundos": el de los antepasados o predecesores, el de los contemporáneos y el de los sucesores (Respecto al primero, sólo puedo ser un observador y no un actor; con los sucesores, en cambio, es posible establecer influjos, pero ellos no pueden hacer lo propio conmigo. Sin embargo, centra la



mayor parte de sus esfuerzos en caracterizar el mundo presente, el de los contemporáneos, dado que, a su juicio, es el más interesante a nivel social.

Para que se dé la situación "cara a cara" debe darse la "Orientación-Tú". La "Orientación-Tú" tiene lugar desde el momento en que el otro se me aparece como persona, es experimentado como persona. La "Orientación-Tú" no es un juicio por analogía. El semejante siempre es particular. La "Orientación-Tú" puede ser unilateral o recíproca. Es unilateral si el otro ignora mi presencia. Es recíproca si toma en cuenta mi existencia. En este caso nos encontramos en una situación social. (Schütz, 1993, p 47)

Al vivir en el mundo, vivimos con otros y para otros, y orientamos nuestras vidas hacia ellos. Al vivenciarlos como otro, como contemporáneos y congéneres, como predecesores y sucesores, al unirnos con ellos en la actividad y el trabajo común, influyendo sobre ellos y recibiendo a nuestra vez su influencia, al hacer todas estas cosas comprendemos la conducta de los otros y suponemos que ellos comprenden la nuestra. En estos actos de establecimiento e interpretación de significados se construye para nosotros en grados variados de anonimidad, en una mayor o menor intimidad de vivencia, en múltiples perspectivas que se entrecruzan, el significado estructural del mundo social, que es tanto nuestro mundo (mi mundo) como el mundo de los otros.

Los actos intencionales dirigidos hacia otro, pueden tener como su motivo la producción de una cierta vivencia consciente en la otra persona. Llamaremos a una acción social de esta clase actuar-sobre-el-otro. Cada una de ellas se realiza dentro de una orientación-otro y es de hecho una acción social, pero no toda orientación-otro o toda acción social implica actuar-sobre-el-otro. Es fácil ver que el actuar-sobre-el-otro se limita a los actos sociales proyectados de antemano, que surgen de la actividad espontánea, es decir, a la acción social auténtica. Para actuar socialmente sobre la conciencia de otro debo prestar atención al flujo de su conciencia a medida que ocurre. Además, tengo que haber anticipado en la fantasía, en el proyecto de mi acto, las vivencias conscientes a producir en el otro, sea como mi meta final o como una de mis metas intermediarias. Si mi motivo consiste meramente en conseguir que la otra persona me entienda, entonces, por supuesto, lo que procuro producir en

su conciencia es mi meta final. Cuando dos personas se vuelven recíprocamente orientadas entre sí, tenemos lo que Weber (citado por Souza Minayo 1997) llama una "relación social". Con esto quiere significar "*la conducta de una pluralidad de actores en la medida en que la acción de cada uno, en su contenido significativo, toma en cuenta la de los otros, y es orientada en esos términos*" (p 44).

La relación social consiste entonces entera y exclusivamente en la existencia de una probabilidad de que haya, en algún sentido significativamente comprensible, un curso de acción social.

Por lo tanto, toda interacción se basa en una acción que consiste en actuar sobre otro dentro de una situación social. El objeto de la acción consiste en llevar al partícipe a que tenga vivencias conscientes de una determina clase. La condición necesaria de la acción es que el participante preste atención al actor.

Pero no todo acto de actuar-sobre-el-otro se lleva a cabo dentro de una relación de interacción, ni siquiera dentro de alguna relación social; no todo acto de actuar-sobre-el-otro presupone que el otro esté orientado hacia mí. Por el contrario, hay casos que actuar sobre otro presupone precisamente la falta de conciencia de este último respecto de mí, presupone que yo no soy percibido y me mantengo en el anonimato, entre bambalinas, por así decirlo. Pero casos como éste son una forma derivativa de la situación pura de actuar-sobre-el-otro. En esta forma derivativa sólo trato de realizar un acto que induce ciertas vivencias conscientes en mi partícipe, acto que sin embargo podría muy bien ser realizado por algún otro y en diferentes circunstancias.

### Acerca del concepto de significación

Se considera importante comenzar por el concepto al que hace referencia Magariños de Morentin (2008) cuando afirma que:

Se entiende la significación como el conjunto de interpretaciones materializadas en determinados discursos, relativas a determinados fenómenos y vigentes en determinado momento de determinada sociedad. Yo estoy evitando la significación conceptual o normativa,

que sería la que viene predefinida desde determinados sistemas simbólicos y que conduce a la pretensión de estar en condiciones de juzgar si la significación asignada a un fenómeno es correcta o no. (p 10)

Este enfoque conduce a un análisis dogmático-hermenéutico de todo texto y de toda interpretación que se le atribuya, ya que la verdad y la falsedad están establecidas a priori. Así, habría una verdad, en la realidad o en algún sistema de creencias, a la que habría que atenerse; positivismo y dogmatismo metafísico avanzan en total acuerdo.

Otra cosa es que todo texto proceda de algún sistema, ya que esta afirmación pertenece a la descripción del proceso cognitivo de producción de un comportamiento que implica la actualización de una posibilidad, pero que no condiciona la aparición de determinado contenido y no de otro. Lo que estoy buscando es una explicación que dé cuenta del proceso de *construcción de la significación* que realizan los miembros de una comunidad, al interpretar un texto o un fenómeno. Puede ser que todos produzcan la misma interpretación, o sea, que le asignen el mismo contenido a las interpretaciones que vayan produciendo; pero también puede ser (y, por hipótesis, es lo que afirmo como regla del comportamiento simbólico de cualquier comunidad) que no sea posible reconducir a la unidad el conjunto de las interpretaciones que en esa comunidad se van produciendo acerca de determinado fenómeno en estudio (Magariños de Morentin 2008).

### CAPITULO III

#### **LAS INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS EN ARGENTINA\***

**(Una mirada al contexto institucional desde una perspectiva histórica)**

Cualquier manifestación de la vida social del ser humano puede y debe considerarse "un hecho histórico" susceptible de ser analizado para obtener un conocimiento de carácter científico. La Historia no se aprende, la Historia se comprende. Ciencia del Hombre la Historia estudia en el tiempo y en el espacio los cambios que diferencian los diversos grupos de la sociedad, no excluye de su investigación ninguna de las funciones, ninguna de las manifestaciones de los seres humanos. En el tiempo y en el espacio estudia las transformaciones sucesivas y simultáneas ya se trate de política, de religión, de actividad militar o económica, de expresiones del arte entre otras.

La historia social fue generalmente concebida como historia de las entidades sociales, la comunidad de residencia (la parroquia, la ciudad, el barrio etc.) el grupo profesional, el orden, la clase. Por cierto era posible Interrogarse sobre los perfiles y en especial sobre la coherencia y el significado socio-histórico de tales entidades pero no se las ponía en discusión (Bandieri 2001).

La crisis del paradigma científico de las últimas décadas del siglo XX advirtió a los historiadores que resultaba necesario revisar los postulados de énfasis teórico estructuralista e impulsó nuevas miradas sobre los objetos de estudio. En ese marco se fueron introduciendo y valorizando las historias de los sujetos y las historias regionales y locales. Se pasó de los procesos macro históricos a los universos micro históricos, de la historia de los grupos centrales a la historia de las minorías y de pequeños grupos marginales. (Carbonari 1998). Al respecto se destacan los aportes de las historiadoras mencionadas:

Un primer elemento a tener en cuenta es que la noción de historia regional remite necesariamente a dos áreas de conocimiento: la

---

\* Este capítulo fue publicado en el libro: "Las ciencias sociales en el interior, el interior de las ciencias sociales". Edgardo Carniglia, Analfá Brandolin. Editorial UNRC. Río Cuarto Córdoba 2010. Pág. 269 a 288.

historia y la geografía, es decir que contienen en sí misma las dos coordenadas –espacio y tiempo- que la caracterizan.

...micro historia e historia regional no son lo mismo aunque coinciden respecto a la validez e importancia de la reducción de la escala de observación. Mientras la primera con una mirada mas antropológica busca en lo singular la diferencia y la forma de revelar nuevos elementos que ayuden a comprender la estructura, la segunda intenta explicar el funcionamiento de la sociedad a través de las relaciones económicas y sociales que caracterizan un espacio determinado, el que a su vez es parte de un todo estructural. (Bandieri 2001, p 104).

En última instancia se busca contribuir a un mejor entendimiento de la relación entre lo particular y lo general, de lo micro con lo macro, del sujeto con la estructura y aproximarse a la realidad social que es en última instancia lo que se propone captar (Carbonari 1998).

Resulta bastante difícil encontrar una conexión interesante y valida entre historiografía regional y los complejos procesos de la salud y la enfermedad, que generalmente se encuentran estrechamente unidos a la dinámica de las instituciones. Sin embargo podemos decir que en este capítulo se pretende abordar la institución psiquiátrica como un campo de análisis desde la perspectiva historiográfica, pero teniendo en cuenta los cuestionamientos que se le realizan desde la mirada de las diferentes disciplinas que conforman el denominado campo "psi", tales como: la Psicología, la Psiquiatría como especialidad médica, Trabajo Social y mas recientemente también la Enfermería.

En este caso particular el "territorio" lo constituye el espacio social donde se instalan las instituciones psiquiátricas, por lo general aisladas de los centros urbanos, por lo menos es lo que ocurrió en el interior del país. Nuestra provincia por las características climáticas y por las posibilidades de infraestructura que ofrecía, facilitó la instalación y permanencia de tres "colonias" psiquiátricas que albergaron miles de pacientes a lo largo del siglo XX. Las relaciones de intercambio entre el "adentro" de la institución y el "afuera", el contexto que las rodea, es en todos los casos permanente y determinante de diversas influencias en uno y otro sentido. Un aspecto importante a tener en cuenta es que estas instituciones se constituyen en una

importante fuente de trabajo para un gran número de personas de la zona donde se instalan. Esto crea una "dependencia" en muchos casos de todo el grupo familiar que va transmitiéndose de generación en generación como empleados de la colonia. Esto trajo aparejada una fuerte resistencia cuando se plantearon políticas de desarticulación y reorganización de estas instituciones de tipo manicomiales (políticas denominadas de desmanicomialización) ya que sentían amenazada su subsistencia económica ante otras consecuencias de menor trascendencia.

La historia de la enfermedad es tan antigua como el hombre mismo. Desde las civilizaciones primitivas los seres humanos se han interrogado permanentemente sobre el concepto o la idea de que es la enfermedad. Sin embargo no existen demasiados estudios históricos, principalmente en nuestro país, que aborden el tema de la enfermedad o de la salud mental. Al respecto Armus (2005 A) sostiene:

En las últimas décadas, el tema de la enfermedad ha comenzado a ganar un lugar destacado en la historiografía latinoamericana... lo que está surgiendo de este dinámico proceso historiográfico ha sido etiquetado como nueva historia de la medicina, historia de la salud pública o historia sociocultural de la enfermedad...(p 13)

La vida y la muerte, la vitalidad y la enfermedad, las degeneraciones y sus males, son algunos de los tópicos que organizan un tema central sintetizado con la palabra *salud*. Cuando sale de marcos privados y abarca el conjunto de la sociedad, la salud adquiere una dimensión pública que requiere de una activa participación del estado principalmente para proponer soluciones a sus problemas. La salud como tema fue escasamente abordado por los historiadores, fueron los propios médicos quienes escribían la historia de la medicina como parte de la historia de la ciencia pero con escasas conexiones con los niveles sociales, económicos o políticos. Más recientemente sociólogos, economistas, sanitaristas y planificadores lo han tomado como eje de sus estudios.

Los hombres y las mujeres pueden estar sanos o enfermos. Más que una aseveración científica es un juicio de sentido común, además, esta

suficientemente comprobado que la salud y la enfermedad están desigualmente distribuidos entre los individuos, las clases sociales y los pueblos. Entre los muchos deberes que la sociedad en una u otra época le atribuye a la medicina y a los médicos tales como: curar, consolar, controlar, educar etc., hay uno específico que encontramos siempre: combatir la enfermedad. Al respecto dice Berlinguer (1994) refiriéndose a las definiciones de enfermedad:

*...conviene más que definir, partir de los sufrimientos, de las diferencias y anomalías, de los peligros, de las señales y los estímulos que cada proceso mórbido desencadena e induce en la vida de los individuos y en las relaciones sociales... (p 26)*

El objetivo que persigue este capítulo es realizar un recorrido por las ideas y producciones de diversos autores que abordan la temática de las instituciones psiquiátricas desde miradas diversas como son las disciplinas que ejercen. El ejercicio profesional al interior de estas instituciones por más de treinta años motiva el intento de comprender desde una perspectiva histórica, los determinantes que les dieron origen al manicomio y sus repercusiones.

La pregunta inicial entonces que dispara la realización de este capítulo sería la siguiente: *Cómo surgen y se sostienen en el tiempo las instituciones psiquiátricas y cuáles son sus repercusiones?*

Si bien algunos enfoques elegidos no son actualizados en los modos de "hacer historia", los datos que aportan enriquecen la descripción del mundo de la atención de la enfermedad mental en la Argentina en los últimos cien años.

Se considera importante abordar el problema de la salud mental y la institucionalización, puesto que, a través del tiempo, persiste en el imaginario social el prejuicio de peligrosidad y en consecuencia el confinamiento de los enfermos mentales en Instituciones Psiquiátricas para su contención, tratamiento y para preservar el orden social.

Esta idea de peligrosidad se constituye en el fundamento de las prácticas que se implementan con el internamiento asilar y la idea de asociar el tratamiento con el aislamiento y la segregación social. Se funda así una trilogía: El juicio de peligrosidad, la necesidad de

control y vigilancia asilar, la idea de irreversibilidad y cronicidad. Estos tres aspectos cierran el círculo trágico del internamiento manicomial. (Amico 2004, p 5)

Es en el campo de la enfermedad mental, donde encontramos otro de los retos o tensiones actuales. La sociedad moderna, urbana, técnica, organizada y escolarizada se ha convertido en intolerante, incapaz de aceptar e integrar a aquellos que no han sabido acomodarse al modelo estricto que la sociedad impone. Los tiempos modernos y post-modernos son intolerantes respecto a los trastornos psíquicos, nuestra sociedad tiene el peligroso privilegio de crear, incluso en razón de su naturaleza, trastornos psíquicos que la sociedad arcaica de tipo rural jamás provocó. La política actual ha asumido la prestación de la asistencia sanitaria como uno de los pilares básicos del bienestar de sus ciudadanos. Los actuales sistemas de asistencia sanitaria nos plantean dilemas relacionados con la equidad y la justicia distributiva. Ante ello, se ha planteado el nacimiento de una nueva disciplina, la bioética, con el fin de intentar reflexionar y avanzar en la resolución de los problemas cada vez más complejos de una sociedad donde la diversidad de opiniones, religiones, vivencias y situaciones, obliga a un debate continuado en búsqueda de eso que demasiado ambiguamente venimos denominando "bien común", y que también podríamos denominar como salud, entendiéndose ésta como un estado de equilibrio con el tecnificado medio físico y social. *"Las instituciones sociales tienen por función regular las relaciones entre los hombres. Instituir es poner un tutor por medio del cual se mantiene erguido, ordenado, cohesivo, aquello que sería fragmentado e incontrolable"* (García Reinoso G, 1991, p 89)

La institución es el lugar donde una teoría se hace práctica social, en salud, como en otros sectores, la evolución teórica y práctica está marcada por el fundamento ideológico y político de la institución. La institución de salud se inscribe en un sistema de conocimientos y de procedimientos: organiza como oferta una demanda social que no es transparente sino que reproduce la distribución de recursos basada en la desigualdad social. La institución de salud, bajo un discurso técnico normatiza esa distribución de manera muda, dando una razón técnica a lo que en verdad es una razón política (García



Reinoso, G 1991). En una institución singular, en este caso los hospitales, además de suponer el establecimiento de un sistema de normas, procedimientos, objetivos etc., presupone también un sistema de comunicación que no siempre se da de forma taxativa como el resto de aspectos formales.

Existen diversas "miradas" de la cuestión institucional en el campo de la salud. Para Volnovich<sup>4</sup> la institución es el lugar donde transita la palabra reprimida, o sea el lugar de las cosas no dichas o dichas a medias, lo que lo lleva a definir a la institución como un "discurso". Como todo discurso aparece como el lugar de la emisión de mensajes del otro y la recepción del propio, esta transmisión debe ser pensada en un sentido polifónico es decir como caja de resonancia de todas las sonoridades que producen subjetividad. El discurso institucional está presente en todo lugar, en los corredores y bares del hospital, en las casas de los empleados que lo conforman y porque no también en los sueños de estas personas. (Volnovich 1995).

Similar a la postura anterior Cáceres et al (1998) al relatar una experiencia de abordaje institucional, dice:

... el hospital habla una lengua entrecortada. Una institución de salud es un barullo devastador, un estallido que arrasa con clasificaciones, estadísticas y esquemas, un hervidero de desconfianzas y complicidades. Un sonido hueco de verdades establecidas y un crujido de saberes estremecidos. Un pulso de confusiones y heterogeneidades disimulado detrás de hábitos y normativas. El aliento del hospital habita el cuerpo de la gente y se agita en voces que tiemblan... (p 8)

En la década del 60 se comienza a afirmar que en toda existencia se conjugan dimensiones deseantes, políticas, económicas, sociales e históricas y alerta sobre la psicologización de los problemas sociales diciendo que los padecimientos tanto malestares individuales, como fracturas familiares o crisis institucionales, no se pueden pensar por fuera del universo social que los rodea. Es decir, las organizaciones, y el hospital entre ellas, son recortes de la estructura social donde la coacción, la cooperación, la competencia y el conflicto forman parte de una dinámica específica y a la vez son atravesados

---

<sup>4</sup> Médico Argentino, psicoanalista

por determinantes mas amplios de la sociedad en su conjunto y a la que contribuyen a construir.

### El campo de las ideas sobre la salud-enfermedad mental y sus instituciones

Con el desarrollo de la revolución industrial una nueva corriente filosófica, el positivismo, amplía la visión del empirismo de que la fuente del conocimiento es la experiencia sensorial. La escuela positivista cuyo fundador fue Augusto Comte (1789-1857) valida la percepción mediata que se obtiene no ya por los sentidos sino recurriendo a registros y mediciones instrumentales. El positivismo niega la posibilidad de encontrar la razón primera de los fenómenos y se detiene a establecer las relaciones de causa efecto con el objetivo de formular leyes. Lo metafísico, lo ético, lo teológico son rechazados porque no pueden comprobarse empíricamente.

El positivismo es agnóstico y laicista por definición, confía en el progreso de la humanidad mediante el desarrollo de la ciencia y la técnica, la investigación y la razón son sus fundamentos. La medicina en ese contexto de pensamiento, explora en campos de la física, la matemática, la química, la biología y surgen tratamientos, curas y procedimientos que aumentan la calidad de vida de las personas, es la era de las especialidades y la bacteriología. Si en la época de Hipócrates el arte de la, medicina fue la "clínica" de acompañamiento al lado de la cama del enfermo, en el medioevo se convierte en una medicina de bibliotecas y una medicina de hospitales, con el positivismo se convierte en una medicina de laboratorio.

A mediados del siglo XIX otras teorías ayudan a definir el perfil de la medicina y la enfermería como son la teoría de la evolución y la teoría genética con sus leyes. *"Con Darwin las Ciencias naturales alcanzan la altura de la gran ciencia que permiten explicar todo el devenir no solo de la botánica y la zoología sino de lo humano y social. Esta interpretación iluminó el pensamiento de la época"* (Tito et al. 2004, p 14)

Otro aporte fundamental a la ciencia positiva lo constituye la teoría genética elaboradas por Gregor Mendel (1822-1884) que recurrió al modelo matemático para estudiar la transmisión de caracteres entre semillas. Los resultados de sus estudios se convirtieron en las llamadas "leyes de Mendel" que si bien fueron publicadas en 1866 fueron redescubiertas y tenidas en cuenta a partir de 1900. Otro avance científico relevante lo constituye la adquisición de estatus independiente de la patología como disciplina con los descubrimientos de Rudolf Virchow (1821-1902) sobre la célula como unidad biológica no solo de la normalidad sino también de la enfermedad.

Es a partir de finales del siglo XVIII y sobre todo durante el siglo XIX y llegando hasta la primera guerra mundial, en el primer tercio del siglo XX, cuando se produce una definitiva ruptura con los restos antiguos del saber y se inicia una nueva y revolucionaria etapa.

La creciente estimación de la vida terrena, rasgo característico de los siglos modernos, da lugar a una importante mutación en la consideración de la vida, la muerte y la enfermedad. Frente al pensamiento medieval, surge ahora el ansia de vivir sobre la tierra y la conciencia de que el arte de dirigir la vida puede llevar hacia este fin. (Goberna Tricas 2004, p 25)

Los siglos XVIII y XIX pueden ser considerados como los del triunfo del discurso racional. La defensa de la salud se adapta perfectamente al proyecto racional moderno. Se va introduciendo una visión optimista en el progreso humano ilimitado que puede llevar a vencer la enfermedad, se cree en una política sanitaria universal a favor de la salud. Los estados nacionales y burgueses intervienen cada vez más en la vida pública y a través de ella en la vida privada, la ciencia y la técnica se sienten más capaces de dominar el mundo natural.

Los años que siguen a la revolución francesa vieron nacer dos grandes mitos: el de una profesión médica nacionalizada, organizada a la manera del clero, investida de poderes similares a los que este posee sobre las almas y el mito de una desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin pasiones y sin trastornos. Al respecto dice Armus (2005);

... un nuevo pensamiento surgirá en los pensadores del siglo XIX, la sustitución de un progreso indefinido por la doctrina de un estado final de la historia en el cual la humanidad llegaría a la plena posesión de su naturaleza propia... se aspira a la curación de las enfermedades, la prevención del enfermar y un saber científico acerca de lo que es el hombre, la medicina es una ciencia social y la medicina no es otra cosa que la política a gran escala. (p 15)

El pensamiento desarrollado en el Río de la Plata en la época de la organización del Estado Nacional (1880-1910) tiene su origen en una multiplicidad de factores que se encuentran relacionadas con ideas y situaciones provenientes de Europa como también el impacto y adhesión que las mismas tuvieron en la región de las Américas. Por esa época los pensadores positivistas argentinos pueden agruparse según la opinión de Conti (2004) de la siguiente manera:

...están por un lado los que responden a una matriz comteana los cuales quedan mas ligados a la actividad pedagógica.... por otro lado tenemos al grupo universitario de matriz spenceriana que funda su credo en el biologismo y el evolucionismo, sus hombres mas destacados se dedican a la psiquiatría y a la psicología. Su proyecto intelectual consistió en interpretar los fenómenos históricos y sociales con los principios de las ciencias naturales y desde esa perspectiva brindar los instrumentos necesarios para resolver los problemas que se planteaban. (p 21)

El problema principal a resolver por estos pensadores positivistas es el crecimiento vertiginoso de la población urbana especialmente los efectos negativos de la misma que se expresan bajo las formas de hacinamiento, marginalidad, delincuencia y locura. Sobre esa Argentina en construcción intelectual activa por parte de pensadores capaces de materializar un diseño de estado a través de un *diagnóstico de los males sociales y una terapéuticas correctivas adecuadas*, las respuestas políticas que sugieren son: El desarrollo de un dispositivo de higiene urbana que acreciente la salud pública, la promoción de instituciones y leyes que ordenen y regulen las relaciones sociales de producción y el desarrollo de herramientas jurídicas e instituciones penales en arreglo a las doctrinas de la criminología positivista.

En efecto la Argentina se modifica radicalmente desde mediados del siglo XIX. Desde el punto de vista político se logra el reconocimiento de una autoridad nacional aceptada y legitimada por las provincias dejando atrás los conflictos entre las regiones del Río de la Plata, el estado se organiza adquiriendo un protagonismo progresivo en el desarrollo histórico. Aumentan las expectativas económicas y el país se integra a los mercados internacionales como productor de bienes primarios, carne y cereales serán los motores de un crecimiento duradero. Esta expansión económica requiere de mano de obra que la lleve adelante, cambia entonces la fisonomía del país con la llegada de miles y miles de inmigrantes europeos. La inmigración masiva transforma la ciudad, los modos de vida pero también comienzan los problemas que acompañan la modernización. (Armus 1996)

*La enfermedad mental.* Realizando un avance en el tiempo podemos decir que antes de la difusión de los abordajes terapéuticos que se produjeron en los 60 los argentinos tenían una idea difusa acerca de la enfermedad mental. Los cambios políticos y en la vida cotidiana transformaron cualitativamente las ideas, las prácticas y también lo que pensaba la población de la enfermedad mental. Un estudio por encuestas realizado en 1959 por Floreal Ferrara y colaboradores (citado por Galende 1994) muestra que la mayoría solo reconocía como "enfermedad mental" lo que podría clasificarse como una conducta psicótica violenta y agitada. Al respecto afirma:

"La población en su mayoría desconocía a los psiquiatras. Una de cada dos personas nunca había tenido ocasión de conocer a alguien que hubiera sido tratado por un psiquiatra... El nivel de prejuicio desembocó en que 62 de cada 100 personas les desagradaría tener como vecino a un ex enfermo mental y una de cada dos consideró que era una desgracia contar con un enfermo mental en la familia y que debía guardarse en secreto. Esto nos plantea el largo camino que deberían recorrer los profesionales para un abordaje comunitario de la salud mental". (p 34)

Posteriormente aparecen corrientes de pensamiento que analizan y cuestionan los supuestos básicos presentes en la cultura relativos a la enfermedad mental, la locura, los tratamientos, las estrategias de abordaje. Aparecen escuelas desde el campo de la psicología, la antropología, la sociología entre otras, que

plantean diversas interpretaciones del fenómeno de la locura, el manicomio, la interdisciplina, los derechos de los pacientes y de los trabajadores de salud mental, etc. Al respecto por ejemplo, Armus (2005 B) expresa:

“El estimulante y atractivo marco interpretativo foucaultiano motorizó los trabajos sobre la locura y el orden psiquiátrico, sus instituciones específicas, sistemas teóricos y procesos de profesionalización. Así se ha discutido la locura como un objeto que nace y se transforma en un campo de intersecciones que desbordan los temas propios de la psiquiatría. Cuentan entonces la higiene pública y el espacio del manicomio, las utópicas empresas de moralización colectiva y el lugar y rol del orden psiquiátrico en la historia de la construcción del estado” (p 23)

### La enfermedad mental a lo largo de la historia

*“En tanto no hayamos llegado a suprimir las causas de la desesperación humana, no tendremos derecho a intentar suprimir los medios por los cuales el hombre trata de desencontrarse con la desesperación” (Artaud 1967).*

El lugar de las enfermedades mentales en la sociedad ha variado de acuerdo a las épocas y se encuentra ligado al concepto de causalidad de las enfermedades que en cada tiempo se tuvo. Las concepciones primitivas de la locura se encuentran asociadas a la magia ya que consideran que la producen fuerzas naturales o sobrenaturales. Con los griegos la medicina se hace ciencia y se da una explicación racional a las enfermedades del cuerpo no así a las del “espíritu”. Alrededor de año 700 Hipócrates concibió al cerebro como “órgano de la mente” y ataca las concepciones anteriores proponiendo que las perturbaciones mentales provienen de alteraciones cerebrales. Es recién con el renacimiento que se desarrollan las ideas de Hipócrates. Comienza a desaparecer la idea mágica de causalidad dejando de considerarse al enfermo como un poseído y aparece la noción de diferente y anormal. Posteriormente en los siglos XVI y XVII se produce en Europa un aumento de la población marginal que fluctúa entre un 20 y un 30 por ciento de la población total. Esto se convierte en un obstáculo para el desarrollo del proyecto político-social, económico, científico y cultural del iluminismo que propone el dominio definitivo de la razón sobre la naturaleza y el abatimiento de lo irracional, el desorden, la

herejía, la subversión. Este proyecto necesita contener esas masas y se crean por lo tanto las "casas de corrección" y "casas de trabajo" (Malvarez, 2000).

El paradigma racional tecnológico parte de la ilustración del XVIII y se continúa con el positivismo de Augusto Comte durante el XIX. Aporta la perspectiva propia del positivismo científico. La causa de la locura era de naturaleza físico-mecánica y el cerebro desplaza al alma como centro de atención de los estudiosos del fenómeno. Los médicos alienistas -inspirados en Pinel- se esfuerzan por conocer cada vez mejor el cerebro. El cuidado se humaniza, aunque en su mayor parte -la custodia directa- sigue dependiendo de las órdenes religiosas dicho de otro modo, la profesionalización de la medicina psiquiátrica no va acompañada de un proceso paralelo de profesionalización de los responsables de la asistencia directa y continuada de los enfermos mentales.

Retomando lo referido precedentemente, se puede afirmar que con la Revolución Francesa comienza una nueva etapa: Pinel y Esquirol<sup>5</sup> impulsan una corriente humanista postulando que estos individuos deben ser tratados como enfermos e internados en instituciones especiales: se separan así las cárceles de los manicomios. Se instituye lo que se denominó el "tratamiento moral" que consiste en una combinación de nociones, la más importante es organicista (la enfermedad es una debilidad inherente a la persona) y una noción de "higiene" como falta de limpieza y ajuste social. El loco ya no se ve como alguien de afuera sino como parte de la sociedad y que supone por cierto una amenaza, representa una fuente de irritación social, una pérdida del potencial de eficiencia y una carga para el estado. Se supone que era entonces necesario y urgente controlar y regular a aquellos que podían caer en ese estado. Se intenta también proveer modos de vida institucionales con buen trato, trabajo organizado, contacto con familiares, entre otros. Este modelo entra en crisis a mediados del siglo XIX por el predominio de una concepción médico-positivista sobre la enfermedad mental. Los asilos para dementes vuelven a ser espacios cerrados, con una disciplina carcelaria y se consolida

---

<sup>5</sup> Médicos de los hospicios de París

de este modo el estatus científico de la psiquiatría manicomial. Las concepciones actuales acerca de la salud mental en cuanto a su construcción histórica pueden ubicarse junto al origen de la Modernidad. A partir del nacimiento de la Psiquiatría signada por el auge de las ciencias naturales y la objetividad científica, bajo la corriente del positivismo, la figura del médico aparece como la más efectiva para la búsqueda de la verdad del fenómeno de la locura.

Es así que durante muchos años la atención de las personas con trastornos mentales fue un apartado más de la asistencia de tipo asilar en la que se mezclaban pobres, vagabundos, enfermos de todo tipo y los locos. La mayor intensidad de la vigilancia estaba puesta en estos últimos ya que expresaban su locura mediante la exteriorización de conductas furiosas que a menudo eran consideradas como peligrosas sin demasiado fundamento. En el desempeño de la función de custodia se utilizaban todo tipo de artilugios tales como cadenas, sogas, celdas de encierro, duchas de agua fría, grilletes, cepos, palos, jaulas, entre otros. De la utilización del término custodiar para referirse a la relación del personal sanitario con los enfermos, se ha equiparado el sistema penitenciario con lo que debiera ser el sistema sanitario. La unión cárcel-manicomio es común debido a la dificultad que existía en ambas instituciones para controlar "la escandalosa desmesura de los locos".

Tras la segunda guerra mundial, el desarrollismo dirigido y la potenciación de las políticas del bienestar van a introducir un nuevo enfoque de la locura. Los psicoanalistas se van a afanar por comprender el significado de las conductas desviadas atendiendo al fenómeno en un contexto cultural y antropológico específico. La custodia se va a tecnificar mediante nuevos perfiles profesionales y, gracias al avance de los psicofármacos, se suaviza el control de los dementes.

La atención de los problemas de salud mental han evolucionando positivamente a lo largo del siglo XX favorecido por los adelantos científico-tecnológicos en el campo de la salud en general y de la Psiquiatría en particular. Por ejemplo el avance en el tipo y especificidad de los



psicofármacos, los diferentes abordajes psicoterapéuticos, las estrategias terapéuticas no convencionales como las que utilizan el arte, el deporte y las actividades grupales, entre otros. El cuidado de los enfermos mentales al interior de las instituciones de salud mental, implica una presencia continua y un contacto directo con el paciente la que es llevada a cabo por el personal de enfermería. Sin embargo es importante comprender que muchas veces cambian los modos de operar pero en la finalidad de las instituciones psiquiátricas persiste una adhesión a cierto control social, se continúan estableciendo relaciones víctima-victimario, internaciones compulsivas como se observa en los grandes manicomios de nuestro país, con miles de camas ocupadas con personas que no siempre reciben un tratamiento y cuidados adecuados.

### Las instituciones psiquiátricas en el tiempo

*"El hospicio es como un pozo profundo en el que se entra rápido pero del que es difícil salir, pues sus paredes son resbalosas como en la incomprensión o el abandono"* (Moffat 1984).

La sociedad proyecta desde hace muchos años en los manicomios lo que no puede aceptar de si misma, la sinrazón. La exclusión siempre fue la respuesta social más dolorosamente contundente con respecto a la locura. En sus orígenes el hospital no era más que un lugar de retiro para enfermos indigentes, sin embargo existe a lo largo de la historia una "ley social" que se ocupa de separar, marginar de la sociedad al distinto, al débil. El exilio, el confinamiento en leprosarios, barcos a la deriva, asilos etc., era el destino final de quien por uno u otro motivo no había podido ser incorporado por la sociedad. La locura se torna sinónimo de castigo y condena.

La institución manicomial instituye una relación compleja en la que es visible la estructura asimétrica de poder del "especialista" y sumisión del enfermo, quedando al mismo tiempo denegada y por lo tanto "invisible" la dimensión del representante del poder.... en lo mas visible de la relación disciplinaria el poder esta en la posición del sujeto de la enunciación (el especialista) tiene la palabra. La capacidad de nombrar y por lo tanto el poder que le otorga el saber, mientras que el enfermo esta en la posición del sujeto del

enunciado... a lo sumo se limita a responder si puede y como puede" (Cohen *et al*, 1994, pp 58-59).

El manicomio fue desde el comienzo la torre de los pobres, el lugar donde ocultar lo que afeaba el espacio público de la sociedad. Se trataba de practicar el ideal del orden por medio de la segregación, el control y la disciplina. El hospicio marca entonces el límite exterior-interior, el muro restablece la polaridad de los espacios público-privado. En otras palabras la amenaza al orden social percibidas por las clases dominantes, genera instituciones para controlar y ocultar la problemática de la locura.

Los hospitales psiquiátricos son instituciones que surgen como reacción de defensa fóbica de la sociedad ante la conducta de determinados actores sociales, cuyo comportamiento no es comprendido ni admitido socialmente. La ausencia de conocimientos acerca del enfermar mental y la falta de instrumentos terapéuticos, fue generando una respuesta social ante la locura que implicaba marginación social, aislamiento o reclusión y una atención paternalista, favorecedora de la regresión. Así, el manicomio, se constituye como un microcosmos que cobija al sufrimiento humano, quizás el más desgarrador, y alberga a aquellos cuyos discursos sociales no son comprendidos ni aceptados por el grupo social de referencia. En definitiva, es un espacio para el almacenamiento y control social de los diferentes, de quienes se dislocan y no tienen control sobre sí mismos, ni sobre sus cuerpos, ni sobre sus acciones. A su vez, ese espacio manicomial se construye como institución total, en el sentido que señala Goffman (1984), con tendencias absorbentes:

Una institución total es un lugar de residencia y trabajo donde una gran numero de personas en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada burocrática y formalmente... la movilidad social es restringida, la comunicación de los internos con los niveles superiores es controlada, se restringe el paso de comunicación, es característico mantenerlos en la ignorancia de decisiones sobre su propio destino, este hecho proporciona al personal una sólida base para mantener la distancia y de este modo ejercer su dominio sobre los internos... (pp 20 21).

Las barreras que las instituciones totales levantan entre el interno y la sociedad marcan la primera mutilación del yo. El ingreso rompe con la programación del rol social previo ya que la separación "con el ancho mundo" dura a veces años o todo el resto de la vida. Se realiza entonces un despojo del propio pasado. Lo antes dicho hace que los roles sociales que ejercen los internados tengan unas características diferenciadoras del resto de miembros de la sociedad. Esa absorción se constata cuando el interno se convierte en un ser humano despersonalizado, deculturizado y por ende "desocializado".

### La internación psiquiátrica en la Argentina

*"En los primeros tiempos de la colonia, afirma José Ingenieros en su libro "La locura en la Argentina", los alienados iban a parar a la cárcel del Cabildo cuando alborotaban demasiado y también hubo algunos reclusos en conventos..."* (Lardies González 1991, p 21)

Las instituciones psiquiátricas en nuestro país van siguiendo las tendencias que desde Europa llegan de diversas maneras al campo de la salud en general y de la salud mental en particular. Un hecho fundamental para la creación de los dos manicomios de la ciudad de Buenos Aires a mediados del siglo XIX fue la expulsión de los jesuitas efectuada por Carlos III de España y de sus colonias en 1767. Estos poseían al sur de la ciudad amplios terrenos y como los "cuadros de dementes" de los otros hospitales generales no daban abasto, se crea una sociedad filantrópica a la cual se dona dichos terrenos para que edificaran dos instituciones, una para pacientes masculinos y otro para mujeres. Una vez concluidos ambos establecimientos asistenciales se vio que ya eran insuficientes porque la población de la ciudad aumentaba rápidamente. Al respecto Armus (2005) expresa acerca de este hecho lo siguiente:

La población de Buenos Aires creció de modo espectacular entre 1880 y 1930. De los 286.000 habitantes con que contaba en 1880, pasó a 649.000 en 1895 y a 2.254.000 en 1930. Este crecimiento demográfico fue animado fundamentalmente por la inmigración ultramarina alterando la trama social de un modo y una velocidad desconocidos. Los inmigrantes no solo renovaron las clases populares tradicionales sino también protagonizaron en primer encuentro entre extranjeros recién llegados y criollos" (p 81).

Entre los factores que desencadenaban este aumento de pacientes mentales se encuentra la difícil adaptación de los inmigrantes a esta nueva vida lo que traía diversos desajustes emocionales. Para resolver el problema del hacinamiento ya que a fines de 1900 el hospicio de las Mercedes tenía 1300 internadas, se presenta un proyecto a ambas cámaras legislativas en el que se solicita la creación de una colonia-asilo para alienados fuera de la ciudad. Debía tomarse como ejemplo una institución similar creada en Sajonia. El encargado de llevar a delante esta obra fue el Dr. Domingo Cabred y en 1901 se llevaron las primeras pacientes desde el hospicio de las Mercedes. El régimen asistencial era de "puertas abiertas" mas conocido por la denominación inglesa "open door". Al respecto se refiere Galende (1994):

No es solo de los psiquiatras la responsabilidad de los manicomios. Es la sociedad moderna quien lo inventa y lo necesita, ellos los psiquiatras sólo se prestaron a legitimarlos, a rodearlo de una imagen de racionalidad "científica" que en su conciencia nunca estuvo afirmada, siempre buscada por otra parte como lo atestiguan los innumerables laboratorios que trataron de montar en los hospicios. Aquí también la medicina sirvió para ocultar el todo social. Domingo Cabred que a principios del siglo XX construyera la mayor parte de las actuales colonias para alienados en todo el país en base a un mismo proyecto arquitectónico, bien entendió esa polaridad de lo publico y lo privado y las funciones de limpieza que competían a la disciplina que encarnaba (pp 68-69)

Estas colonias se edificaron alejadas de las ciudades y se encuentran distribuidas en todas las provincias centrales del país, la llamada "pampa húmeda" ya que es allí donde se concentra la mayor población, se encuentran instaladas las vías del ferrocarril y es posible garantizar los suministros necesarios para su supervivencia. Se considera que la rehabilitación solo es posible si las personas se encuentran en contacto con la naturaleza y se les puede proveer de trabajo que mantenga "ocupados" a los internos en diversas tareas.

En la década del 70 cuando realizaba mi tesis de licenciatura en Enfermería me fue posible observar los talleres para los pacientes internados en la colonia Emilio Vidal Abal en la ciudad de Oliva en la provincia de Córdoba. Eran largas filas de máquinas de coser con mujeres absortas en su rutinario trabajo de

elaborar la ropa para todos los habitantes de la misma, unas 5000 personas entre pacientes y personal. Nadie pudo decirme que tenía de terapéutico ese trabajo si bien no forzado, obligado, aunque mas no fuere por el "pecunio", una paga ínfima que a fin de mes recibían por el trabajo realizado, además de las semanales raciones de yerba mate y tabaco.

Con la apertura democrática se consolida lo que vino a denominarse "Movimiento Nacional de Salud Mental" que propulsó verdaderos cambios en todo el campo del sistema de salud del país. Se instalaron diversas estrategias de capacitación interdisciplinarias, se establecieron servicios de salud mental en los hospitales generales, se desarrollaron líneas de investigación, se abrieron las puertas de las instituciones y entró el arte en las denominadas "estrategias terapéuticas no convencionales" con talleres de teatro, música, pintura, radios abiertas, etc. etc. Todos creíamos que un verdadero cambio, en realidad una transformación de la salud mental y sus prácticas era posible. En realidad no podría volverse atrás esta historia pero... el avance neoliberal y sus políticas de ajuste, con el achicamiento del papel del estado, entre otros múltiples factores, fue paulatinamente mermando los presupuestos destinados al sector y el deterioro sobrevino. De todos modos muchos aspectos no podrán nunca volver a ser como eran antes de este proceso que permeó las practicas profesionales y la dinámica institucional.

Sin embargo aún quedan numerosas instituciones públicas y privadas en todo el país con internación psiquiátrica manicomial. Los estados provinciales reúnen 14.000 camas psiquiátricas que se llevan el 80 por ciento del presupuesto del sector. Las condiciones de vida en muchos casos son deplorables, no se hacen verdaderos diagnósticos y el seguimiento de los casos es escaso y ni que hablar de estrategias terapéuticas adecuadas para cada caso en particular.

En un artículo de Leandro Dibarboure (1998) de hace años atrás, se afirma refiriéndose al hospital Borda de Buenos Aires, lo siguiente:

El Hospital tiene alrededor de 1300 pacientes, 400 tienen mas de diez años de internación, son pobres y carecen de lazos familiares. El 60% del presupuesto se gasta en medicamentos.... en estos

momentos se esta poniendo en marcha un proceso de desmanicomialización del hospital, la idea es desarmar la institución y armar un dispositivo distinto... El Borda no es un lugar donde se tratan y viven los locos. Produce locura, marginalidad, abuso a los derechos humanos, perimidas prácticas psiquiátricas, prácticas psicoanalíticas sin el continente necesario y esfuerzos individuales que se pierden en el vacío. (p 1)

### A modo de síntesis

Cuando nos referimos a la posibilidad de cambio en el campo de la salud mental encontramos al respecto la opinión de Galende (1994): "*Las normativas jurídicas en Argentina no han acompañado a este proceso de transformación manteniendo criterios caducos cuyas consecuencias sufren miles de personas*". Miles de ciudadanos habitan diversas instituciones de carácter manicomial por trastornos psiquiátricos, que en muchos casos solo ocultan terribles desamparos sociales y familiares. Un gran porcentaje está allí por decisión judicial y a la espera de resoluciones de externación que nunca llegan. Son verdaderas detenciones legales pero ilegítimas, reflejo de la impotencia de las instituciones psiquiátricas y de la institución judicial. Reflejo también, de una sociedad injusta en la atención de los derechos de sus ciudadanos, no solidaria respecto del sufrimiento y la marginación. Resulta absurdo, tener que hablar de la peligrosidad de los enfermos mentales, tener que convencer a los diversos poderes de que la peligrosidad no esta en ellos sino en los peligros que acarrea enfermarse mentalmente y ser atrapado en los dispositivos institucionales y en los poderes decisorios de quienes, por ignorancia, legitiman a diario la realidad de los manicomios.

Como profesionales de lo social no podemos permitir que nos encierren en el círculo trágico de la agresividad, violencia, peligrosidad, reclusión. Es posible romper ese círculo. Es tarea de muchos: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, sociólogos, antropólogos, hombres del derecho, la política y la cultura. Se trata de una responsabilidad de todos. Para revertir la situación del internamiento psiquiátrico asilar es necesario seguir mostrando que más allá de las singularidades del enfermo mental, el destino del loco en

su vida social es el mismo que sufren todos aquellos que por diferentes razones transitan por los márgenes de la sociedad. Para ello es preciso entender a la marginalidad como un proceso de producción social sumamente complejo.

Solamente una sociedad que pueda reconocer su implicación en la generación de la marginalidad, podrá comprometerse en una respuesta solidaria del problema. La marginalidad en todas sus formas constituye una zona social viva, de enormes tensiones. En ella toda la sociedad, es decir cada uno de sus miembros condensa y expulsa lo que no integra ni puede tolerar en si misma.

Se trata entonces ahora de avanzar en la consigna de la desmanicomialización, de comprender hasta donde penetra en el tejido social la relación individuo-sociedad en que el manicomio cobró existencia y se mantuvo hasta nuestros días (Galende, 1994).

El estado actual de los conocimientos, conceptos y prácticas de salud mental son tan diversos como lo fueron los procesos históricos que les dieron origen. Es posible predecir la profundización de los cambios producidos en los últimos años los cuales se enmarcan en luchas con modelos hegemónicos que pugnan por hacer prevalecer sus concepciones tradicionales. El desafío es enorme, sin embargo no debemos dejar de pensar que: *"la salud mental colectiva mejora cuando existen corrientes históricas que dignifican, desenajenan, y enriquecen las posibilidades de conocimiento y creatividad de las personas"*. (Texto anónimo)

## CAPITULO IV

### ENCUADRE METODOLOGICO

Cualquier investigación se presenta como un proceso a través del cual se ponen de manifiesto una serie de inquietudes o problemas a resolver. Esto se realiza en forma planificada y con un determinado fin, con la intención última de producir conocimiento en el área disciplinar que se halle inserta. El verdadero sentido de tal proceso es la comprensión y/o descripción de los fenómenos estudiados que constituyen nuestra realidad y que producen alguna inquietud en el investigador hacia la búsqueda de respuestas que interpreten o expliquen tales conocimientos. Para ello, es necesario establecer un camino adecuado que guíe el proceso de búsqueda desde las reflexiones primeras hasta los resultados, mediante un método que permita el mejor abordaje posible de dicho fenómeno o situación.

Dentro de la reflexión teórica se afirma que la relación enfermera paciente mental que se establezca es algo esencial para alcanzar los propósitos de la profesión que es brindar cuidados humanos de excelencia, culturalmente aceptables y estableciendo vínculos significativos que satisfagan las necesidades de las personas atendidas y su entorno. Entender el cuidado enfermero como el hecho de estar atento a todas las necesidades de las personas en forma holística tiene una especial relevancia para esta investigación. Entendemos entonces que la relación enfermera paciente mental es el centro del presente estudio y que se encuentran inmersas en determinadas condiciones laborales que la determinan al interior de las instituciones de salud.

#### Tipo de estudio

Los estudios de tendencia descriptiva con variables cualitativas procuran rescatar lo que es esencial a las ciencias humanas, es decir el significado y la intencionalidad, buscando comprender los fenómenos individuales y sociales



desde el sentido que las personas confieren a sus acciones, privilegiando un conocimiento comprensivo.

Se entiende por metodología el camino y los instrumentos propios del abordaje de la realidad, por lo tanto la metodología adoptada es parte intrínseca de la visión del mundo inmersa en la teoría adoptada por el investigador.

Para una investigación descriptiva en primer lugar se necesita tener una interrogación y colocarse en torno a ella buscando todas sus dimensiones, no preocupándose en encontrar relaciones causales. Cuando se afirma que el fenómeno es aquello que se manifiesta en la conciencia como resultado de una interrogación, se está afirmando que solo existirá el fenómeno si existe un sujeto en el cual se manifiesta y vivencia. El fenómeno se tornará conocido a través del sujeto que experimenta la situación.

En la combinación de métodos se trata de integrar subsidiariamente uno de ellos, sea el cualitativo o el cuantitativo, en el otro método, con el objeto de fortalecer la validez de este último compensando sus propias debilidades mediante la incorporación de informaciones que proceden de la aplicación del otro método, conforme a sus fortalezas metodológicas Bericat (1998). La combinación no se basa en la independencia de métodos y resultados. La complementación es cuando, en el marco de un mismo estudio, se obtienen dos imágenes, una procedente de métodos de orientación cualitativa y otra de métodos cuantitativos, obteniéndose una doble y diferenciada visión. En la complementación el grado de integración metodológica es mínimo y su legitimidad se soporta sobre la creencia de que cada orientación es capaz de revelar diferentes e interesantes zonas de la realidad social (Bericat, 1998). En la triangulación o estrategia de convergencia, no se trata de complementar nuestra visión de la realidad con dos miradas, sino de utilizar ambas orientaciones para el reconocimiento de un mismo e idéntico aspecto de la realidad social. En esta estrategia, por tanto, se pretende la convergencia de los resultados. Los métodos son independientes, pero se enfocan hacia una misma parcela de la realidad, que quiere ser observada y medida con dos instrumentos diferentes (Bericat, 1998).

La variable "significaciones de la relación de cuidado a pacientes mentales" fue estudiada en las siguientes dimensiones: Características de la relación, vivencias/ sentimientos, actitudes frecuentes.

La variable "condiciones laborales" fue analizada en las siguientes dimensiones: Vida cotidiana en el trabajo, Características del trabajo y Convivencia Laboral

### Población estudiada

La población en estudio fueron las mujeres enfermeras que se desempeñan en instituciones de salud mental (también denominadas instituciones psiquiátricas) con formación profesional o Licenciadas en Enfermería. El único criterio de inclusión en el estudio que se tuvo en cuenta fue que las enfermeras mantuvieran relación con pacientes mentales y que accedieran a participar de la investigación es decir que se tuvieron en cuenta los aspectos que establecen los marcos ético-legales vigentes solicitando el consentimiento informado.

Las instituciones psiquiátricas de la provincia de Córdoba son numerosas y de variadas características. En cuanto a su dependencia pueden ser públicas, es decir dependientes del gobierno provincial-municipal o de índole privada que asisten generalmente a personas con cobertura de obras sociales. En relación a su magnitud existen las siguientes modalidades: servicios de salud mental en hospitales generales con reducido número de camas de internación (de cinco a diez), hospitales psiquiátricos, colonias psiquiátricas de larga estadía con gran número de camas, clínicas privadas de diferentes dimensiones. En el presente estudio se escogieron tres instituciones públicas teniendo en cuenta sus especificidades en cuanto a magnitud y tipo de pacientes que asisten.

La muestra fue intencional, no probabilística (del tipo de muestreo por cuotas) y se tuvo en cuenta la saturación de las respuestas para finalizar la recolección de datos. Se realizaron 10 entrevistas abiertas y 92 cuestionarios autoadministrados. Los escenarios donde se desenvuelven los actores que

participaron del estudio son las instituciones de salud que atienden pacientes mentales, y dentro de las mismas las salas de internación.

Una de ellas es un Servicio de Salud mental dentro de un hospital polivalente que funciona como un pequeño hospital psiquiátrico ya que, si bien depende administrativamente del hospital general, funciona en un predio separado a varios kilómetros de distancia del mismo. La segunda Institución es un Centro de atención de adicciones y alcoholismo en la capital de la provincia y la tercera institución es un hospital-colonia que alberga un gran número de pacientes con diversas características en cuanto a edad, problemáticas de salud mental y procedencia. Es de gran magnitud y se encuentra ubicada en una zona rural en el centro de la provincia de Córdoba.

La entrada al campo fue facilitada por enfermeros profesionales que conocían al grupo, los cuales facilitaron el contacto con las personas a entrevistar.

Previamente se solicitaron las autorizaciones correspondientes a las autoridades de la institución mediante notas las cuales fueron concedidas sin dificultad. En las mismas se adjuntó una síntesis del estudio y los instrumentos de recolección de información que se utilizaron.

### Características de la población

Los resultados corresponden a las 92 personas que respondieron el cuestionario autoadministrado, las cuales se desempeñan en tres instituciones psiquiátricas dependientes del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.

Las principales características personales que presentan la población son:

*Edad:* Predominan las enfermeras de 37 años o más y se observa escaso número de enfermeras menores de 29 años.

*Situación de pareja:* Un alto porcentaje de las enfermeras manifiesta tener pareja (66%) y solamente 3 personas de las 92 encuestadas no responde este aspecto.

*Presencia y Número de hijos:* La mayoría de las enfermeras tienen hijos (80%), de las cuales el 67% los tienen a su cargo, el número varía de 1 a 7 hijos alcanzando el 55% las madres que tienen entre 1 y 2.

*Nivel de formación profesional:* La población de enfermeras que participaron del estudio sigue las tendencias de las instituciones públicas de nuestro país donde predominan las personas con estudios de pregrado: enfermera (87%) y en menor cantidad las que acceden al título de grado: Licenciadas en Enfermería (13%).

En el apartado D del capítulo V Descripción de los resultados, encontramos mayores detalles y especificidades de lo antes dicho.

### Procedimientos e instrumentos de recolección de datos

La fuente de obtención de datos es primaria ya que la información se obtuvo de los involucrados en el fenómeno en estudio es decir las enfermeras que trabajan con pacientes mentales

- Una técnica de recolección de datos pertinente en estos casos es la entrevista abierta que generalmente debe ser grabada para facilitar el análisis del contenido de las conversaciones. También se debe tener en cuenta el nivel de aceptación a participar de la misma por parte de las enfermeras por dos motivos. En primer lugar es importante tener en cuenta los aspectos éticos por lo tanto se solicitó a las enfermeras un consentimiento informado. Por otro lado se considera que es esencial el interés por parte de los investigados para, de este modo, acercarse a los significados del fenómeno a estudiar, en este caso la relación de cuidado de la enfermera con el paciente mental y sus familiares. El instrumento de recolección de datos es la guía de entrevista cuya función es orientar sobre los ejes sobre los que gira la conversación que se entabló con las personas elegidas (Anexo 1). Se realizaron 10 entrevistas abiertas y cuando se observó que las respuestas expresadas eran similares (saturación de las respuestas) no se continuó con las mismas.

- Otra técnica que se utilizó fue el cuestionario autoadministrado por considerar que el nivel de instrucción de la población a estudiar (enfermeras) lo permite el cual se aplicó a un mayor número de ellas. El cuestionario consta de una introducción donde se explican los objetivos del estudio, 20 preguntas algunas cerradas (dicotómicas) y otras abiertas. (Anexo 1)

### Aspectos ético-legales

Dentro de los lineamientos ético-legales del campo de las ciencias sociales en general y de la salud en particular, es importante tener en cuenta el Consentimiento Informado de los participantes en los estudios de investigación. El mismo debe ser claro y preciso en los términos en los que expresa la información relativa al estudio que se está realizando. Además debe garantizar que la misma ha sido comprendida totalmente por los entrevistados. Es por ello que en la presente investigación se realiza un formulario para tal fin cuyo formato se adjunta en la sección anexos del texto. Este consentimiento no forma parte del formulario del cuestionario autoadministrado a los fines de no asociar la información con la persona. Por lo tanto se contó con tantos formularios de Consentimiento informado como encuestas se realizaron. (Anexo 1)

### Acciones realizadas en la recolección de la información

Las acciones que se desarrollaron para la *obtención de los datos* se pueden resumir de la siguiente manera:

- ✓ Se tomó contacto con las instituciones plausibles de formar parte del estudio a fin de obtener la autorización correspondiente.
- ✓ Visita a las instituciones donde se aplicarían los instrumentos de recolección de datos a fin de encontrar referentes que faciliten el acceso. Fueron colegas en cargos de conducción a los cuales también se les solicitó la autorización pertinente ya que el personal encuestado se encuentran a su cargo.

- ✓ Se realizó una prueba piloto de los instrumentos a los fines de garantizar confiabilidad y validez principalmente en lo que hace al cuestionario autoadministrado.
- ✓ Se acordó un modo accesible para que los instrumentos una vez completados fueran devueltos a la persona referente, teniendo en cuenta que el investigador en muchos casos se encontrará a cientos de kilómetros como en el caso de la colonia psiquiátrica. Esto no fue posible en todos los casos ya que los cuestionarios se extraviaban o no eran respondidos. Por lo tanto se volvieron a entregar pero con la presencia del investigador tanto para la entrega como para retirar los mismos.
- ✓ Se acordó con los colegas referentes un espacio acorde para la realización de las entrevistas abiertas, que tuviera privacidad para que se estableciera un clima de trabajo agradable y tranquilo. Para poder analizar y categorizar los datos contenidos en las respuestas de los entrevistados, se registraron en grabador digital para luego pasarlos a un procesador de texto lo que facilitó su lectura y tratamiento. En general se mostraron cordiales y predispuestas al diálogo y a brindar información.
- ✓ Solo en una de las instituciones elegidas no fue posible realizar las entrevistas por falta de predisposición de los colegas por lo tanto no se aplicaron tampoco los cuestionarios y se excluyó del estudio. En posteriores conversaciones con algunos de ellos manifestaron que el sentirse evaluados fue una de las razones de la negativa a participar.

### Las actividades para el tratamiento de los datos

En relación a los datos cuantitativos se utilizó el programa SPSS tanto para tabular como para realizar tablas y gráficos.

- Los datos cualitativos fueron analizados a través del procesador de texto Word, comparando las expresiones de los entrevistados de hallaron categorías de análisis y sus correspondientes sub-categorías posteriormente se presentan en forma de prosa. Se ilustran cada una de las mismas con ejemplos textuales (referencias empíricas) de las expresiones de las enfermeras.

- Posteriormente se elaboran las conclusiones mirando los resultados a la luz del marco conceptual.

*Apreciación general de las entrevistas.* En las entrevistas abiertas aparecieron algunas cuestiones que es necesario mencionar y que hacen también a la comprensión del grupo de enfermeras que participaron del estudio. Algunos aspectos de lo antes dicho son por ejemplo:

- Manifiestan problemas con los supervisores y el cuerpo médico.
- Relatan situaciones que no guardan relación con el tema de conversación sugerido, necesitan hablar, expresarse. Es por lo tanto necesario volver a centrar el tema de conversación varias veces en cada entrevista.
- Cuentan su historia dentro de la institución con "orgullo" y consideran que eso es muy importante.
- Enumeran todos los trabajos que han tenido como un historial de desempeño.
- Se detallan anécdotas con diferentes pacientes en forma pormenorizada.

## CAPITULO V

### DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

A lo largo del presente capítulo, al que se considera central en el proceso de investigación, se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a los datos y textos transcritos de las entrevistas y del cuestionario autoadministrado. Se considera oportuno ordenar la exposición en cuatro apartados que permiten una mejor comprensión de los hallazgos.

- A- El primer apartado está referido a las *significaciones de los modos de relación* que las enfermeras mantienen con los pacientes mentales de acuerdo al cuadro de categorías y sub-categorías elaboradas a partir del análisis de los resultados obtenidos.
- B- El segundo incluye las *condiciones laborales* en las que el grupo desenvuelve sus actividades al interior de las instituciones psiquiátricas estableciendo categorías de análisis e ilustradas con citas textuales de las expresiones de las enfermeras en cada ítem mencionado.
- C- El tercer apartado contiene otros aspectos que surgen en las entrevistas abiertas y que se consideran relevantes aunque no están referidos específicamente a la relación de cuidado, expresan aspectos institucionales particulares.
- D- En este espacio se presentan los datos cuantitativos en tablas y gráficos mostrando aspectos que se consideran relevantes para este estudio.

Los resultados cualitativos que corresponden a preguntas abiertas del cuestionario y las conversaciones de las entrevistas mantenidas con las enfermeras, se muestran en prosa y guardan estrecha relación con el cuadro de categorías y subcategorías que se presenta al inicio de cada apartado



## A- Significaciones de los modos de relación de las enfermeras con los pacientes mentales: características, vivencias, sentimientos y actitudes que emergen

Como se afirma en el marco conceptual, la dinámica de la interacción entre la enfermera y el paciente al explorar y comprender las necesidades los sentimientos, las actitudes y las creencias de ambos, es un elemento vital a la hora de lograr una cooperación cuando se brindan cuidados enfermeros.

También podemos decir que cuidar incluye actividades cotidianas, es decir aquellas acciones que garantizan la satisfacción de las necesidades más básicas para la vida y también incluye aquellas actividades que permiten mantener relaciones significativas y gratificantes, comunicarse con los demás, gozar de las propias realizaciones y adecuar los deseos y las expectativas a la realidad.

La relación enfermera paciente: es una relación de ayuda que resulta de una serie de interacciones entre la enfermera y la persona receptora de cuidados (paciente, cliente o familia) durante un determinado periodo de tiempo, en el que la enfermera focaliza su actuación en las necesidades y problemas de dicha persona, familia o grupo, mediante el uso de conocimientos, actitudes y habilidades propios de la profesión.

En el presente apartado se mostrarán los resultados que emergen de las respuestas obtenidas tanto en las entrevistas personales como del cuestionario autoadministrado. Se establecieron categorías y subcategorías que permiten una descripción ordenada del contenido de las mismas. Algunas de estas categorías fueron establecidas con anterioridad, como un punto de partida que se explicita en la elaboración de los instrumentos de recolección de datos.

El siguiente cuadro esquematiza este ordenamiento de los hallazgos y cuando se citan las referencias empíricas, en cada una de las frases textuales se consigna si es entrevista o cuestionario. La referencia incluye la C cuando se trata del cuestionario y la letra E cuando se hace referencia a la entrevista

abierta. El número que se adiciona corresponde al número de orden de ambos instrumentos.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS		
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN</b>	La relación es cambiante	La relación crea dependencia	Establecen vínculos significativos
<b>VIVENCIAS/ SENTIMIENTOS</b>	Agrado Bienestar Satisfacción Alegría Gratificación Cariño	Dolor, Sufrimiento Tristeza Malestar Impotencia Agotamiento Cansancio	Compasión Lastima Solidaridad
<b>ACTITUDES FRECUENTES</b>	Tolerancia Paciencia Comprensión Aceptación	Buen trato Comunicación Empatía	Trato inapropiado

### 1.- Características de la relación paciente–enfermera

La intencionalidad de describir esta categoría es identificar como perciben las enfermeras la relación de cuidado que establecen con los pacientes mentales, los pensamientos e ideas al respecto y los vínculos que surgen, es decir: que significaciones posee dicha relación. Al indagar en los cuestionarios auto-administrados como es la relación enfermera-paciente un gran número afirma que es "buena" y "muy buena" y luego enuncian brevemente aspectos de las mismas. De acuerdo al análisis del contenido de las respuestas en este sentido surgen las siguientes sub-categorías

a) La relación es cambiante:

Las enfermeras consideran que existen importantes diferencias en los modos de relacionarse con los pacientes mentales y que las mismas cambian según las circunstancias en las que se desarrolla esta relación de cuidado. Lo expresan de la siguiente forma:

*La relación depende mucho del tipo de patología que tenga el paciente: si es un paciente lucido que se puede entablar una conversación es un tipo de relación pero si es un paciente que tiene trastornos de conducta y siempre esta creando dificultades es otra muy distinta" (C 27).*

*La relación con el paciente es de acuerdo a la patología de cada uno (C 2).*

*Con pacientes lucidos o tranquilos puedes tener una relación de charlar y estar tranquilo sabes que no hay peligro. Hay veces que la enfermera sea mujer cambia las cosas, los pacientes varones respetan mas a la enfermera mujer y las pacientes mujeres respetan mas al enfermero varón (E 2).*

*Depende de las necesidades del paciente en ese momento, de escucha, de dialogo, de contención, alentarlos (C 80, 81).*

*Al principio es de respeto y reconocimiento luego se torna empática, se logra contener las crisis y acompañarlos (C 4).*

*Es diferente en cada etapa de la internación del paciente. Es muy diferente cuando llega a internarse de cuando ya se esta por ir de alta o han remitido sus síntomas (C 13).*

*La relación es buena, depende de las necesidades de cada uno de los pacientes (C 53).*

Las expresiones que predominan son: depende del tipo de paciente, de la patología que presentan, de alguna característica de la enfermera o del momento de la internación. La situación del contexto y del momento o turno determina los modos de relacionarse con ellos, aunque estaría determinada mas por las características propias del paciente que cuidan.

b) La relación crea dependencia

Consideran que el paciente mental se "aferra" a las enfermeras y que esta situación suele convertirse en dependencia. Entienden que ellas "reemplazan" los vínculos familiares inexistentes, que no pueden evitarlo y que los moviliza afectivamente. Consideran que en muchos casos son las únicas personas que se ocupan de ellos y que los tienen en cuenta. También hacen referencia a las denominaciones con las que se dirigen a ellas en el trato cotidiano.

*Ellos se "agarran" de uno como si fuera su familia y te dicen mami. Se aferran a nosotras las enfermeras como si fuéramos su familia (E 3).*

*La relación es buena para estos pacientes nosotras somos las únicas personas que tienen, el contacto con la familia es mínimo (C 55).*

*Mi experiencia en este trabajo es espectacular, éramos un grupo de 40 compañeros que entramos todos juntos era la época que se jubilaba mucha gente. No es lo mismo trabajar en un hospital común que tienen la familia al lado. Ellos no tienen a nadie, nadie los viene a ver, lo único que tienen es a nosotras (E 3).*

*Con estos pacientes el vínculo es diferente, interviene más el corazón, los sentimientos son más fuertes, puede ser porque están carentes de afecto. Nadie los quiere y no se ven con la familia, nosotras somos la familia. Es como que nosotras venimos a suplantar esa parte que a ellos les falta, Los pacientes dependen mucho de nosotras, de que les demos de comer, que les ayudemos en todo, de su ropa (E 6).*

*Lo que mas reclaman los pacientes es que quieren que su familia los visite pero cuando vienen dicen que no pueden tenerlos que son pobres, que ya se acostumbraron a no tener que atenderlos cada vez vienen menos es como que pierden el cariño por ellos (E 10).*

Encontramos que las expresiones denotan un sentimiento de ser imprescindibles en la vida de los pacientes y que estos dependen del cuidado que ellas les brinden en todos los aspectos de la vida cotidiana durante la internación.

c) En la relación se establecen vínculos significativos

En la mayoría de las enfermeras aparece fuertemente la intensidad de los vínculos que establecen con los pacientes. La idea de ayudar al otro y brindarle lo que necesita está presente en casi todas las respuestas de las entrevistas. Aparece la empatía en los modos vinculares en la cotidianeidad de la relación de cuidado. Algunas referencias empíricas as respecto son:

*Me parece importante entablar una relación de cuidado, que ellos (los pacientes) sientan que uno esta interesado y verdaderamente los esta cuidando. Yo he trabajado en casi todas las villas y veo que hay predisposición de los enfermeros al cuidado, no los maltratan como era antes. Les traen cosas de su casa que les hacen falta (E 4).*

*La relación es muy buena, ellos demandan atención y nosotros se la brindamos, hablamos con ellos, los escuchamos (C 28).*

*La relación es buena, los pacientes son muy demostrativos y a veces cariñosos (C 64).*

*La relación es excelente una se siente útil, lo oque les das también lo recibís a través del cariño de ellos (C 65).*

*La relación es buena, con diálogo / con los pacientes mantengo una buena comunicación (C 79).*

El mantener una comunicación fluida con los pacientes que atienden y la demostración de afecto que ellos les brindan, es un aspecto relevante de la relación de cuidado que establecen.

## **2.- Vivencias/sentimientos en la relación con el paciente mental**

En esta categoría encontramos que las enfermeras al vincularse con los pacientes mentales manifiestan que aparecen sentimientos intensos y con una amplia variación en las expresiones con que los caracterizan. Aparecen los sentimientos ligados a aspectos afectivos, los que guardan una relación con la compasión y aquellos que provocan malestar o desagrado. Las respuestas

brindadas por las enfermeras en la entrevista abierta sobre estos temas, se agrupan en las siguientes sub-categorías:

a) Agrado, bienestar, satisfacción, alegría, gratificación, cariño, significación positiva del trabajo

En este sentido se observan expresiones (principalmente en las entrevistas abiertas) con fuerte contenido emotivo, relatan sus experiencias con gran emoción, se percibe una fuerte conexión con el trabajo que realizan y el sentimiento positivo que les genera. Se sienten útiles y creen que sus vínculos ayudan al paciente a recuperarse. Algunas referencias de lo antes dicho son:

*Hace siete años que trabajo en este pabellón y me gusta lo que hago. Me gusta trabajar con el paciente mental, no quisiera estar en la parte de geriatría que aquí hay muchos, cuando hacemos cosas juntos con los pacientes yo me voy a mi casa sintiéndome muy bien. Siento que hice algo bueno con ellos, yo les enseño a hacer pan, pasta frola y ellos se sienten bien también y no estar todo el día sin hacer nada. Y después vendemos por todos los otros pabellones y tienen su dinero y no tienen que andar pidiendo, mendigando diría (E 10).*

*Cuando ellos nos cuentan algo lindo que les pasa de su vida me da mucha alegría. Cuando ellas están contentas nos ponen contentas a nosotras también (E 10).*

*Yo me siento muy bien trabajando con estos pacientes. Siento que hago mucho por ellos y que ellos me necesitan a mí y cuando me voy a mi casa estoy tranquila porque los atendí hice algo por ellos. Me gusta atender a estos pacientes, no podría trabajar en otro lado. Esa es la satisfacción de ser enfermera, cuidar a los otros que me necesitan. Siempre establecí un buen vínculo con los pacientes y esa es mi satisfacción mas grande, me reconocen a pesar de haber pasado muchos años y cuando vienen al hospital me van a saludar. Los pacientes son muy sinceros con nosotras y nos demuestran su afecto. Creo que he hecho un buen trabajo con ellos, he tenido siempre buen trato y eso es importante para mí (E 7).*

*Con pacientes adictos se puede trabajar mejor porque entienden y hacemos talleres de huerta, la panadería y muchas cosas más, pero con los esquizofrénicos por ejemplo es más difícil hacer proyectos (E 10).*

*Yo me siento plena como persona trabajando acá, si no estuviera me faltaría una parte de mí. Yo vivo dentro del hospital, me siento bien con los pacientes me han dado muchísimas satisfacciones. Un paciente de 92 años que había vivido siempre en la colonia se moría y estaba tan solo que lo abrace fuerte y alrededor éramos todas mujeres que lo acompañábamos, creo que eso es la enfermería. Dar amor al que no lo tiene (E 7).*

La relación basada en la comprensión y el afecto, la percepción de satisfacción con el trabajo realizado y el trato cordial, se presentan con fuerza en este grupo de profesionales de enfermería.

*b) Dolor, sufrimiento, tristeza, malestar, impotencia, agotamiento, cansancio mental*

También aparecen fuertemente sentimientos de sufrimiento, expresan que les cuesta manejarlos y que muchas veces esto les genera malestar, son situaciones a las que no le encuentran solución o creen que son muy difíciles de modificar. En otros casos la percepción es que este malestar las agota pero que no trabajarían en otro lado por diversas razones. Los moviliza el sufrimiento del otro, cuando los pacientes se desbordan emocionalmente o sufren por diferentes motivos. Algunas referencias al respecto son:

*Depende de la edad del paciente tuvimos un chica de 18 años que estaba muy mal y nos puso mal a todas las enfermeras tuvimos que llamar a un enfermero varón para sujetarla porque estaba muy excitada y se quería suicidar quedamos todas destruidas es tan jovencita.... Ver los chicos tan jóvenes y ya con drogas y que los traen acá para no llevarlos a la cárcel no se como decirte nos da cosa... somos madres y sabemos que es muy triste ver un hijo así tan mal, pidiendo droga. Cuando los veo tristes, que lloran, cuando hace frío y andan con poca ropa caminando por el patio "se me parte el alma", en la escuela de enfermería nos decían que tenemos que manejar*

*los sentimientos pero no siempre se puede, yo no puedo no involucrarme con sus problemas. Me genera impotencia cuando veo que están bien para irse afuera y no tienen contención de nadie el caso de una señora que podría vivir fuera porque tiene una buena pensión pero los hijos viven en el extranjero... se tiene que quedar acá para siempre? Eso me da bronca que quiere que le diga (E 2).*

*Si están muy tristes sufrimos un poco con ellas, por ejemplo un chica joven tiene dos hijos uno acá cerca en un pueblo cercano y lo ve pero al otro se lo llevo el padre a vivir a otra provincia y ella llora porque quiere verlo una es madre y sabe lo que so significa. Hace tres años que no lo ve eso es terrible como no va a llorar (E 2).*

*Me pone muy mal cuando un paciente esta bien para irse de alta y la familia ni piensa venir a buscarlo aunque pueden tenerlos, no tienen problemas económicos, ni nada. Es difícil describir los sentimientos, trato de no involucrarme demasiado pero siempre hay algo de tristeza. Tristeza al escuchar sus historias al ingreso y que no quieren separarse de su familia, no quieren quedarse internados (E 1).*

*Creo que con estos pacientes es mucho trabajo emocional estar siempre tratando de que estén tranquilos agota mucho...Este trabajo es estresante. A veces cuando tenemos muchos pacientes desbordados siento que me canso mentalmente (E 7).*

El sentir empatía y ponerse en el lugar del otro es parte de la relación de cuidado, sin embargo esto se convierte es una aspecto negativo cuando aparecen fuertes sentimientos de tristeza y agotamiento emocional generado por el cuidado de estos pacientes.

c) Compasión, lastima, solidaridad

Este sentimiento no es el que prevalecen las respuestas encontradas, sin embargo posee connotaciones de gran movilización emocional en las personas que lo vivencian:



*A veces algunos pacientes nos dan... no es lastima pero algo parecido. Sentimos pena por lo que les pasa, el problema mental es algo que dura y dura. Como que el tratamiento "no da frutos"*

*Yo a veces siento compasión por ellos. Paso mucho tiempo con los pacientes y me gusta conversar con ellos hasta con los que no hablan me siento en la galería y allí nos quedamos... (E 6).*

*Me dan pena/ siento lastima (C 2 y 48).*

*Depende del paciente y el momento, me dan lástima y a veces intranquilidad (C 20).*

La compasión es un sentimiento frecuente en las personas frente al sufrimiento humano del otro. Los profesionales de enfermería deberían poder manejarlos en lo individual o realizando abordajes grupales sin embargo esto no es frecuente en los servicios de salud mental.

### **3.- Actitudes frecuentes en la relación con el paciente mental**

Cuando se indaga sobre las actitudes mas frecuentes que aparecen en la relación de las enfermeras con los pacientes, las respuestas están referidas a tres aspectos: -la aceptación, tolerancia, paciencia y comprensión del paciente mental; - lo que guarda relación con el trato la comunicación y la empatía; - una actitud menos frecuente es el trato inapropiado hacia las personas que cuidan. Algunas respuestas al respecto son:

#### *a) Tolerancia, paciencia, comprensión, aceptación*

Consideran que estas actitudes son las que corresponden al trabajo de las enfermeras cuando brindan cuidados a pacientes mentales y que esto es lo que los pacientes necesitan en el trato cotidiano en el proceso de recuperación:

*La relación es de respeto comprensión y consideración (C 3, 15).*

*La relación es de respeto y reconocimiento luego se vuelve empática y se logra contener las crisis y acompañarlos (C 4).*

*Hay un buen nivel de tolerancia de los pacientes (C 22).*

*Mantenemos una relación de respeto mutuo lo que facilita la comunicación (C 57).*

*No es fácil pero como encargada de estos pacientes creo que la relación es buena y un trabajo diario que requiere paciencia perseverancia y capacidad de comprensión (C 62).*

*Hay que tenerles paciencia porque están enfermos, se supone que están aquí para que los atendamos esa es nuestra función como enfermeras comprender al paciente (E 9).*

*La relación es buena, de escucha, contención, paciencia y respeto (C 59).*

*La relación es buena, la demanda es mucha y el personal escaso pero tratamos de satisfacer todas sus necesidades básicas en la medida que se puede (C 51).*

Se percibe una apreciación positiva del cuidado que realizan y que se constituye en un importante aporte para que el paciente recupere o mantenga un estado de bienestar.

#### **b) Buen trato, comunicación, empatía**

Si bien en tiempos relativamente recientes los pacientes mentales no eran tratados con el respeto y la consideración que cualquier persona en estado de enfermedad merece, en ese sentido se observan cambios positivos y se reconoce el buen trato como esencial en la relación enfermera-paciente.

*La relación es muy buena, se los escucha, se los contiene en momentos de angustia (C 88).*

*La actitud de los enfermeros es buena, es positiva, tratamos siempre que el paciente este bien, que su estadía se lo mas confortable posible, tratamos de cubrir sus necesidades, tratamos que mantenga el vínculo con su familia, y que se vuelvan a insertar en la sociedad (E 4).*

*Todos somos personas y merecemos que nos traten igual. El que tienen millones y el pobre, el que está sano y el que está enfermo mental hay que tratar a todas las personas igual (E 5).*

*Una vez una compañera nueva me dijo que lo que había aprendido de mí es el contacto con el paciente ese sentimiento de amor hacia el paciente. Yo me siento bien con estos pacientes, son ancianos que antes estuvieron en villas de pacientes psiquiátricos (E 6).*

*Creo que el principal sentimiento que tengo es de comprensión de los que les pasa. Aunque uno sabe que no se debe “encariñar” con los pacientes por que lo dicen los libros y es cierto, pero eso pasa a veces, es inevitable. Hay que tener paciencia, ellos no eligieron estar acá (E 9).*

*Tenemos que dominarnos sobre todo cuando lloran y lloran encontrar como consolarlos o tranquilizarlos hacemos de psicólogas tenemos que explicarle las cosas que no entienden, son muy demostrativos y eso facilita la relación con afecto (E 7).*

*La relación es buena ya que se puede tener una buena comunicación que ni el psiquiatra ni el equipo tratante las pueden realizar (C 68).*

Consideran que su relación con los pacientes es buena e importante en la recuperación del mismo, que deben comprenderlos ya que están enfermos y no han elegido estar internados.

### c) Trato inapropiado

Si bien el trato inapropiado es una actitud poco frecuente en las manifestaciones de las personas entrevistadas, aún perdura en algunas de ellas el considerar que un trato estricto o rígido favorece el “orden” del servicio y es un modo de “controlar” los desbordes de los pacientes mentales.

*Las enfermeras tratamos bien a los pacientes pero algunas no quieren escucharlos, o conversar con ellos (E 6).*

*Con algunos pacientes o cuando es un paciente con trastornos de conducta te tenés que poner firme y mostrar que somos las enfermeras las que llevamos adelante el servicio y ponemos las normas sino todo se desordena y es un caos. Lamentablemente tenemos 45 pacientes y tenemos que tener todo muy ordenado pura norma y horario nomás pero si no se imagina lo que sería esto? Hay horario para comer, para bañarse, para ver tele, para irse a dormir, si todos se ponen a hacer lo que quieren... (E 2).*

*El contacto físico con el paciente no me parece bien cuando son pacientes mentales, cuando son ancianos si pero los otros no. No siempre me siento capaz de trabajar con ellos (E 3).*

*Yo mantengo cierta distancia con el paciente, les pongo límites para que me respeten. Creo que ha veces es el paciente que tienen que poner algo de su parte porque sino el tratamiento no hace efecto, pero no se dan cuenta de esto (E 1).*

*Algunos enfermeros no les tienen paciencia, a veces les gritan, no los dejan entrar a su oficina.... (E 7).*

Cuando se realiza atención de pacientes mentales el temor al desborde emocional de los mismos es frecuente en todas las disciplinas. Como enfermería se encuentra permanentemente al lado del paciente son quienes deben enfrentarlas a veces en soledad, sin el apoyo de otros.

Sintetizando lo encontrado en esta dimensión, podemos afirmar que las significaciones de la relación de cuidado que emergen están asociadas a las emociones, la empatía y la ayuda al otro. Se consideran personas muy importantes para la vida del paciente. Además consideran que enfermería es una disciplina central, imprescindible en la atención del paciente mental.

## B.- Condiciones laborales: vida cotidiana, convivencia y características del trabajo en instituciones psiquiátricas de Córdoba

Las condiciones de trabajo son el conjunto de aspectos que posibilitan la realización de una tarea concreta y el entorno en el que esta se realiza; son un conjunto complejo de factores que interactúan y repercuten en el trabajador y en el trabajo que realiza.

El sector enfermería dentro de los trabajadores sanitarios, es un área que por la especificidad de sus funciones merece especial atención tanto en lo que se refiere a la carga laboral como al propio proceso de trabajo. El concepto de carga laboral, permite resaltar en el análisis del proceso laboral, los elementos de éste que interactúan dinámicamente entre sí y con el cuerpo del trabajador generando aquellos procesos que se traducen en desgaste. Este último concepto complementa el de carga laboral en cuanto consigna las transformaciones negativas, originadas por la interacción dinámica de las cargas, en los procesos bio-psíquicos humanos.

El desgaste se define entonces, como la pérdida de la capacidad potencial y/o efectiva, corporal y psíquica, ocasionado por el esfuerzo físico y por las posiciones forzadas e incómodas, que este trabajo exige.

En tanto que la carga psíquica que sufren está relacionada con la tensión y la angustia que ocasiona el trabajar con la emergencia, con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

Por otra parte, si bien la medicina ha ido progresando considerablemente gracias al avance de la tecnología en la lucha contra la enfermedad y la prolongación de la vida humana, el sector sanitario público no se ha visto recompensado en cuanto a remuneraciones.

A pesar de ser una actividad que no permite postergaciones y que exige del trabajador gran responsabilidad y dedicación, en el ámbito de las decisiones, no existe un reconocimiento económico acorde al nivel de exigencias que supone este tipo de trabajo. Esta situación trae como consecuencias que

muchos trabajadores vivencien su actividad con cierto grado de insatisfacción. Este malestar se ve reflejado no solo en el ámbito de trabajo, sino también fuera del mismo, en el hogar, con los amigos, en todos los espacios que se desenvuelven estas trabajadoras.

Se considera importante mostrar el contenido de las respuestas obtenidas en este sentido realizando la siguiente categorización:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS			
<b>VIDA COTIDIANA</b>	Tiempo para descanso	Características de la planta física	Lugar para vestuario	Suministro de elementos de trabajo
<b>CONVIVENCIA EN EL TRABAJO</b>	Trabajo en equipo	La forma de trabajo	Clima de trabajo	Relación interpersonal (con superiores, con pares)
<b>CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO</b>	Estabilidad laboral	Remuneración	Número y tipo de pacientes	Satisfacción con el trabajo con pacientes mentales

Es importante explicitar que a su vez al interior de las sub-categorías surge en algunos casos la necesidad de realizar grupos de respuestas por su similitud, encontrándole una denominación que las engloba. Consideramos que esto permitiría una mayor comprensión de sus expresiones y por lo tanto de la realidad estudiada.

Cuando se abordan estos temas en el cuestionario autoadministrado algunas preguntas son cerradas y dicotómicas cuya respuesta es SI o NO y seguidamente se realizan preguntas abiertas para conocer sobre los motivos, causas o razones de las respuestas precedentes. Se considera oportuno describir ambas, las primeras de tipo cuantitativas las cuales se presentan en tablas que se muestran en el punto D del presente capítulo. Las segundas de

tipo cualitativas, se enuncian en prosa como subtítulos con las referencias empíricas correspondientes.

## **1.- Vida cotidiana**

Las enfermeras transcurren una importante parte de su vida en los lugares de trabajo ya que en la mayoría de las instituciones de la Salud de la Provincia de Córdoba desempeñan 40 horas por semana tal como ocurre en las que se tomaron para este estudio. Esta carga de horas están generalmente distribuidas en jornadas de ocho horas diarias, con un sistema de rotación por turnos y nocturnidad lo cual impacta en las condiciones de vida de las mismas.

### a) Tiempo de descanso

El poder realizar una breve interrupción de la tarea cotidiana, es importante para las enfermeras y contar con espacios apropiado para ello repercute positivamente en su apreciación global del trabajo que ejercen. Un alto porcentaje (86 %) de las encuestadas sostiene que “sí” dispone de este tipo de descanso parcial dentro de la jornada laboral (Gráfico 9, Pág.110).

### b) Adecuación de la Planta física

El ambiente de trabajo en lo que hace a la planta física, es decir las condiciones edilicias del lugar de trabajo es un aspecto relevante de las condiciones laborales. En la mayoría de las respuestas en este sentido se observa el reconocimiento de importantes falencias y dificultades. Probablemente la variedad de respuestas que brindan se deba a que son tres las instituciones donde se desempeñan las enfermeras, las cuales presentan diferencias en lo que hace a las características de las instalaciones. El ambiente físico de trabajo y las características edilicias son fundamentales al momento de brindar cuidados, es un aspecto que repercute en la vida cotidiana de enfermería.

Es importante destacar que un elevado número de enfermeras considera que la planta física no es la adecuada (72 % Gráfico 10 Pág.110). La mayoría de las enfermeras responde si consideran adecuada la planta física o no. Sin embargo no todas lo hacen sobre el porque de su respuesta. Podríamos resumir las principales expresiones de la siguiente forma:

- Consideran adecuada la planta física:

En este ítem las respuestas son escasas y se refieren por lo general a la distribución del espacio físico de las instalaciones y los elementos que en ella se encuentran.

*El edificio no tiene escaleras ni cosas que puedan ser peligrosas para los pacientes (C 6).*

*El espacio físico para los pacientes y sus visitas es amplio y permite que se comuniquen y traten sus cosas sin problemas A pesar de la antigüedad del edificio esta bien conservado (C 27).*

*Tenemos mucho espacio con salas para estar, comedores y pasillos grandes, con posibilidades de hacer separaciones según el tipo de pacientes (C 51).*

*Están bien definidas las áreas para cada actividad, dormitorios, salas de estar, comedor (C 53).*

*Tiene todo lo necesario, calefacción, televisor etc. (C 56).*

Estas respuestas denotan una valoración de los aspectos positivos de la planta física resaltando lo que posee el servicio por sobre las carencias que presenta. Se hace mención a la ausencia de aspectos peligrosos para los pacientes destacando los elementos de comodidad o distracción que poseen.

- No consideran adecuada la planta física:

Se presentan las respuestas agrupadas en tres ítems ya que las mismas guardan estrecha relación entre si pero son diferentes al resto de las expresiones sobre el tema.



- Consideran que la distribución del espacio físico es una problemática importante del lugar de trabajo, esta situación les preocupa y la relacionan con la atención que se brinda al paciente y su familia. En algunos casos consideran que es reducido y en otros que no es apropiado al tipo de pacientes. Algunas de sus expresiones son:

*No se cuenta con suficiente espacio físico lo que da hacinamiento e inseguridad para el personal de enfermería y un factor de riesgo para contraer enfermedades infecto contagiosas (C 2).*

*Las habitaciones de contención están lejos del "ofice" de enfermería (C3).*

*La institución no posee espacios verdes para recreación, el comedor es pequeño el número de pacientes por habitación no es el adecuado (C 4)*

*Mala infraestructura, inadecuada distribución del espacio para el tipo de pacientes lo que crea conflictos, insuficientes recursos para la atención básica por ejemplo de los aspectos clínicos (C 12).*

*Supera la demanda de pacientes a la estructura física que poseemos actualmente (C 13).*

*Falta de infraestructura para la atención de ciertos pacientes como los adictos que requieren mas seguridad o control falta de espacio para recreación o estar ara los pacientes (C 79).*

Otro aspecto que les preocupa de la planta física donde trabajan lo constituye el estado de conservación del edificio y el mantenimiento del mismo. Consideran que debieran hacerse arreglos en forma inmediata ya que afecta la forma de trabajar, lo expresan de la siguiente forma:

*El predio está en estado de abandono, deteriorado, sin personal de mantenimiento con ganas de trabajar, falta pintura (C 11).*

*Falta mantenimiento, lo que afecta las condiciones de trabajo. No arreglan lo que se va rompiendo (C 26).*

*La estructura no está en condiciones, es muy antigua. El predio esta muy abandonado. Hay partes que necesitan reparación ya que está deteriorado (varias personas lo dicen por Ej. C 21, 25, 33, 34, 40, 41).*

También manifiestan que hay presencia de elementos inseguros o peligrosos para los pacientes mentales que se encuentran alojados en estos servicios de internación:

*La estructura del lugar no es adecuada, no hay salidas de emergencia, no hay lugar de esparcimiento y recreación y algunas las puertas están con llave cerradas siempre (C 9).*

*Diversas patologías en un mismo predio, habitaciones y baños en regular estado. La cantidad de pacientes desborda la capacidad del edificio (C 23).*

*El edificio no es acorde al tipo de pacientes hay escaleras, los dormitorios son arriba y no tienen rejas (varias personas por Ej.: C 43, C 48, C 65).*

*No hay matafuegos. Es deficiente aunque se trata de cambiar algunas cosas (C 65).*

Sintetizando se puede afirmar que en cuanto a las condiciones laborales que se relacionan con la *planta física* de las instituciones, se observa que si bien en algunos casos hay importante deterioro y escaso mantenimiento edilicio, poseen espacios amplios para la comodidad de los pacientes pero en algunos casos se encuentran elementos que hacen insegura la vida institucional.

En cuanto a la *disponibilidad de vestuario para el personal*, una gran mayoría de las personas entrevistadas manifiesta que si poseen un lugar para vestuario (82% Gráfico 11 Pág. 110) esto hace a las condiciones laborales ya que se tiene en cuenta la comodidad de los empleados.

La *provisión de los elementos de trabajo* es un aspecto importante al momento de brindar cuidados. El no disponer de los mismos genera malestar e incomodidad en las enfermeras ya que los necesitan tanto para brindar cuidados de calidad como para sentirse seguros al realizar las actividades, técnicas o procedimientos cotidianos del trabajo de enfermería. Estos insumos son de permanente utilización ya que posibilitan el cumplimiento de las

medidas de bioseguridad las cuales resguardan a las enfermeras de posibles infecciones y a la vez evitan las mismas a los pacientes a su cuidado. Un numero importante de personas considera que no se le provee todo el material necesario (57% Gráfico 12 Pág. 111)

## **2.- Convivencia en el trabajo**

En esta categoría se analizan las características de las relaciones de trabajo que mantienen las enfermeras con sus pares, con sus superiores y con el resto del equipo de salud (Médicos, Psicólogos y Trabajadores Sociales principalmente). También se analiza el trabajo en equipo, el clima de trabajo y los cambios que consideran importante realizar en este sentido en los servicios donde se desempeñan.

### **a) Trabajo en equipo**

En cuanto a este aspecto del trabajo se observa que la opinión se encuentra dividida entre un 53% que considera que si se trabaja en equipo y un 43 % que considera que no, el resto no responde. (Gráfico 12 Pág. 111)

Las relaciones interpersonales que se mantienen en el trabajo son un elemento esencial al momento de analizar las condiciones laborales. La interdisciplina como estrategia de abordaje es considerada una tendencia en aumento en el campo de salud en general y de la salud mental en particular. Sin embargo no siempre esta presente al interior de los grupos de profesionales de la salud, eso es percibido por las enfermeras como negativo al momento de brindar cuidados. Perciben que la profesión de enfermería no tiene el reconocimiento y la importancia que debiera y que sus opiniones no son tenidas en cuenta por lo que consideran sería necesario un cambio importante en ese sentido.

Las respuestas están polarizadas entre las que opinan que si se trabaja en equipo y las que consideran que no. A continuación de enuncian las razones o fundamentos por una y otra opción que expresan.

- Reconocimiento/identificación del trabajo en equipo

Consideran que la comunicación y algunas instancias de trabajo con modalidad interdisciplinaria, con buenos niveles de comunicación y de un trabajo conjunto, son las principales razones por los que consideran que se trabaja en equipo, algunas expresiones al respecto son:

*Hay comunicación en el equipo de salud (C 2).*

*Cuando hay casos complicados trabajamos interdisciplinariamente (C 5).*

*Se realizan reuniones y revista de sala y se toman decisiones con respecto a los pacientes conjuntamente con los médicos (C 81).*

*Generalmente se trabaja en equipo pero aun perdura la hegemonía de los médicos donde no comparten decisiones con los enfermeros (C 85).*

*Recientemente se forman equipos con todas las profesiones para atender cada paciente esto es un avance importante. Creo que todos los integrantes del equipo de salud trabajamos mancomunadamente en este servicio (C 83).*

*En algunos servicios se trabaja en equipo entre las enfermeras y los otros profesionales pero no hay protocolos de trabajo conjunto (C 66).*

*Los equipos lo conforman enfermeras médicos psicólogos y trabajadores sociales es como se trabaja acá (C 69).*

*Semanalmente se evalúa la evolución de cada paciente en la revista de sala entre médicos y enfermeras (C 80).*

*Se permite la participación activa en la toma de decisiones sobre el paciente y su tratamiento. Porque no se puede trabajar aisladamente (C 9).*

*Porque así se trata mejor al paciente (C 26).*

*Es la única manera de abordar la enfermedad mental (C 41).*

*A veces las enfermeras están solas en el internado, pero los médicos necesitan de la información que le da la enfermera porque esta las 24 horas con el paciente (C 70).*

*En la toma de decisiones sobre los pacientes porque los profesionales (no enfermeros) de este servicio son muy amplios en su pensamiento y nuestra opinión tiene valor (C78).*

*Todos participamos en las decisiones. Se realizan reuniones y revista de sala y se decide sobre la rehabilitación y externación (alta) de los pacientes (C 79).*

Se pudo constatar en las expresiones antes referidas que existen grupos donde el trabajo en equipo y la interdisciplina son posibles y que este modo de funcionamiento beneficia también al paciente. Enuncian el reconocimiento profesional de enfermería como un aspecto relevante y la toma de decisiones en conjunto como una modalidad necesaria en distintas acciones terapéuticas.

- Consideraciones negativas sobre el trabajo en equipo

Una de las principales razones por las que consideran que no se trabaja en equipo es el escaso reconocimiento de la profesión de enfermería por parte de otros profesionales que se desempeñan en el mismo servicio, y ciertas rivalidades o conflictos en el grupo o falta de interés por el trabajo que desempeñan. Por ejemplo expresan:

*Hay celos profesionales y falta de reconocimiento de enfermería como profesión. No se tiene en cuenta lo que dice enfermería (C 4).*

*Los conflictos surgen cuando no se considera a enfermería como una profesión independiente (C 7).*

*A veces no nos escuchan cuando decimos que un paciente no se siente bien (C 18). Muchas veces el medico solo acepta su propia opinión y no la de las enfermeras que están siempre con el paciente (C 63).*

*En ocasiones otros profesionales menosprecian el trabajo cotidiano de enfermería (C 61).*

*No se valora en general el trabajo de enfermería y más de una vez cae el peso sobre nosotras cuando en realidad son los médicos los que no realizan el control de los pacientes aunque nosotras insistimos que lo hagan (C 73).*

*La palabra de las enfermeras no es escuchada. No contamos con un equipo de profesionales que nos apoyen y la palabra de la enfermera no cuenta. No es respetada la palabra de la enfermera (C 72).*

*Hay muchos desacuerdos y opiniones encontradas entre los diferentes profesionales. Es un ideal no siempre se puede trabajar así entre todos y eso perjudica al paciente (C14).*

*Porque genera bronca la gran diferencia entre los enfermeros y los médicos. No demuestran interés en trabajar en equipo los otros profesionales, no se interesan si trabajamos en equipo. No hay comunicación entre las disciplinas. Siempre se hacen propuestas de trabajar en equipo pero no se ha logrado aún. No existe el compromiso, le da lo mismo hacer o no las cosas (C 51).*

El trabajo en equipo es una preocupación y una meta a lograr entre las enfermeras que participaron de este estudio. Creen que el trabajar de este modo no forma parte de las expectativas de un número importante de otros profesionales con los que comparten el trabajo y consideran que no solo las perjudica a ellas sino que repercute en el cuidado que se le brinda al paciente.

#### b) Conformidad con la forma de trabajar en el servicio

En cuanto a la organización y distribución de las actividades al interior de los servicios de salud mental y del grupo de las profesionales enfermeras, podemos decir que se observa por un lado una aceptación y opinión favorable y por el otro la expresión de importantes dificultades en este aspecto de la vida cotidiana de las instituciones. Todo esto expresado en las respuestas obtenidas tanto de las entrevistas como de los cuestionarios.

Si bien las encuestadas responden por el sí o el no, luego no todas ellas fundamentan el porque o las razones por sus opiniones. Se establecieron grupos teniendo en cuenta la similitud de las respuestas.

- Satisfacción con el modo de trabajo en el Servicio

- Una de las razones por la que están conformes con la forma de trabajo de enfermería es por el tipo de atención que brindan. Consideran es la adecuada, pertinente con las características de los pacientes que atienden y que dentro de las posibilidades que poseen, brindan los mejores cuidados posibles. Algunas expresiones son:

*Se trata de contener al paciente y brindarle lo mejor de acuerdo a los medios disponibles del momento (C 2).*

*Se brindan cuidados de enfermería competentes y satisfactorios con los elementos precarios que tenemos (C 8).*

*Se brinda una atención adecuada al tipo de paciente (C 20).*

*Dentro de los problemas que tienen la salud mental en la provincia aquí se trata de atender lo mejor posible (C27).*

*Si bien cada enfermero tiene su forma particular de atender al paciente los valores y principios de cada uno permiten brindar una adecuada atención al paciente (C 47).*

*La relación enfermera paciente es cordial (C 42).*

*La forma de trabajo es ordenada y continua y en lo posible se trata de tener comunicación con otros turnos aunque a veces esto no se logra (C 55).*

*El equipo de enfermeras trata de llevar el servicio lo mejor posible para una mejor calidad de atención de los pacientes a nuestro cargo (C 61).*

*Hay buena disposición para trabajar con los pacientes (C66).*

- Otra razón que aparece fuertemente es el “compañerismo” y las relaciones laborales armónicas que mantienen al interior del grupo de trabajo como un aspecto fundamental de la percepción del trabajo que realizan.

*Hay un buen nivel de compañerismo (C11). Se trabaja en conjunto todas tratamos de cooperar (C19). Se toman decisiones en conjunto (C 48).*

*Paulatinamente se va teniendo mas en cuenta la opinión del personal de enfermería y el trabajo que hacemos se integra al equipo de salud (C14).*

*Es todo un equipo interdisciplinario donde se intercambian opiniones y e buscan nuevas estrategias para mejorar la atención del paciente y su familia (C 22).*

*Me gusta porque hay compañerismo (C 39).*

*No existen mayores diferencias entre las formas de trabajar y existe continuidad del cuidado y esto es muy importante. La jefa del servicio es accesible con todo el personal a su cargo (C 51).*

*Todas trabajamos de la misma manera y la jefa a la par (C 54).*

*Las jefas nos dan libertad para trabajar a nuestro modo en cada turno respetando ciertas normas y la convivencia (C 65).*

*Hay un cronograma de trabajo accesible para todos que se realiza cada día. Existe cierta libertad para personalizar el trabajo y la atención que se brinda es posible realizar tareas extras con los pacientes dependiendo del estado del mismo y de cuantos enfermeros haya en el turno (C 66).*

*Me parece que la atención y distribución del trabajo es adecuada (C 70).*

*Tenemos oportunidad de participar frente a las decisiones del tratamiento de los pacientes (C 83).*

*En este servicio siempre tenemos lo que nos hace falta en medicación, ropa, insumos para lograr la buena atención del paciente (C 63).*

*Se están realizando mejoras en el edificio y en la forma de trabajar (C 67).*

Sentirse parte, percibirse como integrante fundamental de un grupo que brinda atención de salud, es un aporte a la satisfacción laboral. Percibir al otro como



“mi compañero”, el que comparte la vida laboral cotidianamente, es un elemento de seguridad y tranquilidad para las personas

- Disconformidad con la forma de trabajo del Servicio

Consideran que existen falencias en la organización del trabajo, que se hace necesario establecer un sistema de normas y criterios para llevar adelante el trabajo, se percibe una preocupación por estos aspectos negativos del trabajo. También hacen referencia a ciertas dificultades en las relaciones interpersonales:

*Creo que las políticas son contradictorias y queda todo en manos del personal y lo desgasta. Faltan objetivos claros y recursos necesarios para cumplirlos, sin embargo se brindan cuidados de enfermería buenos (C 3).*

*No hay seguimiento y control de los pacientes y no se implementa el Proceso de Atención de Enfermería PAE (C 4).*

*El perfil del hospital es para agudos pasan la crisis y se van, las funciones deben continuar extramuros y no se hacen (C 5).*

*Hay diferentes formas de trabajar en enfermería, algunos procuran la autonomía y el autocuidado del paciente y otros la dependencia (C 6).*

*No entiendo porque si hay normas institucionales estas no se cumplen falta comunicación entre pares (C 7).*

*Implementaría un plan de cuidados de acuerdo a cada paciente por ejemplo pacientes de nuevo ingreso, seguimiento y control de pacientes con riesgo suicida. Implementaría recreación para el paciente y el personal asignando recursos para ello. En este servicio no hay planes cada uno hace lo que cree conveniente. Hay un abismo entre el paciente y la enfermera (C 9).*

*Inadecuada organización y recursos escasos. Falta recreación para los pacientes y capacitación en enfermería en mi turno (C 13).*

*Faltan normatizaciones en el desempeño laboral, hay políticas internas de trabajo inadecuadas (C 17).*

*Falta organizar bien el servicio, mas capacitación, asignación de funciones y de pacientes (C 18).*

*Hay mucha rivalidad y competencia entre las profesiones creo que "hay mas caciques que indios" (C 1).*

*No se logra igualar criterios para trabajar (C 73).*

*Me gustaría trabajar más interdisciplinariamente (C 74).*

Sintetizando los resultados encontrados en cuanto a la conformidad o no de trabajar en el Área de Salud mental encontramos diversidad de perspectivas de las personas entrevistadas. Si bien la gran mayoría considera importante el trabajar en esta especialidad, realizan un análisis crítico de cómo se desarrolla el trabajo, su organización y las transformaciones necesarias para brindar una atención adecuada a los pacientes que están a su cuidado.

#### c) Clima de trabajo y relaciones que mantienen en el servicio

Es importante indagar sobre como se presentan las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo de salud. Esto nos brinda elementos necesarios para la comprensión de como se sienten mientras trabajan las enfermeras de estas instituciones.

No solo lo que son las relaciones entre pares, es decir entre las mismas enfermeras, sino también la relación que mantienen con los profesionales de conducción tanto del servicio como de toda la institución como directivos, supervisores entre otros. Estas relaciones, sus características y como se perciben, son elementos constitutivos del clima de trabajo.

- Un número importante de enfermeras consideran que el clima de trabajo es bueno o muy bueno y manifiestan las razones por las que lo consideran de este modo:

*El clima de trabajo es bueno (Varias personas se expresan de esta forma por Ej., C 1, 5., 11, 12, 14, 16, 22, 28, y otros)*

*Agradable, armonioso y con algunas diferencias y afinidades (C 8).*

*Tranquilo, a veces surgen conflictos que se resuelven en el corto plazo (C18). Alegre, respetuoso responsable llevadero Grato (C 25 y 27).*

*Agradable correcto cordial como si fuera una familia (C 23).*

*Lo primero es la cordialidad. Solo así se puede construir (C47).*

*Se trata de llegar a un acuerdo sin discutir (C 73)*

*Hay diferencias, tratamos de superarlas para el bienestar del paciente (C 70, 74).*

- Algunas personas consideran que el clima de trabajo es cambiante y que esto tiene que ver por lo general con el estado de los pacientes, el compañero con el que comparten el turno entre otras cosas, por ejemplo expresan:

*Según la situación a veces bueno a veces de mucha tensión por la calidad de pacientes que suelen ingresar (C 2, 19).*

*Por momentos bueno, productivo amigable y en otros tenso (motivado por presiones políticas) (C 3).*

*Hay días que se trabaja en un clima tenso, otros días con más calma, pero se puede trabajar bien (C 84).*

- También aparecen expresiones relacionadas con un clima de tensión o estrés que los lleva a un agotamiento o malestar durante la jornada laboral.

*Generalmente es un clima bueno y tranquilo pero hay días muy difíciles cuando los pacientes se descompensan tanto clínicamente como psiquiátricamente esto produce mucho estrés (C 55).*

*Falta de respeto, hay hegemonía médica, se trabaja en forma aislada, no hay conciencia de equipo ni de interdisciplinariedad (C 9).*

*A veces hay situaciones de peligro (C 13).*

*Es agotador, por el tipo de pacientes (C 13).*

*Estresante debería haber terapia de grupo (C 45).*

*A veces se pone tenso cuando no hay una buena relación entre los enfermeros del turno (C 92).*

*Es muy agitado cuando reciben visitas los pacientes (C 87).*

*Es bueno pero por momento muy tenso (C 36). El clima es malo (C 17).*

- Un número menor de personas hacen alusión a algunas situaciones particulares del clima de trabajo como la comunicación entre el personal o la forma de trabajar:

*La comunicación es informal y la organización verticalista (C 4).*

*Hay diferencias personales pero es normal en todos los servicios (C 6).*

*Depende de los días por lo general muy calido, Tranquilo porque son pacientes lucidos y entienden lo que uno les dice (C 88).*

*Regular porque no se trabaja en equipo (C 90).*

- Relación con los superiores: en líneas generales consideran que la relación con los superiores es buena o muy buena y además expresan aspectos de sus características aportando sobre algunas cualidades de las mismas.

*Es buena (varias personas opinan esto por Ej. C 4, 9, 12, 14, 16, 18, 22, 29, 30, 31, 47, 62, 64 y otros).*

*Es una relación muy buena (varias personas por Ej. C 4, 6, 11, 21, 71, 82 y otros).*

*Excelente (C 20, 70, 81). Regular (C 49, 63). Cordial (C 7, 26, 37).*

*Normal (C 10). De respeto hacia jefes enfermeros y médicos (C 2).*

*Tranquila sin conflictos (C15). De cordialidad y respeto (C 75, 76, 80).*

*Abierta con comunicación (C 13, 17, 19).*

*Buena, bastante buena no se nota a veces quien es la supervisora y quien la enfermera (C 23). Correcta (C 24, 31, 33, 36, 38 y otros).*

*Con la mayoría de ellos respetamos los roles de la conducción (C 25, 27).*

*Defino mi relación hacia ellos como de respeto aunque se ve falta de ética del otro lado (C 73).*

*Con el jefe del Servicio buena con los supervisores de enfermería regular (C 52, 57, 59).*

Consideran que mantienen una relación adecuada y armónica con los superiores y no se aprecian expresiones de preocupación en este sentido. Cuando existen aspectos positivos de esta relación, lo pueden reconocer como el respeto mutuo, la cordialidad, entre otros.

- En cuanto a la relación entre las enfermeras, se podría decir que es buena, numerosas expresiones así lo dejan ver, sin embargo reconocen que existen rivalidades a veces entre un turno y otro, también por el nivel de formación alcanzado o por las características personales y el trato que mantienen entre si. Sabemos que las relaciones que se mantienen con los compañeros de trabajo con los que se comparte la jornada laboral son parte importante de las condiciones laborales. Se agruparon las respuestas por su similitud en ítems que ilustran las diferentes opiniones al respecto.

Un grupo importante de enfermeras consideran que las relaciones entre colegas son buenas y muy buenas, planteando brevemente las razones que las llevan a opinar de ese modo, algunas de sus expresiones son:

*Las relaciones son buenas (C 1,2, 49,59).*

*La relación interpersonal es armoniosa, con algunas diferencias de criterios en el trabajo (C 8).*

*Son dinámicas, hay sub-grupos, aunque hay conflictos estos son leves, muchas veces no hay respeto entre pares, hay celos profesionales, hay solidaridad cuando hay que ayudar a un compañero (C 9).*

*Son bastante buenas hay disconformidad con un par de personas por el abuso de carpetas médicas (C 11).*

*Somos buenos compañeros, hay pocos conflictos y cuando se presentan los resolvemos entre nosotros (C 14).*

*En general el equipo de enfermería mantiene buenas relaciones en lo laboral y personal (C 14). Son buenas, hay tolerancia y compañerismo también comprensión (C 22).*

*Creo que debemos ser mediadoras en los conflictos entre enfermeras porque sino el único perjudicado es el paciente (C 55).*

*Muy buenas, somos compañeras y si alguien necesita algún cambio de turno se lo hacemos. Coordinamos actividades con los pacientes para mejorar la calidad de vida de ellos y conocernos mejor los unos a los otros (C 70).*

*Las relaciones en este servicio son buenas, al ser tantas enfermeras hay diferentes pensamientos pero nada que no se pueda solucionar hablando (C63). Cordial, de respeto se trabaja en equipo (C 81, 82, 83).*

*En mi pabellón las relaciones son buenas porque tenemos un jefe que quiere que funcionemos con cordialidad (C 67).*

Los modos de relacionarse entre las enfermeras es un aspecto que respondieron la mayoría de las personas, es un tema de preocupación pero muestran una opinión favorable al respecto, se percibe que mantienen un clima de trabajo cordial, solidario y donde todos pueden explicitar su opinión sobre los temas que hacen al funcionamiento interno del servicio. Destacan el respeto y la cordialidad como muy frecuentes entre las personas que comparten el turno de trabajo.

También consideran que las relaciones son buenas por compartir el lugar de residencia ya que es una población de proporciones reducidas (como es el caso de la Colonia Vidal Abal de Oliva):

*La relación es correcta ya que todos somos del mismo pueblo (C 30).*

*Depende de cada persona, pero en general son buenas, todos vivimos en el mismo pueblo eso influye (C 41).*

*Son de amistad propia de un pueblo chico (C 42).*

*Son de mucha amistad, nos conocemos todos de la misma ciudad (C 43).*

*Son muy buenas porque nos seguimos viendo afuera en el pueblo en distintas reuniones (C 46).*

Otro grupo opina que las relaciones son cambiantes y opuestas, y que este aspecto de las relaciones entre pares tiene diversas razones o motivaciones que expresan de la siguiente forma:

*Son dinámicas, hay sub-grupos, son armoniosas aunque hay conflictos estos son leves, muchas veces no hay respeto entre pares, hay celos profesionales, hay solidaridad cuando hay que ayudar a un compañero (C 9).*

*Por momentos contenedora y en otros descalificadora (C 3).*

*Con algunos de mucha amistad y con otros solo relación laboral, la relación es correcta a veces amigas y a veces no (C 34).*

*Es bastante variable, en algunos hay compañerismo y en otros no (C 50).*

*Las relaciones son variables, existen tres tipos: a) la enfermera con una política conductista, b) la que no le interesa su actividad y c) La enfermera innovadora y revolucionaria. De acuerdo a esto son las relaciones entre ellas (C 47).*

*Es muy variado van desde muy buenas a malas pasando por ignorar la presencia del otro. Se suele ser amigo de un compañero y compartir fiestas y reuniones fuera de la institución y ante un problema insultarlo (C 85).*

*A veces un poco competitivas, a veces aparece el compañerismo (C19).*

*Hay relaciones muy buenas, buenas y malas en la institución. Hay diferentes opiniones por ejemplo en el alta de los pacientes (C 67).*

También se pudo observar que algunas enfermeras consideran que las relaciones son regulares y que presentan ciertas dificultades que las atribuyen a que no hay "compañerismo", que surgen rivalidades y que los diferentes niveles de formación en la disciplina acarrear tensiones al interior de grupo, entre otras:

*No hay compañerismo no se respeta al otro como individuo (C 7).*



*A veces problemáticas, en los horarios de trabajo o de reuniones no nos ponemos de acuerdo (C 12).*

*Complejas como todas las relaciones humanas, diferencias de criterios, de decisiones, de carácter (C 17).*

*En todas las instituciones surgen desigualdades. Hay que saber negociar para que no surjan conflictos sobre todo en las instituciones de salud mental (C 18).*

*Son regulares, no se puede confiar en las compañeras de otros turnos, falta unión entre los enfermeros (C 23).*

*Hay competencias, diferencias marcadas entre auxiliares y profesionales cada uno piensa en si mismo (C 27).*

*Regular, falta de comunicación y compañerismo en muchas ocasiones se ve reflejada la competitividad en lugar del profesionalismo. Mucha variedad en la forma de trabajar eso genera discordia (C 61).*

*Hay muchas diferencias en el origen de los títulos de enfermería y eso genera discordias., los universitarios tienen más fundamento y eso genera celos profesionales, esto no pasaría si solo fueran estudios universitarios como en otras profesiones como medicina por ejemplo (C 60).*

*En muchos casos son conflictivas, los grupos son grandes y hay mucha competitividad (C 74).*

*Falta de comunicación entre pares, conflictos no resueltos por problemas o situaciones personales (C 77).*

Cuando existen conflictos o rivalidades en las relaciones interpersonales lo manifiestan claramente en el contenido de las respuestas las mismas hacen referencia a la competitividad profesional o personal, problemas en la comunicación y consideran que los diferentes niveles en la formación son una limitante y fuente de diferencias de criterios al momento de trabajar,

Existe otro grupo que opina que un aspecto negativo de las relaciones es la escasa relación con los colegas de otros servicios del hospital:



*Entre los servicios regular. Dentro de mi servicio muy buena, hay compañerismo, ética profesional, continuidad del cuidado, responsabilidad y compromiso (C 51).*

*Con enfermeras de otros servicios no tenemos una comunicación fluida quizás por la distancia entre los pabellones (C 62).*

*A nivel general entre servicios espantosas. Dentro del servicio muy buenas continuidad del trabajo, respeto, responsabilidad (C 53).*

También consideran que las relaciones son buenas entre las enfermeras pero que existen situaciones que las influyen negativamente y aparecen entonces conflictos de intereses y opiniones encontradas:

*Es buena aunque a veces surgen conflictos por los turnos o beneficios entre amigas, problemas con la planilla de turnos y francos. (C 18).*

*Comúnmente buena aunque es un nosocomio con personal mixto de diversas formaciones (C 69).*

*Como en todas las instituciones grandes donde trabaja mucha gente las relaciones son conflictivas por la luchas de poder (C 73).*

*Buena pero suele haber conflictos como en todos los lugares de trabajo (C 74).*

Sintetizando podemos afirmar lo siguiente: Se observa que las enfermeras tienen opiniones muy diversas con respecto al clima de trabajo y las relaciones interpersonales que surgen del mismo. Se puede reconocer que hay situaciones que generan tensión pero que es posible darles solución a corto plazo o en el momento en que se presentan los conflictos. Las respuestas encontradas realizan una valoración crítica y lo expresan como buenas regulares o malas. En otros casos las expresiones están referidas a la descripción de situaciones típicas y las circunstancias en las que se desarrollan.

### 3.- Características del Trabajo

El trabajo es una fuente de gratificación importante en la vida de las personas aunque puede constituirse también en un factor de preocupaciones o conflictos. Las instituciones en general y las propias del campo de la salud en particular, presentan situaciones que pueden ser vividas por los empleados como generadoras de malestar. La percepción de las características que presenta el trabajo que se realiza tiene gran relevancia al momento de valorar las condiciones laborales.

#### a) La Efectividad en el cargo y la remuneración

Este ítem hace referencia a la estabilidad laboral. Este aspecto es relevante al momento de la seguridad que significa saber que se puede contar con este trabajo. Un alto porcentaje es efectivo en su cargo (71% Gráfico 14 Pág. 112. ).

Un alto número de enfermeras (78 % Gráfico 15 Pág.112) considera que la remuneración que perciben no es la adecuada, no se ajusta al trabajo que realizan y fundamentan sus opiniones de muy diversas formas.

- Conformidad con el sueldo que perciben

En este punto observamos que es menor el número de enfermeras que están conformes con la remuneración en relación a las que no lo están y las razones que exponen están referidas a que les alcanza para vivir y comparan la remuneración con la recibida en otras instituciones:

*Comparado con otras profesiones estoy conforme pero si hubiera un aumento de sueldo... (C 11).*

*Porque se reconoce mi labor diaria (C 12).*

*He trabajado en muchos lugares y es aquí donde me pagan mejor (C 19).*

*Comparado con otros trabajos el sueldo es relativamente bueno (C 20 y 21).*

*Me alcanza porque no tengo hijos (C 27).*

*Siempre gane "chauchas" ahora es la única vez que gano bien (C 54).*

*Me alcanza porque tengo otro sueldo (C 64).*

*No hay que gastar más de lo que uno gana (C 65).*

- **Disconformidad con el sueldo que perciben**

Cuando se indaga las razones de porque no están conformes con los ingresos que perciben hay una gran variedad de opiniones, la mayoría guardan relación con el costo de vida y de la canasta familiar, el reconocimiento de las tareas realizadas a las que consideran de riesgo y desgastantes. Algunas expresiones que ilustran lo antes dicho son:

*Por la situación económica que atraviesa el país (C 2).*

*Porque no corresponde el cargo a la función, el gobierno asignó funciones pero nunca se regularizó el salario ni la denominación del cargo (C 3).*

*Porque es muy grande la demanda asistencial (C 4).*

*Porque es una profesión que exige mucho del cuerpo y de nuestro tiempo (vida) (C 5).*

*No llega a cubrir mis necesidades básicas (C 8 y 80).*

*No hay seguro sobre los riesgos a los que estamos expuestos (C 9 y 75).*

*Por la inflación se hace difícil la economía del hogar (C 13).*

*Por el tipo de trabajo que hacemos es remunerativamente bajo (C 14).*

*Es un trabajo insalubre mentalmente y no es bien remunerado (C 5, 81, 82).*

*El sueldo no alcanza para vivir sin preocupaciones (C 7, 21, 26, 29, 33, 40, 46 y otros).*

*El trabajador de la salud tiene bajos salarios más aun si se lo compara con otras profesiones (C 16).*

*Son sueldos bajos con respecto a la canasta básica familiar (C 25).*

*Es un trabajo desgastante y cansador (C 32, 41, 78, 55).*

*El trabajo de enfermería debe ser retributable (C 44).*

*Los sueldos provinciales no cubren el costo de vida (C 53, 17, 18).*

*No se corresponde con el trabajo que realizamos (C 60, 61, 8).*

*Otros trabajadores no profesionales (chofer por Ej.) ganan más que nosotros que nos pasamos años estudiando (C 66).*

*Los que trabajamos con pacientes mentales deberíamos ganar mas que los que atienden otro tipo de pacientes (C 76).*

*No llego a cubrir las necesidades de mis hijos (C 73).*

*Es bajo en relación a las horas que trabajamos, es insuficiente, es escaso (C 28, 30, 31, 34, 39 y otros).*

Se observa que la remuneración es motivo de gran preocupación, sus manifestaciones lo fundamentan claramente. Lo que destacan con fuerza es la escasa relación esfuerzo recompensa. Sostienen que la remuneración debería ser más alta en la mayoría de las personas que participaron del estudio fundamentalmente por el costo de vida que presenta el momento actual del país.

#### b) Características de los pacientes que atienden

Cuando se refieren a las características de los pacientes que atienden, las respuestas fueron diversas y hacen mención a diferentes aspectos de las mismas. Muy pocas personas no responden este ítem. Las numerosas expresiones al respecto las podemos sintetizar del siguiente modo:

- Respuestas referidas a las manifestaciones de la enfermedad o síntomas o conductas mas frecuentes según los diferentes diagnósticos que presentan los pacientes que atienden:

*Estos pacientes son muy demandantes, ansiosos con frecuencia querellantes, (C 4, 61).*

*Son pacientes angustiados, otros alucinan, a veces están desorganizados y eufóricos, con riesgo de autoagresión y hetero-agresión (C 6).*

*Yo atiendo pacientes adictos y psicóticos (C 2).*

*Son pacientes ansiosos agresivos y demandantes (C 8, 64, 65).*

*Atendemos pacientes con carencias varias, en su mayoría de sexo masculino. Son subocupados o desocupados, de clase media baja e indigentes, con necesidades básicas insatisfechas con escasa conciencia de la situación y de enfermedad, hetero-agresividad, impulsividad contenida, comorbilidad con otras patologías psiquiátricas como depresión, enfermedad bipolar entre otras (C 9).*

*Los pacientes que se internan son adictos, psicóticos con trastornos adaptativos, son ansiosos, demandantes, manipuladores, algunos aislados, otros muy problemáticos (C 12).*

*Atendemos alcoholistas crónicos, con patologías mentales de base o inducidas por consumos de sustancias. Estos últimos en mayor medida en los últimos tiempos (C 14, 15).*

*Patologías mentales. Adicciones, pacientes judicializado, por violencia, adicciones, alcoholistas crónicos algunos de ellos indigentes (C 16).*

*Pacientes alcohólicos que ingresan con mal estado general pero es mas rápida su recuperación que los problemas psiquiátricos. Los adictos son muy manipuladores, demandantes, no aceptan las normas del servicio y menos si son estrictas, pacientes psicóticos muy demandantes y reiterativos (C 20).*

*Atendemos todo tipo de patologías (C 49, 70, 72, 84, 87, 92, 93).*

*Pacientes adictos a diversas sustancias, alcoholistas, psicóticos, esquizofrénicos, depresivos (C 11, 48).*

*Hay gran diversidad, tranquilos, lucidos, ansiosos, con crisis de abstinencia (C 79).*

Realizan una descripción clara del tipo de paciente que atienden y destacan los aspectos relevantes de sus conductas, de su estado general, de su estado de ánimo, acerca de sus expresiones y emociones, entre otras.

También caracterizan los pacientes de acuerdo a la evolución de la enfermedad, la edad, el sexo o su estado de conciencia

*Su conducta varía según la evolución, el tratamiento el tiempo de estadía, la contención de la familia, el profesional que lo atiende, se internan pacientes adictos psicóticos, bipolares, adictos (C 22).*

*Pacientes psiquiátricos crónicos de diversas patologías (C 56, 57, 60, 62, 63, 67, 76, 89). Pacientes lucidos que se preparan para el alta (C 88).*

*Pacientes agudos y crónicos (C 38).*

*Dentro de la patología psiquiátrica atiendo los que están inestables (C44).*

*Pacientes agudos muy demandantes (C 31, 36, 42, 47).*

*Adultos mayores y menores, hombres y mujeres con patologías psiquiátricas, con problemas de adicción (C 18, 69).*

*Pacientes ancianos (C 41, 58). Pacientes mujeres, lucidas, cordiales (C 34).*

*Pacientes geriátricos con conductas dependientes, muy demandantes, algo desorientados (C 29).*

*Pacientes ancianos algunos compensados y otros descompensados (C 52, 73, 85, 90).*

*Pacientes ancianos que demandan mucha atención, algunos agradecen y otros no se dan cuenta debido a su enfermedad, pero tenemos que atenderlos a todos por igual (C 53).*

Se observa una gran preocupación por los ancianos que deben atender cotidianamente ya que muchos de ellos no se encuentran orientados en tiempo y espacio, están confundidos. Atenderlos les insume esfuerzos importantes por las demandas de atención permanente que surgen.

En cuanto al número de pacientes que deben atender en cada turno de trabajo, varía. Si bien predomina la atención de 20 personas, también es importante la

cantidad de enfermeras que atienden alrededor de 40 personas. En promedio de pacientes que deben atender es de 32 en estas instituciones de salud mental.(Gráfico 16 Pág. 113 )

### c) Satisfacción con el trabajo con pacientes mentales

Si bien la gran mayoría de las enfermeras están conformes de trabajar con pacientes mentales (90 % Gráfico 18 Pág..114), los que no lo están lo atribuyen a cuestiones del sistema de salud, la organización del trabajo y en menor escala lo atribuyen a razones personales. Solamente 7 entrevistados dicen que no están satisfechos con trabajar con pacientes mentales, el resto dice que si lo esta. Un grupo importante no responde a las razones por una u otra opción.

- Satisfacción con trabajar con pacientes mentales:

En general sus expresiones están referidas a tres ejes del trabajo: - uno que tiene que ver con el tipo de pacientes, sus características, sus rasgos y el modo vincular que mantienen con ellos - otro relacionado con la especificidad de la enfermedad mental y sus implicancias y lo propio de la disciplina de enfermería y un tercero vinculado a aspectos personales y de preferencias.

- Por las características de los pacientes

*Es interesante porque son personas que necesitan de la escucha (C 7).*

*Se puede brindar contención, comprender las vivencias, escuchar al paciente, orientarlo y así mejorar su calidad de vida (C 2).*

*Cada día trae un desafío y requiere de creatividad (C 3).*

*Hay respeto por la enfermera y como están mucho tiempo internados una reconoce sus necesidades y resuelve sus problemas (C 4).*

*Es un paciente especial, después de un tiempo uno se da cuenta que se necesita tiempo y experiencia para trabajar con ellos (C 14).*

*Esta bueno trabajar con este tipo de pacientes, llegar a ellos, te da satisfacción y a veces también te cansa (C 68).*

Las características del paciente mental son fuente de motivación y un desafío para el trabajo cotidiano al interior de los servicios. Se sienten útiles y eso las gratifica, relacionarse con ellos implica involucrarse con la palabra y la actitud de escucha.

- Por ser un servicio de salud mental y por las posibilidades que brinda a la disciplina de enfermería, describen ampliamente las características que diferencian este tipo de pacientes:

*Promueve la comprensión de los aspectos sociales, culturales y emocionales de las personas (C 12).*

*Desde que era estudiante y hacia la experiencia práctica sabía que debo trabajar con pacientes de salud mental. Me he formado y crecido profesionalmente en esta especialidad, disfruto con los pacientes los momentos de recreación, y acompaño en momentos de crisis, conozco su sufrimiento y siento que coopero en su rehabilitación aunque se que se puede dar mucho mas para mejorar crecer (C 9).*

*Por que se aporta mucho desde la palabra y el acompañamiento terapéutico aunque los logros son a largo plazo (C 17).*

*Las adicciones son un flagelo que crece cada día mas y falta mucho por hacer por los gobiernos y la justicia para que el paciente se reinserte socialmente, uno pone un granito de arena para que no reincida en el hábito (C 18).*

*A lo largo de mi ejercicio profesional cumplí funciones en diversos servicios, por una cuestión personal estos pacientes llenan mis expectativas a pesar de sus descompensaciones, el índice de mortalidad es bajo en este lugar. (Hay suicidios pero no se dan mientras están internados) (C 20).*

*Siento que aquí necesitan de mi contención, algunos no aceptan pero con el tiempo reconocen que somos quines mas los escuchamos (C 23).*

*La salud mental es algo poco comprendido desde el sistema de salud (C 29).*

*Porque es un trabajo psíquico y no físico (C 31).*



*Considero que ellos necesitan atención profesional de enfermería (C 43).*

*Creo que como trabajador de la salud uno le da al paciente respuestas a sus carencias, sobre todo emocionales ya que tienen poco contacto con sus familiares. A veces es desgastante y sufrimos emocionalmente (C 51).*

*Era mi propósito al estudiar enfermería dedicarme a estos pacientes ya que toda mi familia trabajo y aun trabaja aquí (C 52).*

*Es una rama de la enfermería que da lugar a estudiar e investigar y darle al paciente afecto ya que carecen de familia (C 53).*

*Si bien todas las patologías necesitan contención por parte de enfermería esta mas todavía (C 59).*

*Me siento preparada y a gusto con estos pacientes ayudándolos y apoyándolos ya que son discriminados y alejados de la sociedad (C 61, 64).*

*Uno no sabe lo que le puede deparar el destino y uno debe saber los que se siente estar encerrado sin saber nada del mundo y de la realidad (C 70).*

*Es un trabajo distinto a todos, estamos en contacto con personas que necesitan que los bañemos, les demos de comer en la boca, necesitan un cuidado especial y se lo damos (C 69).*

Es importante destacar que se aprecia una valoración positiva del trabajo con pacientes mentales. Consideran que la especialidad brinda posibilidades únicas y diferentes con respecto a otros servicios del sector salud, como son el abordaje de problemáticas psicosociales, un sentimiento de ayuda y contención de un otro que las necesita. Esto les brinda satisfacción por el cuidado que brindan.

- Por motivos personales y de preferencia, porque les brinda un cierto monto de gratificación. También porque les brinda la oportunidad de hacer algo positivo por los demás y adquirir nuevas experiencias:

*Me siento cómoda en este lugar (C 13). Es lo que elegí me gusta y es gratificante (C 15). Porque es mi elección (C 5).*

*Es por mi inclinación por un cuidado más humano y hacia el aspecto emocional de las personas (C 16).*

*Lo tomo como un momento de nuevas experiencias y conocimientos, creo que estoy cumpliendo esas expectativas (C 20).*

*Es lo que aprendí y dediqué mucho tiempo a estudiar para entender esta patología (C 25).*

*Siento que estoy preparada para atender este tipo de pacientes (C 44).*

*Me gusta este tipo de pacientes (C 19, 21, 24, 38, 42, 65).*

*Uno descubre permanentemente nuevas formas de atención, nuevos paradigmas pero aquí no siempre se comprende esto (C 45).*

*La psiquis es una incógnita, poseen tantos secretos... las personas que padeces estos patología siempre han despertado mi interés (C 47).*

*Cuanto mayor sea el conocimiento mejor será la atención brindada, la experiencia es importante para brindar cuidado (C 67).*

*Al principio tuve dudas pero nunca tuve miedo, me gusta aprender y comprende por lo que esta pasando cada paciente y ayudarlos en la forma que pueda (C 87).*

*Me siento útil en mi profesión y me ayuda a realizarme como persona (C 90).*

Si bien no todas las enfermeras eligieron trabajar con este tipo de pacientes, en este momento no se cambiarían de institución ni de especialidad, consideran que su experiencia les ayuda en la relación que mantienen con los pacientes y prevalece una apreciación positiva del trabajo que realizan.

- Insatisfacción con trabajar con pacientes mentales

El número de enfermeras que no esta de acuerdo con el trabajar con este tipo de pacientes es mínimo y las razones que manifiestan se relacionan con las características de las instituciones y la atención que se brinda y otras consideran que las agota física y emocionalmente:

*A veces la enfermera no esta bien física o emocionalmente para atenderlos como ellos se merecen porque nadie se preocupa de nosotros a nosotros quien nos atiende? (C 55). Prefiero la parte clínica (C 60).*

*Soy muy sensible a los déficits del sistema de salud y a los problemas de los pacientes y me siento impotente al momento de atenderlos (C 91).*

*Llega un momento en que nuestra mente esta muy cansada y estos pacientes son muy demandantes (C 92).*

A modo de cierre de este apartado podemos afirmar que las significaciones con respecto a las condiciones laborales en sus múltiples aspectos que encontramos en este grupo de enfermeras se caracterizan por: -una apreciación positiva del trabajo que realizan, - por un análisis exhaustivo de las necesidades que surgen de las características edilicias y organizativas de los servicios donde trabajan, - por una conformidad con trabajar con este tipo de pacientes, - consideran que las relaciones que se mantienen al interior de los grupos de trabajadores es buena aunque harían falta ciertos ajustes e implementación de estrategias de abordajes interdisciplinarios y de capacitación en servicio.

### C.- Significaciones relativas al campo de la salud mental y la formación profesional

En el dialogo con las enfermeras fueron surgiendo temas de conversación muy interesantes que guardan relación con la temática de este estudio y que si bien no se refieren expresamente a la relación de cuidado son elementos constitutivos de la misma. Los conocimientos sobre ese tipo particular de pacientes, la elección del trabajar en este sector de la atención de salud, la descripción de las personas que cuidan, entre otros, nos brindan elementos importantes para la descripción de la relación que establecen con los pacientes mentales a su cuidado y las características del entorno y las preocupaciones que al respecto expresan. Se realizaron categorías a fin de ordenar y facilitar la comprensión de los datos obtenidos al respecto.

### a) Conocimientos sobre salud mental

- Concepto de salud mental y enfermedad mental: pocas entrevistadas hablan este punto, no fue un tema fácil de iniciar conversación, espontáneamente se referían a la enfermedad o a su trabajo. Las conceptualizaciones fueron escasas y acotadas.

*Cuando van mejorando te das cuenta porque muestran predisposición para hacer cosas te piden que les des tareas y a veces dicen "me quiero ir de acá mami". Cuando les cambia el animo, cuando están por entrar en una crisis nos damos cuenta enseguida porque se les cambia el animo pasan de la risa y enseguida al enojo. Si por ejemplo nos piden algo y les decimos que no siempre se les puede decir que si a todo, te insultan, agresiones verbales o físicas (E 2).*

*Uno se da cuenta cuando empiezan a hablar cosas incoherentes o con agresividad, quieren agredirse a ellos solos o a otros, el hecho de acostarse en el suelo, de pelear con otros compañeros (pacientes). El que esta mas sano se nota porque la conversación es mas coherente, uno que los ve todo el tiempo se da cuenta cuando se tienden la cama ya es un signo de que van mejorando (E 1).*

- Obtención de los conocimientos sobre salud mental: en su gran mayoría hacen referencia a los contenidos de materias tales como enfermería en salud mental o enfermería psiquiátrica en el cursado de la carrera de enfermería, pero consideran insuficientes estos conocimientos al brindar cuidados. Expresan la necesidad de mayor capacitación en servicio para comprender mejor al paciente y los problemas de salud mental que presentan.

*En el cursado de la carrera de enfermería nos dieron conceptos, pero una materia muy corta. En la materia de Salud mental de la carrera de enfermería (E 2).*

*No fue mucho lo que enseñaron en la carrera algo de la medicación (psicofármacos), de las patologías mentales, nada profundo (E 1).*

*Creo que hay que capacitar a las enfermeras que no trabajan con pacientes mentales para que los vean como cualquier patología, por que no los ven bien, hay que aprender a tratarlos sin miedo, no es algo que no se pueda hacer cualquiera debería poder trabajar con estos pacientes, no es nada del otro mundo... (E 5).*

*Creo que se necesita más fundamentación del cuidado en pacientes mentales. Más capacitación, cuando alguien entra a trabajar con pacientes mentales que los preparen antes. En la carrera de enfermería se da muchos conocimientos técnicos pero lo psiquiátrico se lo deja de lado en la carrera (E 4).*

*Cuando se estudia en la carrera es teoría cuando se trabaja con estos pacientes es otra cosa, una cosa es la teoría y otra muy diferente es la práctica (E 3).*

*Los conocimientos que tuve en la carrera son suficientes pasa que al llevarlos a la práctica hay que adaptarlos a cada situación y eso es difícil de enseñar, lo hace cada uno, hay capacitación en algunos servicios mas que en otros allí se aprende mucho también (E 10). Hay mucha necesidad de capacitación en servicio sobre este tipo de pacientes sobre los tratamientos como tratar a los pacientes, como contenerlos (C 17).*

Sintetizando podemos afirmar que las enfermeras reconocen la necesidad de fundamentar conceptualmente sus acciones de cuidado y esperan que la institución se los brinde a través de capacitación en servicio o educación permanente.

#### **b) Ideas sobre la enfermedad Mental**

- En cuanto a la imagen de la enfermedad mental consideran que la sociedad discrimina fuertemente a las personas que presentan trastornos en su salud mental, creen que “habría que hacer algo” para que esto no ocurra y lo que mas les reocupa es que otras instituciones de salud los discriminen o no los acepten para atenderlos.

*Los hospitales generales no los quieren internar cuando tienen un problema clínico por ejemplo un abdomen agudo y hay que hacer una derivación. Si los rechaza el sistema de salud que podemos esperar del resto de la sociedad. A las enfermeras que trabajan aquí la gente en su barrio o el chofer del ómnibus les pregunta ¿Como podes trabajar en ese lugar? (E 4).*

*La sociedad discrimina totalmente a los pacientes mentales. Aunque yo creo que poco a poco se esta aceptando un poco mas a los pacientes mentales, los van integrando, les dan un trabajito, la sociedad es como que esta tomando conciencia, falta mucho por supuesto pero es mejor ahora que antes (E 6).*

*Afuera la gente la sociedad no acepta la enfermedad mental. Hay familiares que podrían tenerlos en la casa y no los quieren llevar, la gente discrimina mucho estos enfermos (E 9).*

- Manifestaciones de la enfermedad mental: describen los diferentes síntomas que presentan los pacientes que atienden y como perciben cuando comienza una descompensación o están a punto de presentar una crisis. También hacen referencia a problemas de agresividad o desbordes y a conductas de inhibición, apatía o decaimiento general que presentan los pacientes que cuidan.

*Hablan cosas incoherentes, se ponen agresivos, hablan cosas sin sentido se sienten perseguidos que todos le quieren hacer daño. A veces en los adictos en abstinencia se los ve "sacados" piden droga que los inyecten y rompen todo se hacen daño a ellos mismos. Algunos pierden la voluntad, no pueden hacer nada ni tenderse la cama pueden, no se dan cuenta de las cosas, están confundidos como perdidos. A veces la medicación los pone "como tontos" no saben nada de los que pasa (E 1).*

### c) El trabajo con pacientes mentales

- En cuanto a la elección del trabajo con pacientes mentales manifiestan que al comienzo les fue difícil pero que ahora no cambiarían el tipo de pacientes para brindar cuidado

*Yo antes de estudiar les tenía terror a los locos, los veía como muy diferentes a mi, pero cuando estude enfermería y después me dieron trabajo, me empezó a gustar (E 3).*

*El vivir en el pueblo donde esta la colonia te parece natural entrar a trabajar acá porque todos te cuentan como es y uno se familiariza, busque la enfermería como salida laboral porque sabía que iba a tener trabajo seguro en la colonia, es un lugar conocido y donde trabajan familiares míos. Para mi entrar a trabajar en la colonia fue muy natural porque somos del pueblo y mi mama trabajo acá toda la vida (E 4).*

*Me ofrecieron el trabajo, hace 17 años y no me iría de este hospital por nada. Me gusta mucho este lugar (E 5).*

*Yo no elegí trabajar aquí, me ofrecieron el trabajo y decía no, pero al final lo acepté y ahora ya me acostumbré y ahora me gusta mucho el trabajo (E 9).*

- Aspectos institucionales y cambios que proponen:

Algunas de las enfermeras hacen referencia puntual sobre aspectos institucionales que les preocupan y las dificultades de la organización de las actividades dentro de los servicios que perciben como injustas, inadecuadas o que deberían realizarse de manera diferente. También manifiestan inquietudes y necesidades de realizar cambios en la atención del paciente mental y su familia.

*En algunos países como Italia ya se ha prohibido hacer nuevos asilos para pacientes mentales acá se restringe el ingreso pero siguen funcionando. Se perdieron todos los talleres que había, de fotografía de plástica, de música, de tallado en madera, tantas cosas... se jubilaron todos los terapistas y no pusieron a nadie y eso se murió, cada actividad que se jubila el que la hacia no se renueva mas todo se va perdiendo. Había un jardinero que le enseñaba a los pacientes a cuidar un jardín, se fue y nadie ocupo ese lugar, eso es muy triste. Hasta la comida es cualquier cosa antes teníamos a la nutricionista que nos explicaba cada dieta ahora es un desastre la comida es*

*poca los pacientes se quejan. Todo lo que era la colonia se perdió es una pena. Antes había psiquiatras que iban a las villas y se quedaban cinco horas y veían a los pacientes ahora no (E 6).*

Cuando se indaga sobre este aspecto surgen diferentes opiniones y reclamos que están relacionados principalmente con necesidades de modificación de la planta física para comodidad de pacientes y profesionales. Otro aspecto que los preocupa fuertemente es la forma de trabajar al interior de los servicios, la escasa comunicación entre las diferentes disciplinas y la ineficacia de los directivos. También consideran que los recursos humanos en enfermería son insuficientes y que hay una fuerte necesidad de capacitación en servicio. Podríamos resumir sus expresiones de la siguiente manera:

También expresan que serían necesarios cambios relativos a la composición del grupo de enfermeros y los modos organizativos del trabajo

*Debería haber rotación del personal (C 2, 9, 16, 18, 45, 85)*

*Un numero importante de enfermeras no desea trabajar en esta especialidad debería ofrecérsele otra alternativa, hay personal que llega aquí por mal desempeño en otros lugares (C 3)*

*Aumento de los recursos humanos de enfermería (C 16, 22, 26, 79)*

Es importante destacar que el número de enfermeras en relación al número de pacientes internados en un determinado servicio, es un elemento esencial a tener en cuenta para brindar un cuidado adecuado. Consideran insuficiente la cantidad de personal asignado.

- Consideran necesario realizar cambios en la organización del trabajo al interior del equipo de enfermería

*División de pacientes por sus características y división del trabajo por funciones o tareas (C 4, 18, 67, 69, 80, 81).*

*Implementación de talleres para los pacientes/ reiniciar los talleres (huerta, deportes, lectura etc.) (C 4, 11, 15, 20, 21, 60, 61).*



*Hacer más prácticos concisos y claros los registros de enfermería (C 8).*

*Seguimiento de los pacientes afuera (cuando se van de alta) con acompañantes terapéuticos y Asistentes Sociales (C 13).*

*Trabajar con el número de camas que están habilitadas, no agregar (C 23).*

*Reducir el número de pacientes (C 29).*

*Cambios propios del avance de la enfermería (C 32).*

*Cambios en la modalidad de trabajo (C 90, 93).*

*Cambiaría el modo de trabajar de los Asistentes sociales que busquen los familiares de los pacientes para que se comuniquen (C 69).*

*Que los médicos pasen mas tiempo con los pacientes así mejoraría su estado (C 70).*

*Que todo el personal de enfermería unifique criterios para atender a los pacientes de acuerdo a la decisión de la mayoría (C 73).*

Se destacan en este punto la preocupación de las enfermeras por los pacientes y la atención que se les brinda, enuncian cambios fundamentales que sería necesario implementar con una mirada crítica del funcionamiento del equipo de salud.

- Implementar de estrategias de Capacitación en servicio e investigación como un modo de mejorar la atención que se brinda al paciente mental.

*Programas de formación y Capacitación en enfermería con participación de todos (C 5, 9, 19, 87, 93).*

*Realizar Investigación (C 5).*

*Cambiar los paradigmas y teorías de salud mental (C 42).*

*Espacio para las enfermeras con profesional especializado para prevenir y contener conflictos (C 7).*

- Cambios en la planta física, su estructura y la limpieza

*Mejorar las condiciones de trabajo, de la infraestructura del edificio (C 14, 24, 35, 37, 44, 45, 47, 62, 69, 76, 91).*

*Mejorar la hotelería (C 16). Más confort, higiene y limpieza (C 25, 27, 85, 92).*

- Integración con otros servicios e interdisciplina

*Más interdisciplina, trabajar en equipo (C 12, 16, 18, 42).*

*Programar la atención del paciente, unificar los criterios de internación y externación (C 17).*

*Más relación con el quipo de salud (C 14, 20, 56, 58).*

*Más comunicación de enfermería con otros profesionales, intercambio de ideas, inquietudes y opiniones hacer revista de sala, hacer reuniones y charlas (C 58).*

*Más valoración de enfermería (C 51, 88).*

- Otros cambios que mejorarían el entorno de trabajo son:

*Sacar los policías y pacientes con custodia ya que esto es un hospital no una cárcel (C 86).*

*Franco rotativos y aumento del sueldo para que no tengamos dos o tres trabajos (C 47).*

*Más seriedad y dinamismo de las autoridades. Cambios a nivel alto de la Institución que no son confiables (C 50, 64).*

En este apartado se encontraron aspectos relevantes acerca de las significaciones relacionadas con el campo de la salud mental y la formación profesional de las enfermeras.

Sintetizando: manifiestan una importante valoración de su trabajo pudiendo reconocer alcances y limitaciones pero también encontrando posibles soluciones a los problemas que les preocupan. Realizan aportaciones relevantes en cuanto a cambios imprescindibles y urgentes que posibilitarían una mejora en los modos de trabajar y cuidar a los pacientes mentales de los cuales se sienten responsables. Realizan un importante análisis de las condiciones del entorno donde se desempeñan.

#### D.- Análisis de datos cuantitativos

Los datos numéricos obtenidos a través del cuestionario autoadministrado a las 92 personas encuestadas se ordenan en dos apartados. Por un lado se muestran las características generales de la población estudiada y por el otro como caracterizan las enfermeras las condiciones laborales en las que desempeñan sus funciones al interior de las instituciones psiquiátricas.

##### 1. Características de la población estudiada

**Formación en Enfermería:** En relación a los porcentajes de enfermeros y licenciados en enfermería, este grupo sigue la tendencia que se observa en la mayoría de las instituciones de salud de nuestro país: predominan las enfermeras que no han accedido al título de grado (Gráfico 1).



Fuente: Anexo 2

**Edad:** Se observar que si bien la media de la edad de las enfermeras es de 40 años, la mitad de ellas tiene entre 37 y 50 años, observándose un número bajo de personas menores de 30 y mayores de 57 años (Gráfico 2).

Tabla 1. Edad de las profesionales enfermeras. Córdoba 2011/12

Edad	f	%	% acumulado
Menor de 29	5	5,4	5,4
De 30 a 36	26	28,3	33,7
De 37 a 43	30	32,6	66,3
De 44 a 50	22	23,9	90,2
De 51 a 57	6	6,5	96,7
mayor de 57	3	3,3	100,0
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Cuestionario autoadministrado



Fuente tabla 1

El análisis descriptivo de las edades muestra que el promedio de edad es semejante a la mediana, alrededor de 40 años.

El rango de edad es amplio (39 años) dado que la enfermera de menor edad tiene 23 y la de mayor edad está próxima a la jubilación (62 años). La edad que más se repite son los 32 años.

Media	40,27
Mediana	40
Moda	32
Rango	39
Edad mínima	23
Edad máxima	62

Fuente: Cuestionario autoadministrado

Tabla 2: Antigüedad en la profesión de enfermería. Córdoba 2011/12

Años de antigüedad	<i>f</i>	%	% acumulado
Menos de 5	11	11,96	11,96
De 5 a 9	22	23,91	35,87
De 10 a 14	26	28,26	64,13
De 15 a 19	10	10,87	75,00
De 20 a 24	11	11,96	86,96
De 25 a 29	7	7,61	94,57
30 años o más	5	5,43	100,00
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,00</b>	

Fuente: Cuestionario autoadministrado



Fuente: Anexo 2

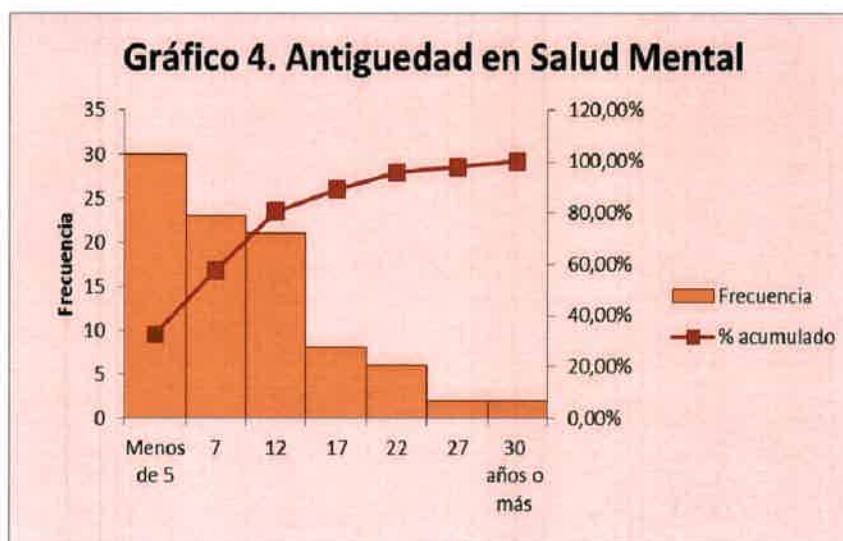
El 65% de las enfermeras tienen 14 años o menos de antigüedad. Sólo un 5% tiene 30 años o más. La edad promedio es de 12 años valor que es condicionada por dos valores extremos como son el año de antigüedad y los 32 años de antigüedad.

Media	12,96
Mediana	10,5
Moda	10
Rango	31
Mínimo	1
Máximo	32

Tabla 3: Antigüedad en el área de Salud mental. Córdoba 2011/12

Antigüedad en Salud mental	<i>f</i>	%	% acumulado
Menos de 5	30	32,61	32,61
De 5 a 9	23	25,00	57,61
De 10 a 14	21	22,83	80,43
De 15 a 19	8	8,70	89,13
De 20 a 24	6	6,52	95,65
De 25 a 29	2	2,17	97,83
30 años o más	2	2,17	100,00
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,00</b>	

Fuente: Cuestionario autoadministrado



Fuente: Anexo 2

Los datos muestran que el 30% del personal que trabaja en estas instituciones de salud mental tienen una antigüedad menor a los 5 años y que más del 80% tiene menos de 15 años en esta área.

El análisis descriptivos muestra que son mayoría las enfermeras con un año de antigüedad (moda), pero dado que el rango es de 29 años (máxima antigüedad menos mínima)

el promedio de antigüedad sea de aproximadamente 10 años.

Media	9,09
Mediana	8
Moda	1
Rango	29
Mínimo	1
Máximo	30

**Situación de pareja:** Se observa que predominan las personas con pareja por sobre las que no la tienen, independientemente de la condición civil: casado, unión estable, concubinato. (Gráfico 5).



Fuente. Anexo 2

**Presencia de hijos:** El 80% de la población estudiada posee hijos, de los cuales el 67% lo tienen a su cargo, lo que implica que ellas cumplen el rol de jefas de hogar. La cantidad de hijos varía de 1 a 7, predominando la familia con menos de 3 hijos (55%). Gráficos 6, 7 y 8.



Fuente: Anexo 2



Fuente: Anexo 2



Fuente. Anexo 2

## 2. Condiciones laborales

**Descanso durante la jornada laboral:** El 86% de las enfermeras afirman que se les permite tomar un descanso durante la jornada laboral. No fue objeto de investigación profundizar en las características del mencionado descanso: tipo, lugar, duración, etc (Gráfico 9).



Fuente: Anexo 2

**Adecuación de la planta física:** Es relevante destacar que un gran número de personas que participaron del estudio (72%) considera que no están de acuerdo con las condiciones de la planta física que presentan las instituciones donde trabajan (gráfico 10). Las enfermeras en sus expresiones manifiestan que desde el punto de vista de infraestructura y mantenimiento de los edificios, las condiciones no responden a espacios de cuidado de la salud y menos aún de salud mental; así mismo más del 80% reconocen poseer espacios para vestirse con la ropa de servicio y guardar las pertenencias (gráfico 11) y sólo el 40% afirma recibir la provisión de elementos de trabajo (gráfico 12).





Fuente: Anexo 2



Fuente: Anexo 2



Fuente: Anexo 2

**Trabajo en equipo:** Se observa que es similar el número de personas que consideran que se trabaja en equipo al interior de los servicios con las que creen que esto no es así.



Fuente: Anexo 2

**Características del trabajo:** Entre los principales aspectos del trabajo de enfermería encontramos relevante describir la estabilidad laboral o efectividad del cargo que garantiza la continuidad en el desempeño. Se observa que un alto porcentaje es efectivo (71 %) y el resto trabaja con la modalidad de contrato, interinato y monotributo.

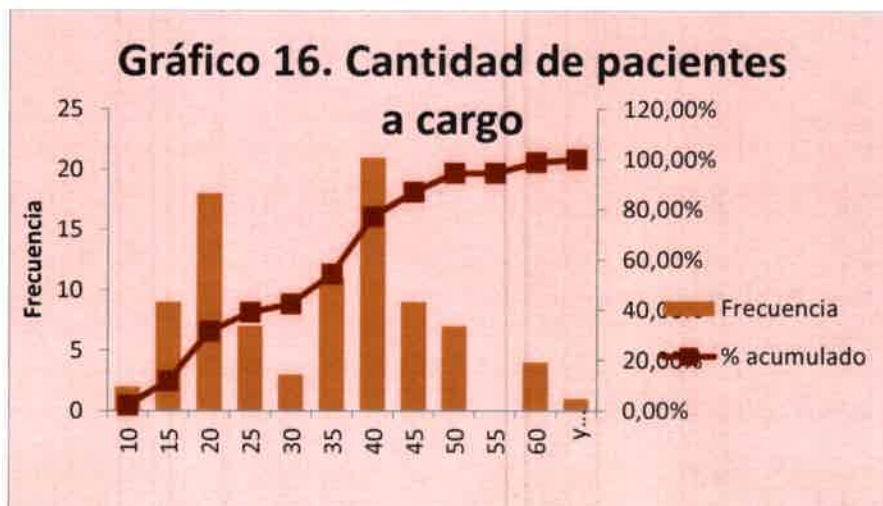


Fuente: Anexo 2

Otro aspecto relevante del trabajo lo constituye la remuneración que perciben. Cuando se indaga sobre esto un porcentaje menor están conformes con el sueldo y el 71% no lo esta.



Fuente: Anexo 2



Fuente: Anexo 2

Media	32,07
Mediana	35
Moda	20
Rango	55
Mínimo	10
Máximo	65

Los datos muestran que la cantidad de pacientes que tienen a cargo es diversa y varía de 10 a 65 personas. El número de personas depende de la patología por la cual está

institucionalizado, algunas requieren de un cuidado personalizado y otros solo la supervisión, orientación, guía.

Si bien predomina (moda) la atención de 20 personas, el gráfico muestra que también es importante la cantidad de enfermeras que atienden alrededor de 40 personas.

En promedio de pacientes que deben atender es de 32 en estas instituciones de salud mental.



Fuente: Anexo 2



Fuente: Anexo 2

La satisfacción con el trabajo realizado y especialmente con el tipo de pacientes que se atiende es uno de los aspectos relevantes de las condiciones laborales. Se observa que si bien la satisfacción laboral en general es alta (72%) el estar satisfecho con trabajar con pacientes mentales es aún mayor (90%)



## CAPITULO VI

### **RELACION DE CUIDADO: PERFILES DE SIGNIFICACION Y ENTORNO**

En el presente capítulo se analizan los hallazgos y se aportan conclusiones que guardan relación con los objetivos planteados al iniciar el presente estudio.

En cuanto al significado del cuidado que refieren las personas que participaron del presente estudio, coinciden con lo referido por diversos autores que consideran que el cuidado implica una capacidad de sentir con el otro, dirigida hacia la vida, situación por la cual los significados que da el profesional de enfermería se vinculan al entorno y los sentimientos que surgen de dicha relación.

Este fenómeno del cuidado se desarrolla a través de la solidaridad de estar con la persona, lo que permite tener una conciencia que es posible la práctica auténtica en la cual la enfermera y el paciente dejan de ser objetos del proceso salud-enfermedad, para convertirse en verdaderos sujetos de acción, con identidad propia, con capacidad para transformar su mundo.

En la relación enfermera paciente el significado de cuidar lo constituye en un acto humano en sí, es una forma de diálogo humano y fenómeno vivido en lo cotidiano de la práctica profesional. La enfermera, en el acto de cuidar, es un ser singular, que tiene en cuenta el modo como el paciente vivencia su mundo, es decir, "el cuidar" envuelve una acción interactiva. (Ibarra Mendoza 2008)

Se entiende que el significado que se tenga de un fenómeno condiciona la forma en que va a ser percibida la realidad en los sujetos, las palabras que introducen la franqueza de la revelación en la cual el mundo se orienta y adquiere un significado entre los individuos. Por lo tanto, la relación enfermera-paciente, implica un encuentro humanizador que se conoce a través de la reflexión sobre los cuidados que se brinda y las relaciones que se entablan, que incluye las creencias y los valores que impregnan la atmósfera en la que tienen lugar los hechos y las circunstancias del quehacer de enfermería.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Por lo antes mencionado, es necesario comprender cómo visualiza la enfermera su hacer profesional a través de formaciones subjetivas tales como: sentimientos, opiniones, actitudes, creencias, informaciones y conocimientos, tal comprensión servirá para mejorar el cuidado en su práctica profesional.

Entre los principales resultados se distinguen, según sus expresiones, varios grupos de respuestas que estarían reflejando una particular forma de relacionarse de las enfermeras en el contexto de las instituciones psiquiátricas teniendo en cuenta su apreciación del trabajo y la relación de cuidado que establecen con los pacientes. Esto hace posible organizar los resultados en varios perfiles en la relación de cuidado al paciente mental que presentan características particulares. Seguidamente se describen los más representativos.

## PERFILES DE SIGNIFICACION

### 1.- Entusiastas, emprendedoras y comprensivas

En este grupo generalmente el nivel de formación es de Licenciadas en Enfermería, piensan que pueden generar con los pacientes diversos emprendimientos con fines terapéuticos y los llevan adelante teniendo en cuenta lo interdisciplinar y manteniendo con los pacientes una relación de confianza y sin prejuicios ni discriminaciones. Aceptan al paciente y su familia

tal cual son, sin juzgamientos ni pretenden que cambien, que sean otros. Consideran que el trabajo con estos pacientes es lo mejor para su vida profesional, consideran importante el trabajo en grupo, tienen en cuenta las características de cada paciente según sus rasgos de comportamiento o su diagnóstico clínico, mantienen relaciones armónicas con sus colegas, otros profesionales y con los familiares y amigos de los pacientes a su cuidado. Algunas referencias empíricas de lo antes dicho son:

*Siento que hice algo bueno con ellos, yo les enseñé a hacer pan, pasta frola y ellos se sienten bien también y no estar todo el día sin hacer nada. Y después vendemos por todos los pabellones y tienen su dinero y no tienen que andar pidiendo, mendigando diría (E10).*

*Los pacientes son muy sinceros con nosotras y nos demuestran su afecto. Creo que he hecho un buen trabajo con ellos, he tenido siempre buen trato y eso es importante para mí (E 1).*

*Con pacientes adictos se puede trabajar mejor porque entienden y hacemos talleres de huerta, la panadería y muchas cosas más, pero con los esquizofrénicos por ejemplo es más difícil hacer proyectos (E 9).*

En relación al trabajo con otras disciplinas al interior de los servicios, reconocen algunos espacios de comunicación que favorecen el cuidado y la mejoría de los pacientes desde el punto de vista tanto terapéutico como de la convivencia. Algunas expresiones al respecto son:

*Acá hay un servicio ya lo vas a ver, la jefa es una licenciada, bueno ese servicio es de toda gente que vienen con alcoholismo y drogadicción, hay allí un buen equipo y trabajan muy bien (E 7).*

*En algunas oportunidades y en algunos servicios, no siempre, formamos equipos interdisciplinarios con todas las disciplinas, hacemos revista de salas, talleres terapéuticos todos participan. En la actualidad los profesionales de enfermería van evolucionando y con ello la comprensión de un abordaje interdisciplinario (E 3).*



*Los equipos lo conforman enfermeras médicos psicólogos y trabajadores sociales es como se trabaja acá. Semanalmente se evalúa la evolución de cada paciente en la revista de sala entre médicos y enfermeras (E 10).*

En este perfil de significación de la relación de cuidado, encontramos que es posible pensar una relación humanizada y terapéutica con el paciente mental al interior de las instituciones. Que existen enfermeras que brindan cuidado con estas características lo cual es esperanzador en cuanto a la posibilidad de que una transformación del cuidado al paciente mental es posible.

## 2.- Ordenadas, compasivas y maternas

Un aspecto que aparece como relevante en las manifestaciones de las enfermeras y es que caracterizan la relación que mantienen con los pacientes con un fuerte componente de compasión "lastima" y sostienen que deben reemplazar la ausencia de la familia en lo afectivo y social. Siguiendo a Barbera y Arenas (2004, p 5) cuando expresan que "*la compasión como expresión del afecto se la puede ubicar en el campo de las emociones*", podemos decir que de este mismo modo aparece fuertemente en las expresiones de las enfermeras del presente estudio:

*No es lo mismo trabajar en un hospital común que tienen la familia al lado. Ellos no tienen a nadie, nadie los viene a ver, lo único que tienen es a nosotras. Un paciente de 92 años que había vivido siempre en la colonia se moría y estaba tan solo que lo abraza fuerte y alrededor éramos todas mujeres que lo acompañábamos, eso es la enfermería. Dar amor al que no lo tiene (E 3).*

*Yo a veces siento compasión por ellos. Paso mucho tiempo con los pacientes y me gusta conversar con ellos hasta con los que no hablan me siento en la galería y allí nos quedamos... (E 7).*

*... con muchos de ellos prevalece una relación maternal (C 25).*

*Porque debemos ponernos de acuerdo para brindarle al paciente lo mejor para su atención (C71).*

Se puede afirmar que las entrevistadas caracterizan la relación con los pacientes mentales fundamentalmente desde los afectos, las emociones y los sentimientos es decir la relación de empatía. También aparece como importante la comprensión del otro como un aspecto que tienen en cuenta al momento de cuidar. En lo institucional destacan el abandono de los vínculos del paciente con la familia lo que a su criterio trae como consecuencia internaciones prolongadas a lo cual no se da respuesta desde las instituciones.

### 3.- Angustiadas, tristes y preocupadas

En el contenido de lo expresado por las enfermeras surge claramente un sentimiento de profundo pesar por lo que les ocurre o sienten los pacientes mentales a su cargo. Produce en ellas un claro sentimiento de tristeza por no poder cambiar las situaciones socio-familiares que presentan, la impotencia ante la posibilidad de que no puedan reinsertarse en la sociedad algún día, entre otras situaciones.

Se considera importante tener en cuenta la perspectiva que plantea Goffman (2007,) en "internados" cuando expresa:

*...el interés afectuoso que el personal puede sentir con el tiempo por los internos de las instituciones totales esta relacionado con una especie de ciclo envolvente que se registra en ella... no hay razón para que se extirpe de raíz el calido vínculo de simpatía que suele entablar con algunos internos. Este vínculo lo coloca sin embargo en una posición muy vulnerable, exponiéndolo a sentirse dolorosamente afectado por lo que hacen o sufren los internos... (p 90)*

Algunas expresiones de las enfermeras en este sentido son:

*Ver los chicos tan jóvenes y ya con drogas y que los traen acá para no llevarlos a la cárcel no se como decirte nos da cosa... somos madres y sabemos que es muy triste ver un hijo así tan mal pidiendo droga. Cuando los veo tristes, que lloran, cuando hace frío y andan con poca ropa caminando por el patio "se me parte el alma", en la escuela de enfermería*

*nos decían que tenemos que manejar los sentimientos pero no siempre se puede, yo no puedo no involucrarme con sus problemas (E 5).*

*Si están muy tristes sufrimos un poco con ellas, por ejemplo un chica joven tiene dos hijos uno acá cerca en un pueblo cercano y lo ve pero al otro se lo llevo el padre a vivir a otra provincia y ella llora porque quiere verlo una es madre y sabe lo que eso significa. Hace tres años que no lo ve eso es terrible cómo no va a llorar? Me genera impotencia cuando veo que están bien para irse afuera y no tienen contención de nadie el caso de una señora que podría vivir fuera porque tiene una buena pensión pero los hijos viven en el extranjero... Se tiene que quedar acá para siempre? Eso me da bronca que quiere que le diga? (E 2).*

*Me pone muy mal cuando un paciente está bien para irse de alta y la familia ni piensa en venir a buscarlo aunque pueden tenerlos, no tienen problemas económicos, ni nada (E 4).*

*Es difícil describir los sentimientos, trato de no involucrarme demasiado pero siempre hay algo de tristeza. Tristeza al escuchar sus historias al ingreso que no quieren separarse de su familia ni quedarse internados (E 1).*

También se observa que les preocupan las condiciones laborales en relación a la comodidad de los pacientes, la relación con otras disciplinas, el reconocimiento de la profesión de enfermería y el clima laboral. Algunas expresiones al respecto son:

*Hacen falta remodelaciones para comodidad de los pacientes y mejorar la convivencia. Las salas de contención son inadecuadas (C 17 y 86).*

*Más comodidades para los pacientes y más comodidades para los profesionales (C 74 y 75).*

*La opinión de las enfermeras no es escuchada debemos cumplir con diferentes prescripciones aunque no estemos de acuerdo (C 74).*

El escaso reconocimiento de otros profesionales, la sobrecarga de trabajo, el contacto permanente con el sufrimiento de los pacientes, entre otros motivos, son las razones de encontrarnos con enfermeras que presentan importantes

montos de malestar que seguramente trae repercusiones en los vínculos y los modos de cuidar.

#### 4.- Distantes y pasivas

Aparece en un menor número de enfermeras expresiones de una necesidad de mantener el orden y evitar que los pacientes se “desborden” al interior de las salas de internación. No aceptan las manifestaciones de afecto ni el acercamiento con los pacientes para impedir que ese “orden” desaparezca.

*Lamentablemente tenemos 45 pacientes y tenemos que tener todo muy ordenado pura norma y horario si no se imagina lo que sería esto? Hay horario para comer, para bañarse, para ver tele, para irse a dormir (E 2).*

*Yo mantengo cierta distancia con el paciente, les pongo límites para que me respeten. Creo que a veces es el paciente que tienen que poner algo de su parte porque sino el tratamiento no hace efecto, pero no se dan cuenta de esto (C 22).*

El mantenerse alejado es un modo de preservarse? Seguramente en este sentido sería necesario profundizar el análisis para encontrar las profundas razones que llevan a las enfermeras a mantener una actitud de este tipo. Sin embargo podemos decir que las instituciones muchas veces se convierten en favorecedoras de este tipo de relaciones en los grupos humanos que las conforman.

#### EL ENTORNO ENTENDIDO COMO CONDICIONES LABORALES

Si bien las condiciones laborales son un motivo de preocupación para las enfermeras también encontramos en ellas una apreciación positiva del trabajo que realizan y las relaciones que surgen con los pacientes mentales. Consideran muy importante el reconocimiento profesional que implica la relación con los pacientes y su familia.

Las enfermeras describen claramente las características de las condiciones laborales, y realizan aportes sobre los aspectos relevantes de las mismas. Encuentran necesario hacer cambios fundamentales en los aspectos edilicios y de recursos materiales en las instituciones.

Consideran que la remuneración que reciben no se corresponde con el trabajo realizado, que debiera ser mayor a la que perciben. Están satisfechas de trabajar con pacientes mentales sin embargo creen que se deben ajustar aspectos importantes de la organización del trabajo al interior de los servicios.

Manifiestan también que la interdisciplina es incipiente y que desarrollarla favorecería la recuperación de los pacientes y una mayor calidad de la atención que se brinda.

Reconocen que existen numerosas carencias, de todo tipo en el funcionamiento de los servicios de *internación*. En cuanto a recursos humanos manifiestan entre otras cosas lo siguiente:

*Ha cambiado mucho el sistema de lo que se trabajaba antes, ahora los médicos van, si es que van, una vez a la semana, son muy pocos los que trabajan hay un médico para cinco villas hay mucha demanda y los médicos son pocos (E 7).*

*No es fácil a veces hay una enfermera y cincuenta pacientes que demandan atención y no podemos atender a todos juntos y siempre queda algo en el tintero... (E 7).*

*Se hacen cursos en el hospital y hay también fuera del hospital, el tema es que a lo mejor somos dos en el servicio y dejan ir uno solo (E 8.).*

El trabajo de enfermería implica un permanente contacto con otros trabajadores en la dinámica del funcionamiento institucional. Cuando se refieren a los vínculos con sus colegas las expresiones son muy variadas en la *valoración* que le adjudican a las mismas. Encontramos personas que consideran que son positivas y que predomina el compañerismo y otras que consideran que son competitivas, con serios conflictos y luchas de poder. También un gran número de enfermeras considera que las relaciones son diversas y que esto depende

de la "forma de ser de cada persona", de la cantidad de trabajo que tenga que desempeñar y de la formación en enfermería que posea.

## CONCLUSIONES

En este trabajo se propuso abordar el tema de la relación enfermera paciente mental en el marco de las condiciones laborales.

El objetivo principal fue comprender las significaciones de la relación de cuidado que establecen las enfermeras con los pacientes mentales en el marco de las condiciones laborales de las instituciones psiquiátricas, objetivo que a juicio de la autora ha sido alcanzado satisfactoriamente.

Se consideró relevante describir el entorno donde estas relaciones se llevan a cabo, teniendo en cuenta lo expresado por distintas pensadoras enfermeras. Por ejemplo para Leininger, (citado en Kerouac 1996) el entorno se relaciona con todos los aspectos contextuales en los que la persona se encuentra. Estos son los aspectos físicos, ecológicos, sociales, igual que la visión del mundo y todo factor que tenga una influencia sobre el estilo de vida de la persona. El entorno es principalmente exterior a la persona, pero ejerce una influencia en lo cotidiano y en la existencia de esta persona. Por eso, un comportamiento sólo es significativo en la medida que se incluye en el entorno.

Es importante destacar que en el presente estudio los significados que las enfermeras atribuyen a la relación de cuidado, se vincula con lo que propone Schütz y Luckmann, (2003) cuando se refiere a la intersubjetividad, a la *relación nosotros*, la relación cara a cara:

*...hablo de otra persona ubicada al alcance de mi experiencia directa cuando comparte conmigo un comunidad de espacio y de tiempo... de espacio cuando está presente en persona y yo tengo conciencia de ella como tal... una comunidad de tiempo cuando su experiencia fluye paralelamente a la mía, cuando puedo en cualquier momento mirar a esa persona y captar su pensamiento... (p 76)*

Otra mirada de la relación enfermera paciente que observamos en las respuestas de las enfermeras condice con el planteo de Barbera y Arenas (2008) cuando expresan:

*Escuchar y comprender se convierten en una dimensión de la empatía ciertamente implica conocer al otro para reconocer sus emociones, pero desde la experiencia de las enfermeras parece tener un significado más allá de escuchar y comprender...es sentir la emoción del otro... es hacer mío su tristeza, dolor, ira, miedo, vergüenza, sorpresa y aún la alegría...es acompañarlo en su sentir... es trascender del yo íntimo al otro por la compasión... (p 4)*

Retomando el concepto de significación que plantea Magariños de Moretin (que entiende la significación como el conjunto de interpretaciones materializadas en determinados discursos, relativas a determinados fenómenos y vigentes en determinado momento de una sociedad), se puede decir entonces concluyendo que:

- El significado de la relación de cuidado que manifiestan las personas que participaron del presente estudio posee fuerte connotación afectiva, con sentimientos encontrados: por un lado los asociados al sufrimiento, la preocupación, el dolor y la pena y por el otro los que tienen que ver con la gratificación, la satisfacción y una percepción positiva de la relación de ayuda al paciente en todo momento.
- En este sentido encontramos perfiles de significación del cuidado tales como: *Entusiastas, emprendedoras y comprensivas; Ordenadas, compasivas y maternas; Angustiadas, tristes y preocupadas; y Distantes y pasivas*. Estos perfiles describen también aspectos del contexto del trabajo que realizan.
- Están satisfechas de trabajar con pacientes mentales sin embargo creen que se deben ajustar aspectos importantes de la organización del trabajo y que esto redundaría en beneficio de la relación que mantienen con los pacientes y con el equipo de salud.

- Se observa una mirada crítica de las condiciones laborales que las rodean, realizando importantes aportes sobre cambios necesarios en las mismas.
- Manifiestan también que la interdisciplina como un elemento fundamental en las condiciones laborales es incipiente y que desarrollarla favorecería la recuperación de los pacientes y una mayor calidad de la atención que se les brinda.
- Consideran muy importante el reconocimiento profesional que implica la relación con los pacientes y su familia.
- Lo enunciado hasta aquí permite anudar ambas miradas del estudio: la significación de la relación de cuidado y las condiciones laborales ya que son inseparables de la vida profesional, y que además es innegable una fuerte vinculación entre la interioridad de los sujetos y el entorno de la vida institucional.

### Perspectivas futuras (proyecciones)

Al finalizar un trabajo de investigación con frecuencia aparecen nuevos interrogantes que desafían al investigador a continuar profundizando en la temática abordada u otras que surjan del análisis realizado.

Es importante en el caso de la disciplina de enfermería desencadenar procesos investigativos al interior de las instituciones de salud. En este ámbito particular, el de la enfermería en salud Mental y a raíz de este estudio, se avizoran temáticas tales como: inter subjetividad y cuidado, aspectos emocionales del cuidado, el funcionamiento grupal del equipo de enfermería, imaginario social de las acciones de enfermería en las instituciones entre otros.

El proceso investigativo se consolida cuando se realiza la difusión de los resultados a los que se arriba. Es por ello que se propone llevar adelante la difusión de los hallazgos encontrados en diversas modalidades tales como: presentación de síntesis del estudio en eventos científicos, publicar artículos en revistas científicas del campo de la enfermería, por mencionar algunos.



Para finalizar se podría pensar en acciones de capacitación en servicio, que a modo de espacios de reflexión, permitan analizar los resultados a los que se arribó en este estudio, o espacios vivenciales del sentir de las enfermeras en su relación con los pacientes mentales. Esto favorece el análisis de las propias prácticas, un modo genuino de descubrir limitaciones y fortalezas en el colectivo de profesionales de Enfermería.



## BIBLIOGRAFIA

- Agulla, J. C. (1994). *La experiencia sociológica*. Tomo III. Bs. As. Argentina: Editorial de Belgrano.
- Alberdi Castell, R. y Cuxart Ainaud, N. (2005). Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. *Revista Presencia* 1(2). España.
- Amezcuca, M. y Galvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexión en voz alta. *Revista Especialidad en Salud Pública*. Vol. 76 (423-436) España.
- Amico, L. (2004). *Desmanicomialización: Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud Mental*. Tesis para optar al título de Licenciada en Trabajo Social. UBA. Buenos Aires. Argentina.
- Amigot, B. y Rasetti, B. (2002). Las condiciones y el ambiente de trabajo: su relación con los procesos de salud-enfermedad en el personal de enfermería de un hospital público polivalente. *Revista Investigación en Salud*. Vol. 3 N° 3. Rosario. Argentina.
- Araujo Sadala, M. L. (1998). *El cuidar que es relación: una mirada fenomenológica*. Relato de Investigación en el 6° Simposio Brasileño de Comunicación en Enfermería. Riberão Preto. San Paulo. Brasil.
- Armus D. (1996) Salud y anarquismo: la tuberculosis en el discurso literario argentino en el libro de LOBATO M Z (Editora) *Política, médicos y enfermedades*. Lectura de historia de la salud en la Argentina. Editorial Biblos. Buenos Aires. Argentina.
- Armus, D. (2005 B) El viaje al centro: tísicas, costureritas y milonguitas en Buenos Aires 1910 -1930. *Revista Salud Comunitaria*. Año 1 N° 1 Buenos Aires. Argentina.
- Armus, D. (2005 A). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires. Argentina: Lugar Editorial.
- Artaud, A. (1967). *Carta a los poderes*. Buenos Aires. Argentina: Ediciones Insurrexit.
- Avendaño, C. Grau, P. y Yus, P. (2004). *Riesgos para la salud de las enfermeras de Chile*. Proyecto FONDECYT N° 1940792. Chile.

- Bandieri, S. (2001). *La Posibilidad operativa de la construcción Histórica Regional o como contribuir a una historia Nacional mas complejizada en Lugares para la Historia* de Fernández S y Dallacorte G (compiladoras) Universidad Nacional de Rosario. Argentina.
- Bandieri, S. (2006). La Patagonia: mitos y realidades de un espacio social heterogéneo en Gelman J *La historia económica hoy: balances y perspectivas*. Prometeo Libros. Buenos Aires. Argentina.
- Barbera, F. y Arenas, N. (2004). *Una visión de la antropología filosófica de enfermería. La empatía como cuidado trascendental*. Venezuela: Universidad de Carabobo, Venezuela.
- Bericat, E. (1998). *La Integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en Investigación social*. Barcelona, España: Editorial Ariel.
- Berlinguer, G. (1994) *La enfermedad*. Buenos Aires. Argentina: Lugar Editorial.
- Caceres, C. (1998). *Salud y subjetividad*. Buenos Aires. Argentina. Lugar Editorial.
- Canovas, T. M. A. (2008) *La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio profesional*. España: Universidad de Murcia.
- Carbonari, R. (1998). *El Espacio en la historia. De la historia regional a la microhistoria*. Artículo realizado en el marco del Programa de Doctorado en Historia. Universidad de Porto Alegre. Brasil. Inédito.
- Carpintero, E. y Vainer, A. (1960). *La salud mental antes de la salud mental*. Buenos Aires. Argentina.
- Carrasco, A. (2009). Aporte para una tesis sobre el objeto de estudio y trabajo de enfermería. *Revista Uruguaya de enfermería*. Vol. 4 N° 2 Uruguay.
- Cibanal, J. L. Siles González, J, (2001) La relación de ayuda es vivificante, no quema. *Revista Cultura de los Cuidados*. V 10. España.
- Consejo Internacional de Enfermería (1995). *La enfermería psiquiátrica y de salud Mental. Declaración de posición*. Ginebra. Suiza.
- Cogollo Milanés, Z. y Gómez Bustamante, E. (2010). Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. *Revista de Enfermería*. XXVIII (1): 31-38, Colombia.

- Cohen, H. De santos, B. Fisché, A. y Galende, E. (1994). *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires. Argentina: Lugar Editorial.
- Colliere, M. (1994), *Promover la vida*. Madrid. España: Mc Graw-Hill-Interamericana.
- XXII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. España. 2005. Conclusiones.
- Conti, N. A. (2004). El contexto sociopolítico y cultural en torno a la organización nacional. *Revista Temas de Historia de la Psiquiatría*. Nº 1. Buenos Aires. Argentina.
- Cook, J. y Fontaine, K. (1993). *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Interamericana Mc. Graw Hill.
- Cortes De Téllez, R. Ramírez, R. Restrepo, M. y Vargas, B. (2010) Declaración del consejo técnico nacional de enfermería sobre el deterioro de las condiciones laborales del profesional de enfermería en Colombia. *Revista de Enfermería*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Dejorurs, C. (1990). Trabajo y Desgaste Mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo. (2da. Ed). Buenos Aires: Editorial Humanitas.
- Galende, E. (1994). *El manicomio en la situación actual en Políticas de Salud mental*. Buenos Aires. Argentina: Lugar Editorial.
- García, J. L. (1985). *Enfermedad y cultura*. Revista Jano. Nº 643-H, Madrid: 83-90.
- García Marco, M. López Ibort, T. y Vicente Edo, M. (2009). *Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica*. España. Fundación Index.
- García Reinoso, G (1991). Notas preliminares para un estudio de la institución de salud. *Revista El Espacio Institucional*. Lugar Editorial. Año 1 No 1. Buenos Aires. Argentina.
- Gaviria Noreña, D. L. (2009). La evaluación de cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. *Revista Investigación y educación en enfermería* Medellín. Colombia: Universidad de Antioquia Vol. XXVII Nº 1(24-33).
- Goberna Tricas, J. (2004). La Enfermedad a lo largo de la historia. Un punto de mira entre la biología y la simbología. *Revista Index de Enfermería*. Nº 47: 49 a 53. España.

- Goffman, E. (2007). *Internados*. Buenos Aires. Argentina: Amorrortu Editorial.
- Ibarra Mendoza, T. (2008). El interaccionismo simbólico y los cuidados de enfermos crónicos en el ámbito comunitario. *Revista cultura de los cuidados*. Año XII N° 24. España.
- Kaës, R. Bleger, J, Enriquez E, Fornari F (2002) *La Institución y las Instituciones, Estudios Psicoanalíticos*. Editorial Paidós. Bs. As.
- Kerouac, S. (1996). *El pensamiento enfermero*. España: Masson SA
- Lardies Gonzalez, J. (1991) *Historia de la Psiquiatría Universal Argentina*. Buenos Aires. Argentina: Editorial Pro medicina.
- Lobato, M Z (1996). *Política, médicos y enfermedades. Lectura de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires. Argentina: Editorial Biblos.
- Levinas, E. (1974). *Humanismo del otro hombre*. Buenos Aires Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Malvarez, S. (2000). La enfermedad mental en el tiempo. Apunte de cátedra Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Córdoba. Argentina.
- Magariños de Morentin, J. (2010). *Manual de metodología semiótica*. Centro virtual de Semiótica. Jujuy Argentina. ([www.centrodesemiotica.com.ar](http://www.centrodesemiotica.com.ar)).
- Maya Rincón, B. (2006). *La relación enfermera paciente*. Universidad de Sevilla España.
- Moffat, A. (1984). *Psicoterapia del oprimido*. Editorial Alternativas .Buenos Aires. Argentina.
- Pérez Nieto, M. y Redondo Delgado, M. (2006). *Procesos de valoración y emoción: características, desarrollo, clasificación y estado actual*. Universidad Camilo José Cela. REME. Volumen IX Junio 2006 N°22.
- Sauaya, D. (2003) *Salud mental y trabajo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Schütz, A. (1993). *La Construcción significativa del Mundo Social. Introducción a la Sociología comprensiva*. Buenos Aires. Editorial Paidos.
- Schütz, A. y Luckmann, T. (2003) *Las estructuras del mundo de la vida*. Amorrortu Editores. Buenos. Aires.
- Scialpi, D. (2004) *Violencia en la administración pública* 2da. Edición. Catálogos Editora. Buenos Aires.

- Simpson, E. (1995). *Modelo de Peplau aplicación práctica*. España: Ediciones Salvat
- Souza Minayo, M. C. (1997) *El desafío del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tito, R. Ricci, M y Tito, R. (2004). *Historia de la Enfermería*. Buenos Aires. Argentina: Editorial El Ateneo.
- Volnovich, J. (1995). El discurso Institucional y la institución psiquiátrica. *Revista El espacio Institucional*. Buenos Aires. Argentina.

## ANEXO 1

**CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO**

Me encuentro realizando un estudio de Investigación como trabajo final de la Maestría en Ciencias Sociales que trata sobre las enfermeras que trabajan con pacientes mentales en la provincia de Córdoba. Soy Licenciada en Enfermería y sería de gran utilidad que Ud. responda el siguiente cuestionario en forma individual y anónima. Lo datos que aquí consten están amparados por el secreto estadístico y permanecerán en el anonimato, no se podrá asociar su persona a lo expresado.

Una vez respondido el cuestionario por favor deposítelo en la caja (una especie de urna) o sobre que se encuentra en la oficina de la jefatura de enfermería de la institución.

Desde ya muchas gracias por su colaboración ya que sin sus aportes este trabajo no podría llevarse a cabo. Cordialmente le saluda Stella Felizzia

Preguntas:

- 1.- Que títulos tiene Ud.?.....
- 2.- Que antigüedad tiene en la profesión de enfermería? .....
- 3.- Que antigüedad tiene como enfermera de salud mental? .....
- 4.- Que edad tienen Ud.? .....
- 5.- Cual es su situación de pareja? .....
- 6.- Tiene hijos? NO..... SI..... Cuantos? ..... Están a su cargo? SI..... NO.....
- 7.- Ud. es efectivo en este trabajo? SI..... NO.....  
Si marcó NO coloque la denominación del cargo.....
- 8.- Esta conforme con el sueldo que gana? SI..... NO.....  
Por que.....
- 9.- Cómo son las relaciones entre las enfermeras en esta institución?  
(Describalas y de algunos ejemplos)  
.....  
.....

- 10.- Considera que se trabaja en equipo entre enfermeros y otros profesionales?  
SI..... NO..... Por qué? .....
- 11.- Cómo define la relación que mantiene con sus superiores?  
.....
- 12.- Cuantos paciente tiene a su cargo cada día? .....
- 13.- Que tipo de pacientes atiende? (cuénteme como son)  
.....  
.....
- 14.- La planta física del lugar donde trabaja, es adecuada? SI..... NO.....  
Por qué? .....
- 15.- Se le brindan todos los elementos necesarios para trabajar? SI..... NO.....
- 16.- Tiene momentos para descansar durante la jornada laboral? SI..... NO.....
- 17.- Tiene un lugar adecuado para vestirse y tener su descanso en el turno de  
trabajo? SI..... NO.....
- 18.- Está satisfecho con la forma de trabajar que tienen en este servicio?  
SI..... NO..... Por qué? .....
- 19.- Como es el clima de trabajo en este servicio?  
.....
- 20.- Que cambios haría usted en este servicio?  
.....
- 21.- Esta satisfecho con trabajar con pacientes mentales? SI..... NO.....  
Por qué? .....
- 22.- Describa como es la relación que mantiene Ud. con los pacientes?  
.....
- 23.-Con que palabras asocia los sentimientos que le surgen cuando se  
relaciona con los pacientes mentales?  
.....
- 24.- Puede agregar aquí un comentario u otra cosa que considere importante  
aportar para este estudio.



## GUIA DE LA ENTREVISTA ABIERTA

Me encuentro realizando un estudio sobre lo que piensan y sienten las enfermeras cuando atienden personas que presentan trastornos mentales. Es el trabajo final de una maestría en Ciencias Sociales. Lo que usted diga es totalmente anónimo y no aparecerá su nombre o documento en mis escritos.

Necesitaría grabar la conversación para que todo lo que usted me diga quede registrado ya que sus opiniones son importantes para esta investigación.

Desde ya muchas gracias por su colaboración.

*Ejes que se abordan en la conversación:*

- Conocimientos sobre enfermería en salud mental y la enfermedad mental.
- Sentimientos frecuentes frente a las personas con trastornos mentales.
- Actitudes con los pacientes mentales, propias y de sus compañeros.
- Características de los pacientes mentales.
- Vivencias frente a las situaciones cotidianas en el cuidado de los pacientes mentales
- Valoración del trabajo con estos pacientes (importancia, satisfacción entre otros)

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ..... con número de documento  
....., declaro haber recibido la siguiente información:

1.- El trabajo de investigación que se está realizando se denomina: ***“La relación de cuidado y las condiciones laborales: una mirada al trabajo de las enfermeras en instituciones psiquiátricas”***

2.- Con este proyecto se espera. *Comprender las significaciones que resultan de la relación de cuidado entre el paciente mental y las enfermeras, en el contexto de sus condiciones laborales.*

3.- Los investigadores me han garantizado que la información que yo suministre será utilizada exclusivamente para los propósitos de la investigación y que se guardará bajo estricta confidencialidad y anonimato.

Por lo tanto, habiendo recibido y entendido la información anterior, acepto participar como **entrevistado** en esta investigación.

Si tengo preguntas adicionales, puedo hacérselas a la Lic. Stella Felizzia TE 0358 4660814

Yo he leído o me han leído la información arriba mencionada y he tenido la oportunidad de que mis preguntas sean contestadas a satisfacción.

.....

Firma del entrevistado

## ANEXO 2

## TABLAS DE FRECUENCIA

## FORMACIÓN EN ENFERMERÍA

	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera	80	87,0
Licenciada	12	13,0
Total	92	100,0

Fuente: Cuestionario autoadministrado

## SITUACION DE PAREJA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin pareja	28	30,4	30,4
Con pareja	61	66,3	96,7
No contesta	3	3,3	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

## PRESENCIA DE HIJOS

	Frecuencia	Porcentaje
Si	74	80,4
No	18	19,6
Total	92	100,0

Fuente: Cuestionario autoadministrado

## HIJOS A CARGO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	63	68,5	68,5
No	11	13,0	81,5
No corresponde	18	18,5	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

## NUMERO DE HIJOS

	Frecuencia	Porcentaje
1 hijo	18	24.32
2 hijos	23	31.08
3 hijos	21	28.38
4 hijos	8	10.81
5 hijos	3	4.05
7 hijos	1	1.35
Total	74	100,0

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**EFFECTIVIDAD EN EL CARGO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	65	70,7	70,7
No	27	29,3	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**CONFORMIDAD CON LA REMUNERACIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	19	20,7	20,7
No	72	78,3	98,9
No contesta	1	1,1	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**TRABAJO EN EQUIPO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	49	53,3	53,3
No	39	42,4	95,7
No contesta	4	4,3	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**ADECUACIÓN DE LA PLANTA FISICA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	23	25,0	25,0
No	66	71,7	96,7
No responde	3	3,3	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**PROVISIÓN DE ELEMENTO DE TRABAJO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	37	40,2	40,2
No	53	57,6	97,8
No responde	2	2,2	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**DESCANSO DURANTE LA JORNADA**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	79	85,9	85,9
No	11	12,0	97,8
No responde	2	2,2	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**PRESENCIA DE ESPACIO PARA VESTUARIO**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	75	81,5	81,5
No	16	17,4	98,9
No responde	1	1,1	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**SATISFACCIÓN LABORAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	71	77,2	77,2
No	15	16,3	93,5
No responde	6	6,5	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

**SATISFACCIÓN CON EL PACIENTE MENTAL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	83	90,2	90,2
No	7	7,6	97,8
No responde	2	2,2	100,0
Total	92	100,0	

Fuente: Cuestionario autoadministrado

ANEXO III

IMÁGENES INSTITUCIONALES









