



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS SUPERIORES EN
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

EL CUIDADO DE ENFERMERÍA
LA CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS RELACIONALES EN LA
FORMACIÓN Y PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTORA EN ANTROPOLOGÍA
P R E S E N T A

ESTELA BEATRIZ QUINTAR

DIRECTORA DE TESIS: DRA. PATRICIA RAVELO BLANCAS

MEXICO, D. F. ENERO DE 2006

A mamá,
hoy, viajera de la luz;
ayer, rebelde *con causa*;
y siempre, aún desde la ausencia,
militante por la vida y la justicia social¹.

¹.- Motivó esta dedicatoria el hecho de que cuando estaba en el proceso de redacción final de esta tesis, mamá falleció en Neuquen, Argentina a los 74 años, y se que hubiera estado feliz al saber que terminaba este proceso de formación.-

Quiero agradecer:

A la Dra. Patricia Ravelo Blancas,
 por saber acompañar y compartir,
 por su saber respetar a la persona que soy
 - y que indudablemente está siempre antes que cualquier "rol"-,
 tanto como a la profesional que se acercó a este proceso de formación.
 Pero sobre todo, por su ética profesional.

A cada uno y cada una de las entrevistados/as,
 Por su confianza y su esperanza en este trabajo, por creer en mí, por cada una
 de sus palabra y por el tiempo dado para que esta producción pudiera ser.

A los Sinodales:
 En primer lugar por haber aceptado generosamente esta nada sencilla tarea de
lector,
 Les he elegido porque les respeto y, de alguna manera, han sabido dejar huella a
 lo largo de mi formación.
 Nuevamente gracias.

Al Dr. Raymundo Mier
 por su gentileza y dedicación,
 él sabe de mi gran admiración por su trabajo.

A la Dra. Gabina Villagrán,
 por su solidaridad y presencia.
 En estos tiempos donde no hay tiempo, pudo dárselo para dármele
 armoniosamente.

Al Dr. Witold Jacorzynski,
 por su sencillez, comprensión y diligencia,
 condiciones que dicen de quien las porta.

A Diego y María Mora,
 mis cada vez renovados regalos de la vida,
 porque siempre están...,
 para llorar y festejar, para reír y nostalgjar ...
 porque sabemos que siempre *estamos*, en la presencia y la ausencia.

I N D I C E

CUESTIONES DE METODO

1.- Una postura ante la investigación	8
2.- Una postura frente al conocimiento.	9
3.- Un modo de comprender a la interpretación.	11
4.- Del proyecto de investigación.	15
4.1.- Instrumentos de recolección de datos.	16
4.2.- Momentos en el trabajo de lectura interpretativa.	17
4.3.- Análisis de información sintética.	19
5.- Sobre la construcción del Diseño de Investigación.	22
A N E X O	25
1.- Organización de la ruta crítica en la sistematización del conocimiento desde la lógica de construcción de objeto:	26
2.- Cuadro de análisis relacional	28

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS

1.- Tejiendo sentidos de investigación	30
2.- Líneas de reflexión problemática.	36
2.1.- En cuanto a los capítulos.	37

C A P I T U L O I

Contextualización histórico social del cuidado de enfermería como profesión

A.- Reconstrucción histórica	40
1.- Consideraciones preliminares:	40
2.- Los <i>cuidados de enfermería</i> , un ángulo para mirarla:	40
2.1.- Cuerpo y cuidado, registros históricos e historizables:	42
2.2.- Un recorrido histórico social en la configuración del cuidado de enfermería como profesión	43
2.3.- El cuidado de enfermería en la época de la colonia española en México y América Latina.	52
2.3.1- La Historia dada en la conformación de la enfermería en México.	54

	4
3.- Respecto a los/as profesionales del cuidado de enfermería.	59
3.1.- La atención del cuidado de enfermería en México.	60
4.- El cuidado de enfermería. Sugerencias para repensar la profesión.	61
B.- Contextualización actual de la profesión: su problemática	62
1.- El cuidado de enfermería, una profesión enigmática y paradigmática.	62
2.- El cuerpo, mediación y metáfora.	64
3.- El Hospital de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Hospital, Escuela de médicos y enfermeros (as), un espacio de investigación.	67
3.1.- Descripción del recorte de realidad. Un recorrido por el Hospital Salvador Zubirán.	69
3.2.-Dinámica de atención a pacientes y de trabajadores de la salud.	71
3.3.- Descripción del área de Enfermería en la organización institucional.	74
A N E X O S	79

C A P I T U L O I I

Reconstrucción articulada

1.- Algunas consideraciones previas.	87
2.- El cuerpo, un problema epistémico.	89
2.1.- Una forma de comprender al cuerpo.	93
2.3.- La ética del placer	101
2.4.- Cuerpo, género y profesión en el cuidado de enfermería.	105
2.5.- El cuerpo como metáfora social.	106
2.5.1.- El cuerpo social.	106
2.5.2.- El cuerpo político.	108
3.- Relación, más que un acto, un espacio de construcción social.	111
3.1.- Un modo de comprender a la relación humana.	115
3.2 ¿Qué es constitutivo de la "relación" intersubjetiva?	116
3.3.- Espacios relacionales, categoría de análisis existencial y espacio de configuración social.	121
3.3.1.- Relación intersubjetiva, un espacio de construcción simbólica de mundo.	127

3.3.2.- Sujeto, subjetividad y deseo.	131
3.3.3.- Vínculos y estructura relacional.	135
4.- "Violencia", un concepto transgredido.	142
4.1.- Conceptualización de violencia.	149
4.2.- Otros modos de mirar a la violencia.	156
4.3.-Un modo de comprender a la violencia negativa y cotidiana.	161
5.- Institución y organización. Espacios de acción en el cuidado de enfermería.	162
5.1.- Preponderancia del "rol" profesional. Un punto de inflexión.	166
A N E X O	168
<i>Disgregación 1</i> en torno a los espacios relacionales intersubjetivos.	169

C A P I T U L O III

El cuidado de enfermería

Una profesión enigmática y paradigmática. Construyendo algunas reflexiones acerca de la profesión

1.- Algunas consideraciones previas.	1777
2.- Rol alienado, signo determinante en la profesión de los trabajadores de la salud	1838
2.1.- Acerca de la formación.	19494
2.2.- La práctica, proceso y experiencia determinante en la formación del cuidado de enfermería.	201
2.2.1- Elección Profesional.	205
3.- "Rol". Función y determinación social.	206
3.1.- La "familia". Referente metaorganizacional.	213
4.- El cuidado de enfermería, profesión paradigmática.	221
5.- El cuidado de enfermería, supuestos y posibilidades.	229
5.1.- Rol y configuración escénica en el ámbito hospitalario.	236
5.2.- La alienación como fenómeno institucional y sus efectos subjetivos y relacionales.	239
5.3.- Conceptos estructurantes y recurrencias vinculares.	241
5.3.1.- Compasión.	241
5.3.2.- La culpa como constitución de la eficiencia en el rol del cuidado de enfermería.	243

5.3.3- Subordinación como naturaleza en la profesión del cuidado de enfermería.	244
6.- La corporeidad como síntoma.	245
7.- A modo de síntesis.	246
A N E X O	249
1.- Del diario de campo, a cerca de la actividad del cuidado de enfermería	250
Entrevistas no estructuradas.	251

C O N C L U S I O N E S

Recapitulación: perspectivas metodológicas y teóricas	314
a) En cuanto a la perspectiva metodológica.	314
b) En cuanto a la perspectiva teórica.	316
B I B L I O G R A F I A	321

CUESTIONES DE MÉTODO²

² .- Este apartado, y siguiendo la lógica del trabajo, fue formulado y planteado como Capítulo IV. Este orden fue modificado por solicitud e indicación del Dr. Witded Jacorzynski, uno de los cuatro sinodales y lectores de esta tesis de posgrado.-

1.- Una postura ante la investigación social³.

Esta investigación, se trabajó desde una lógica de *construcción de objeto*, diferenciándose del método hipotético deductivo, lo que implicó identificar y abrir síntomas sociales y, a partir de ellos, configurar un problema que se complejizara en un campo problemático que contribuyera a promover la re-visión de nuevas aristas de comprensión del mismo.

Este problema⁴, como recorte de realidad, dio permanentemente un sustrato de anclaje en el proceso de construcción de conocimiento determinado por su especificidad histórica.

El proceso al que se alude, decantó en un *enunciado problemático*. Este enunciado cumple, metodológicamente, la función de construir conocimiento; el que necesariamente se convierte en un desafío de *radical novedad*⁵; lo cual, como ya se dijera, no es lo mismo que partir de una hipótesis a demostrar o verificar, sino que la intención de este enunciado es provocar a pensar y preguntar por lo que no se sabía del fenómeno a dilucidar.

De este modo, la realidad como fenómeno histórico en movimiento, es poseedora de una radicalidad inherente a su propia configuración, el de su raíz novedosa como permanente posibilidad significante; es decir, permite

³ .- Este apartado permite ubicar al lector en la postura epistémica y metodológica por la cual se ha optado para el desarrollo de la investigación soporte de la presente tesis. En este sentido explicita la **postura** epistémica y metodológica seguida.

⁴ .- Refiere al enunciado problemático que orientó esta investigación: La construcción de los espacios relacionales en la formación y práctica de profesionales del cuidado de enfermería en el Hospital de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Hospital escuela de médicos (as) y enfermeras (os))

⁵ .- Esta categoría hace referencia a que la investigación debería ser experimentada como "*una aventura en un grado mayor de intensidad, de riesgo y de atrevimiento, registrando los posibles acontecimientos que rompen nuestra vivencia del tiempo en dos porciones desiguales, marcando una diferencia entre un antes y un después, entre un pasado y un futuro*" Melich Joan- Carles, Bárcenas Fernando. "*La educación como acontecimiento ético.*" Edit. Paidós. 2000

reconocer y asumir que lo que se presenta tiene algo de conocido pero mucho de "no nombrado", mucho de promesa, de ser mas allá del fenómeno que muestra; y en este sentido es potencial, en tanto muestra las infinitas alternativas y proyección de futuro que pudiera lograrse desde lo que Castoriadis llama la "imaginación radical".⁶

La permanente interrogación del problema configurado en el enunciado problemático sostuvo la búsqueda de renovadas comprensiones del mismo, tratando de desnaturalizar una cultura laboral que se instituye como único modo posible y que opera en las formas de estar siendo de los sujetos que cotidianamente actúan en este referente empírico.

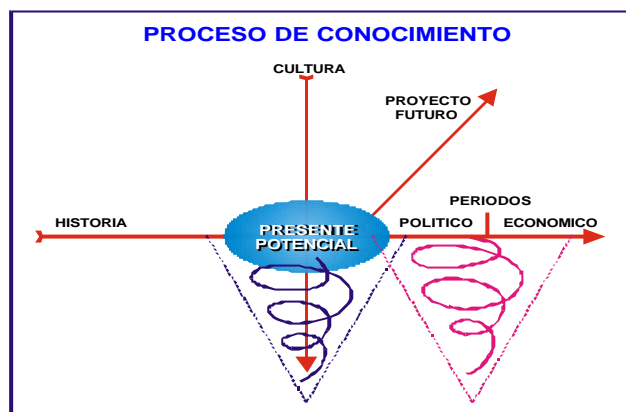
2.- Una postura frente al conocimiento.

El concepto de **colocación** es central en la *epistemología del presente potencial o de la conciencia histórica* e implica dos dimensiones de pensamiento y acción, una *existencial* y la otra *epistémica*.

Estas dos dimensiones hacen a la *conciencia* del *estar siendo* en un presente dinámico y fluido, constituido por una dimensión histórica, otra cultural y una tercera política y económica - que abarca períodos de mayor duración en el tiempo histórico. Así el presente, en su función metodológica, está determinado por estas coordenadas, condicionando a los sujeto que lo configuran.

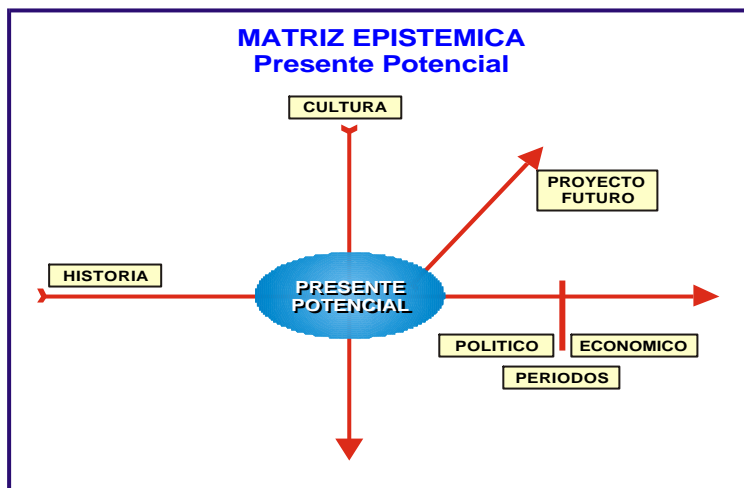
⁶ - Castoriadis, Cornelius "Hecho y por hacer. Pensar la imaginación". Edit. Eudeba. 1997

Lo dicho podría resumirse en la siguiente *matriz epistémica* como dispositivo de análisis:



Esto implica ***un modo de conocer*** como proceso dialéctico, es decir de articulación, entre lo histórico dado, lo dándose y lo por darse. Así el proceso de conocimiento, mas que en lo extensivo, como información sumativa, se construye en profundidad en crecientes niveles de interpretación⁷; esto conforma un proceso constante de pensamiento re-flexivo del recorte delimitado, ampliándose así el horizonte de conocimiento de lo que sucede y porqué sucede en el marco de la matriz organizada:

⁷ .- La lógica de construcción de objeto privilegia, como forma de razonamiento complejo a la interpretación por sobre la explicación de verdades dadas de la lógica causal, lineal y positiva.



Se plantea así, un modo de reconocer lo que es la relación intersubjetiva, entendiendo que el presente coyuntural, potencial, e histórico, se instala en el espacio de construcción simbólica micro, que configura y es emergente de lo macro, como espacio posible de acuerdos que dialectizan la relación sujeto/sujeto y recrea su proyección en un proyecto subjetivo y o social

Es en este permanente de-construir y re-construir que se planteó la exigencia de colocación en el entrecruzamiento se da entre el campo de la salud y educación en los aspectos que hacen a la formación y prácticas profesionales de enfermeros y enfermeras. Estos aspectos fueron observados y leídos a la luz de la *relacion humana* como objeto de estudio.

3.- Un modo de comprender a la interpretación⁸.

Al aludir a la *interpretación*, estoy haciendo referencia a un proceso de razonamiento intencional y complejo que, como tal, relaciona, vincula y rearma el mundo simbólico dado en renovados sentidos y significados que, al recrearse,

⁸ .- Este apartado toma como base dos textos esclarecedores al respecto: Paul Ricoeur "*Freud: una interpretación de la cultura*". Edit. SXXI 9º Edic. 1999 y Eduardo Grúner / Michel Foucault "*Nietzsche, Freud, Marx*". Edit. El cielo por Asalto. 1995

abren nuevas posibilidades de comprensión y recreación de la práctica social, es decir del mundo. Es un modo de ir entretejiendo emergencias significativas de tal modo que el hilo que teje y la mano del tejedor van creando texturas y sentido de su hacer: una manta, un regalo, una carpeta, etc. es el tejedor el que teje sentido pero es el hilo – es decir el pensamiento, el lenguaje y la acción - el que va produciendo ese sentido en cada punto levantado o en cada nudo organizado.

¿Cómo es que este proceso es posible?, ¿Cuáles son los dispositivos que activan, o no, este proceso de recreación simbólica?

Desde la “escuela de la sospecha”, como le llama Ricoeur, cuyos tres grandes exponentes son Marx, Nietzsche y Freud, se podría decir que el proceso de interpretación es el ejercicio de la sospecha, de dudar de la “verdad”. En este sentido la interpretación es una lucha por el sentido, un proceso del pensamiento que busca violentar los imaginarios subjetivos y colectivos instalados, naturalizados, para redefinir el proceso de producción simbólica mediante el cual un sujeto, una sociedad y una época se explican a sí mismos.

La interpretación, si bien opera sobre la superficie de la realidad que se muestra – por otra parte ya interpretada -, no lo hace para quedarse en la mera descripción fenoménica, sino que lo hace para intervenir en la cadena simbólica; esto produce, indudablemente, un efecto disruptivo y pone en tensión al sujeto con su propio relato. Desde esta perspectiva, ninguna estrategia de interpretación puede ser ingenua y exige permanentes actos de conciencia crítica.

Así planteada la interpretación, es un acontecimiento que, como tal, trae el germen de la “radical novedad”, a la que se alude en el punto anterior. Esto

implica recrear nuevos logos donde lo simbólico más que determinaciones son mediaciones, como lo sostenía Cassirer⁹, que permiten rearticular líneas narrativas, encadenamientos simbólicos y significantes, provocando otras intersecciones que las que el texto se limita a mostrar.

Para ilustrar lo dicho, creo oportuno traer a Foucault en lo expresado por Eduardo Grüner:

"Foucault – siempre hablando de aquellos tres grandes fundadores del discurso – dice que Marx no se limitaba a interpretar a la sociedad burguesa, sino a la interpretación burguesa de la sociedad (por eso El Capital no es una economía política, sino una crítica a la economía política); que Freud no interpreta el sueño del paciente, sino el relato que el paciente hace de su sueño (y que ya constituye, desde luego, una "interpretación, en el sentido vulgar o "silvestre"); que Nietzsche no interpreta a la moral de Occidente, sino el discurso que Occidente ha construido sobre la moral"¹⁰

Esta lógica de la interpretación compromete radicalmente al propio lugar del sujeto de la interpretación, puesto que la interpretación es el sujeto, y esto en la medida que todo sujeto es una articulación histórica de sentidos y significados, ensaya comprensiones de sus propias relaciones con el mundo; él es sujeto sujetado al discurso de lo posible de ser, de la falta, de lo que se esconde detrás de lo que se muestra, de los síntomas que devienen en dispositivos de develación y transformación o sujeto sujetado a lo dado como verdad, minimizado por los imaginarios instituidos.

⁹ - Ernst Cassirer. "Antropología filosófica". Edit. Fondo de Cultura Económica. Reed. 1997

¹⁰ Gruner Eduardo. *Op. cit.*

Desde ésta perspectiva, la interpretación es un método que trasciende a lo político, y la política de la interpretación compromete e implica a la crítica como opción en la construcción de conocimiento y se vuelve un desafío para lo establecida. Aquí “...no hay símbolo sin un principio de interpretación; donde un hombre sueña, profetiza o poetiza, otro se alza para interpretar; la interpretación pertenece orgánicamente al pensamiento simbólico y a su doble sentido”¹¹ .

La interpretación así planteada, *enlaza* dos dimensiones constitutivas en el proceso de construcción de conocimiento: la dimensión de la realidad como producción simbólica, y al sujeto con capacidad crítica de producir, y recrear históricamente, sentidos y significados¹²; lo que, desde la sospecha de lo se expone, deja emerger. La interpretación es aquí un acto de conciencia donde todas las revoluciones - en el sentido de re-vuelta de Julia Kristeva¹³ - comprometen a lo semántico.

La interpretación como proceso de pensamiento, es un desafío para la construcción de conocimiento tanto como para la política, esto en tanto este *enlazar* es posible en un proceso total del sujeto - emocional, cognitivo, biológico y social - que se manifiesta en modos de razonamientos: lógicos, complejos y de niveles de abstracción creciente. Lo dicho conlleva, inevitablemente, una postura epistémica definida en el campo de la ciencia: *la del uso crítico de la teoría*¹⁴ .

¹¹ - Paul Ricoeur *Op. cit.*

¹² - Es esta una de las razones por la cual se sostiene que la violencia sutil negativa actúa en el rompimiento de lazos.

¹³ - Julia Kristeva. “*El porvenir de la revuelta*”. *Op. cit.*

¹⁴ - Ver Zemelman, Hugo “*Uso crítico de la teoría*”. Edit. SXXI. 1987

Al ser el proceso de interpretación un modo fundante en la construcción del objeto estudiado, creo conveniente explicitar cuál es la postura que opera en el actuar este proceso de pensamiento, teórico y metodológico.-

4.- Del proyecto de investigación.

En este apartado se explicita la sistematización metodológica desde la cual se ha construido el discurso argumentativo de lo observado en la cultura del trabajo hospitalario, en general, y del cuidado de enfermería en particular.

a) Ejes de análisis.

Dos fueron los ejes de análisis:

- 1) *La práctica profesional de enfermeros y enfermeras en servicio y*
- 2) *el proceso de formación de enfermeros y enfermeras en escuelas hospitalarias.*

Es en la intersección de estas coordenadas que se ubica un recorte de realidad presente donde se contextualiza el problema de investigación que vengo desarrollando.

Este **recorte problemático** - o referente empírico - lo configura:

Las prácticas hospitalarias en el Hospital de la Nutrición Salvador Subirán del D.F de: los alumnos que hacen sus prácticas de enfermeros y enfermeras, y de enfermeros y enfermeras en servicio en las áreas de terapia intensiva y con infectados de SI DA ambulatorios.¹⁵

¹⁵.- Algunas preguntas problematizadoras planteadas en el diseño inicial:

Preguntas de orden empírico: *¿Qué representaciones tienen los enfermeros y las enfermeras de la **emocionalidad** - como dimensión subjetiva del padecer - en el cuidado de enfermería?, ¿Cómo actúan esas representaciones en la práctica y sus rutinas?; y de **“violencia”** en las relaciones que hacen a la acción profesional?; ¿Qué se comprende por “violencia”?*

Idem para los formadores de enfermeros y enfermeras.-

*¿Cuál es la **estructura simbólica** que se configura **en el espacio relacional** entre enfermero ó enfermera y paciente, formador/ra de enfermero/ra que a su vez son alumnos en proceso de formación profesional?; ¿Qué incidencia tiene el género en la significación de estos aspectos?; ¿Qué **palabras** son las más usuales en la formación y en las rutinas de las prácticas profesionales del cuidado de enfermería?; ¿Qué*

b) Sujetos de investigación.

- * grupos de alumnos: del ciclo de intensivistas del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"
- * Enfermeros (as)/docentes por área de conocimiento curricular.
- * Seguimiento de por lo menos 5 pacientes en prácticas hospitalarias (internación) y comunitarias en las instituciones de referencia.
- * Observación de áreas de trabajo hospitalario en la práctica de cuidado de enfermería: internos e infectología.
- * seguimiento de ruta de padecer de tres pacientes infectados de SIDA

4.1.- Instrumentos de recolección de datos.

- *entrevistas semiestructuradas* a enfermeras y enfermeros, médicos, psiquiatras hospitalarios, enfermeras y enfermeros docentes de cursos de intensivistas, de enfermeras y enfermeros de ámbitos de planificación de la salud en SIDA, etc.;

rutinas de "cuidado" tienen los enfermeros/as?, ¿Qué representación de "cuidado"? ¿Las creencias que se plantean en la formación son congruentes con la práctica profesional?; habría una práctica ideal y otra real?, cómo se caracterizarían?, ¿Qué representación de "enfermedad", padecimiento y "paciente"? ¿Cómo incide la perspectiva de género en el imaginario de formadores y formadoras de enfermeros y enfermeras en los aspectos señalados?, ¿Cuáles son las "temáticas" recurrentes en los programas de formación y capacitación en la formación del cuidado de enfermería?, ¿Qué representación de enfermero y enfermera tienen los alumnos? y los profesionales del cuidado de enfermería?; Y de enfermedad?, ¿Qué representaciones del mandato social en el rol profesional se transmite/promueve en la formación de enfermeros/tras y cuál se opera en las prácticas?, ¿Cuáles son las "rutinas ritualizadas" de la práctica profesional?, ¿Hay diferencias genéricas en esas "rutinas ritualizadas"?

A las que sumo como de orden teórico, mas general: ¿Cuál es el efecto histórico y residual que los vínculos y relaciones genera en los sujetos de asimetrías y su mundo de vida?, ¿Qué procesos subjetivos y de construcción social de la cotidianeidad se activan frente a mediaciones como dolor, muerte y padecer?, ¿Cómo actúan, qué ponen en juego los sujetos subalternos/subalternizantes en cada uno de estos roles?, y los que construyen relaciones recíprocas?, ¿Cómo opera "el sentido" en las construcciones relacionales cotidianas y colectivas en centros hospitalarios, de salud comunitaria y de formación de enfermeros/as?; las relaciones de asimetría, implican subalternidad?, ¿Qué constituiría a la relación de subalternidad?; pueden darse, mas allá del discurso, relaciones de asimetría recíprocas?, ¿Cuáles serían sus características y su proyección institucional?

¿Cómo atraviesa la perspectiva de género la formación y la práctica profesional de enfermeros y enfermeras?

- *registros etnográficos*: de salones de clases en cursos de intensivistas; del devenir cotidiano en el Hospital; del devenir cotidiano en instituciones dedicadas a atención de pacientes con SIDA; de salas de internación de terapia intensiva; de salas de pacientes internos.

- *análisis de material documental*: lineamientos curriculares de formación de enfermeros y enfermeras y de intensivistas; de producciones de estudiantes de enfermería; de documentos del movimiento gremial de enfermeros, etc.

4.2.- Momentos en el trabajo de lectura interpretativa.

Los elementos observados transitaron tres momentos de análisis interpretativo:

- a) de primer mano y en niveles de complejidad creciente; este momento fue de gran riqueza en tanto permitió organizar la experiencia vivencial con lo observado y extraer aquellas pistas empíricas que pudieran promover aproximaciones a las múltiples preguntas abiertas por el campo problemático.

- b) De articulación a conceptos ordenadores; luego de varias lecturas interpretativas que permitieron complejizar lo datos empíricos y/o de primera mano, en este momento se buscó un mayor nivel de abstracción tratando de ubicar, reconocer y reconstruir conceptos y/o categorías ordenadoras, que permitieran justamente "ordenar" una construcción de

conocimiento más creativa de lo observado, ampliando el espectro de su comprensión más que buscando elementos de explicación del mismo. Este nivel de mayor abstracción y de reconfiguración articulada del objeto que se construye, permitió encontrar "observables". Es decir, conceptos y categoría que condicionan más la mirada en la construcción de los aspectos considerados centrales de lo que se investiga, en este caso la construcción de los espacios relacionales en el ámbito hospitalario de enfermeras y enfermeros.

- c) De rearticulación analítica y sintética: este es un paso central en el diseño. Metodológicamente permite sintetizar los procesos anteriores en un avance analítico más complejo que permite elaborar una propuesta explicativa recreada desde: las experiencias y vivencias transitadas; la complejización de los datos recogidos; el uso crítico de cuerpos teóricos trabajados. Para este trabajo de síntesis se utilizó como instrumento un cuadro de doble entrada que retoma, del diseño base, las dimensiones y niveles y órdenes de observación y análisis. Estas dimensiones y niveles u órdenes orientan y centran el proceso interpretativo, analítico y de construcción del objeto de conocimiento organizando como exigencia de razonamiento el relacionar los aspectos observados, cómo se comportan y que rostros adquieren en el movimiento de relaciones.

Estos momentos permiten visualizar la vinculación epistémica entre lo "observado" y lo "construido". Es lo que se observa - actitud y aptitud del sujeto dispuesto a relacionarse, aprehender o comprender lo que se muestra de la realidad - con intencionalidad de conocer y sistematizar ese conocer, lo que

permite construir una argumentación de sentido que de cuenta de las múltiples mediaciones del fenómeno observado. Es este proceso la base que estructura, en gran medida, la vertiente del constructivismo social¹⁶.

Lo construido es un objeto de conocimiento de orden simbólico que organiza – nombrando y significando – una nueva comprensión del mismo fenómeno que, indudablemente, a los ojos del observador ya dejó de ser el observado inicialmente en el marco de la complejidad con la que se reconfiguró en ese proceso de movimiento del pensamiento entre: lo real, la realidad y la experiencia del sujeto¹⁷.

En el punto siguiente se expone el cuadro con el que se fueron trabajando los datos recogidos.

4.3.- Análisis de información sintética.

El análisis de cada uno de los datos construidos – recorriendo los momentos antes indicados –, fueron hechos tomando como referencia un instrumento analítico relacional que permite poner en juego lo interpretado en diferentes dimensiones de análisis y niveles u órdenes del recorte de realidad que se investiga, en este caso: la cultura laboral hospitalaria y la formación y práctica profesional de enfermeros y enfermeras en un Hospital de referencia pero extensivo al contexto laboral de las y los entrevistados, puesto que, como se dijera en varios momentos de este trabajo, la población no se redujo solamente a este Hospital sino que buscó trascender los límites de esa institución para

¹⁶ - Para profundizar en esta temática ver Ravelo Blanca Patricia “*Trabajo, enfermedad y resistencia entre costureras de la ciudad de México. Un estudio acerca de sus representaciones, experiencias y subjetividad*”. México. Edit. STPS. Colec. Cuadernos de trabajo N° 21. 2001

¹⁷ - Este movimiento del pensamiento de distanciarse de la experiencia para observarla y volver a ella para reaprenderla y volverse a distanciar es el movimiento de la crítica como opción de conocimiento. Este movimiento al ser explicitado al dar por finalizado un proceso de sistematización suele provocar una tensión discursiva – entre tiempos verbales de presente y pasado – en los momentos que dan cuenta de este proceso.

indagar a cerca de ciertas generalidades propias de la profesión del cuidado de enfermería.

Para la organización de la información, además de los conceptos estructurantes desarrollados en el capítulo II *cuerpo, relación, violencia e institucionalización*; una matriz de análisis conformada por: *niveles u ordenes*¹⁸ y *dimensiones* de análisis.

Para el desarrollo de este punto, fueron sustantivos los aportes de Joan W. Scott¹⁹, teórica del género, en relación al uso de la categoría de género para el análisis histórico. Esta autora, propone cuatro componentes para la investigación de género que, atraviesan la reflexión de la investigación en las ciencias sociales en general y que se utilizaron para analizar el material del trabajo empírico (datos del trabajo de campo).-

Estos **niveles u ordenes** son:

✍ **simbólico.**- símbolos "culturales disponibles" son aquellas representaciones que por su repetición se convierten en "dato" o "síntoma" de construcción del imaginario social y subjetivo. Estos símbolos suelen conformarse en "arquetipos" y/o mitos que determinan conductas culturales.

✍ **normativos:** "se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas"²⁰, son normas que intentan categóricamente afianzar "ordenes" sociales.

¹⁹ .- Joan W. Scott "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En "El género: la construcción cultural de la diferencia sexual". Op. cit.

²⁰ .- Joan W.Scott. Op. cit. pág. 289/90

☞ **Institucional** y *organizacional*; lo institucional se entiende como la creación social que tiene como finalidad dar respuesta a necesidades específicas de su devenir social. Este mandato tiene modos y dinámicas de funcionamiento y funcionalidad intra e inter institucional, es a esta dinámicas que se denomina *organización*. -

☞ **identidades subjetivas** - genéricas, profesionales, sociales. Este punto hace referencia a la constitución subjetiva y su relación con los roles funcionales que históricamente los sujetos sociales pueden desempeñar, y cómo desde ese devenir en construcción se van asumiendo roles y tensiones entre el sujeto, su subjetividad y la realidad.

Las dimensiones de análisis relacional, tal como su designación lo indica, conforman los "aspectos" particulares que se abarcan de los sujetos concretos y en la especificidad del fenómeno abordado.

Las **dimensiones** de los sujetos sociales que se toman son:

- ☞ **la formación profesional** de enfermeros y enfermeras;
- ☞ **las prácticas profesionales** en el cuidado de enfermería - cultura del trabajo -;
- ☞ los modos de **relación** en la cultura relacional del cuidado de enfermería.
- ☞ el **género** como producción de sentidos y significados en la práctica social de la formación profesional y el cuidado de enfermería;

5.-Sobre la construcción del Diseño de Investigación.

Las posturas epistémicas, que son políticas, hacen a las diferencias históricas, porque refieren al registro de acciones, de comportamientos, que afectan no sólo al que las realizan, sino también a quienes lo rodean. La crítica, como tradición de pensamiento, desafía a los sujetos en el mundo en su capacidad creativa pero también en el modo de sistematizar la construcción de conocimiento.

En este sentido, es importante plantear algunos aspectos básicos que hacen a una forma de sistematización del conocimiento en los marcos que se vienen planteando.

- ? **En cuanto al método:** desde la perspectiva que se viene desarrollando, el método da cuenta de una forma de construir la relación de conocimiento; descansa en una postura epistémica que le da sentido. En este caso, la propuesta epistémica del Presente Potencial o de la Conciencia Histórica.

- ? **El diseño** es, como su término lo indica, una producción formal que da cuenta de la lógica de organización en el proceso investigativo. Desde esta perspectiva el diseño es un instrumento de organización analítica que contribuye a sistematizar un proceso, en este caso: un proceso de construcción de objeto. Este proceso se da bajo determinadas condiciones: las propias de una forma de razonamiento que implica diferentes niveles de abstracción (proceso de complejidad creciente en la construcción de conceptos) y por ende, de complejidad del razonamiento que requiere tomar en cuenta sucesivos momentos de

apertura y cierre. Para estos efectos se ha elaborado un esquema que resume los momentos de organización de tema – problema – objeto.

- ? **El diseño no se resuelve sólo técnicamente**, el diseño que aquí se plantea intenta considerar al proceso mismo de “darse cuenta” y de la lógica de razonamiento que lo sostiene; intenta superar una concepción *prescriptiva* que le haga perder su sentido fundamental: el de sistematizar formalmente un proceso de construcción de conocimiento reduciéndolo a simples pasos formales. Por el contrario, esta enfocado a provocar y promover permanentemente un ejercicio de distanciamiento, propio de la crítica, de los procesos de la realidad, experienciada y vivida, para llevarla a un nivel de abstracción mayor: el de las categorizaciones y su despliegue en formas de razonamiento capaces de dar cuenta, en el recorte de realidad delimitado, de problemas complejos.

El aprehender modos de reconocimiento de lo que está detrás de lo que se muestra es un modo de leer textos y con-textos. El poder dar cuenta de esto hace que se pueda sostener un proceso de sistematización en un diseño particular que implique reconocer que:

- ? la realidad es mas compleja de lo que parece;
- ? investigar necesita de ejercitar la escucha y el deseo de saber de los sujetos que dan vida a esa realidad;
- ? el proceso de reflexión es algo mas que conceptos abstractos y/o cuerpos teóricos en sí mismo;

- ? el involucramiento del sujeto investigador en procesos de construcción de conocimiento exige de sucesivos distanciamientos y acercamientos a la vez que se va **recolocando** para complejizar críticamente ese recorte de realidad elegido y pensado.

Lo dicho implica:

- ? re-conocer una realidad que, por cotidiana, no la consideramos objeto de estudio ni mucho menos medio para apropiarnos de saberes teóricos con pensamiento epistémico;
- ? tensar/se como sujeto histórico;
- ? aprender a estar con otros y reconocerlos como portadores de historia y de nuevos aprendizajes.

Estos aspectos, nada sencillos, contribuyen en gran medida a romper supuestos dados, naturalizados, y por ende comprometen un gran esfuerzo por parte del investigador, invitando a una mayor responsabilidad, evitando buscar siempre en el otro los males del propio devenir. Estos procesos permiten potenciar y accionar re-colocándose permanentemente, mas que esperar prescripciones para "saber que hacer".

A N E X O

1.- Organización de la ruta crítica en la sistematización del conocimiento desde la lógica de construcción de objeto:

Conceptos estructurantes (propias de la postura epistémica)	Diseño Como sistematización
Conceptos estructurantes: SUJETO SUBJETIVIDAD REALIDAD HISTORICIDAD TOTALIDAD DIALÉCTICA (como articulación) <p style="text-align: center;">Concepto ordenador</p> COYUNTURA SENTIDO SIGNIFICADO UTOPIA POTENCIALIDAD	<p style="text-align: center;">TEMA (alto nivel de generalización)</p> <p style="text-align: center;">PROBLEMA (Ubicación espacio temporal y de sentido del sujeto investigador)</p> <p style="text-align: center;">CAMPO PROBLEMÁTICO Configurado por <u>enunciados con función</u> problematizadora (múltiples articulaciones de sentido políticas, económicas y culturales, enunciaciones que dan cuenta de la complejidad del fenómeno social a trabajar)</p> <p style="text-align: center;">ENUNCIADO PROBLEMÁTICO Enunciado de cierre que sirve de base al proceso de construcción del conocimiento de un fenómeno social mas complejizado. (Aspecto del fenómeno social que NO SE SABE²¹).</p> <p style="text-align: center;">RECONSTRUCCIÓN ARTICULADA Cierre del campo problemático y argumentación del enunciado problemático o de cierre. Se articula en un ensayo que da cuenta del conocimiento construido por el sujeto investigador (haciendo un riguroso uso crítico de diferentes cuerpos teóricos²²). Esto permitiría recontextualiza el tema y el</p>

²¹ - Se diferencia de la hipótesis en tanto enunciado que se agota en la verificación y/o la demostración. Devela una "falta", en términos epistémicos, que abre al deseo de saber.

²² - Es necesario comprender la diferencia entre "uso crítico de la teoría" (pensamiento categorial) y "marco teórico o estado del arte).

	<p>problema para dar cuenta de nuevas aristas del fenómeno social del cual se quiere saber.</p> <p style="text-align: center;">OBSERVABLES</p> <p style="text-align: center;">Niveles de realidad a descubrir</p> <p>Del ensayo que explicita lo construido (lo que sé y lo que aprendí de la búsqueda), se extraen los conceptos y/o categorías que orientan una nueva búsqueda, mas orientada a develar lo que no se sabe, a reconfigurar el enunciado problemático para dar cuenta de aspectos de la realidad histórica (en movimiento, con renovados matices de sentido y significado)</p> <p style="text-align: center;">Condiciones de elaboración de los observables:</p> <ul style="list-style-type: none"> ? Contextualización de los observables. ? Niveles y relaciones de observación ? Técnicas para construir los datos según las exigencias de los observables. <p>CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTO y PROPOSICIONES</p> <p>Es este un momento de reconfiguración articulada de alto nivel de complejidad y niveles de abstracción que dan paso a una integración con sentido de todo el proceso desarrollado. En un momento de gran creatividad y de profundización de lo que llamamos conciencia histórica como acto de transformación cuestiones que se visualizan en una producción escrita sistematizada que da cuenta de niveles complejos de realidad</p>
--	---

2.- Cuadro de análisis relacional

Este cuadro es una ilustración del esquema de análisis utilizado para leer los datos empíricos recopilados

Dimensiones de Análisis Niveles	Formación Profesional	Prácticas profesionales y construcción de conocimiento (relacional)	Modos de relación y cultura laboral. Género y prácticas profesionales
Simbólico			
Normativo			
Institucional organizacional			
Identidad; aspectos subjetivos relevantes			

Conceptos ordenadores o de articulación analítica: *relación; asimetría; subalternidad; reciprocidad; alienación; violencia; institucionalización.*

COMENTARIOS INTRODUCTORIOS²³

²³ .- En el documento final, aprobado por tres de los sinodales, este apartado se denominaba *Introducción* y el primero de sus puntos *Algunos comentarios introductorios* lo que debió ser cambiado a partir de la modificación del Capítulo IV “*Cuestiones de método*” como apartado inicial.-

1.- Tejiendo sentidos de investigación

Una de las preocupaciones fundantes que ha orientado el trabajo profesional que vengo desarrollando como trabajadora de la cultura, es y ha sido el análisis de los procesos de producción de violencia silenciosa, invisible. Violencia esta que podría contribuir a conformar un sustrato de anclaje para soterradas legitimaciones que, en niveles crecientes, pudieran llegar a crear una cultura de la violencia que, mas temprano que tarde, abarque al orden social.

Es desde esta búsqueda por una génesis de la violencia social, violencia de presencia cada vez mas brutal en nuestros países²⁴, que ha adquirido relevancia la observación y análisis de la construcción – subjetiva y social – de espacios relacionales; espacios de naturaleza micrológica en los cuales pueden anidar y promoverse formas de impotencia, subvaloración y negación que, vividas cotidianamente, pueden generar un mal estar colectivo, incluido el dolor, que se manifieste en conductas sociales violentas.

Estos espacios relacionales son ámbitos de gran densidad simbólica que interrogan, que muestran a la vez que esconden, algo acerca de este saber por la construcción de la violencia cotidiana. Ha sido este deseo de saber el que ha orientado el trabajo investigativo que aquí se expone.

En el marco de estas delimitaciones de sentidos y significados se puede señalar, en primer lugar, el carácter que fue adquiriendo esta construcción de conocimiento a lo largo del trabajo; en segundo término, explicitar algunas de las reflexiones generadas por el proceso mismo de investigación. Por último, se comentan algunas consideraciones a modo de puente cognitivo con la

²⁴ .- Al decir “nuestros países” se hace referencia a los países latinoamericanos.

problemática construida, así como el orden de la exposición elegida y su lógica de organización.

En cuanto al carácter de esta producción, podría decirse que las reflexiones aquí trabajadas han adquirido, desde una postura crítica e interpretativa de la antropología, un carácter más vinculado a la antropología filosófica, de corte teórico. Ello porque cada una de las argumentaciones aquí planteadas intentan, a lo largo de los capítulos²⁵, hacer una lectura distanciada de lo observado, a la vez que recrear categorías de análisis que permitieran tanto historizar como organizar un modo de comprender lo observado.

Desde esta perspectiva, el interés se centró en hacer una reconstrucción interpretativa y analítica del recorte de realidad delimitado, más que una descripción empírica de los datos elaborados.

Este modo de trabajar la información arrojada por los instrumentos de recolección de datos, atraviesan todo el trabajo, de manera que no hay una separación formal entre momentos teóricos y empíricos, sino más bien se ha procurado un constante juego de confrontación entre dos dimensiones: la realidad recortada y la capacidad de repensarla en niveles de abstracción cada vez más complejos²⁶.

²⁵ - Con excepción del, ahora apartado "Cuestiones de Método" que es de corte metodológico, en el se describe el trabajo investigativo desarrollado y una postura frente al mismo.

²⁶ - Para poder comprender a cabalidad, en términos epistémicos y metodológicos, lo que aquí se explicita es importante centrar dos aspectos citados en esta misma página: "*hacer una reconstrucción interpretativa y analítica del recorte de realidad delimitado, más que una descripción empírica de los datos elaborados*" y "*la realidad recortada y la capacidad de repensarla en niveles de abstracción cada vez más complejas*". Estos dos enunciados dan sentido a los párrafos que, en esta misma hoja expresan: trabajar los datos "*de manera que no hay una separación formal...un constante juego de confrontación entre dos dimensiones*"; "*hacer una lectura distanciada.... un modo de comprender lo observado*" y "*la estructura conceptual y/o categorial que articula el proceso de configuración argumentativa acerca del objeto de investigación construido*" citado en este apartado, pag. 38. Esto es importante aclararlo porque pone el acento en lo que es: a) el uso crítico de la teoría, b) la función de lo categorial –como movimiento del pensamiento - en la construcción de conocimiento y c) la articulación significativa como categoría central en la epistemología de tradición crítica; aspectos estos

De los datos empíricos, del total de más de veinticinco entrevistas, observaciones y registros de campo, se seleccionaron cuatro entrevistas por considerarlas paradigmáticas del estudio. Entrevistas que, para mayor ilustración de la problemática abordada, se anexan al Capítulo III.

En cuanto al proceso de confrontación entre lo empírico y lo conceptual, así como lo vivido y experienciado, mucho podría decirse. Indudablemente el espacio hospitalario, y la problemática de los profesionales del cuidado de enfermería en particular, conmueven en la propia existencia, en la propia piel. Ha sido sorprendente constatar una vez más lo vulnerable del ser humano, y como esta vulnerabilidad adquiere formas inusitadas en los sujetos sujetos a ámbitos institucionales alienados en su propio mandato; ámbitos que cristalizan formas de subsistencia mas allá de los cuerpos reales y sus sentires, entrapando (y a veces asfixiando) a aquellos a quienes debe proteger y a quienes va dirigida su propia institucionalidad.

Pero lo que conmueve además, ya no es sólo la vulnerabilidad de los seres humanos ante las instituciones y sus estamento de cuidado del orden, son los efectos que esto causa en términos subjetivos, y su consecuente proyección en lo colectivo. Entre estos cabe mencionar la impotencia que se genera en los padecientes, sus familiares y los trabajadores de la salud, impotencia que no es menor cuando se juega la vida, la muerte o la calidad de vida. La alineación que se refleja en los rostros cotidianos; la desconsideración hacia los sujetos y sus sentires; la violencia sutil negativa que permea e impregna al inconsciente

que sustentan esta producción como postura y proceso. Para profundizar este aspecto, además de los textos que hacen referencia a esta temática y que se citan a lo largo de esta producción ver Ravelo Blancas Patricia "Entre la realidad y la teoría: apuntes sobre un debate sociológico y antropológico". En Ramos, Rosa Ma. Eugenia Peña (eds.) *Estudios de antropología biológica*. Instituto de Investigaciones Antropológicas. UNAM. Vol. VIII, 1997 pp 449-466

colectivo. Todo lo cual conforma un cuadro atemorizante que ha sido naturalizado, por lo tanto invisible para sus actores.

Lo dicho no sólo tiene consecuencias en los sujetos y las propias instituciones, sino también genera un efecto político inconmensurable en tanto va acallando voces, fundamentalmente por temor: temor a perder el trabajo, a no poder tener mas capacidad adquisitiva, a ser castigados por un orden burocrático, que, como dice la canción de León Gieco, termina siendo *“un monstruo grande que pisa fuerte”*, monstruo que como el marabú²⁷ actúa subterráneamente y se extiende y expande destruyendo e inutilizando la tierra productiva, es decir la vida misma.

Como podrá percibirse, la experiencia investigativa fue desafiante; por momentos dolorosa, en términos vivenciales; por momentos difícil por la misma problemática que se aborda, a la vez que convocante y seductora por todo lo que ella deja ver para un estudio como este.

Desde esta perspectiva, la investigación deja muchas puertas abiertas. Una de ellas, quizá la mas importante, es la relevancia de estudiar las múltiples formas que adquiere la violencia sutil negativa en las relaciones intersubjetivas, recuperando el interés por las relaciones micrológicas y su emergencia en lo macrosocial. En este marco, es necesario asumir y reconocer el esfuerzo que significó enriquecer y nutrir la descripción etnográfica con criterios teóricos y metodológicos que tomen en cuenta esta articulación micro-macro; así como observar las dinámicas de los sujetos en sus múltiples dimensiones, tales como las vinculadas a lo corporal, a lo imaginario y a los roles institucionales; por lo

²⁷ .- Planta ornamental que fue exportada a Cuba a mediados del SXX. Esta planta, al ser cambiada de ambiente, desarrollo un poder devastador de las tierras productivas, en tanto que sus raíces no paran de crecer y extenderse subterráneamente, y aunque se erradiquen superficialmente, siguen creciendo por debajo y salen en lugares cada vez menos esperados.

tanto, la exploración de las tensiones que trae aparejada la relación entre el sujeto y sus roles.

Todo lo anterior ha exigido una *vigilancia epistémica* constante en el proceso de²⁸, interpretación, análisis y producción teórico - metodológica, más aún cuando se intenta que este conjunto de articulaciones sostenga la trama investigativa.

Como dice en sus escritos Michel De Certeau²⁹, una *hermenéutica del otro* compromete a la interioridad del yo; la erotización del cuerpo del otro va a parejo con la formación de una ética de la producción, entonces los ojos y el oído están al servicio del "descubrimiento del mundo", a la vez que la escritura demanda y permite el registro del tiempo, es decir, da cuenta e historiza.

Oralidad, espacialidad, alteridad e inconsciente, fueron dimensiones en las que se movió el espacio a interpretar, a develar y a poner en escrito; la escritura, la temporalidad, la conciencia, la identidad, son dimensiones que abarcan al investigador en su tarea de "darse cuenta y dar cuenta" de lo otro real y de los otros reales que estuvieron presentes, circulando por lo que se comprende como pilares de la antropología social: bienes, afectos y palabras.

El otro gran desafío fue exactamente la escritura. ¿Cómo "armar" un programa de investigación que permitiera recuperar el sentido histórico y procesual de la investigación?, ¿cómo registrar un proceso investigativo dialéctico de construcción de conocimiento que, en la profundización de lo real concreto, pueda dar cuenta articuladamente de lo universal y viceversa?, ¿cómo no quedar adherido sólo al dato empírico?

²⁸ .- Se sacó el concepto de *construcción* por considerar que desdibuja la fuerza de lo que significa la *interpretación como proceso* de producción de conocimiento (lo que está explicado en el apartado "*Cuestiones de método*"). Esta misma indicación se operó en todo el texto.

²⁹ .- En "*La escritura de la Historia*". Cap.V "*Etnografía, la oralidad o el espacio del otro*". Edit. Alianza. 1990

Esto generó, sin lugar a dudas, tensiones intelectuales; tensiones que estuvieron presentes en el desarrollo teórico que podrían resumirse en tres aspectos centrales: a) tensión entre lo abstracto y lo concreto, lo universal y lo particular; b) tensión entre categorías analíticas emergentes y categorías sociales legitimadas; c) tensión entre lo que se dice y se hace.

Durante el período de maceración que implicó la apertura del campo problemático, a la vez que se recreaban posibilidades interpretativas en lo empírico, nutrido por pensadores que contribuían a mostrar nuevas perspectivas de análisis, se fue trabajando el propio programa de investigación desde una perspectiva epistémica y de organización de la teoría sustentada en la perspectiva zemelmaniana³⁰.

Indudablemente, muchas pudieron ser las alternativas de elaboración y seguramente los metodólogos de la investigación social mucho tendrán que decir al respecto; pero de todos modos fue un desafío la organización material y mental que contribuyó a sostener una exigencia de razonamiento continua: *la construcción del campo problemático, no perderse en sus límites, no perderse en los síntomas observables, no sobreinterpretar*, pero, sobre todo, el ejercicio permanente de *distanciarse y regresar a la realidad concreta*; realidad que, por tratarse de lo humano y existencial, está condicionada por múltiples mediaciones históricas, que afectan y conmueven.

En cuanto al orden de la exposición, se ha tratado de seguir una cierta lógica de organización discursiva que permitiera, por un lado, ir adentrando al lector en la problemática trabajada; y por otro, darle cierta autonomía al

³⁰.- Se hace referencia a la *epistemología del presente potencial* ó de la *conciencia histórica*, propuesta epistémica y metodológica trabajada por Hugo Zemelman. Profesor e investigador de El Colegio de México. México D.F. Entre sus textos de metodología puede citarse "*Uso crítico de los indicadores*". El Colegio de México. 1986; y "*Conocimiento y Sujetos Sociales*". El Colegio de México. 1997. Reedición.

capitulado sin perder de vista que son partes de un todo que es el trabajo de tesis.

Este fluir se inscribe en un modo de comprender el proceso investigativo en el que el *"objeto de estudio será siempre un objeto situado, que contempla un desde dónde (en qué lugar, en qué momento histórico), desde quién, (dónde se trabaja la implicación de los sujetos), y para quién, (es decir, que hay una exigencia de sentido que da lugar a una interlocución entre sujetos)"*³¹

2.- Líneas de reflexión problemática en torno al objeto de estudio construido.

Esta investigación intenta, como se expresa en el título de este trabajo y a lo largo del mismo, *develar la urdimbre de la producción simbólica, tanto subjetiva como colectiva de esta profesión en el ámbito hospitalario; y, específicamente, en la atención a pacientes de alto riesgo como son los internos en terapia intensiva e infectados con el virus de VIH/ SIDA .*

Desde la construcción del campo problemático y la experiencia vivida en el hospital, así como en cada una de las entrevistas realizadas, fue una constante la emergencia de interrogantes que orientaron el proceso de análisis. Fueron estas interrogantes las que permitieron problematizar y reconstruir la argumentación teórica que aquí se presenta. Preguntas tales como las que a continuación se explicitan han sido, y siguen siendo, el sustrato desde donde problematizar el objeto de investigación construido.: *¿cómo se están construyendo en la actualidad los espacios relacionales donde se genera la identidad profesional?, ¿qué tendencias vinculares revelan los espacios relacionales en el cuidado de enfermería hospitalario?, ¿qué lugar ocupa el*

³¹ .- Lidia Fernández *"La subjetividad: opaco objeto de conocimiento"*. en *"Tras la huella de la subjetividad"*, cuadernos del TIPI N°6. UAM - Unidad Xochimilco -.1998

cuerpo y su configuración cultural en la formación y práctica de estos profesionales?; ¿cómo se organiza el *cuerpo institucional*?, ¿qué tipo de energía dinámica cohesiona el sentimiento de pertenencia al Hospital en estos profesionales de la salud?, ¿qué es estructurante y qué coyuntural en la conformación de la identidad profesional en el ámbito hospitalario?, ¿qué posibilidades de despliegue tiene el sujeto frente al rol de enfermero o enfermera que desempeña en la institución hospitalaria, más aún en atención a pacientes de alto riesgo como es terapia intensiva y atención a paciente con VIH?, ¿cómo se *ajustan* el sujeto y el rol a las actuales exigencias del nuevo orden impuesto por el orden³² capitalista?³³

2.1.- En cuanto a los capítulos.

Cada capítulo representa un momento en la sistematización³⁴ de la investigación propuesta. Sin embargo es bueno decir que estos momentos no se refieren a etapas de teorización y de lectura empírica, puesto que en cada uno de ellos hay presencia de estos niveles de análisis, aunque cada capítulo marca una tendencia particular. En este sentido, también se ha optado por mantener los Anexos particulares de cada capítulo como parte de ellos; esto con el fin de mantener una cierta coherencia interna en la lectura ampliada de los mismos.

³² .- Tal cual como indica el Dr. W. Jacorzynski, se saca de este párrafo la referencia al “totalitarismo” capitalista puesto que este concepto puede confundir una función explicativa con una función ideológica del mismo. Esta misma indicación se operó a lo largo de todo el texto.

³³ .- Como se hace referencia mas adelante, este orden se muestra hoy con nuevos rostros como el de la llamada “globalización”. En realidad la globalización es el modo en que actualmente el imperialismo – de hoy y de siempre - opera para dominar mas y mejor al mundo. Este dominio se ve agigantado por la utilización de los avances de la segunda revolución de la ciencia y la técnica. “*La tríada revolucionaria – microelectrónica, microbiología y energía nuclear – traza los mapas del conocimiento humano del mundo y, por ende, también del desarrollo de la humanidad. las posibilidades de desarrollo son enormes, pero también lo son los peligros inherentes a ellas, especialmente en la esfera social*”. Adam Schff. “*Qué futuro nos aguarda*”. Edit. CRÍTICA. Grijalbo. Barcelona. España. 1985

³⁴ .- Los aspectos metodológicos se desarrollan en el Capítulo IV.-

El capítulo I es de corte historiográfico y de contextualización histórico social tanto del cuidado de enfermería como profesión como del recorte de realidad en el presente donde “mirar” a esta profesión. En este sentido es un capítulo de ubicación contextual.

El capítulo II define un eje conceptual de análisis interpretativo; es decir, se define la estructura conceptual y/o categorial que articula el proceso de configuración argumentativa acerca del objeto de investigación construido. Se articulan en este capítulo, aspectos teóricos y metodológicos, recreaciones sugerida en el diálogo con diferentes autores y la emergencia de cuestionamientos permanentes en el recorte de realidad elegido. Por ello, este capítulo pretende una reconstrucción articulada de la teoría.

En el Capítulo III, se convoca a los enfermeros y enfermeras entrevistadas; voces que se entretajan con el sentir y pensar de quien investiga para abrir posibles ángulos de mirada en la comprensión de esta compleja profesión del cuidado de enfermería, profesión profundamente vinculada a la vulnerabilidad del cuerpo humano. Esta vulnerabilidad trae y provoca emocionalidad, ya que *“nadie existe separado de su cuerpo”*³⁵. Como podrá apreciarse, este capítulo es de corte más etnográfico pero siempre en la línea interpretativa.

Por último, se elaboran algunas conclusiones – siempre provisionarias – a modo de cierre de este trabajo, proponiendo posibilidades de investigación y la bibliografía utilizada como instrumento para la recreación histórica del conocimiento social.

³⁵.- Lowen, Alexander. *“La depresión y el cuerpo”*. Edit. Alianza. Buenos Aire – Madrid. 1972.-

C A P I T U L O I

**Contextualización histórico social del cuidado de
enfermería como profesión**

A. - Reconstrucción histórica

1.- Consideraciones preliminares:

El presente capítulo tiene por objetivo posibilitar un marco general desde el cual comprender la constitución de esta profesión desde una perspectiva particular, el del *cuidado del cuerpo*; entendiendo que esta especificidad es lo constitutivo de esta profesión, *el cuidado de enfermería*. Será este el eje desde el cual se irá conformando un soporte historiográfico que permita comprender, a lo largo del tiempo, una posible mirada que dé sustento a la organización de esta profesión y su orden simbólico, orden que privilegia, como uno de sus supuestos básicos, la femineización y la asistencia, aspectos que impregnan, aún hoy, la formación y la práctica profesional.

De igual modo, y en el marco historiográfico señalado, este capítulo pretende ubicar el recorte de realidad presente donde se llevó a cabo gran parte del proceso de investigación realizado.

Desde esta perspectiva podríamos decir que el carácter de este primer capítulo es de reconstrucción del imaginario del cuidado de enfermería desde sus posibles orígenes y cortes en el tiempo pasado para encontrar en él comprensiones más complejas de su presente.

2.- Los *cuidados de enfermería*, un ángulo para mirarla:

El cuidado del cuerpo para su funcionamiento armonioso y de bienestar, tanto en su técnica como en su interpretación teórica, se ha construido desde diversos ámbitos del conocimiento – filosofía, medicina, ciencias sociales, etc. - La enfermería como profesión y como área de conocimiento en el campo de la salud, es la práctica social que asume la atención y cuidados del cuerpo enfermo.

En este contexto, se generan una serie de entramados simbólicos como producto de las relaciones imaginarias que se establecen entre pacientes, sanadores y sociedad³⁶.

Desde los inicios de la humanidad el cuidado del cuerpo ha sido, y sigue siendo, una forma permanente por la cual el sujeto se liga a la vida, tanto psíquica como natural y social. El cuerpo es en este sentido una mediación estructurante en la relación con el mundo, el gran transmutador de fuerzas, energías y afectaciones en producciones de sistemas de representaciones subjetivas y colectivas. Podría decirse que el cuerpo es un punto de encuentro con Eros y Tánatos, lugar de deseos, de ofrenda a los dioses; lugar de castigo de opresión o de liberación. Desde este planteo, el cuerpo no es sólo una entidad privativa de quien lo porta, por el contrario es, en sí mismo, un fenómeno social.

El cuerpo, como imagen y en su dinámica, es también la textura constitutiva de la sociedad en su conjunto, organizada en instituciones. Podemos así hablar del *cuerpo* social; el *cuerpo* institucional, etc., múltiples formas en que el significante "cuerpo" simboliza la relación de los hombres y mujeres entre sí y con el mundo. No es entonces menor nuestro objeto de estudios, estamos ante una profesión que hace del cuerpo, como fenómeno social, su espacio de práctica laboral y denota, en esta relación, múltiples facetas del cuerpo social del cual es emergente. Por esto el cuerpo, desde su dimensión relacional, en su fenomenología y especificidad histórica será un eje articulador a lo largo de todo este estudio.

³⁶.- Un texto de gran interés en este sentido es "*Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*". Olivia López Sánchez. Edit. Plaza y Valdez.

2.1.- Cuerpo y cuidado, registros históricos e historizables:

Los registros históricos documentales vinculados al cuidado del cuerpo, retoman, justamente, la parte de evidencias materiales vinculadas a la actividad social. Es complejo explicar los cuidados del cuerpo desde la época de la prehistoria, se puede suponer que en la relación con la naturaleza y la necesidad de supervivencia se fueron haciendo los primeros descubrimientos de un cuidado particular del cuerpo, sobre todo cuando este era afectado por las fuerzas de la naturaleza.

Sin embargo sí se fue reconfigurando con mayor claridad, a partir de los grandes descubrimientos arqueológicos, los usos y costumbres de los posibles cuidados que se le brindaban al cuerpo – tanto sano como enfermo – en diversas civilizaciones en la historia de la humanidad. Cabe destacar la importancia de los descubrimientos de nuestros pueblos precolombinos, de los pueblos de medio oriente, de los pueblos grecorromanos así como los pueblos asiáticos, entre otros. En todas las culturas el cuerpo estuvo vinculado a: 1) los ritos iniciáticos que constituían la fuerza social en el paso generacional; 2) los ritos religiosos – cruentos y no cruentos –; 3) los juegos de seducción que movilizan el mundo de las relaciones afectivas; 4) la enfermedad y/o la normalidad como parámetros de inclusión/exclusión.

En este marco, podríamos decir, que la historia de los *cuidados de enfermería*, comienzan con la historia misma de hombres y mujeres; sin embargo, y para los fines de este estudio, se privilegia un posible punto de inflexión dado en los tiempos de inicios de la modernidad con la instalación del capitalismo y su impacto en la conformación de las profesiones. En realidad, y a pesar de su larga historia, el cuidado de enfermería comienza a ser legalmente

reconocida como profesión en los albores del siglo XX. Es en esta perspectiva que se retoma el contexto histórico y social de la profesión.

2.2.- Un recorrido histórico social en la configuración del cuidado de enfermería como profesión

Como se viene explicitando, los orígenes de *"la actividad de cuidar"*, desde el punto de vista histórico, supone la necesaria elaboración de lo que se puede denominar cortes históricos, cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio y con su cuerpo.

Para construir el marco y proceso histórico de los cuidados de enfermería, se retomaron tres perspectivas teóricas fundamentales para el estudio de esta profesión: Bravo:1967, Jamieson:1968, y Hernández:1995³⁷, quienes realizaron valiosos aportes al registro histórico de la enfermería a nivel general. Es importante tener en cuenta que estos análisis se realizan desde posturas teóricas diferentes, lo que les permite a estos autores argumentar también de diferentes modos los sucesos que dieron forma a esta profesión, sin embargo, coinciden en algunos aspectos que se consideran relevantes y que a continuación se desarrollan por considerarlos sustantivos historiográfica-mente.

El arte de curar, data desde los tiempos decisivos de la evolución biológica y social de la humanidad. Un dato que es enclave para el estudio de hombres y mujeres en sociedad es el descubrimiento del fuego y su domesticación. Este momento modificó relaciones de género, de producción y de vida cotidiana, con lo cual se modifica también la relación con el cuerpo y de éste con la naturaleza, resignificándose el modo de vida, la organización social y

³⁷ Bravo, Peña Federico. *"Nociones de historia de la enfermería"*. Edit. Madrid. Barcelona. 1967.

Jamieson, Elizabeth Marian. *"Historia de la enfermería"*. México Interamericana. 1968

Hernández, Conesa Juana. *"Historia de la enfermería: Un análisis Histórico de los cuidados de enfermería"*. Edit. Madrid. México. Interamericana Mc Graw Hill. 1995.

Eliminado: .

Eliminado:

mágico-religiosas, así como la alimentación; esto necesariamente también modifica los mecanismos de atención al cuerpo.

Desde entonces "las prácticas de cuidado" son fundamentales tanto para la supervivencia como para la perpetuación de la especie humana.

Es a raíz de la domesticación del fuego que aparecen unas primeras formas de división del trabajo y de organización social, y son las mujeres las que aparentemente se encargaron de su mantenimiento, de procrear, cuidar la prole, seleccionar y mejorar la alimentación así como incidir en el paso a la vida sedentaria (Hernández:1995).³⁸ Es mediante esta práctica recurrente y cotidiana, que se liga mujer a cuidado, ligazón que va legitimando esta división culturalmente construida del trabajo, a la cual se incorporaron factores de supervivencia como la economía de subsistencia, el reconocimiento de las diferencias biológicas y, por lo tanto sociales. Esta postura suele justificar el hecho de que la mujer, en sus posibilidades de fecundar, sea un factor primordial para estudiar las prácticas de cuidado.

Las primeras civilizaciones plasmaron en escritos rupestres y más tarde en papiros fuentes importantes que tienen que ver con las "prácticas de cuidado" definiendo claramente roles sociales vinculados a lo religioso - de mayor preponderancia masculina - y el cuidado de la corporalidad y lo vinculado al orden familiar mas orientado a lo femenino.

Estos supuestos históricos son hoy, a la luz de la categoría de género, lugar de debate, pues de algún modo "naturalizan" esta dimensión del trabajo centrada en la fuerza femenina y su capacidad de procreación³⁹.

³⁸ Hernández, Conesa Juana. *Op. cit.*

³⁹ Entre estas teóricas podemos encontrar a: Hierro Graciela "*La ética del placer*". Diversa 16. UNAM. 2001; Ravelo, Patricia , Pérez-Gil Romo Sara Elena , Ramírez Rodríguez, Juan Carlos (coord..) "*Género y salud femenina*". Edit. CIESAS, UDG, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán. 1995; Lamas Marta

Otro de los enclaves importantes para el mundo occidental, puede situarse en la época de la Grecia Antigua, época que marcó el paso del pensamiento mítico al pensamiento racional: del *mythos* al *logos*. Esto significó que el conocimiento de la *phycis*, de las cosas, deja de ser mítica para desarrollarse conforme a la naturaleza y a la razón de las cosas. Un puntilloso análisis de este aspecto es desarrollado por Michel Foucault reconfigurando la centralidad que el *cuidado de sí* adquiere como modo de saber y conocer recuperando y reinterpretando el principio Delfico "conócete a ti mismo", principio que en la modernidad se modifica por la acción del pensamiento judeo cristiano y pasa a constituir el cuidado de sí como principio moral más que ético⁴⁰.

Las prácticas de cuidado como despliegue del espíritu y el cuerpo promovieron que, a la par de los descubrimientos en la relación con la naturaleza, el hombre y la búsqueda del bienestar también se fuera institucionalizando, en el cuidado del cuerpo y su comportamiento social, un ejercicio que conlleva una cada vez más creciente tecnologización de los mismos.

Indudablemente, este tipo de concepción y práctica que respondió a la época, no podrían definir parámetros universales pero sí encontrar tendencias que marcan un imaginario particular de este *cuidado* del cuerpo, tanto del sujeto histórico como del sujeto social. En estos aspectos es definitiva la diferencia entre el mundo oriental y occidental. La relación con el cuerpo es

(copiladora), "El género: la construcción cultural de la sexualidad". Edit. Porrúa - PUEG. 1997 (reimpresión); Amorós Celia "Hacia una crítica de la razón patriarcal". Edit. Anthropos. 1991 (reimpresión)
⁴⁰ .- Foucault, Michel "Hermenéutica del sujeto". Edit. La Piqueta. 1999; "Tecnologías del yo y otros textos afines". Edit. Paidós. 1996

profunda y filosóficamente diferente⁴¹. Como se dice en párrafos anteriores, con la emergencia judeo cristiana que surgen transformaciones institucionales definitivas por su trascendencia en nuevas significaciones que impactan el imaginario colectivo redefiniéndose el lugar y función del cuerpo individual y social.

Es con el origen del cristianismo, que aparece una nueva unidad cultural religiosa con pretensiones de universalidad. La magia, el conocimiento de la naturaleza, los mitos y ritos adquieren nuevas formas en la institución cristiana de occidente. Ahora, el principal medio que poseen los mortales para librarse de sus dolencias es la *oración y la confesión*. Este es un antecedente fundante de esta nueva emergencia de sanadores: los grupos religiosos de caridad social. La labor que hacen estos grupos religiosos (especialmente católicos) con respecto a los cuidados de enfermería tienen gran trascendencia en la configuración de la actual profesión de enfermería.

En este contexto, y en esta institucionalidad de la cura incipiente, el concepto de *ayuda y salvación eterna* en los cuidados de enfermería se traduce en la *caridad*; es decir, se practica esta actividad como medio de *salvación de almas* de los enfermos pero fundamentalmente de aquellos que les prestaban cuidado. Por lo tanto esta institucionalización embrionaria se realiza a través de objetivos distintos a los propios de una profesión que comienza a modelarse moral y filosóficamente en lo *vocacional-cristiano-caritativo*, y en la convicción de que las necesidades espirituales se anteponen a las necesidades físicas, psíquicas y sociales.

⁴¹ - Por indicación del Dr. Jacorzynski se eliminó de este párrafo el ejemplo relacionado al cuidado del cuerpo por los egipcios.

El cristianismo influye para que estos cuidados, restringidos en el mundo antiguo al ámbito doméstico, afloren en la sociedad legitimando una característica que acompañará, en gran medida, el sentido vocacional y asistencial que da una cierta identidad a la profesión. Nuevamente la mujer, como cuidadora *consagrada* y haciendo del sacrificio una virtud, desempeñará oficialmente las tareas de auxilio a pobres, enfermos y desvalidos, logrando así no sólo el reconocimiento social que proporciona la filosofía cristiana, sino que además, será portadora de un imaginario, una lógica del cuidado hacia el otro *generoso, de servicio* y sobre todo con una visión de *humildad y entrega* hasta perderse en la entrega misma, imaginario que aún hoy perdura. La literatura ha registrado la aparición de personajes que han protagonizado esta relación con el cuidado del cuerpo, entre ellos podría citarse a las reconocidas hermanas europeas: Marcela⁴², que dedicó su vida al cuidado de los enfermos en su propio palacio, Fabiola, que fundó con sus bienes el primer hospital gratuito y , Paula, que construyó numerosos hospicios en el camino de Belén y fue pionera en concebir a la enfermería como un arte diferenciado del servicio a los pobres. De esta manera, comenzó a construirse una primaria organización de la profesión vinculada a las enfermeras, que no olvidaban, de acuerdo a su época, la caridad como base fundamental de su labor.

Existen sucesos históricos de trascendencia con respecto a los cuidados de los enfermos, por ejemplo la actitud de los cristianos de Alejandría durante la epidemia del año 250, cuidando a los enfermos sin temor al contagio, mientras los paganos huían abandonando a sus familiares⁴³.

⁴² .- La mayoría de estas mujeres provenía de sectores acomodados y era este un ámbito revestido de nobleza frente a inquietudes de otro orden no permitida a las mujeres, como fue el caso de sor Juana Inés de la Cruz. Un dato interesante es que son mujeres que pasan a la historia por sus prácticas pero sin apellido, identidad social o raigambre.

⁴³ .- Schimitt Pantel ,P.: "*Historia de las mujeres*". Tomo1, Madrid, 1991 pág 486 en: Hernández: 1995

Las iglesias, a lo largo y a lo ancho del mundo occidental, fueron centro sede de la creación de los hospicios, pero también productoras de una cultura peculiar: la del control del cuerpo y del alma, por lo tanto del cuerpo social. Castigo, culpa, pecado etc. impregnaron a las instituciones familiares y religiosas y por ende a los pueblos originarios de la Nueva España quienes a sangre asumieron este ideario que, al controlar, reprime. La santa inquisición fue la encargada del nuevo orden y la quema, castigo o tortura de sanadores o pecadores lo que impulsa un extraño y contradictorio sentido de la caridad y la justicia que aún, a veces con nuevos rostros⁴⁴, nos transitan.

Las fundaciones hospitalarias más antiguas de las que se tiene referencia en Hispania son las de Mérida en el siglo VI; el hospital de San Nicolás de Oviedo, fundado por Alfonso II *El Casto*; el hospital de San Justo, de la misma ciudad; así como la hospedería para pobres y peregrinos en la localidad de Tuñón.

Durante los siglos XII y XIII la iglesia romana deseaba controlar todas las formas de devoción laica. Como se viene diciendo, el cuerpo individual fue el mejor vehículo para el control del cuerpo social. En la Nueva España (América Latina) las herejías y las indulgencias se confundieron, y los cuerpos de las *Beguinas* (chamanas de la época) corporizaron muchas veces al mal; en ocasiones fueron sospechosas de desviarse de la ortodoxia romana, ya que no tenían reglas formales ni estaban subordinadas al clero parroquial. Clemente V, en el Concilio de Viena de 1311, condenó a todo movimiento que no cumpliera con las normas de la iglesia oficial bajo la pena de excomunión, excepto a aquellas

⁴⁴ - El rostro imperialista de la colonización española, y su brazo religioso dado en la acción de la Iglesia romana, instalaron este orden perverso; hoy, el orden capitalista, en una nueva forma de nombrarse su histórico accionar, hace presente este orden perverso de dominación. Un desarrollo más detenido podrá verse en el punto 4 del capítulo II que aborda la cuestión de la violencia social.

Beguinas que vivieran juntas en sus hospicios y dedicadas a la penitencia. El cuerpo social es así brutalmente moralizado, subordinado y reducido desde una variable fundante: "la mujer"; la misma que cuidó el fuego y la prole, ahora se legitima como "cuidadora" del orden del bien, es decir, de un nuevo orden social.

Una enfermedad que caracteriza a la edad media y mantuvo una cierta presencia en épocas modernas es la lepra, eso no quiere decir que no hubo otras enfermedades, pero en especial los enfermos de lepra contaron con establecimientos y atenciones hospitalarias llamadas *leproserías*. Con respecto a los cuidados de esta enfermedad existen documentos en donde se dicen las normas y la evolución clínica de la enfermedad y su tratamiento. Sin embargo, esta enfermedad vista en términos morales y socio-culturales tenía una connotación muy fuerte de *castigo divino*. Así el rechazo hacia el enfermo se manifestó en toda la crudeza, por un lado, el prejuicio del castigo divino y por el otro, el miedo al contagio, prácticas que han sido comunes, a finales del SXX, con la aparición en el mundo del SIDA.

El primer espacio históricamente reconocido para atender a enfermos de lepra fue la de Saint Oyan (actualmente St Claude) fundada en el año 460 d C. Conforme se fue expandiendo este padecer, aumentaron los establecimientos hospitalarios por toda Europa en los siglos VIII, IX y X. Muchos de estos establecimientos fueron manteniéndose ajenos al ámbito religioso, para organizarse como asociaciones laicas. Fueron muchas de estos agrupamientos el germen de organizaciones corporativas que luego darían origen a los gremios. Pudo ser esta circunstancia una de las fuentes que hiciera necesaria la estructura y organización de los cuidados de enfermería con una modalidad de *enseñanza-aprendizaje* o práctica formativa.

Ya con la revolución industrial y el capitalismo instalado se modifica la cultura laboral de la sociedad europea, los gremios se convierten en espacios de aprendizaje de un oficio. Sin embargo, los *cuidados de enfermería* se quedan a cargo todavía en manos de las hermandades.

La transición de hermandad a gremio tiene una justificación histórica marcada por el capitalismo. Dentro del desarrollo de cualquier actividad que contemple una dimensión material y económica de sus servicios, el gremio libera de las prácticas vocacionales, aunque no siempre su imaginario, y las transforma en prácticas rentables. Este imaginario fue y es determinante en la profesión. A pesar de esto, los *cuidados de enfermería*, desde su perspectiva *caritativa*, no ha podido consolidar la dinámica hacia la constitución del gremio, porque su mundo simbólico está constituido por una dimensión exclusivamente espiritual, sin connotaciones de aprendizaje laboral, lo que complica y confunde caridad y remuneración por este trabajo caritativo.

La Reforma Protestante, como movimiento religioso, provoca como resultado la división del mundo cristiano fundamentalmente en dos aspectos; por un lado, el descontrol religioso y político - social, por evidenciar los abusos del clero y la fragilidad de la autoridad papal; y por el otro, las dificultades doctrinales que de esta situación se derivaron.

Los acontecimientos favorecieron la popularidad de Martín Lutero, líder del movimiento religioso disidente, quien no tardó en declarar la independencia de sus seguidores con respecto a la iglesia romana.

La homogeneidad religiosa de la que Roma, desde su institucionalización como iglesia construyera, quedó fragmentada. Se pone así en cuestión la afirmación teológica que la iglesia romana sostiene en relación a la salvación de las almas sólo por el acto de fe. Este presupuesto protestante asegura la

salvación eterna por el simple acto de creer, dejando sin preponderancia la necesidad de realizar sacrificios, desdibujándose el valor de la obra de caridad, por lo que, el cuidado y la atención a los enfermos pierde su sentido salvador.

Este es uno de los posibles argumentos por los que muchos hospitales dirigidos por ordenes religiosas se cerraron.

Lutero no olvidó su programa de asistencia y cuidado a los enfermos, pero si fue estricto en la prohibición de la mendicidad y castigo divino; él planteó que la asistencia y cuidado de los enfermos debe ser responsabilidad de los poderes locales y consejos municipales, y las ayudas no habrían de sobrepasar el umbral de subsistencia.

En Inglaterra, uno de los países mas vinculados al protestantismo, los hospitales fueron entregados a los laicos que trabajaban en ellos; se dio un giro total a las prácticas de salud en contraposición a la orientación "vocacional-caritativa", característica de la ideología cristiana y católica. La ruptura de la iglesia se extiende a la instalación de la ideología del trabajo y su plus valor en todos los ámbitos institucionales. El deterioro durante tres siglos de los cuidados de enfermería y de las personas que las practicaban implicó la constitución de la época oscura de la enfermería pero a la vez, el germen de la profesionalidad de esta práctica social.

En Europa desde el siglo XVI al XIX las devastadoras epidemias se vieron favorecidas por un desbordante estilo de vida urbano, caracterizado por una higiene deficiente, la ausencia de una legislación sanitaria, el hacinamiento en las viviendas y el contacto con nuevas y desconocidas enfermedades.

Frente a esta realidad, a mediados del siglo XIX Elizabeth Gurney, en Gran Bretaña, comenzó a trabajar por la transformación de las condiciones de vida de las mujeres y los niños de la prisión de Newgate; actividad desde la que

funda una *Sociedad de enfermería domiciliaria* que, posteriormente se llamaría *Instituto de Hermanas Enfermeras*, articulándose dos imaginarios que marcan la profesión: el incipiente imaginario capitalista y el constitutivo de esta práctica, el vocacional religioso.

Así, tras 300 años de vacío institucional se pudo recobrar un nuevo reconocimiento social y el comienzo de una larga etapa. En este período surge la necesidad de crear escuelas de enfermería, con el objetivo de conseguir “entrenamiento práctico” en labores domésticas y en el cuidado general del enfermo.

Gremios, reforma protestante y universidad son tres ejes históricos de cuestionamiento y acciones que son inherentes al desarrollo de los cuidados de enfermería como profesión a lo largo de los siglos XIX y XX, como es el caso de la inclusión de la enfermería en las disciplinas universitarias, como un conocimiento abiertamente laico.

Sin lugar a dudas, las características de los cuidados de enfermería en el nuevo mundo tiene sus bases en las condiciones históricas que configuraban la práctica de la enfermería en los países católicos. Este aspecto le dio un giro total al desarrollo de los *cuidados de enfermería* ejercidos en América Latina.

2.3.- El cuidado de enfermería en la época de la colonia española en México y América Latina.

Mientras el mundo protestante le confió a los organismos civiles el cuidado de los enfermos, el mundo católico atravesó esta profesión desde el “deber cristiano”. Así, el poder católico no sólo evangelizó en su expansión imperialista, sino también impuso esta concepción a las nuevas geografías sometiendo también a un modo diferente el tratamiento de las enfermedades conocidas por los nativos; y no sólo eso, sino que también las costumbres vinculadas a la salud

reproductiva. Es conocida la resistencia y el papel que jugaron en México y América Latina la "parteras", quienes fueron reducidas y perseguidas por sus prácticas muchas veces señaladas como herejes.

Si bien se dio la secularización de la administración de los *cuidados de enfermería*, en gran medida continuó siendo practicada en el mundo católico por personalidades con hábitos estrictamente religiosos.

Así en 1537 San Juan de Dios (1495-1550) fundó en Granada un hospital y la orden de los hermanos hospitalarios de la caridad llamados *juaninos*.

En Italia San Camilo de Lellis (1550-1614) estableció la orden de los ministros de los enfermos y sus seguidores debían trabajar por el amor de Dios y del prójimo en el hospital que el mismo San Camilo fundó. San Vicente de Paul también creó asociaciones y cofradías de "caridad femenina".

En 1633 se fundó la orden de las *Hermanas de la Caridad*, estableciendo un programa de preparación que duraba cinco años basado en la experiencia hospitalaria y en las visitas domiciliarias en atención a los enfermos.

El cuidado a los enfermos en el nuevo mundo fue abordado según las directrices que los colonizadores estaban acostumbrados a seguir en sus países de origen.

Los españoles y franceses trajeron ordenes religiosas a fin de obtener un doble resultado: cubrir la necesidad de cuidados de enfermería a los indígenas, y, dedicarse a la evangelización. Y así fueron institucionalizándose los cuidados de enfermería en Latinoamérica, vinculando caridad, feminización y salvación del alma e ideologización de esta práctica, ideologización basada en la colonialidad del pensar tanto como del cuerpo y sus cuidados.

Este sintético esbozo histórico, apunta a contextualizar a la historia de la enfermería en dos escenarios fundantes: el primero, como "*acto de cuidado*" en

la etapa pre profesional que abarca desde las culturas antiguas hacia finales del siglo XVII, con series crisis en el siglo XVIII y, la etapa de instalación e institucionalización de la profesión que tiene su punto de enlace en el siglo XIX.

2.3.1- La Historia dada en la conformación de la enfermería en México.

Bravo, Peña propone estudiar la historia de la enfermería en México en cuatro etapas.

La primera etapa es la **prehistórica**, abarca desde el año 10,000 a.C. Hasta el año 3,000 a.C. No se tienen datos ciertos con respecto a las actividades de cuidados de enfermería en esta época, pues prácticamente la condición nómada no permitía la estabilidad grupal, la sobrevivencia cubría toda la actividad cotidiana y esta consistía sobre todo en cuidarse de las otras especies peligrosas y no necesariamente se concebía la enfermedad como tal.

La segunda etapa llamada **arcaica** o **preclásica** comprende del año 3,000 al 1000 a.C. En este tiempo se da un gran desarrollo de la agricultura, lo cual implica necesariamente la sedentarización, fenómeno que dimensionó la perpetuación de la humanidad, a través de la domesticación y apropiación de su entorno; lo más probable es que los *cuidados de enfermería* en este tiempo se desarrollaron solo como atención en tiempos de luchas entre los diversos grupos o en el tratamiento de personalidades fundamentales.

La tercera etapa es la **clásica** que abarca desde el año 1,000 a.C al 600 d.C en el que se da el florecimiento de las culturas prehispánicas como la Teotihuacana, Monte Albán, Mayas, por mencionar algunas. Tampoco se tienen datos muy precisos con respecto a los cuidados de enfermería en esta época, lo cual permite deducir que era la misma a la época anterior.

La cuarta etapa es denominada *histórica* que abarca el año 600 d.C a la fecha. Esta a su vez es organizada en tres fases: **Fase Precortesiana**. Comienza en el siglo VII; **Fase colonial**. Creación de hospitales, el primero fue el de la Limpia Concepción, fundado por Hernán Cortés en 1524⁴⁵; **Fase Independiente** (1805-1905 aproximadamente)⁴⁶.

La **fase Independiente** (1805-1905 aproximadamente) es un contexto decisivo para el país en cuanto a la reorganización de sus prácticas y creencias políticas y sociales, que dio pauta a proyectar de otra manera la atención social; la enfermería no fue la excepción.

Indudablemente se amplió el panorama de estudio en el ámbito de la medicina, pero también implicaba un serio compromiso para reformular su profesión y práctica.

En 1833 el Dr. Valentín Gómez Farías formuló un Decreto Presidencial creando los establecimientos de ciencias, uno de los cuales eran las ciencias médicas que empezó a funcionar en el antiguo convento de Betlemitas.

En 1855 se organizaron los hospitales militares, empezando por el que ocupó el antiguo convento de San Cosme. Hubo una Escuela Médico Militar especialmente para formar médicos para el ejército.

La base del contexto moderno de la enfermería en México es el que se cuenta desde el año de 1905 a la fecha y se toma como principio de este período porque en este año se inaugura el Hospital General de la ciudad de México, en el cual se empezó a organizar formalmente la *enseñanza de la enfermería en México*.

⁴⁵ .- El desarrollo de estas dos fases se adjuntan a este capítulo como Anexo 1 por considerar esta información como descripción hist oriográfica de interés.-

⁴⁶ .- Esta etapa es desarrollada en un Anexo al capítulo.-

Uno de los precursores de las formaciones de escuelas de enfermería en el país fue el Dr. Eduardo Liceaga (1839-1920), quien en 1903 organizó como sondeo el primer curso básico para enfermeras.

Cuando México celebra el centenario de su independencia (1910) se organizaron diversos festejos y entre ellos la apertura de la Universidad Nacional de Medicina y Obstetricia (ENEO) , a través de la Universidad las demás Escuelas de Enfermería pasaron a depender de ella.

En 1934 se creó la especialización en enfermería sanitaria.

En 1938 se creó la convención de enfermeras en donde se propuso el día de la enfermera para el 6 de Enero.

Cuando el Gobierno Mexicano aceptó formar parte de Cruz Roja Internacional lanzó un Decreto en Agosto de 1907 en el que autorizó la creación de un comité que se encargara de organizar la Cruz Roja de México.

En 1914 la Cruz Roja ya contaba con su Escuela de Enfermería, estos años fueron años decisivos de participación pública de las áreas de enfermería por la situación de conflictos y enfrentamiento en que estaba la sociedad mexicana.

En 1911, la revolución se estaba dando fuertemente en el norte del país, lo cual aumentaba la cantidad de muertos y heridos, la Cruz Roja y demás áreas no se daban abasto.

Entonces un grupo de médicos y estudiantes se acercó al comité de Cruz Roja, solicitando que se les aceptara como brigada, para ir al campo de batalla a dar cuidados y auxilios, estos posteriormente se constituyen como la Cruz Verde Mexicana, poniendo servicio médico en cada una de las delegaciones de policía, así como creando puestos de socorro en los puntos estratégicos de la ciudad, uno de estos puestos fungía como puesto central. Posteriormente se

funda el hospital Rubén Leñero acondicionado para atender casos de traumatología.

En los servicios médicos de la Cruz Verde fue fundada una Escuela para Enfermeras por el Dr. Alfonso Mejía Corona, la que tuvo como finalidad capacitar a las mujeres que voluntariamente o como práctica comunitaria ejercían el cuidado de enfermería en los partos, pero al mismo tiempo con la mira de formar enfermeras universitarias.

Actualmente los servicios médicos de la Cruz Verde han mejorado notablemente, económica y laboralmente, pues tienen varios hospitales modernos, bien equipados y con muy buen servicio.

En 1937 el Dr. Donato Moreno Muro consiguió que se expidiera un decreto presidencial estableciendo la escuela de enfermeras militares prácticas, exigiéndoseles que hubieran previamente concluido sus estudios de primaria. Posteriormente se cambio su nombre a Escuela Militar de Enfermeras. Actualmente la escuela cuenta una dirección General de Enseñanza muy semejante a los universitarios, con cátedras teórico prácticas en manos de profesores capacitados.

También por Decreto Presidencial el 10 de agosto de 1895 se fundó la Escuela Nacional de Medicina Homeopática, el sostenimiento de los gastos y desarrollo de dicha institución era llevado a cabo por un subsidio mensual proporcionado por la Secretaría de Gobernación. Pero por disposición gubernamental dictado en 1919 quedó incorporada a la Universidad, posteriormente se separó en 1928, por lo tanto la escuela pasó a depender de la Secretaria de Educación Pública. En este mismo decreto se ordenaba la creación de la Escuela de Enfermería y Obstetricia dentro de la escuela de Medicina Homeopática .

En 1956 la Escuela de Enfermería pasó a incorporarse a la Escuela Superior de Medicina Rural. Teniendo de ahí en adelante la denominación de Escuela de Enfermería del Instituto Politécnico Nacional.

De igual manera la Escuela de Enfermería del ISSSTE empezó en 1965 sus actividades, incorporándose inmediatamente a la UNAM aceptando sus programas de enseñanza. Tiene el mejor edificio funcionalmente apropiado para la escuela de enfermería del país. Así como un internado para estudiantes de enfermería. El edificio es adyacente al Hospital 20 de Noviembre de la capital de la república.

En Febrero de 1968, las autoridades de la Secretaría de Salubridad y Asistencia determinan que la Escuela de Enfermería dependa de la Dirección de Asistencia Médica ubicándola en el Hospital General de México. El 30 de Octubre de 1979, la escuela se instala en otro inmueble.

La Escuela de Enfermería del IMSS es un nexo del Centro Médico de la Capital, su capacidad aproximada de enseñanza es de 500 alumnas y tiene todos los hospitales pertenecientes al IMSS, sus planes y programas de enseñanza también están incorporadas a la UNAM.

La Escuela de enfermería del Hospital Español es una escuela de reciente creación, 1965, incorporada a la UNAM. La escuela dispone de los campos clínicos representados por los enfermos hospitalizados para la enseñanza práctica de las alumnas.

En octubre de 1996, el Departamento de Enseñanza en Enfermería pasa a formar parte de la estructura orgánica del Departamento de Enfermería. En 1997, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, autoriza la Subdirección de Enfermería, con dos departamentos "A" y "B", por lo que el primero de octubre del mismo año se otorga el primer nombramiento como Subdirectora de

Enfermería.

3.- Respecto a los/as profesionales del cuidado de enfermería.

La primera mexicana egresada de la Escuela de Enfermería del Hospital General de México fue Eulalia Ruíz Sandoval. Es nombrada en 1910 jefa de enfermeras, siendo la primera mexicana en ocupar dicho cargo.

En 1918, se asigna una enfermera con funciones específicas de supervisión, la cual se realizaba a través de recorridos por los pabellones las 24 horas del día.

En 1973, se disponía de tres enfermeras para realizar la supervisión, por lo que se conformó un grupo de veinte personas aproximadamente al inicio y posteriormente se incrementó a sesenta y cinco recursos humanos para desempeñar esta función, distribuyéndolos en los turnos matutino, vespertino, nocturno "A" y nocturno "B", en esta época se estableció la plantilla de personal en cada uno de los servicios con base en los índices de atención de enfermería de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Las principales asociaciones de enfermeras que existen en México son: Asociación Nacional de Enfermeras, Asociación Mexicana de Enfermeras (mantiene diversas relaciones con asociaciones extranjeras); Asociación de Enfermeras y Parteras Mexicanas; Colegio Micaela Ayanz; Sociedad de Enfermeras del Hospital General; Sociedad de Enfermeras de la Cruz Roja; Sociedad de Enfermeras Amigas; Sociedad de Enfermeras Católicas; Sindicato de Enfermeras y Parteras Tituladas y Sociedad de Enfermeras de la Clínica 16 del IMSS. Mas adelante se aportarán algunos datos sobre el número de enfermeras que hay actualmente.

3.1.- La atención del cuidado de enfermería en México.

La atención de enfermería en México es considerada una parte importante del sistema de salud, aunque el análisis de la OPS/OMS (1997) ha indicado que una baja cobertura, menos de 20 enfermeras por 10.000 habitantes. Estos números, muy bajos atendiendo a la población total del país, se ven agravados por la distribución que en el territorio nacional tienen estos profesionales. La mayoría del personal profesional se encuentra en las grandes ciudades, principalmente en la ciudad de México. El país cuenta con legislación específica que regula el ejercicio de la profesión a través de la legislación general de las profesiones y es obligatorio el registro.

Este ha sido un logro gremial muy reciente puesto que, hasta no hace muchos años, los enfermeros y enfermeras se registraban en el sector de "artesanos".

En la actualidad existen, aproximadamente, 5.592 enfermeros licenciados, 115.762 enfermeras diplomadas y 63.604 auxiliares de enfermería⁴⁷. El Colegio Nacional de enfermeras creado legalmente en 1996 esta actualmente trabajando para crear el Sistema Nacional de Acreditación y Certificación de Enfermería como parte del proyecto de la iniciativa gremial y trilateral para el avance de la enfermería en norte América.

En México existen 23 programas de formación de profesionales de enfermería a nivel de licenciatura, 230 programas universitarios de diplomados en enfermería y el personal auxiliar es preparado en programas a nivel de la escuela secundaria y las instituciones de salud. En la fase inicial del proceso de aprobación y acreditación ya examinaron 253 programas de enfermería con la

⁴⁷ .- Para ampliar información acerca de este punto se puede consultar la página web <http://www.hgm.salud.gob.mx/enfermería.html> Buscador Yahoo. Marzo 2004

aprobación de 234. Actualmente varios programas se encuentran en una fase de desarrollo de la auto evaluación como primera instancia para el proceso de acreditación de los programas educativos a nivel nacional. Además existen al nivel de pos graduación cinco programas de especialidades en enfermería y un programa de maestría⁴⁸.

4.- El cuidado de enfermería. Sugerencias para repensar la profesión.

Varias de entre las muchas preguntas posibles que este recorrido histórico nos deja, es a cerca de la identidad de esta profesión. ¿Qué es ser en la actualidad trabajador del cuidado de enfermería?, ¿Qué constituye la trama simbólica que sostiene a esta profesión?, ¿Qué representaciones articulan su percepción subjetiva y colectiva como práctica social?, ¿Cómo se asume y es asumido este hacer?.

Un texto obligado y significativo a este respecto es *"Sociología de una profesión. El caso de enfermería"*⁴⁹. Lo que esta investigación busca, en el marco de la profesionalización, es ahondar en la producción simbólica que estos sujetos como profesionales del cuidado de enfermería provocan y generan en la relación con otros sujetos y roles profesionales en el ámbito hospitalario. Es en este contexto problemático que adquieren una significación particular las preguntas realizadas y las reflexiones que despertaron interés en este trabajo.

¿Qué inercias y cuál es el impacto que el imaginario vocacional y cristiano produce en la identidad de las y los enfermeros y enfermeras?; ¿cómo es entendido el cuerpo?; ¿qué tipos de vínculos se producen en las relaciones

⁴⁸ .- Para ampliar información acerca de este punto se puede consultar la página web <http://www.hgm.salud.gob.mx/enfermería.html> Buscador Yahoo. Marzo 2004

⁴⁹ .- Martínez Benitez Matilde Mría; Latapí Pablo; Hernández Tezoquipa Isabel; Rodríguez Velásquez "Sociología de una profesión". Edit. Centro de Estudios Educativos, A.C 1993 2º reed.

laborales hospitalarias teniendo en cuenta su historia en la conformación subjetiva y social?; ¿cómo configura el origen en la "hermandad" el devenir cotidiano de esta profesión?; ¿cómo impactan en el cuerpo organizacional los intereses capitalistas de la modernidad sobre este estrato religioso?.

Estas interrogantes cumplen aquí dos funciones, por un lado como dispositivos de reflexión y por otro como organizadores de búsqueda y delimitación en la elaboración del problema de investigación centrado fundamentalmente en lo relacional como espacio de producción simbólica. Cuerpo, cuidado, vocación, sufrimiento, caridad, generosidad, servicio, y subordinación parecerían registros que *marcan* fuertemente, desde la configuración histórica, al cuerpo conciente e inconsciente de esta profesión, ¿cómo operan en el presente bajo el actual imaginario que se presentifica en redes semánticas como calidad, producción, eficiencia y eficacia?

B.- Contextualización actual de la profesión: su problemática

1.- El cuidado de enfermería, una profesión enigmática y paradigmática.

Es en base a la argumentación anterior que esta profesión se muestra como enigmática y paradigmática, puesto que, si bien los tiempos cambian y traen renovadas formas de comportamiento que modifican sustantivamente prácticas sociales, lo estructurante de esta profesión como "cuidado de cuerpos" se ha mantenido intacta. Y es esta función social la que interroga en el presente. ¿Cómo se está reconfigurando históricamente esta práctica?, ¿Cómo se reorganiza este imaginario de "cuidado" sobre la base de una fuerte predestinación femenina del "cuidado"?

En la actualidad se ha complejizado enormemente este cuidar. Los avances tecnológicos que han modificado las relaciones laborales e institucionales,

también han modificado la actividad misma en los modos que adquiere este "cuidado", que hoy, de igual modo, se enfrenta a la complejización de la tipología de los padeceres que modifican la armonía corporal.

¿Cómo se ha ido organizando este cambio en la configuración subjetiva y colectiva de la profesión y los sujetos que la actúan?; ¿qué permanece de los antiguos hospicios en los modernos hospitales?; ¿qué se ha modificado estructuralmente?; ¿cuáles han sido los cambios en las prácticas del cuidado que han modificado este hacer?.

Es por esta razón, entre otras, que esta investigación se centra en dos cuestiones que muestran y encarnan estas modificaciones: la atención del cuidado de enfermería en terapia intensiva y en la atención a pacientes con VIH, es decir, enfermos de SIDA.

Estos ámbitos del cuidado de enfermería, dan cuenta de estos cambios y complejidades. Tanto en los espacios de atención a pacientes en terapia intensiva como en pacientes con SIDA se manipulan instrumentos de alta tecnología, lo que implica una mayor exigencia de actualización permanente y de cuidado del propio profesional que acompaña procesos en el padecer de la enfermedad. Cabe aquí preguntarse, ¿Cómo es la formación de estos profesionales?; ¿Qué aspectos abarca esta formación?. Estas preguntas adquieren relevancia si atendemos al propio objeto de trabajo de la profesión: *el cuerpo*. Y al decir cuerpo, y cuerpo enfermo puesto que es reciente el tratamiento del cuerpo como prevención, se evoca la propia existencia en términos de vida y muerte, de salud y enfermedad, de una forma física, material que contiene también lo inmaterial, un existir que es más que la materialidad política, económica y cultural que atraviesa el cuerpo y su comportamiento en relación con su contexto; se alude aquí a ese inmenso mundo

interior donde lo material se vuelve afecto, emocionalidad, percepción que significa y representa. ¿Qué lugar ocupa en la formación este aspecto inmaterial de la corporeidad?, ¿Qué impacto causa en el interior de estos profesionales la manipulación del cuerpo que puede vivir mutilado o morir padeciendo o con calidad de vida?, ¿Por qué imaginarios éticos y morales transitan las formas de atención en el cuidado de enfermería?

Indudablemente, son estos aspectos, entre otros, los que vuelven enigmática y paradigmática esta profesión, puesto que este “cuidar” el cuerpo tiene implicaciones que trascienden lo social. Las prácticas de sanación, son prácticas culturales inspiradas en un objeto social regulatorio, permeadas a su vez por imperativos sociales y éticos que rigen el orden dominante; el cuerpo es un objeto regulatorio en tanto anclaje imaginario de conductas subjetivas y colectivas.

El cuerpo, desde todos los tiempos, fue depositario y/o rebelde, siempre emergente y parte de lucha de fuerzas por la liberación o la dominación, fue y es estrategia y proyecto en los grupos humanos productores de imaginarios subjetivos y colectivos; es en este tenor que la reseña histórica de esta profesión que aquí se expone, quiere dar cuenta de estos entrecruzamientos y cómo éstos se proyectaron y proyectan al futuro.

2.- El cuerpo, mediación y metáfora.

Entender el cuerpo como mediación⁵⁰ y metáfora, implica un modo particular de percepción y función metodológica del mismo. Al decir mediación se alude al

⁵⁰ .- Es importante aclarar aquí que la *mediación no es una metáfora* sino que es un concepto que cumple *funciones epistémica*. Esta función epistémica de las mediaciones fue planteada por Marx en la *Introducción General a la Crítica de la economía política/ 1857*. Edit. SXXI. Pp.39; en la sección referente a “*La relación general de la producción con la distribución, el cambio y el consumo*” cuando expone la relación entre producción y distribución, ya en este texto plantea la función de la mediación aunque no lo desarrolla específicamente. Textos que hacen referencia y tratan el tema, entre otros, pueden citarse: “*Lógica formal,*

cuerpo como *medio* y como *nexo articulante* entre el sujeto cognoscente y su ámbito material y simbólico.

El comprender al cuerpo como metáfora implica hacer de el una *representación que puede hacer sentido* en otros ámbitos donde se ubica el cuerpo vivido; es decir, está vinculado al sentido historizado más que a una analogía de transposición. Indudablemente, la concepción epistémica que del cuerpo se tenga, juega aquí una función determinante⁵¹, si bien la visión organicista del cuerpo y la sociedad es la más difundida, aquí el cuerpo es aprehendido desde otra perspectiva: crítica y de complejidad, con lo cual el sentido está ligado a este modo de relacionarse con el mundo.

Grandes pensadores, desde distintas áreas de conocimiento, han profundizado en la idea del cuerpo como *mediación* entre el sujeto y la sociedad; Wilhelm Reich⁵², Alfredo López Austin⁵³, George Lapassade⁵⁴, Gilles Deleuze y Félix Wuattari⁵⁵, Judith Butler⁵⁶, el propio Freud y muchos otros rearman la dramática social desde la apropiación micrológica de esta entidad

lógica dialéctica". Henri Lefebvre. SXXI 18° edic. 1998. Muñoz, Francisco. Universidad de Granada España. "Los conflictos: algoritmos, sinápsis, sensores, dialéctica y mediaciones". Ensayo en Google; Zemelman, Hugo "En torno del método de las mediaciones". pp.131 en "Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento". Edit. El Colegio de México. 1997. Del mismo autor "Voluntad de conocer. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico". Edit. Anthropos. 2005; "Sujeto existencia y potencia". Edit. Anthropos. 1998; "Horizontes de la razón I" Ob. Cit. Por esto se habla del cuerpo como **mediación "y" metáfora** que no es lo mismo que la *metáfora de la mediación*. Al decir que el cuerpo es una mediación se lo coloca en un lugar epistémico que rompe con la postura dilemática del cartesianismo. La metáfora está dada en la transposición de sentidos que el cuerpo adquiere en este análisis: cuerpo social, cuerpo institucional, cuerpo organizacional, etc. para profundizar en el tema de la metáfora ver Ricoer, Paul "La metáfora viva". Estudio III. "Metáfora y semántica del discurso" pp. 93. Este punto es ampliamente desarrollado en el capítulo II de esta tesis.-

⁵¹ - Sobre todo por la visión cartesiana de división cuerpo – mente, objeto – sujeto; aspecto que se desarrollará mas ampliamente en el capítulo II.

⁵² - Entre sus obras mas importantes podría señalarse Reich Wilhelm "La función del orgasmo". Edit. Paidós. reimpresión 2000

⁵³ - López Austin, Alfredo "Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas". Edit. UNAM 1990.-

⁵⁴ - Lapassade, Georges "La bio-energía. Ensayo sobre la obra de W. Reich". Edit. Gedisa. España 1974.-

⁵⁵ - Deleuze Gilles y Wattari, Félix "El Anti – Edipo. Capitalismo y esquizofrenia" Edit. Paidós. reimpresión 1995

⁵⁶ - Butler, Judith "Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción". Edit. Cátedra. Valencia. España. 1997

llamada cuerpo y que, en el ser humano, se hace social en la relación imaginaria con otros cuerpos sexuados, sensibles, vibrantes o dolientes. El cuerpo marca época, y como tal es una metáfora que redimensiona a las instituciones como organismos vivientes. Las instituciones sociales como cuerpos, pueden ser máquinas robotizadas y brutales como las que imaginan Deleuze y Wuattari a la vez que habitat magmático y potencial como lo pensara Castoriadis⁵⁷.

En este trabajo de búsqueda, de deseo de saber acerca de *la construcción de espacios relacionales en la formación del cuidado de enfermería*, el cuerpo es también una mediación y una metáfora. Mediación y metáfora que se articulan en la relación cuerpo a cuerpo entre padecientes - cuidadores de enfermería y organización hospitalaria. ¿Cómo se da esta articulación?, ¿qué tipo de vínculos operan?, ¿cómo viven la cotidianidad estos tipos de cuerpo (humano, organizacional, institucional, social) en el cuidado de enfermería?

Desde lo que se viene planteando, puede vislumbrarse al cuerpo como un anclaje conceptual determinante en la lectura del mismo como texto en el que se escribe la historia del tiempo de los sujetos sociales reflejada en esta profesión, profesión que se hace tocando y cuidando cuerpos, y en esa experiencia de tocar a otro se toca a sí misma, como profesión y a los sujetos que la practican.

Desde esta perspectiva, la semántica de *lo corporal* se registra en tres dimensiones: lo somático, lo orgánico y lo físico⁵⁸. Estos registros que se abren a la naturaleza, al cuerpo y al instrumento, se activan en los principio de generación material, de dato de lo real y de disposición articulada. Estas

⁵⁷ .- Cornelius Castoriadis. “*Socialismo y sociedad autónoma*” y “*Autogestión y jerarquía*” en “*La exigencia revolucionaria*”. Edit. Acuarela Libros. España. 2000

⁵⁸ .- Un análisis pormenorizado de estos registros se abordará en el capítulo II.

dimensiones comunican y muestran lo que les ocurre, tanto desde procesos conscientes como inconscientes. Estas comunicaciones, este modo sutil de diálogo cuerpo - medio, se hace visible a través de "síntomas", tanto de los sujetos que ocupan estos cuerpos como de las organizaciones que transitan y del tiempo histórico social del que son emergente. Serán estos síntomas los que permitirán hacer una lectura interpretativa que den cuenta, en su reconstrucción articulada del presente de esta profesión.

3.- El Hospital de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Hospital, Escuela de médicos y enfermeros (as), un espacio de investigación.

¿En qué espacios hospitalarios podría recomponerse este mapa de conocimiento de la profesión que abren las interrogantes planteadas?. Las propias interrogantes condicionan el recorte de realidad a estudiar, recorte que en su emergencia da cuenta de la actualidad de este hacer; estas condicionantes histórico sociales estarían dadas en el entrecruzamiento de las siguientes coordenadas:

- ✍ un ámbito hospitalario
- ✍ atención a pacientes con VIH, es decir, padecientes de SIDA
- ✍ atención a pacientes en terapia intensiva
- ✍ espacios de enseñanza a profesionales de la salud y específicamente a la formación de enfermeros y enfermeras
- ✍ una institución de organización compleja

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ, INNSZ) es uno de los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la Secretaría de Salud de mayor relevancia en atención a pacientes afectados por problemas metabólicos - informalmente se le llama

Hospital de Nutrición – y una de las instituciones médicas de mayor prestigio asistencial y científico de México.

Desde su fundación se concibió como una institución médica modelo en que las actividades de asistencia, enseñanza e investigación fueran los ejes de su actividad. Con el paso del tiempo se convirtió en una institución líder de la medicina mexicana que, a través de sus egresados, ha tenido un gran impacto en todo el país.

Desde el inicio, el instituto se planeó como una institución médica donde las actividades asistenciales sirvieran como sustento de las educativas y las de investigación, pensando que sólo se puede dar buena asistencia en un ambiente académico que propicie la enseñanza e investigación científica.

Los objetivos iniciales fueron cumplidos con amplitud y en sus más de 50 años de existencia el número de departamentos médicos creció de 3 a más de 40 abarcando casi todas las especialidades de la medicina.

Desde el punto de vista asistencial, se dispone de 167 camas para internación de enfermos y una amplia consulta externa que da servicio a 135,000 pacientes al año con un promedio de 215,000 consultas anuales. Se atienden pacientes con una gran gama de padecimientos y se dispone del equipo de laboratorio y gabinete más moderno como auxiliares diagnósticos.

Su personal médico es de 176 especialistas, todos con varios años de entrenamiento en el país o en el extranjero. Son la Dirección de Medicina y la Dirección de Cirugía quienes tienen a su cargo la actividad asistencial en la institución.

El Instituto, a través de su Dirección de Enseñanza, ofrece en la actualidad 20 cursos de posgrado avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México, donde se forman especialistas en distintos campos de la

medicina y cirugía. Los egresados del sistema docente están distribuidos por todo el país y son líderes de la medicina académica nacional, ocupando cargos directivos en universidades y hospitales de enseñanza.

Su desempeño frente a las sociedades científicas es también muy destacado. Es la institución médica con mayor número de investigadores y con mayor producción científica en el país, siendo también la de mayor índice de impacto. Esta actividad está coordinada por la Dirección de Investigación de la que dependen los departamentos de investigación básica y de investigación médica.

Como ejemplo de los éxitos en este campo, se puede mencionar que tres de sus miembros ingresaron a El Colegio Nacional y seis han obtenido el Premio Nacional de Ciencias. Recientemente, el Instituto, ha aumentado y remodelado sus instalaciones en varias áreas a fin de ofrecer mayor comodidad a los pacientes y al personal médico y de apoyo que aquí laboran.⁵⁹

Sin lugar a dudas, este Hospital se transformó en un recorte de realidad apropiado para reconstruir y ahondar en el develamiento de la producción simbólica subjetiva e intersubjetiva desde las cuales se va reconfigurando la formación y la práctica de esta profesión.

3.1.- Descripción del recorte de realidad. Un recorrido por el Hospital Salvador Zubirán.

Para ubicarnos en el interior de este Hospital, tal cual se hiciera al entrar en contacto con la institución, una de la enfermeras del área de enfermería nos irá introduciendo a este ámbito de estilo moderno y cuidado. Este recorrido se recoge en una observación que muestra, además, el clima de trabajo y

⁵⁹ .- Información acerca de este tópico puede ampliarse en el sitio web <http://www.innsz.mx> Buscador Google en Marzo del 2004

sensaciones que deja traslucir este primer contacto, así como algunos síntomas en los comentarios generales que fueron surgiendo al azar.

Este primer recorrido por el Hospital⁶⁰ se efectuó como una visita guiada; quien hizo de "guía" fue la Coordinadora de Enseñanza del Dpto. de Enfermería.

Es una enfermera muy joven, 27 años, que se caracteriza por su gentileza, modos suaves y sonrisa genuina permanente. Es de mediana estatura, de tez blanca, cabellos negros y cortos, no es delgada pero tampoco subida de peso. Segura de sí sin ser arrogante, muestra saber de su hacer; durante todo el recorrido, las enfermeras en servicio la saludaban con simpatía y fluidamente y se le acercaban a preguntarle del próximo curso, solicitando, en la mayoría de los casos, ser consideradas a pesar de algún no significativo incumplimiento de alguna normativa para el caso, y siempre, a pesar de ir conmigo, se detenía a responderles, sin apremios, tranquilamente; en ningún momento postergó ninguna respuesta.

También con algunos médicos residentes, se mostró sencillamente fluida, y sólo en un momento la noté algo turbada - al pasar cerca de un grupo de tres médicos jóvenes (parecían residentes), pero en ningún momento se tensionó.

Con el personal de limpieza - que se encontraban por todas las áreas recorridas - el contacto fue mínimo.

Estas percepciones fueron dando cuenta del "clima" que se vive en el hospital.

Así, en este andar, fue mostrándome cada uno de los espacios del hospital durante aproximadamente 2 hrs. respondiendo a todas mis preguntas con disposición.

Conocía cada lugarcito del hospital, se movía en él con mucha familiaridad, tanto física como afectivamente.

El hospital tiene una estructura edilicia realmente sorprendente, por su adecuación arquitectónica, por su estética, su confort y limpieza. El edificio viene siendo remodelado desde hace 5 años y al momento, están casi todas sus instalaciones recicladas y en permanente atención, me comenta que en algunas áreas hay que cambiar permanentemente los pisos por el paso de camillas y circulación constante de personal del Hospital, pacientes y familiares de pacientes internados o no.

⁶⁰.- Observación núm. 3. Recorrido al Hospital. Jueves 29 de Septiembre. 1999

Un detalle estético realmente importante e impactante es tanto el color de las paredes como las pinturas de artistas plásticos mexicanos y réplicas de impresionistas ubicados con muy buen gusto, y en todas las áreas del hospital; la mayoría de estos cuadros son de colores vivos y formas surrealistas o modernos pero evocativos y en ningún caso sugieren sensaciones violentas. Hay en toda la arquitectura un equilibrio de luz, formas y funcionalidad que hacen del hospital un espacio agradable y en ninguna de las áreas hay ni mal olor, ni amontonamiento de gente, ni tensión, aún en emergencia se vive un orden de trabajo relajado, aspectos estos no comunes en los hospitales públicos....

Es este un hospital atípico tanto en su arquitectura como en su arreglo interno, aspectos que se detallan, continuando con este registro, en el Anexo núm. 2 por las características descriptivas de su narrativa.-

3.2.-Dinámica de atención a pacientes y de trabajadores de la salud.

Otra dimensión del recorte de realidad construido, son algunos aspectos relacionados con su dinámica interna.

En términos muy generales, y como escenario básico de movilidad interna, se transcribe aquí partes de una de las entrevistas realizadas a una enfermera jefe de piso que nos permite una mejor reconstrucción de algunas dinámicas propias de la organización de este grupo de trabajo.

... El lema de aquí del Instituto Nacional de la Nutrición⁶¹ es: "Hacia la excelencia" y no nomás en cuanto a la atención sino que, lo que tenemos claro, que todos los pacientes son enfermos, y que el objetivo de ellos, lo que quieren si vienen aquí, es aliviarse, en conclusión. Pero ese aliviarse dentro del hospital es... (relativiza) cuando ya viene aquí el paciente trae la enfermedad muy avanzada. Ya sea porque lo vieron en otro hospital particular, y ya está mas complicado y todo. Pues aquí lo que se hace definitivamente es hacer nuevamente desde un inicio (el estudio diagnóstico) porque muchas veces cuando ya traen estudios de afuera o lo que sea, el médico no se apoya en eso porque no sabe la técnica o cómo

⁶¹ .- Esta es la denominación informal que tanto pacientes como trabajadores de la salud le dan al Hospital Salvador Zubirán.-

hicieron el procedimiento para diagnosticarle esa enfermedad finalmente hace un nuevo estudio para ver lo que el paciente requiere...pues está demandando atención para poder irse a su casa, mejorarse. Entonces lo que se hace desde un inicio, es que se integra al paciente desde el servicio de admisión, darle información, en qué consiste, el horario de comidas. Porque muchas veces...como este es un Hospital de adultos, gente joven...adultos jóvenes...senectos también, las mayoría de ellos ya tienen costumbres y traen su ideología muy propia. Dicen no, pues yo en mi casa me acostumbro a desayunar a las cinco de la mañana porque el entra a trabajar a las siete, o simplemente que no les guste el tipo de alimentos que se le proporciona aquí. Todo ese tipo de información se les da desde un inicio. El hora rio de visitas, el horario de comidas, el qué les van a hacer aquí, a qué se comprometen ellos como pacientes, a qué tienen derecho como pacientes.

... aquí el equipo de salud es integrado, desde su inicio (se refiere a la atención), por el personal de admisión, que es personal administrativo. Es que cuando un paciente demanda atención, no es tan fácil poder llegar al Hospital o ingresar al Hospital. Si no que tiene que venir derivado, y hay una especie como de consultorios. Más bien son consultorios que son atendidos por médicos de medicina interna que rotan por ese servicio que se llama pre consulta, que significa antes de la consulta. Y valoran si el diagnóstico que el paciente tiene para poder venir aquí...cuando un paciente llega aquí y requiere que sea atendido, lo que se hace primero es que se valora por preconsulta. En preconsulta es visto por un médico especialista y se valora muy bien el diagnóstico que el paciente traiga. Si es de medicina interna se les da un papelito donde se les cita para una consulta pero ya para abrir expediente clínico. Si no es un diagnóstico que se dé dentro del instituto se tiene que canalizar al instituto donde le corresponda, por área. Por ejemplo si es de corazón va, como decíamos anteriormente, a cardiología; pero con previa receta, ya va recomendado del instituto y ya es más fácil que se les abran las puertas a donde van porque ya viene de nutrición, del Instituto y ya pues es más fácil, pues a ver venga. Del Instituto de ortopedia, de rehabilitación y así sucesivamente.

... En consultorios externos es donde se los valora (a los pacientes) y si es...el diagnóstico es que se vea dentro de aquí del hospital pues ya se les

da cita para poder hacer todos sus estudios, poderlos valorar y ya se les pueda abrir expediente. Porque aquí no se puede hacer ningún estudio si el paciente no tiene expediente clínico, porque si no a donde van a dar los exámenes de laboratorio, los resultados. Y si tiene un expediente clínico pues ya van ahí directamente. Y ya sería un diagnóstico de base, y así queda efectivamente...efectivo es cuando ya tiene todos los estudios a realizar y ya ven qué resultó y ya empieza el tratamiento clínico.

... No, los médicos no son generales. Todos son especialistas, residentes en medicina interna. Y ellos ya están capacitados para poder finalmente desde un inicio detectar, de acuerdo a la sintomatología que trae el paciente, signos y síntomas que ellos refieren, valoran efectivamente si es meritorio que se quede el paciente aquí dentro del hospital.

... El equipo de consulta son básicamente residentes

... Enfermeras no trabajan en esa área, solamente puro médico. Lo único que está ahí son personal como secretarias, que manejan todo el trámite administrativo. Ya después sí valoran de acuerdo al estado de gravedad que traiga la enfermedad del paciente, si viene muy mal y es paciente dentro del Instituto se canaliza a urgencias y entra de inmediato, por urgencia se le brinda la atención. Pero si el paciente podríamos decir que su enfermedad es crónica y que ha esperado mucho tiempo se va por consulta externa y ya se empiezan a hacer los estudios

... Cuando (los pacientes) vienen de fuera contamos con un servicio que se llama de trabajo social. Cuando la enfermedad vemos que ya debe de controlarse porque para evitar otro tipo de complicaciones y se pueden hacer los estudios por consulta externa, lo que se hace por parte, y es una de las funciones de trabajo social, es dar información a los familiares junto con el paciente de cuanto tiempo va a estar el paciente; cuanto más o menos requiere para poder hacer los estudios y en esos momento se dan cuenta de los recursos económicos que tenga cada uno. Ellos por ejemplo tienen contacto con diferentes albergues que ellos consiguen en un momento dado para el familiar. El albergue nada más sirve para quedarse a dormir y a veces por cierta cantidad pues, pueden darles los alimentos. Y ya nomás se desplazaría para poder estar aquí con su familiar en el

*horario de visita. Si es que se interna; si no los dos se van al albergue pero con una cantidad económica muy baja.*⁶²

3.3.- Descripción del área de Enfermería en la organización institucional.

Para dar cuenta del funcionamiento interno del área, se recurre a otra de las entrevistas realizadas, y que a continuación se transcribe, con quien dirigía esta área durante el período en que se realizó esta investigación

.... la estructura funcional del Hospital se conforma por:

Una Dirección General y 4 Subdirecciones.

Subdirecciones: Medicina

Cirugía

Enseñanza e Investigación

Administración

De estas subdirecciones se desprenden Divisiones: Enfermería

Recursos Humanos

Epidemiología

De cada División dependen Departamentos, en el caso de la división de Enfermería los Departamentos son: Posgrado

Escuela de Enseñanza

Enfermería

Tenemos nuestra Jefa de la División y yo soy Jefa del Departamento de Enfermería.

... Sí, me gusta mucho la enfermería, trabajé 7 años en urgencias; 3 años en epidemiología; en control de calidad hospitalaria; controlábamos los procedimientos clínicos.

Allí tenemos un programa eficiente, disminuimos, mas o menos, el 50% o 60% de las infecciones nosocomiales, esta fue una tarea de educación y supervisión constante, aprendí mucho en esa área y me gustó realizarla. También trabajé en Terapia intensiva y en recuperación post-anestésica. Tengo 25 años de antigüedad.

⁶² Entrevista realizada a una enfermera Jefe de piso. Marzo 2000. Hospital Salvador Zubirán.

... Soy gente muy sencilla, quizás el trabajo que hice me enseñó mucho, me enfrenté a situaciones difíciles, sobre todo cuando trabajé en epidemiología. Epidemias, supervisión de personal nuevo.... y con cada uno hay que buscar la forma de llegarle, sobre todo en procedimientos, es difícil, es complicado....

... No, no he tenido instancias de preparación o formación para conducir, me fui haciendo con la práctica, con el trabajo de todos los días. Ahora que estoy aquí, quizás puedo ver mejor todo lo que me sirvió lo que hice en epidemiología.

... Una de las cosas que me preocupa es el maltrato, es increíble que siendo enfermeras no se puedan dar cuenta del maltrato, pero con ellas mismas.

Trabajé con dos psicólogas en un proyecto de investigación en el Hospital, y entre otras cosas, lo que pudimos ver es que las enfermeras reciben mucho maltrato, por ser mujeres y por la profesión.

Creo que hay problemas de comunicación serios.....

... Reconocemos que es urgente trabajar en este aspecto de contención de las enfermeras, de ellas, de su trabajo, todavía no lo hemos estructurado y me gustaría mucho hacerlo, es necesario. Necesitaríamos alguna persona que se ocupara de esto, quizás una psicóloga.

... Al maltrato que me refiero es a que los maridos las golpean, problemas con los hijos, en fin...., están como muy agobiadas.

... No, no creo que esto incida sobre la atención a los pacientes, pero sí hay un ausentismo importante.

.....

... Yo creo que hoy no hay una idea clara sobre la violencia, por eso se permite el maltrato. Y en esto para mí fue fundamental trabajar en Epidemiología, enfrentarme con situaciones de descuido, ya no del paciente sino de ellas mismas.

No sé cosas sencilla, por ejemplo al poner una venoclisis, no usaban guantes..... y hay información de que cuando se trabaja con sangre hay

que usar guantes..., y no se usan... y uno lo dice..., pero no estamos acostumbradas a cuidarnos....

Pienso que ahí hay algo..., algo que es más que el conocimiento técnico, tiene que haber algo más.... algo que pase por lo humano.

...Tratamos de tener un mayor acercamiento a las enfermeras y personal en general, en otros tiempos las jefaturas ponían un gran distanciamiento, era muy rígida, se sentía como si a uno le dijeran: "ese es tu problema y lo que te pase no me importa", no había acercamiento, y con eso nos ha costado romper..... pero poco a poco lo vamos logrando, se ha ido incrementando...., se ha mejorado mucho.

Empezando por el poder hablarnos de "tú". Anteriormente estaba claro que "tú" y "yo" no somos iguales.... me pasaba al principio que a pesar de conocernos - tantos años aquí - con muchas compañeras, nos trataban de Ud. claro, no a todos les parece bien este cambio, y algunos piensan que es un relajo.

Y en cuanto a la formación de enfermeros y enfermeras:

... Sí, en la Escuela de Enfermería del Hospital hemos podido incidir, por ejemplo se inicia el nuevo período como licenciatura, porque hasta aquí en la escuela se estudiaba como técnico en enfermería. Por un tiempo van a convivir los dos estudios.

... Sí, es un hospital complejo..., se mueven promedio 250 camas mensualmente, Al mejorar la atención se ha disminuido la atención de internados, tenemos de 450 a 500 egresos mensuales. Atendemos todas las afecciones que no sean: gineco, pediatría, neurología y traumatología.

... ¿Cuáles son las cosas mas importantes que siento que hice desde que estoy aquí?....., bueno..... creo que una de las mas importante es haber mejorado la relación con el personal y la Jefatura. La segunda creo que es haber mejorado la utilización de los recursos y una tercera cosa importante, fue haber incrementado las plazas, casi 80, entre enfermeras y camilleros.

En esta área manejamos, además de las enfermeras, todo el personal de apoyo: camilleros, afanadoras, etc.

... ¿Qué es lo que me gustaría hacer?, ¿qué es lo que siento que falta?... me gustaría que las enfermeras tuvieran apoyo psicológico, que pudieran hablar más de lo que viven y lo que les pasa y mejorar el nivel de conocimiento.

Sé que logrando lo primero lo segundo sería menos complicado, porque en relación con el saber y las prestaciones estamos bien..... Necesito hablar con la gente de psicología médica o ver si conseguimos algún contrato para armar grupos de enfermeras o ver si es posible tener una psicóloga.

... Las entrevistas con el personal nos sirven mucho, les hacemos algunas sugerencias; les preguntamos si están bien en el servicio donde se ubicaron, porque a veces no es el servicio que más favorece.

... ¿Dónde tenemos las mayores dificultades?..., en terapia intensiva. Cuando contamos con nuevas plazas y las enviamos a terapia intensiva, hasta quieren renunciar ... porque es un espacio muy complicado: se maneja mucha tecnología; la propia gravedad de los pacientes y a veces falta apoyo de los mas antiguos... no hace mucho, como veíamos que esto se repetía, solicitamos ayuda. Se hizo terapia grupal y a partir de allí tomamos la decisión de cambiar a algunas personas.... ahora pareciera que el servicio mejoró bastante.

... La relación con los médicos es tradicionalmente complicada, los médicos son una elite. Demandan conocimiento, el nivel de medicina está sobre el nivel de la enfermera.

... Cuando estuve en epidemiología pude viajar a varias parte y tengo conocimiento de las enfermeras en varios lados y aquí estamos bien.⁶³

A esta entrevista, podría sumarse los comentarios de la enfermera jefe de piso ya citada en la transcripción del punto anterior, que contribuye a la mejor contextualización del área de enfermería en la formación y trabajo de enfermeros y enfermeras.

⁶³ .- Entrevista 1 - Jefe del Dpto. de Enfermería. Hospital de Nutrición. Salvador Zubirán. 20 de Septiembre de 1999.

... antes la escuela de enfermería aquí era a nivel técnico. Entonces uno entraba a la escuela muy joven. Por lo tanto pues, las costumbres, la ideología era muy diferente; y ya se unificaban aquí adentro del Hospital de acuerdo a las normas y políticas que requería este Instituto para la formación académica de cada una de nosotras. Aunque se trabaja en el mismo plan, es decir por parte de la Universidad⁶⁴. La Universidad daba su programa, pero aparte de ese programa que se cumplía, el Hospital metía también programas internos. O sea que unían los dos para que finalmente cumplieran ellos con el objetivo que se tenía aquí, que era el de formar los propios recursos de acuerdo a las necesidades y con ello, pues dar una alta calidad de atención al paciente..... esto es bueno dentro del hospital, que cree sus propios recursos para que finalmente...a nosotros también nos sirve, en un momento dado de que tengamos problemas en cuanto a recursos económicos..... haga de cuenta, dentro de ese año (de actividad en el hospital) ponen en práctica todos los conocimientos adquiridos durante su carrera de enfermeras aquí antes es paciente; y a su vez tienen que cumplir más porque son pasantes de enfermería. Tienen que hacer su PAE que le llaman, su Proceso de Atención de Enfermería con algún paciente que ellos tengan para poder hacer su tesis que les solicitan por parte de la universidad.⁶⁵

Mayores precisiones que da esta entrevista se pueden encontrar en el Anexo 3 de este Capítulo.

⁶⁴ - Se refiere a la ENEO de la Universidad Autónoma de México.-

⁶⁵ -. Entrevista 3 realizada a una enfermera Jefe de piso. Marzo 2000. Hospital Salvador Zubirán.

A N E X O S

Anexo 1: En relación a las etapas histórica de conformación del cuidado de enfermería en México.

A continuación se desarrolla información respecto del punto 2.3.1-. "*La Historia dada en la conformación de la enfermería en México*".

Esta información refiere a la cuarta etapa que allí se señala como *histórica* y que abarca el año 600 d.C a la fecha. Esta etapa a su vez se divide en cuatro fases. En el Capítulo I se expone la tercera de estas fases, *fase independiente*, y las dos primeras se exponen aquí por considerarse información de interés pero que, por su carácter descriptivo, pueden obstaculizar la lectura del capítulo.

Las fases a las que se hace referencia son la precortesiana y la colonial.

? **Fase Precortesiana.** Comienza en el siglo VII con la conquista española, a éste corresponden las culturas prehispánicas en su fase total de florecimiento, como los Toltecas, Mixtecos, Aztecas, entre otros. No se tienen tampoco datos certeros acerca de los *cuidados de enfermería*, sin embargo las versiones coloniales reflejan que estas culturas tenían un alto grado de manejo medicinal íntimamente relacionados con los aspectos mágico - religiosos, incluso la concepción de la enfermedad también respondía a otros sentidos.

Cuando los españoles inician el proceso de dar cuenta en registros escritos de la situación de la Nueva España, dejan por escrito sus impresiones en relación a los manejos medicinales, manejos basados fundamentalmente en la manipulación y producción de hierbas en peculiares formas de conocimiento y organización de la naturaleza.

Sahagún - sacerdote católico - dice en sus escritos, según Bravo Peña: "*el médico suele curar y aliviar enfermedades, es entendido en las propiedades de las yerbas medicinales, de las piedras, de los árboles y sus raíces, es experimentado en curar sabiendo también tratar la muerte del enfermo.*"

La medicina en ese entonces tenía un gran desarrollo, tenían centros hospitalarios especialmente ubicados en los centros ceremoniales, y mantenían lo que podríamos llamar una cierta división de clase: por un lado eran atendidos los gobernantes guerreros; y en un espacio diferente la sociedad en general o los *calpulli*.

Se sabe también que las culturas prehispánicas tenían a su dios de la medicina llamado *tzapotlateau* y la mujer que cuidaba a los enfermos era llamada *ticitl* .

? **Fase colonial.** Se establecieron varios hospitales y el primero fue el de la Limpia Concepción, fundado por Hernán Cortés en 1524, es el hospital que actualmente se llama Jesús Nazareno. El primer concilio eclesiástico de México en 1555, también ordenó que junto a cada iglesia se construyera un hospital.

Las ordenes religiosas - Franciscanos y Agustinos principalmente -, también fundaron sus hospitales. En Michoacán, por ejemplo, durante el siglo XVI se construyeron 72 hospitales.

Comienza por este tiempo un importante desarrollo en la construcción de hospitales.

Fray Pedro de Gante fundó en 1523 la escuela de San José de los Naturales, donde se formaba académicamente a los enfermeros. Y en

1529 funda el hospital Real de los Naturales. En 1531 Vasco de Quiroga funda el hospital de Santa Fe cerca de Tacubaya habiéndose organizado en ese hospital una *casa de cuna*.

Otro de los hospitales de ese tiempo, fue el del Amor de Dios fundado en 1536 por el primer obispo de México: Fray Juan de Zumárraga.

En 1567 Bernardino Álvarez fundó el hospital de San Hipólito especialmente para atender las enfermedades mentales, siendo el primero para esta clase de padecimientos en toda América.

En 1571 el Dr. Pedro López funda el Hospital de San Lázaro dedicado especialmente para los enfermos de lepra.

En 1582 fundó el hospital de San Juan de Dios o de la Epifanía, que después se llamó hospital Morelos, luego "Jesús Alemán Pérez", este hospital ha atendido principalmente al cuidado de las enfermedades de la mujer y se llama también "Hospital de la Mujer."

En 1674 se funda el hospital "Betlemitas" y el otro llamado Las Arrecogidas que posteriormente fue el Hospital Militar.

La enfermería durante muchos años o quizá siglos de este período solo fue ejercida empíricamente por las religiosas y frailes, muy caritativos y abnegados la mayoría. Pero sin conocimientos técnicos al respecto.

El primer colegio de tipo universitario correspondiente a la colonia fue el Imperial colegio de la Santa cruz que se fundó en el año de 1536 en Santiago Tlatelolco, en el aprendieron los indígenas la lectura, escritura, latín, filosofía, música, medicina, etc..., muchos años después este colegio se constituye como la Real y Pontificia Universidad de México.

Anexo 2: En relación al recorrido descriptivo por el hospital Salvador Zubirán.

A continuación se desarrolla mas extensivamente los espacios que conforman la estructura edilicia del hospital, desde el registro de la primer visita guiada a la que se hace referencia en el cuerpo del capítulo (punto 3.1.-)

Los colores rompen con los estatuidos para los hospitales: grises de cemento trabajado con relieves - utilizando la propia estructura de construcción de las paredes -, colores claros pero cálidos - durazno, celestes pastel, amarillos suaves....., todo se percibe con claridad por el juego de techos de vidrios y luces fluorescentes, pero no en abundancia.

Podría decirse que la gran arquitectura del hospital se divide en tres alas y tres pisos. A la derecha del edificio central se encuentra la biblioteca, luminosa, cómoda y con buena cantidad de volúmenes, y un gran comedor, para personal del hospital y familiares de enfermos internados. Luego, atravesando un pasillo medianamente largo se llega a diferentes áreas administrativo y sanitarias del hospital. En su inicio, a la izquierda y por una escalinata que lleva al primer piso se encuentra el pabellón de médicos y médicas residentes; siguiendo el pasillo, por la derecha, se encuentran, en el primer piso el laboratorio, enfermería, en el segundo piso, y epidemiología en el tercero como áreas que ocupan el mayor espacio, sin embargo cada uno de estos pisos contiene otras pequeñas salas de estudio y trabajo hospitalario y de atención a pacientes. Se puede acceder a estos espacios tanto por ascensor como por escalinata. Los ascensores son de gran tamaño teniendo en cuenta que permanentemente suben y bajan camillas - vacías o con enfermos - y/o pacientes en sillas de rueda. Por la izquierda de este pasillo de ingreso del ala derecha, y frente a la entrada del ascensor, se encuentra terapia intensiva con diferentes tipos de salas y delimitaciones con cortinados blancos para atención a pacientes delicados.

En la planta baja, en el edificio central se encuentran los consultorios externos. En ellos atienden los médicos a los pacientes derivados de otros hospitales tanto del D.F como del resto del país. Es una gran sala, con asientos bien distribuidos y cómodos.

Por detrás de esta gran sala se encuentra el primer piso de internos, y sobre este pabellón los pisos subsiguientes: primero, segundo y tercero, también sala de internos. En la planta baja las habitaciones son

mas grandes y se encuentran hasta 6 camas - distribuidas de a tres y enfrentada a otras tres a lo largo de la habitación - divididas entre sí por cortinados color suave. A mano izquierda y a continuación de este pabellón, por un pequeño pasillo se llega a otra sala de internos en forma circular y con menor cantidad de internos por sala - dos o tres -.

Por piso varían las características de atención al paciente, en el último piso están los internos que pueden solventar mayores gastos de internación por lo tanto hay un menor número de internos en el piso y las habitaciones son cómodas y de gran privacidad. Cada pabellón de internos tiene un color: rozado, verde suave y blanco.

El a la izquierda está unida por un largo pasillo con cubículos de estudios clínicos y diferentes actividades del Hospital. Este largo pasillo colinda con el área de Psicología, un espacio no muy grande con una recepción, un cubículo vidriado, algunas salas de consultas (tres), y una no muy grande de juntas.

Frente a esta área está el ámbito de administración y estudios nutricionales. Continuando por un pasillo externo, entre el área de salud mental y de administración, al fondo del mismo y a mano derecha se encuentra el área de enseñanza de la escuela de enfermería.

Anexo 3: En relación a la descripción del área de Enfermería en la organización institucional.

A continuación se hacen algunas precisiones que amplían lo expuesto en el punto

3.2.- fundamentalmente en relación a la segunda de las entrevistas señaladas.

... No se te olvide que aquí es un hospital de medicina interna, que no cualquier otra institución de tercer nivel lo tiene, así como cancerología, como el INER como el hospital de neuro.... Ha habido ocasiones en que las alumnas del tercer año de la carrera de enfermería, haciendo sus prácticas que tienen ellas de administración, que ya es la última etapa, cubren necesidades; ellas finalmente se incorporan y hacen funciones directamente como enfermeras generales, como jefes de piso pero claro, uno las adiestra. Pero ya ellas son como de la familia podríamos decir porque ya conocen donde están las cosas, el diagnóstico, los cuidados que le van a dar a ese paciente de acuerdo al diagnóstico debido a que es donde más hincapié se le hace en todo su programa que llevan de tres años. Entonces es mucho más fácil para ellas desenvolverse en su área de trabajo que es allí, que si se van a otro lugar. Y aquí las retomamos nosotros porque la mayoría de ellas, todas casi, se quedan a hacer su servicio social aquí dentro del hospital... Entonces ya es mucho más fácil, uno les brinda toda la confianza. Además el hospital por ser...una de sus cualidades de enseñanza es...tiene carisma para abrir los brazos, no nada más a la gente interna que estudió aquí, sino también a la gente externa. Como en esta ocasión que tenemos alumnas del Instituto de Cardiología que vienen a aprender aquí medicina interna. Y en su hospital pues ven puro corazón podríamos decir, e igual las muchachas cuando llegan al tema de cardiología se van a su Instituto e igual les brindan las mismas facilidades. Creo que el apoyo es mutuo, de ambos. Y pues lo que se quiere sacar en conclusión es lo mismo.⁶⁶

⁶⁶ Entrevista 3. cit.

C A P I T U L O II

Reconstrucción articulada⁶⁷

⁶⁷ - Es “el recurso metodológico de un proceso de aprehensión racional que cobra su sentido en la necesidad de construir conocimiento social basado en el presente ”.. “Cuando se pretende organizar una reconstrucción articulada de la realidad, hay que tomar conciencia de que es un movimiento relacionado entre los conceptos ordenadores, universos de observación y articulación”... “Los conceptos ordenadores, relacionados con base en la descomposición de hábeas teóricos, al no restringirse a los marcos de ninguna estructura teórica se transforman en medios para determinar nuevas posibilidades de campos de objetos”. Zemelman Merino Hugo “Horizontes de la razón I”. Cap.V p.p 216. Op. cit.

1.- Algunas consideraciones previas.

El presente capítulo, tal cual como se expresa en el capítulo anterior, tiene por objetivo recrear algunas reflexiones teóricas devenidas de las interrogantes planteadas y que sirvieron de anclaje en la lectura interpretativa de este proceso investigativo. Podría decirse que el contenido de este apartado es de carácter *epistémico*, en tanto que intenta recrear conocimiento de la práctica y formación del cuidado de enfermería en ámbitos hospitalarios dedicados a la atención de pacientes internos en terapia intensiva e infectados con el virus de VIH /SIDA.

En este sentido, *no* es un capítulo que se encuadre en sistemas teóricos estructurados para reafirmar y retomar los mismos sino que, por el contrario, se intenta abrir un posible *diálogo*, tanto con autores de diferentes cuerpos teóricos como con sus argumentaciones, aunque se retoman sus enfoques así como modos de mirar y construir conocimiento. Por lo dicho, este es un capítulo que intenta configurar elaborar y articular un pensamiento que ilumine el proceso de lectura de los datos de campo trabajados.

Para poder establecer este diálogo, se identificaron *conceptos ordenadores*⁶⁸ de estos cuerpos teóricos, los cuales son puestos en contexto y tensionados, epistémicamente, en el.

Este tensionamiento permitió, por un lado, *problematizar* las múltiples articulaciones posibles que en la realidad concreta puede tener este fenómeno social del cuidado de enfermería como profesión en su producción simbólica; y por el otro, conformar un eje categorial como ángulo de lectura. Es este ángulo de lectura el que permite tejer una red argumentativa con especificidad

⁶⁸ .- Los conceptos ordenadores cumplen función metodológica. Para ampliar sobre este tópico ver Zemelman Hugo "Horizontes de la razón I" .Cap. V p.p 197.- Op. cit.

histórica que admita dar, buceando detrás de lo que se muestra⁶⁹, renovadas explicaciones al fenómeno que se estudia.

La especificidad histórica⁷⁰ - como referencia metodológica -, toma aquí presencia en los *micro espacios relacionales en la formación y práctica de profesionales del cuidado de enfermería con pacientes en terapia intensiva e infectados con VIH en ámbitos hospitalarios*.

Y, como se ha explicitado en el capítulo anterior, el hospital elegido para tal cuestión es el *Hospital de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*, hospital escuela de dependencia nacional y situado en el Distrito Federal⁷¹.

El conjunto de los conceptos ordenadores elegidos, configuran un eje articulador del pensar categorial⁷²y, para los fines de este trabajo, conforman un eje de conceptos estructurantes del trabajo y serán, como ya se dijera, significados a la luz de lo que se observa y en diálogo con algunos aportes teóricos que han permitido repensar y re-ver lo mirado.

Estos conceptos estructurantes, que a continuación se explicitan, conforman el cuerpo de este capítulo, y se desarrollarán en puntos subsiguientes:

☞ **Cuerpo** como mediación epistémica y metáfora social. Se visualiza a lo corporal como articulador del sujeto y su subjetividad con el mundo, así como de las organizaciones sociales que conforma.-

⁶⁹ .- Este movimiento del pensamiento refiere a lo que Hugo Zemelman denomina *pensamiento epistémico*. Ver "*Pensar epistémico y pensar teórico*". Mimeo 2002.- Publicación en prensa CELA. UNAM

⁷⁰ .- Para profundizar en este tema ver Zemelman, Hugo "*Historicidad y especificidad del conocimiento*" pp 169. Cap. IV. En "*Horizontes de la razón I*" Op. cit.

⁷¹ .- Este Hospital se encuentra en la llamada "zona de hospitales" entre San Fernando y la lateral de Periférico Sur (camino a Cuernavaca) de la Delegación Tlalpan. D. F México

⁷² .- Para ampliar este tema del pensamiento categorial y su función metodológica puede consultarse Zemelman, Hugo "*El pensamiento crítico y su expresión dialéctica*" en "*Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento*". Edit. El Colegio de México. Segunda reimpresión. 1997

- ✍ **Relación** como espacio potenciador de vínculos intersubjetivos; vínculos que pueden tomar forma de *dominación, subalternidad, subordinación o reciprocidad*.
- ✍ **Institución** como lo que da comienzo, establecimiento y forma a los grupos sociales. Es desde esta comprensión que institución evoca a la organización de *espacio y tiempo, pautas, reglas y normas* generando una cultura de las organizaciones y sus instituciones de referencia.
- ✍ **Violencia** como fuerza – simbólica o material - que irrumpe y rompe lazos sociales en tanto no hace sentido, dos de sus formas de expresión más importantes para esta investigación: *alienación y estrés*

2.- El cuerpo, un problema epistémico.

El cuerpo ha sido en esta investigación una fuente de develamientos constantes, proceso este que ha permitido redimensionar el compromiso de la antropología médica con el cuerpo en contexto y su emergencia como primera zona de acción⁷³, corriente de pensamiento que tiene lugar a finales del siglo XX.

Desde la perspectiva de estos análisis, la narrativa social que ha colonizado el cuerpo desde la modernidad eurocéntrica, tiene su simiente

⁷³ .- Esta corriente de pensamiento tiene su fuente mas importante en el pensamiento crítico, pensamiento desde el cual se realiza una relectura de los escritos de Durkeim sobre la teoría de la anomia, la teoría de la alienación de Marx, los trabajos de Freud y los de Foucault. Otro aporte importante lo dan las teóricas del género. Ver Lock, Margaret and Scheper-Hughes, N. "A *Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*". En Carolyn F. Sargent y Thomas M Jonson comp. "*Hand book of medical anthropology. Contemporary theory and method*". Edit. Green Wood Press. 1996. -

epistémica en el dualismo cartesiano, enfoque que separa la mente del cuerpo, el espíritu de la materia y lo real (lo medible) de lo no real. Esto generó en el imaginario social, una particular percepción del cuerpo, como escindido y ausente en la configuración de la realidad, asumiendo una función básicamente instrumental en la preponderancia del capitalismo moderno. En esta postura, aún hoy vigente en el tratamiento de la corporeidad como objeto de mercadeo, el cuerpo pasa a ser parte de la gran metáfora del pensamiento positivo y moderno: el mundo como la gran máquina del progreso.

Si bien esta postura tiene gran presencia en términos prácticos y teóricos en la vida cotidiana actual, la lucha y desarrollo del pensamiento crítico en los estudios sociales, ha tenido un gran impacto en la ruptura con este paradigma y su narrativa social. Para la antropología social crítica, y específicamente para la antropología médica, esta ruptura se ha convertido en una empresa radical: todos los conocimientos relacionados con el cuerpo, la salud y la enfermedad son culturalmente contruidos, negociados y renegociados en un proceso dinámico a través del espacio y el tiempo⁷⁴. Un hecho siempre presente e irreducible para la antropología médica es :la conciencia del cuerpo humano.

Sin embargo, como se viene diciendo desde el capítulo I, y mas allá de estos debates entre posturas epistémicas, lo cierto es que hay una realidad innegable en la vida de toda persona, y es su existencia física y corporal. Su ser, su individualidad, su personalidad están condicionados, y viceversa, por su cuerpo. Nadie existe separado de su cuerpo. En este mundo material, no existe ninguna forma de existencia mental independientemente de la existencia física

⁷⁴ .-.Lock, Margaret and Scheper-Hughes, N "A *Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*". Op. cit.

de una persona. La creencia de que “todo está en la cabeza”⁷⁵ es la gran ilusión de nuestro tiempo moderno y occidental, ilusión generadora de enfermedades tanto emocionales como físicas.

Estas enfermedades tienen que ver, fundamentalmente, con que esta ilusión provoca una creciente des-historización del sujeto y un cada vez mayor desarraigo del cuerpo a su realidad, alienándose así el pensar y hacer, sofocándose el diálogo emotivo que este tiene como unidad.

El cuerpo como mediador epistémico traduce, a través de sus capacidades sensorio-perceptivas, cognitivas y motoras la información que el mundo le proporciona, y como unidad da una respuesta corporal que se organiza como pensamiento y expresión comunicativa. La disociación de estas dimensiones totalizadoras que determinan la vida humana, determinan también su destrucción, tanto subjetiva como colectiva, pues coloca al ser humano en una posición de exterioridad respecto del propio cuerpo, lo extraña de sí mismo por lo tanto, al no sentirlo propio, no se responsabiliza de él; y es la responsabilidad, el hacerse cargo de su propio cuerpo, el que lo hace cuidarlo. Esta disociación se verifica a nivel social, en la ruptura con el equilibrio ecológico y la incapacidad de sentir estas desestabilizaciones, incapacidad que torna a los sujetos sociales cada vez menos responsables de lo que sucede, rompiéndose de esta manera las dimensiones totalizadoras que determinan la vida humana.

Otros de los ámbitos “descarnados”, es decir “sin cuerpo”, en la construcción de la narrativa moderna, es el propio lenguaje considerado “serio” o “científico”. Los enunciados en esta narrativa, legitimada y excluyente, son

⁷⁵ .- Para ampliar este tópico ver Lowen, Alexandre. “*La depresión y el cuerpo*”. Op. cit.

enunciados sin sujetos⁷⁶. Prescinden de la necesidad de incorporar en su discurso a quien habla, desde qué lugar lo hace, con qué propósito y desde qué perspectiva. La mayor parte de las publicaciones científicas recurren a un estilo aséptico e impersonal donde abundan los "se sabe" o las afirmaciones genéricas del tipo "La neurología actual nos dice (...)" o "la ciencia actual confirma (...)". Detrás de su aparente claridad, si se reflexiona acerca de este modo de construir conocimiento, puede observarse que los sujetos de estas enunciaciones son entes abstractos; "la neurología" o "la ciencia" no hablan, solo éste neurólogo, o aquél científico pueden hacerlo. En suma, en el discurso de la modernidad el lugar de la enunciación es ocupado por un sujeto abstracto y universal y de esta manera se escamotea la responsabilidad de quien habla por su propio decir, cuestión nada menor si se dimensiona en sus aspectos políticos y económicos.

Desde el punto de vista epistemológico los señalamientos que se vienen haciendo, del "lugar de la enunciación", se relacionan con la necesidad de cuestionar la distinción clásica sujeto-objeto y su correlativa separación cuerpo-mente. Las concepciones contemporáneas sobre estas dicotomías clásicas han llegado a un punto de no retorno al cuestionar la supuesta independencia de cada uno de los términos constitutivos de estas polaridades que, como se indica al comienzo de este punto, en la modernidad han sido pensadas como separadas, disociadas, desconectadas. Al cuestionar la polaridad excluyente sujeto-objeto o su equivalente cuerpo-mente avanzamos hacia un nuevo espacio epistémico. Ya no se trata de indicar nuevos lugares en el viejo mapa de la modernidad, por el contrario, los desarrollos contemporáneos exigen la recreación de un nuevo

⁷⁶ .- Una muestra de esto que se afirma es la manera en que se redactada esta investigación. El sujeto del enunciado se desdibuja en un texto impersonal.

espacio de conocimiento donde cuerpo-mente, sujeto-objeto, materia-energía son pares co-rrelacionados y no oposiciones de términos independientes. Sólo en un nuevo espacio cognitivo podrán cobrar sentido las producciones teóricas e instrumentales de este fin de siglo: la simulación y la realidad virtual, las redes sociales y las tramas urbanas, el cuerpo emocional y la mente corporalizada⁷⁷.

En este marco de significaciones, cabría preguntarse, ¿qué se entiende por cuerpo en este trabajo?, entendimiento que abarca tanto al significante "cuerpo" como a su significación social, para poder comprender así cuales podrían ser las posibles continuidades y discontinuidades en la formación y práctica del cuidado de enfermería en relación a su objeto de trabajo: el cuidado del cuerpo en situación de riesgo en ámbitos hospitalarios.

2.1.- Una forma de comprender al cuerpo.

Ya Spinoza⁷⁸ en el SXVII proponía a los pensadores de su época un nuevo modelo desde el cual pensar al mundo: el cuerpo. Desde su propuesta, aun hoy nos dice: *"no sabemos lo que puede el cuerpo..."*, y esta declaración de ignorancia es una provocación: hablamos de la conciencia y de sus decretos, de la voluntad y de sus efectos, de los mil medios de mover el cuerpo, de dominar el cuerpo y las pasiones, pero *"no sabemos ni siquiera lo que puede un cuerpo"*. A falta de saber, gastamos palabras. Como diría Nietzsche, nos extrañamos ante la conciencia, pero *"mas bien es el cuerpo lo sorprendente"*⁷⁹

El cuerpo es así un espacio insoslayable, mas aún cuando el problema que se intenta develar está vinculado al cuidado de cuerpos enfermos.

⁷⁷.- La cuestión del cuerpo y el lenguaje desarrollados en estos dos párrafos fueron sugeridos de la lectura de las clases del Programa de Seminarios por Internet. *"Fronteras de la Corporalidad"* dictado por Denise Najmanovich. <http://psiconet.com/seminarios>

⁷⁸.- Spinoza, Baruch (1632-1677). Uno de sus textos mas importante es su *"Ética. Tratado teológico-político"*. Edit. Porrúa. México. 1998

⁷⁹.- Deleuze Gilles *"Spinoza: filosofía práctica"* Edit. Tusquet. Barcelona. 2001 pp 28

Como ya se dijera en el capítulo I, la semántica de *lo corporal* se registra en esta producción en tres dimensiones: lo somático⁸⁰, lo orgánico y lo físico; registros que se abren a la naturaleza, al cuerpo y al instrumento; y se activan⁸¹ ante la situación vivida por el propio cuerpo afectado por su contexto biopsicosocial.

El cuerpo entonces es una unidad viviente, histórica y articulada que se autorregula y organiza bajo los principios de generación material, de dato de lo real y de disposición y reconfiguración simbólica. *No es un fenómeno estático ni autopoietico, sino un modo de intencionalidad, una fuerza direccional y un modo de deseo*⁸².

Es desde esta unidad, intencional, deseosa y deseable que se proyectan "síntomas" que dan cuenta, que comunican dando pistas de los sucesos que viven él o los sujetos, de las organizaciones que transitan y del tiempo histórico social del que son emergente.

Sin embargo este "cuerpo", no puede identificarse sin más con el cuerpo que se experimenta. Entre significante y significado media una transformación existencial, y esa transformación es viabilizada por lo que otorga significado: el lenguaje con el cual el sujeto y su subjetividad se hacen vitalmente presentes. No es posible pensar un cuerpo viviente sin lenguaje, el lenguaje es el yo-piel⁸³ del cuerpo que siente.

⁸⁰ .- "*Soma no quiere decir cuerpo, significa yo, el ser corporal. Soma está vivo: siempre está contrayéndose y asimilando, recibiendo energía y expeliendo energía. Soma es pulsación fluencia, síntesis y relajamiento alternando con el miedo y la rabia, el hambre y la sensualidad(...)* Soma es todo lo que tú eres, pulsando dentro de esa membrana frágil que cambia, crece y muere" Thomas Hanna en "*Cuerpo y revolución*" citado por Sampayo Sonia. "*Cuerpo y aprendizaje*" en "*Soma*". Edit. Diario de Abordo. Montevideo. Uruguay. 1993

⁸¹ .- Assoun Paul-Laurent. "*Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma*". Nueva Visión. Buenos Aires. 1998

⁸² Butler Judith "*Variaciones sobre sexo y género*". En Lamas Marta. "*El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*". Edit. Porrúa – PUEG. 1997 (reimpresión)

⁸³ .- Didier Anzieu. "*El pensar. Del Yo -piel al Yo pensante*". Edit. Biblioteca Nueva. Madrid. 1995

En este sentido, el lenguaje no es un medio inerte, ya Barnett Pearce⁸⁴ ha señalado este **aspecto formativo del lenguaje** y destacado que nombrar algo es "en un sentido muy real, convocarlo a ser como uno lo ha nombrado".

Es por lo expuesto que no hay que confundir imagen del cuerpo con esquema corporal. El esquema corporal especifica al individuo en cuanto especie, da cuenta de su materialidad. La imagen de cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno, está ligada al sujeto y su historia⁸⁵, a sus construcciones de sentido y significado que articulan su visión de mundo. Por lo tanto a los lenguajes que acompañaron esa conformación simbólica e imaginaria.

La identidad física del cuerpo puede ser observada, la identidad psíquica de la imagen corporal es mucho más compleja en su conformación y podría decirse que, a lo largo de la vida humana, cada momento que implica crecimiento (en cada fase)⁸⁶ la elaboración de la imagen del cuerpo es parte de la construcción de esta identidad. Con este proceso identificador es fundante el diferenciamiento de las figuras primarias (madre, padre, etc.), diferenciación que se realiza por superación de umbrales de sentimiento de castración simbólica⁸⁷ que hacen al distanciamiento psíquico y que no siempre está ligado al distanciamiento físico.

Esta conformación simbólica e imaginaria a lo largo de la historia del sujeto va dejando marcas, señales que el cuerpo registra en su forma conciente

⁸⁴ .- Barnett, Pearce "Nuevos modelos y metáforas Comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad" en "Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad". Editorial Paidós. México. 1998

⁸⁵ .- Para profundizar en este punto se puede ver a Françoise Dolto "*La imagen inconsciente del cuerpo*". Paidós. España. 1990 (2ª edición).

⁸⁶ .- Françoise Dolto "*La imagen inconsciente del cuerpo*". Op. cit.

⁸⁷ .- .- Françoise Dolto "*La imagen inconsciente del cuerpo*". Op. cit.

e inconsciente, de manera que esta carga de significaciones da sentido explícito y latente, magmático y activo.

Indudablemente no es este el cuerpo de la modernidad, tampoco es sencillo hacer lugar a nuevas metáforas para poder abrir el conocimiento a nuevas narraciones. El mundo cartesiano estaba lleno de certezas, el mundo de hoy se mueve en otras perspectivas mucho más complejas, y por supuesto, todavía nuestro pensamiento está atado al modelo tri-dimensional de la lógica clásica con sus principios de identidad, no contradicción y tercero excluido.

El paradigma cartesiano y los procesos civilizatorios traducidos en la colonialidad del saber y del poder – como relaciones de posibilidad o de dominación – nos han dejado hoy vacíos de palabras para nombrar esta unidad holística y tener elementos más amplios que conecten y expresen las muchas formas en las que la mente habla a través del cuerpo y la manera en que la sociedad se manifiesta en el expectante lienzo de la carne humana. Una de las consecuencias de esta miopía de disociaciones ha sido la medicalización y la individualización, a escalas cada vez más insólitas, del padecer humano; ahistoriándolos y descontextualizándolos, en la búsqueda del control tecnológico del mismo más que en la de su comprensión humana.

Sin embargo, esta es una manera de leer y operar en el mundo, este ángulo epistémico, que como todo lo epistémico es político, descalificó y excluyó, en su gesta civilizatoria, otros saberes que conllevan otras posturas epistémicas. Estas posturas holísticas generan otras narrativas socioculturales, entre ellas podría señalarse la concepción de un todo armonioso en las que el cosmos y los órganos individuales del cuerpo humano son comprendidos como una unidad. Podrían señalarse también el pensamiento de las dualidades complementarias como entidades pares dentro de un todo en búsqueda del equilibrio como la

cosmología del ying y yang que se relaciona a otros pares como masculino-femenino, luz -oscuridad, calor-frío, etc. Aquí la búsqueda del balance relacional de un cuerpo en contexto es el camino a la sanación.

En este contexto hablar de cuerpo es mas complejo que la definición del objeto cuerpo definido en el marco de la modernidad, implica un **cuerpo multidimensional**: un cuerpo a la vez material y energético, racional y emocional, sensible y mensurable, personal y vincular, real y virtual, un cuerpo de experiencia, vivencia y autoorganizado que participa de un mundo también complejo; un cuerpo que, como mediador epistémico referencial, es parte del mundo que conoce. La experiencia es de cuerpo presente y de cuerpo a cuerpo. Es en la experiencia de estar con otros cuerpos en coordinación de coordinaciones que se construye la experiencia de estar con otros, uno no queda fuera del espacio posible de ser con otro. La exterioridad es aquí alteridad⁸⁸.

Pero la alteridad como alter, como alternativa que es un no yo, trae e implica la diferencia, la alteridad es incluyente; la diferencia es parte de esa alteridad. Y este es un modo de comprender el cuerpo sexuado. Cuerpo de diferencias - anatómicas y psicológicas - pero no determinantes de modos de saber del placer y del displacer, puesto que la corporeidad, en tanto sensible, se hace en esta tensión placer-displacer y construye simbólicamente el mundo de alteridades.

El placer y displacer al igual que la sexualidad son dimensiones humanas acorpadadas⁸⁹ pero imaginadas, representadas y reprimidas histórico culturalmente.

⁸⁸ - Un reflexión de gran riqueza al respecto la realiza Enrique Dussel . “*La alteridad o la exterioridad del sistema*” en “*Introducción a una filosofía de la liberación latinoamericana*”. Edit. Te-ixtli. Bogotá. Colombia.

⁸⁹ - Con este concepto se hace referencia a “corporeidad “, lo que rebasa a la idea de cuerpo en tanto contiene al esquema corporal, al imaginario corporal subjetivo y a la construcción social del mismo.

Cuerpo multirreferenciado, sexuado, epistémico y de placer (o displacer) conforman una red invisible – consciente o inconsciente – que configuran la dramática cultural de los seres humanos, dramática que hoy podemos llamar problemática de género.

2.2.- Cuerpo, sexualidad y género.

La relación cuerpo – sexualidad – género se vuelve relevante en tanto fenómeno social que afecta a sujetos concretos y su subjetividad y como tal, se imbrica en manifestaciones políticas, económicas y culturales que entrecruza a las instituciones sociales donde estos sujetos tienen presencia .

Es en este marco que el género, como categoría de análisis, se instala en los espacios de producción de conocimiento a partir del impulso del movimiento feminista; movimiento que interroga la institucionalización del rol asignado a la mujer y desarma mitos y ritos que naturalizan lo creado por las relaciones de poder dominante que sostiene la ideología patriarcal. Es desde este ángulo de conocimiento que se ahonda en la ruptura del sexo como parámetro que determina roles, funciones y conductas sociales; es decir, el dualismo cartesiano que ordena el mundo moderno y capitalista, es nuevamente repelido por el movimiento de los sujetos sociales concretos que reclaman para sí la opción de construir su propia sexualidad⁹⁰, su propio mundo de placer tanto íntimo como público. Sin embargo, no por instalada esta categoría deja de ser menos polémica.

Durante los años 70, el feminismo académico anglosajón promovió en la narrativa de sus posturas la categoría *gender*⁹¹. En América Latina, desde esos

⁹⁰ Sexualidad se diferencia de sexo. Sexualidad, en tanto verbo, alude al modo de hacer sexo; y sexo refiere a la actividad actuada genitualmente.

⁹¹ - Lamas Marta “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría “género”. En “El género: la construcción de la diferencia cultural” Op. cit.

tiempos a los actuales, el término se ha ido modificando en su significación tanto en el mundo académico como no académico, superando dificultades de traducción de sentido y de uso. De estos cambios en el sentido del uso de la categoría, lo que se ha mantenido como constante es la comprensión cabal de que la sexualidad es una construcción cultural tanto como lo son los roles sociales de hombre o mujer y, por ende, des-esencializa estos roles portadores de conductas instituidas, normatizadas y reguladas.

Desde la antropología, la comprensión de "género" o de "perspectiva de género" alude al orden simbólico con que la cultura de diferentes grupo sociales elabora la diferencia sexual⁹².

Indudablemente, la lucha por la liberación femenina es más que la liberación de lo femenino, la declaración de Simone de Beauvoir "no se nace mujer, se llega a serlo" conmueve también la estabilidad del ser hombres, la "identidad encarnada" es algo más que el sexo definido, y en este sentido el género se halla desalojado del sexo⁹³.

Género es un modo de nombrar al cuerpo como un locus corpóreo que implica no sólo construcción cultural sino también opción; el género es parte de un proyecto de ser. Así entendido, el género, es un acto de conciencia en tanto elección y una ética del vivir en tanto asumir responsablemente lo que el compromiso con esta elección trae, es sustantivo comprender que no hay un mundo de mujeres separado de los hombres y viceversa, la información de uno hace al otro, el género se coloca en el espacio "entre", se produce en la dialéctica de lo que el sexo condiciona pero no determina, es resultado de las

⁹² .- Lamas Marta "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "g[é]nero". En "El género: la construcción de la diferencia cultural" Op. cit.

⁹³ .- Butler Judith "Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault" en "El género: la construcción de la diferencia cultural" Op. cit.

relaciones sociales entre los sexos y esto implica juegos de poder - como posibilidades vinculares -.

En este marco de significaciones, se diferencia claramente sexo y sexualidad de género, y se diferencian como dimensiones humanas que hacen referencia a distintos órdenes. El sexo es de orden biológico y se refiere a la genitalidad; en este nivel es obvia la diferencia de ser; la diferencia es aquí anatómica mas que simbólica, y ha sido nombrada socioculturalmente como diferencias sexuales.

Sexualidad, como ya se dijo, tiene que ver con la práctica erótica que del sexo hacen los sujetos humanos y el o los modos de construir esta práctica. En este sentido es de orden simbólico; práctica que ha sido y es un espacio de lucha con el orden dominante de la ideología patriarcal que normatiza la heterosexualidad como única forma de sexualidad posible.

El género, como se viene explicitando, es una construcción cultural mas compleja, y el entenderlo "desalojado de sexo" hace referencia a la construcción no solo de la sexualidad sino que abarca la producción imaginaria que se da en la relación humana, en la relación de lo que se nombra como femenino o masculino. El género es una categoría incluyente donde se establece un juego de espejo (no especular) entre lo femenino y lo masculino; donde lo femenino es desde lo masculino y viceversa, lo que no es lo mismo que lo que la ideología patriarcal, por definición excluyente, naturaliza como hombre o como mujer; descarnado así, con todo lo que ello implica, a la relación humana y su capacidad sensitiva y por lo tanto creativa.

El género historiza al locus corporal y en este sentido Jean Scott distingue, como elementos constitutivos en el análisis social del género, cuatro elementos organizadores⁹⁴:

- 1) Los símbolos y los mitos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples
- 2) Los conceptos normativos que manifiestan reglas y ordenamiento
- 3) Las instituciones y organizaciones sociales; lugar y función de los roles
- 4) Identidad. Subjetiva y genérica de grupo

Una dimensión que puede leerse a través de estos cuatro elementos organizadores, y del desarrollo de este punto en general, es la dimensión de lo erótico, de lo que produce placer y displacer, lo que se reprime y sofoca para poder "ser" o para "deber ser". Esta es una dimensión determinante en la ética del género mas allá del análisis social y cultural que este merece, y es esta dimensión la que en gran medida conecta al sujeto con su deseo y lo vuelve necesidad existencial, no sólo de elegir su sexualidad sino de elegir cómo vivir su opción en término de relación social. Es esta capacidad de sentir la que puede permitir fluir el paso de la rebeldía⁹⁵.

2.3.- La ética del placer⁹⁶

La importancia de este punto podría desprenderse de la siguiente frase de Leszek Kolakowsky *"quien controla tu placer te controla a ti"*⁹⁷

¿ Qué es el placer?, ¿Dónde se encuentra?. ¿Qué poder tiene que puede controlar a otro?.

⁹⁴ Scott W. Joan "El género: una categoría útil para el análisis histórico". en "El género: la construcción de la diferencia cultural" Op. cit.

⁹⁵ Kristeva Julia "El porvenir de la revuelta". Edit. Fondo de Cultura. México 1999

⁹⁶ .- Este es el título del exquisito texto de Graciela Hierro "La ética del placer" . Diversa 16. Edit. UNAM – PUEG. México 2001.-

⁹⁷ .- Citado por Hierro Graciela "Conclusiones" en "La ética del placer" . p.p 145. Op. cit.

Indudablemente el placer es una de las dimensiones políticas más fuertes y rupturista por la cual los seres humanos adquirimos el poder de dominar, de controlar o de florecer, rebelarse y autonomizarse. El placer es la capacidad de conectarse reflexivamente con el deseo y traducirlo en sensación propia y exteroceptiva, en este sentido es un acto de conciencia de sí y para sí en prácticas de sentido. Quizás por esto el capitalismo y su ideología patriarcal hizo del placer un pecado, y un pecado fundado fundamentalmente en la mujer, y su cuerpo, como fuente del mal.

¿Por qué en la mujer?

Es probable que la propia capacidad de fecundar, que como sino la determina en el rol de doméstica y domesticadora, ponga de relevancia su presencia pedagógica, más aún en nuestras culturas matrilineales; por otra parte, esta invisible acción pedagógica la hace parte ineludible en la organización de la subjetividad en todo ser humano. Lo cierto es que el placer es comúnmente vinculado a sexualidad femenina (mujer objeto) o una imagen instituida de lo femenino como dadora "de" (afecto, cuidado, leche, etc..)

Es bien sabido el rol de la mitología en la construcción de los imaginarios colectivos. Eva, la primera mujer que se corporiza en las sagradas escrituras de la religión occidental, conlleva esta doble representación la de seducción por el saber y el ser con otro como lo bueno en tanto erótico, es decir, en tanto aventura por conocer; pero también como el mal, en tanto ruptura con el orden establecido, en tanto capacidad para manipular al otro y disminuirlo en su ser.

El mal eso es, la instalación del *miedo a dejar de ser o verse disminuido en el ser*⁹⁸, es en esta contradicción que aún hoy el placer se mueve entre el miedo y la libertad.

Lo cierto es que el placer anida en el cuerpo erogeneizado y en la capacidad para elegir y sostener lo que da placer. Un cuerpo anestesiado no puede entender a la ética del placer en tanto es un cuerpo normatizado, reglado, vaciado de sí, y la ética alude a la capacidad de elegir, a la capacidad de construir una elección como proyecto, como opción de vida, y no se puede elegir autónomamente sin conciencia de sí, sin afectación psíquica y material. El placer como ética viene unido a un estado de conciencia.

También el psicoanálisis, desde sus orígenes, ha dado lugar a la erótica como descubrimiento doloroso pero placentero en tanto camino a la autonomización, en tanto sublimación del principio de placer en principio de realidad. Eros, o principio de placer, desbocado es tan riesgoso como su contrapartida, Tánatos o instinto de muerte. De alguna manera, para Freud la historia del hombre es la historia de la represión y conceptos tales como sublimación, identificación, proyección, represión, introyección implican la mutabilidad de los instintos en la permanente búsqueda del placer, en este sentido, la sustitución del principio de placer por el principio de realidad es el gran suceso traumático en el desarrollo de hombres y mujeres⁹⁹. Sin embargo, el principio de realidad no suspende al placer, sino que implica a la ética del placer en tanto conciencia de opciones que se articulan a la realidad concreta con sentido subjetivo y trascendente.

⁹⁸ .- Es este un modo sutil de conceptualizar el miedo. Hierro Graciela "*La ética del placer*" p.p 24 Op. cit.

⁹⁹ .- Para profundizar esta temática ver Marcuse Herbert "*Eros y civilización*". Edit. Planeta. 1986 coedición mexicana.

Para Freud la sociedad se organiza sobre la base del complejo de Edipo, cuando el padre es asesinado, por asociación de los hermanos, se instituye la ley; para la iglesia católica sobre el pecado original provocado por Eva y Adán, una y otra creencia se encuentran en la culpa. La culpa ha sido uno de los principios reguladores de la sociedad occidental. A más capitalismo de lógica civilizatoria¹⁰⁰, mas culpa que se dirime en la tensión inclusión/exclusión; a mayor culpa, más alineación heterónoma; a mayor alineación, más desconexión del sujeto en la búsqueda de placer ético, reflexivo, conectado a su capacidad creativa; esto es en gran medida el *ajuste* semántico y pragmático de la época. Ajuste que vincula "recorte" del sujeto y su capacidad creativa, de opciones y de placeres en el orden capitalista.

Desde ya, estas articulaciones no son causales, están multimedias por variables culturales, políticas y económicas pero que, en definitiva, alienan al sujeto en la confusión de placer con logro, satisfacción de necesidades mercadotécnicas con satisfacción de necesidades radicales¹⁰¹, etc.

El placer derrota al miedo que conlleva el mal, y es la ética del placer una forma de existencia material y simbólica que lucha por la autonomía y la capacidad de ser en el marco de la existencialidad de un sujeto social. El sofocamiento y olvido del placer, sofoca y olvida lo que en los sujetos hay de rebeldía, de búsqueda, de soltar las alas de la imaginación y por ende, tecnologiza al sí mismo y aliena su conducta robotizando su hacer cotidiano. Esta ideología se asienta en lo que podríamos llamar: la pedagogía del bonsái¹⁰², porque manipula mutilando la raíz principal de un ser viviente - como lo es un

¹⁰⁰.- Quintar Estela "*Colonialidad del pensar y bloqueo histórico en América Latina*". Publicación en curso. CELA. UNAM. 2001

¹⁰¹.- Héller, Agnes "*Una revisión de la teoría de las necesidades*". Edit. Paidós. México 1996

¹⁰².- Quintar Estela "*¿Qué sentido tiene la investigación educativa en el actual contexto histórico social?. Inflexiones y reflexiones*". Conferencia. Universidad Marista de Querétaro. Julio 2004

árbol -, de manera que al final parece, pero no es, lo que puedo haber sido; es un bonsái, una unidad viviente minimizada técnicamente, reducida su forma, mutilada su expansión. El placer es lo que permite enraizar al sujeto a su realidad, dándose y dando cuenta de sus multirreferencialidad y su capacidad de transformación de la realidad..

2.4.- Cuerpo, género y profesión en el cuidado de enfermería.

Si se piensa el cuidado de enfermería desde estas coordenadas de pensamiento, el mapa cognitivo adquiere relevancia inusitada, más aún si se atiende a la conformación histórica, en el orden de las representaciones, que significa a esta profesión, profundamente vinculada a la mujer: como imagen y acción de cuidar; el servicio hasta el olvido de sí; a la maternalización que el cuidado reivindica para sí y el sustrato *piadoso* que acompaña el servicio a los demás aunados a los propios procesos civilizatorios con los que se configuró México y América Latina.

¿Cómo está presente el cuerpo multirreferenciado, sexuado epistémico y de placer (o displacer) en la formación y práctica de profesionales del cuidado de enfermería?, ¿Qué tanto el cuerpo sigue los pasos del cartesianismo positivista en la relación sujeto-objeto o la perspectiva crítica del cuerpo contextualizado y de conciencia corporal que implica alteridad?, ¿Qué se reprime y que es autónomo en el cuerpo de las y los enfermeros?, ¿Cómo se registra el placer - en el trabajo, en el cuidado del propio cuerpo, en las relaciones interpersonales en el cuidado de enfermería?, ¿Cómo es vivida la sexualidad?, ¿cómo se asume el género en las identidades encarnadas de los sujetos que se desempeñan en el cuidado de enfermería?, ¿Qué se registra y qué se naturaliza en el cuerpo y/o los cuerpos en la práctica de cuidado de enfermería?

2.5.- El cuerpo como metáfora social.

El cuerpo como se viene entendiendo, se reaccúa en dimensiones sociales que metafóricamente se denominará: de los tres cuerpos¹⁰³.

Estos cuerpos aluden a los niveles de acción del sujeto. en el nivel mas evidente se encuentra el cuerpo individual, desarrollado en el punto anterior. un segundo nivel de análisis es el cuerpo social, referido a los usos representados del cuerpo como símbolo compartido con el cual pensar la naturaleza, la sociedad y la cultura. el cuerpo saludable ofrece una visión integrada, de totalidad en equilibrio dinámico; el cuerpo enfermo ofrece una visión de desarmonía, conflicto y desintegración social. recíprocamente, la sociedad enferma o saludable ofrece un modelo para entender al cuerpo.

En el tercer nivel de análisis está el cuerpo político referido al control, regulación y vigilancia de los cuerpos (individuales y colectivos). la estabilidad del cuerpo político descansa en su capacidad para regular a la población (el cuerpo social) y disciplinar a los cuerpos individuales.

El cuerpo se transforma así en un concepto heurístico que permite transitar y articular el movimiento de y entre estos cuerpos.

2.5.1.- El cuerpo social.

El cuerpo como unidad y totalidad en movimiento, tiene una presencia simbólica innegable en la cotidianidad de los sujetos históricos que conforman los grupos sociales. Esta presencia, conciente o inconsciente, puede visualizarse en la propia red semántica que cohesiona y sostiene el imaginario colectivo mostrando, una vez más, el lugar de la corporeidad como referente epistémico.

¹⁰³ .- . Lock, Margaret and Scheper-Hughes, N "A *Critical-Interpretative Approach in medical Anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*". Op. cit.

Modos de nombrar como la izquierda, la derecha, latencia, orgánico, etc. o de situacionalizar emociones y sensaciones en órganos tales como hígado (rabia, coraje), gastritis (tensión, estrés)¹⁰⁴ hacen presente la construcción simbólica de lo corporal en la construcción social. El cuerpo, como Mary Douglas¹⁰⁵ ha observado, es una representación natural que provee de gran riqueza metafórica y sostiene visiones y versiones de la sociedad y sus modos de relación.

Los fluidos, componentes y dinámica corporal dan pasos a significaciones que reflejan estas miradas en el modo de comprender a la sociedad: sangre¹⁰⁶, leche, lágrimas, etc. pueden usarse como dispositivos cognitivos para representar las relaciones naturales, supranaturales, sociales y aún espaciales.

La comprensión epistémica del cartesianismo positivista, por ejemplo, tuvo su peso determinante en la versión no sólo de la realidad y su organización sino también, como se ha dicho, marcó un modo de aprehender el cuerpo individual y social. La dicotomía mente-cuerpo y la alienación del cuerpo-objeto, propia de la sociedad capitalista contemporánea, puede asociarse no sólo al pensamiento reduccionista post cartesiano sino que también a lo que esto trajo como práctica social, práctica que escindió el trabajo intelectual del manual dividiendo y ordenándolo jerárquicamente.

Esta división de lo humano y del trabajo es alienante¹⁰⁷, una muestra de esto es la ecuación simbólica entre humanos y máquina¹⁰⁸ originadas en las

¹⁰⁴ .- Un texto revelador a este respecto es *"El camino a la enfermedad"*. Thorwald, Dethlefsen y Rüdiger Dahlke. Edit. Plaza y Janes. México 1999

¹⁰⁵ .- Citado por Lock, Margaret and Scheper-Hughes, N , N *"A critical-interpretative approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent"*. Op. cit.

¹⁰⁶ .- Como ejemplo de esta lectura podría citarse el gran ensayo sociológico y político de Eduardo Galeano *"Las venas abiertas de América Latina"* SXXI 1971. Y otros textos del mismo autor tales como: *"Patatas arriba. La escuela del mundo al revés"*. 1998; *"El libro de los abrazos"*. Edit. Catálogos. 2002 (reimpresión)

¹⁰⁷ .- Retomando los enunciados Marxistas al respecto.

sociedades industriales, o bien las actuales sociedades robotizadas; por el contrario, las cosmologías de los grupos sociales no industrializados hablan de un intercambio constante entre naturaleza y cuerpo y por supuesto tienen otras prácticas de sanación. Es común encontrar prácticas que tienen que ver con muchos "yoes" – como los Cuna de Panamá o los Zinacantecos (tzolziles de Chiapas) – y cuando uno de estos se pierde el cuerpo se enferma por la falta, la ceremonia de curación que busca recuperar ese faltante.

Otro ejemplo de esta relación entre cuerpos y naturaleza es la establecida entre los Quoyas de Bolivia, quienes viven al pie de la montaña y ellos y la montaña son unidad, el cuerpo "acorpa" a la montaña y viceversa, la montaña entonces, tiene tantas partes como las del propio cuerpo humano.

De igual modo, las actuales tendencias de organización de calidad en las organizaciones, tienden a ver a la organización como un cuerpo, aunque aquí el cuerpo se vincula más al cuerpo cartesiano en su tratamiento sistémico y funcional.

Indudablemente, estas metáforas dan cuenta de la mediación corporal y del sustento epistémico que estos cuerpos conllevan, y mientras estos simbolismos actúan sigilosamente, la organización micro y macrológica de nuestras sociedades se mueven al son de articulaciones representacionales que se naturalizan, actuando y reeditando visiones simbólicas de mundo, y acorpando procesos en el cual, de algún modo, la humanidad va quedando comprometida.

2.5.2.- El cuerpo político.

En la actualidad este es un cuerpo descarnadamente expuesto. El control por los cuerpos individuales y lo que ellos portan en su dimensión humana, es el gran

¹⁰⁸.- Un tratado en profundidad de esta temática plantean Deleuze Gilles y Guattari Félix en "*El Anti Edipo*". Op. cit.

objetivo de las organizaciones políticas creadas y recreadas por el orden capitalista¹⁰⁹. El gran cuerpo inventado por hombres y mujeres para su propia organización se transformó en gigante insaciable, el imperialismo traga cuerpos y el poder dominante se descontrola en su sed de dominación.

En este marco de significaciones, la relación entre cuerpo individual, social y político es más que una metáfora, es un problema de control y poder dominante, y esta tensión provoca fuerzas de resistencia, cambio o transformación pero también de lucha.

Cuando una comunidad se siente amenazada – real o imaginariamente – reacciona aumentando sus dispositivos de control¹¹⁰ regulando las fronteras limítrofes de cada uno de estos cuerpos y envueltos por el cuerpo político, es lo que podríamos denominar “efecto espín¹¹¹”, los cuerpos se cierran y protegen, lo que está adentro es bueno, lo que está afuera es malo.

Este control puede ser ejercido brutalmente a través del cuerpo individual¹¹² pero también del social, generando símbolos de protección y agudizando procesos de inclusión /exclusión, proceso que puede utilizar formas directas o mediáticas, pero lo cierto es que lejos se está del sentido de *comunidad* como forma de cuerpo político y social de nuestros pueblos originarios y mas lejos aún de una relación respetuosa con la naturaleza.

¹⁰⁹.- Un ejemplo de esto es la guerra de Irak-

¹¹⁰.- Un texto invaluable en este sentido es “*Violencia de estado y psicoanálisis*”. Janine Puguet y Rene Kaes. Edi. Círculo Editor. Bs. As. Argentina. 1993

¹¹¹.- Este es un animalito de zonas áridas que cuando se siente amenazado se envuelve en sí mismo – como un balón – e inmediatamente su caparazón se llena de espinas, de esta manera no es posible que sea tocado. Puede permanecer largo tiempo en esta condición.

¹¹².- Hay abundante bibliografía en América Latina que habla de la tecnología de las dictaduras en países del sur de América. Ver “*Nunca Más*”. Informe de la Comisión Nacional sobre la desaparición de personas. CONADEP. Argentina. 20° edición 1995 También se conoce documentación acerca de las atrocidades cometidas por antisemitismo durante la segunda guerra mundial, un texto lleno de esperanza por quien ha vivido estos horrores es Frankl Víctor “*El hombre en busca de sentido*” Edit. Herder. (21° edición). 2001 y ni que decir de los genocidios cometidos por limpieza ideológica o racial.

El estado de amenaza o el estado de violencia puede generar penetración y violación a los cuerpos – físicos y psíquicos - individuales y sociales que se simbolizan en entradas y salidas: las casa, sus puertas, accesos, cercas, etc. muchas de estas prácticas se suman a rituales protectores de oraciones y prácticas sociales que den sensación de control y seguridad personal y colectiva.

Por lo general, y mas aún en tiempos de crisis, las sociedades reproducen las características de corporeidad que necesitan, Turner (1980)¹¹³ formuló el concepto de “piel social” para nombrar los registros de las categorías sociales en el cuerpo, registros que emergen en formas y des-formaciones que se revelan como síntomas sociales y/o culturales que dan cuenta de la conciencia corporal colectiva.

Uno de los síntomas de la época es, por ejemplo, los trastornos de la alimentación: bulimia y/o anorexia; la necesidad de tragar y liberar, tiene que ver de algún modo con las exigencias de consumo e imagen que son contradictorios. Estos mensajes contradictorios impactan particularmente en la mujer, culturalmente hecha para complacer. Por un lado la exigencia es ser autocontroladas, económicamente productivas, “estar en forma” y por el otro ser afectuosas, sensuales, delgadas, jóvenes y exitosas. Ya que nadie puede ser controlado y hedonista a la vez, se generan fases de compulsión por comer, beber y usar drogas con ejercicio de purificación y vómito.

Así las enfermedades pueden ser síntomas individuales de emergencia sociocultural, otros ejemplos pudieran ser los infartos en población masculina entre 30 y 40 años, esto debido a la presión que ejerce la sociedad de consumo

¹¹³ .- Citado por Lock, Margaret and Scheper-Hughes, N , N “A *Critical-Interpretative Approach in Medical Anthropology: rituals and routines of discipline and dissent*”. Op. cit.

y su ideal de éxito social. O el síndrome de pánico como respuesta a la angustia socioeconómica.

¿Qué síntomas hacen los cuerpos de los profesionales del cuidado de enfermería en situaciones de alto riesgo?, ¿Qué comunican y frente a qué situaciones del cuerpo social y político?, ¿Cómo se articulan estos cuerpos en la emergencia organizacional de la institución hospitalaria?, ¿Cómo metabolizan o no la fantasmática de las actuales políticas públicas?

Es en las reflexiones que el desarrollo de este punto trajo que se hace imprescindible centrar un concepto estructurante, tanto epistémica como metodológicamente; se hace aquí referencia al concepto de **relación humana**.

3.- Relación, más que un acto, un espacio de construcción social.

Una de las preocupaciones fundamentales que ha orientado el desarrollo de este trabajo investigativo es saber a cerca de los procesos de construcción - subjetiva y colectiva - de relaciones sociales en determinadas prácticas como pueden ser: la formación de formadores; el cuidado de enfermería; el trabajo social; educación de adultos, etc.

Esta preocupación responde en gran medida al hecho de que, según como se articulen las relaciones humanas, se establecerán determinados *vínculos*¹¹⁴ entre sujetos: autónomos y potenciales en su capacidad creativa y de acción; o subalternos, minimizados y limitados en su acción reflexiva. Esto, sin lugar a duda, tiene una gran incidencia en la conformación de la estructura interna de los sujetos manifestándose en patrones de conducta: autónomas, creativas y activas; o dependientes, inseguros y temerosos, respectivamente.

¹¹⁴ .- Los *vínculos* son articulaciones simbólicas que colocan a dos o más sujetos en la misma corriente de conciencia. Esa conciencia de articulación se *catexiza*, se "carga" de una deferencia afectiva particular: amoroso, de odio, de dolor, de angustia, etc. Ver Pichón – Rivière "Teoría del vínculo". Edic. Nueva Visión. Buenos aires. Argentina. 1985

Si bien toda organización deviene en un orden de relaciones de jerarquías funcionales, pareciera ser que, las instituciones que se soportan sobre *relaciones asimétricas* como mandato social - como es el caso en salud: médico/paciente; enfermera(ro)/paciente; o en educación: docente/alumno¹¹⁵ -, los espacios vinculares - lo que implica "proyectos" comunes - son "instituidamente invadidos"; es decir institucional y legítimamente actuados desde un sentimiento de dominación en el vínculo dado por quienes tienen "mayor fuerza" otorgada por su rol institucional, minimizando el espacio del o los otros que se identifican como "debajo".

Lo dicho lleva a mirar los aspectos culturales que constituyen a lo que podría llamarse *cultura de la asimetría estatizante como fenómeno social*.

¿Qué se entiende por *cultura de la asimetría estatizante como fenómeno social*?

En primer término convendría explicitar lo que se asume como cultura. Por tal se comprende a la producción de sentidos y significados que se recrea simbólica y materialmente entre sujetos que, en su dinámica social e histórica, se movilizan y movilizan sus vínculos y relaciones estableciendo diferentes representación de sí y de sus roles sociales.

En esta dinámica cultural la *asimetría* es un proceso dinámico¹¹⁶ que hace referencia a los posibles diferentes "lugares" - internos y/o sociales - desde los

¹¹⁵.- Esta temática es desarrollada, para el ámbito educativo, en la tesis de Maestría en Investigación Educativa "Deseo de saber, deseo de ser. ¿Cómo opera el deseo en los procesos de enseñanza y aprendizaje escolarizado?". Estela Quintar. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile. 1999

¹¹⁶.- Por lo general, cuando se habla de "asimetría" se hace referencia a desigualdades que "fijan" un determinado tipo de relación, cuando en la realidad se puede constatar la multidimensionalidad de las relaciones humanas que hacen imposible su estatización en la tensión propia de lo simbólico y lo material, lo subjetivo - como configuración psíquica - y lo intersubjetivo; estas afirmaciones reducen y simplifican la movilidad de la asimetría como condición de la relación humana, por lo tanto intentar estabilizarla en el marco relacional es vaciar esta categoría de su condición de historicidad.

cuales se concretan los citados vínculos y relaciones socio históricas, en las distintas prácticas sociales cotidianas.¹¹⁷

En esta línea de reflexiones, hablar de *asimetría* no implica necesariamente a un modo específico de relación, como puede ser la subalternidad, la subordinación o la dominación sino que, por el contrario, estos *modos* son manifestaciones probables que puede asumir una relación, por naturaleza asimétrica. La asimetría es movilidad historizada en las relaciones humanas, hay en este sentido un juego de relaciones siempre desigual que se manifiesta en resistencia, poder, cooperación, articulación, etc. Una misma relación puede producir múltiples sentidos simbólicos y juegos vinculares, según su situacionalidad, pero hay un modo de vinculación que define la tendencia mas estable.

Pareciera ser que esta asimetría, en la gran mayoría de los países de América Latina, es vinculada a *orden* - jerárquico y/o simbólico -; por ejemplo, la enfermera en relación al médico; el alumno en relación al maestro; etc.- lo que abre un espacio de relación social violentada en tanto negación/invisibilización de la subjetividad de quienes se ubican en un lugar de subordinación estatizante en esta asimetría, generando así procesos simbólicos violentos (por lo general naturalizados y asumidos) de negación y/o autonegación de sí, desconectándose, en el proceso relacional, de aspectos sustantivos de la propia subjetividad de quienes intervienen en la relación que es siempre asimétrica. La violencia se hace presente al asumir un rol de negación de sí, rompiéndose el lazo social, perdiendo el sentido el sujeto, entrampado cada vez más por el rol que se estabiliza en un lugar imaginado.

¹¹⁷.- Aportes que abonan esta postura pueden encontrarse en Elias, Norbert "*Compromiso y distanciamiento*". Edit. Peninsula .España 1990.

En este marco de consideraciones, se define a esta emergencia como *fenómeno social* en tanto que su presencia rebasa experiencias sectoriales o puntuales de clase, género o tipificaciones delictivas para ser un “modo de organización e institucionalización”, y podría decirse que de “orden estructural” de los sujetos que configuran a las comunidades de nuestras sociedades, sostenido fundamentalmente por sus redes relacionales.

Es desde estas preocupaciones que se plantea como necesario observar las formas particulares de relaciones asimétricas que, en instituciones de países como los nuestros - patriarcales¹¹⁸ y militarizados -, se vienen configurando lo que, indudablemente, incide en los modos de “construir” estos espacios relacionales. Indudablemente, estos modos de relación, articulados a una lógica colonizante, se reeditan autopoieticamente¹¹⁹ en las prácticas sociales cotidianas, siendo un medio de organización fundamental.

Indagar acerca de la *cultura de la asimetría estatizante* como fenómeno social y su configuración relacional, intersubjetiva y social, convoca a repensar los espacios relacionales.

Los espacios relacionales, anidan y condicionan **relaciones intersubjetivas** en el proceso de construcción social, y por ende constituyen a la cultura laboral y cotidiana de las instituciones, en este caso de salud y de educación. Como se verá mas adelante estos son espacios privilegiados de producción de representaciones que, conjuntamente con la familia, desde que nacemos se ven

¹¹⁸.- Carreño, Reinaldo “*La organización de las proposiciones*” en “*El corazón del arco iris*”. Edit. CEAAL. Sgo. de Chile. 1994

¹¹⁹.- Este concepto es trabajado ampliamente por Maturana, Humberto en “*El sentido de lo humano*”. Edit. Hacchette 1993 y hace referencia a la constitución del sujeto biopsicosocial como procesos consientes e inconscientes de aprendizajes del mundo que se rearticulan sobre una matriz de conocimiento, sin modificar estructuralmente la matriz de aprendizaje.

mediadas por los múltiples aspectos que constituyen al sujeto: emocionalidad, cognición, corporalidad, etc.

Pero, ¿Qué se entiende por relación?, ¿Qué es una relación intersubjetiva?, ¿Qué constituye al espacio relacional?

3.1.- Un modo de comprender a la relación humana.

Por lo general, el concepto de *relación* se ha considerado, de manera confusa, como inter-acción. Aún en el propio diccionario de la real academia¹²⁰ se puede observar una tendencia a señalar acciones: "*Narración, referencia de un hecho*", "*correspondencia entre dos cosas*"; "*trato entre personas*", etc. sin embargo, y en el marco que ofrece la idea de asimetría como historización de las relaciones humanas, convendría problematizar, poner bajo sospecha esta comprensión generalizada.

¿Qué implicancias tiene la "relación" humana?; ¿Qué significados adquieren los diálogos y acciones posibles en una relación?; la relación ¿Es el acto de *estar con otro/a* como "acción" de "estar", o implica un movimiento en gerundio, como dice Kusch¹²¹, un proceso que nos hace *sentir un estar siendo*?

¿Qué se pone en juego en una *relación*?

Indudablemente, es un concepto epistémico central en el proceso de construir conocimiento. La historia de la ciencia, ha tejido la urdimbre de este "nombrar el mundo" desde esta función básica del sujeto y de su posibilidad reflexiva: "la relación" productiva entre el hombre y su mundo de vida.

La presencia de esta categoría: relación productiva ha sido determinante en la construcción de la realidad como organización simbólica de lo real; tanto en lo que podríamos llamar construcciones "monumentales" del saber moderno:

¹²⁰ - Diccionario Escolar de la Lengua Española. Edit. Espasa Calpe reed. 1995

¹²¹ - Rodolfo Kusch. "Obras completas" tomo I. Edit. Fundación Ross

de lo planetario, de las revoluciones y los grandes hitos sociales, de la naturaleza y la vida y su magia física y química, como en el nuevo giro que este incesante *deseo de saber* ha dado en la actualidad; en un corrimiento suave pero dramático e increíble que nos trae la segunda revolución¹²² de la ciencia y de la técnica: la revolución de lo *micro*.

La física nuclear y la biogenética o los estudios moleculares nos muestran que todo el mundo está en las múltiples “relaciones” que se establecen a niveles casi imperceptibles, pero definitivos; desde esos pequeñísimos niveles se va rediseñando nuestra propia geografía biológica y psíquica. De igual modo, las relaciones de producción se han modificado brutalmente a partir de los chips y la ingeniería electrónica. Siempre, en lo grande y lo pequeño del conocer, y del construir ese conocer, está presente el sentido y el acto de lo “relacional”.

Es desde esta mirada que se reivindica el concepto de “relación” como espacio de construcción “molecular” en la producción social de mundo, tratando de responder a una pregunta básica, ¿qué aspectos intervienen en su organización interna?. Es desde esta pregunta que se intenta un modo de adentrarse en el estudio de la relación humana.

3.2 ¿Qué es constitutivo de la “relación” intersubjetiva?

Hablar de *relación* es asumir, a mi modo de ver, la *recreación histórica de un espacio/tiempo vital que convoca, complica e implica procesos subjetivos en la producción de sentidos y de significados creadores de realidad*. Dicho en otros términos, *relación* es el espacio posible de *articulación de sentidos y significados que permiten crear y recrear mundos de vida*.

¹²² -. Schaff Adams “*Qué futuro nos aguarda*”. Op. cit.

Desde esta percepción la relación humana es un modo **de reconocimiento de otro, u otros (un no yo) y** sus manifestaciones significadas de deseos y necesidades.

El espacio de relación humana, se configura en lo potencial del sujeto, en tanto espacio físico y representacional que se abre a lo posible de ser construido - o destruido -. Es este espacio el que permite la viabilización a la producción significativa del hombre y sus lenguajes, mundo imaginario que le da sentido y se constituye en un presente siempre coyuntural¹²³.

De este modo, lo coyuntural, como **presente histórico y potencial**¹²⁴, se instala en el espacio de construcción simbólica micro (que configura y es configurado por lo macro). Siendo así, el espacio de la relación se conforma en ámbito de articulación de esquemas de esquemas de pensamiento, de esquemas de acción¹²⁵, de esquemas ideológicos, teóricos y de la propia cultura que los sujetos que intervienen en esa relación portan; esquemas que se ponen en juego y tensión ante la realidad vivida y nombrada. Se recrea así un espacio posible de acuerdos constructivos que dialectiza la dinámica sujeto/sujeto, sujeto/mundo.

Es aquí donde adquiere sentido la categoría de "acción social" de Schütz. Para Schütz no toda acción es social, sólo es social la acción que se establece en una cierta corriente de conciencia del otro; conciencia que se configura en

¹²³ - Coyuntura entendida como "un corte en el tiempo que sirve de referencia para construir el conocimiento desde el "hacerse" de la objetividad; de ahí que la coyuntura represente una mediación entre conocimiento acumulado en estructuras teóricas y la alternativa de praxis adecuada al quehacer de una opción definida como posible"... "la capacidad de reconstruir lo objetivo desde la coyuntura, la que, en vez de reducir lo posible a lo dado, abre lo dado a lo posible". Zemelman Hugo. Cap.I p.p 27 en "Horizontes de la razón I" Op cit.

¹²⁴ - Acerca de esta temática se puede consultar Zemelman Hugo "Necesidad de conciencia". Edit. Anthropos. Barcelona. España. 2001

¹²⁵ - De esquemas de pensamiento y de acción hablan respectivamente Piaget, Jean "El desarrollo del pensamiento en el niño" publicaciones varias; y Pichón Rieviere, Enrique en "Psicología de la vida cotidiana". Edit. Nueva Visión. Bas. As. Argentina. 1995 (reedición)

sucesivos procesos de darse cuenta que permiten abrir una dinámica de interpretaciones mutuas y orientarse a un proyecto de sentidos.

“Hablo de otra persona como ubicada dentro del alcance de mi experiencia directa cuando ésta comparte conmigo una comunidad de espacio y una comunidad de tiempo...” y es la conciencia de esa común - unidad que nos permite percibir al otro y su corporeidad como texto donde se manifiestan los *“síntomas de su conciencia íntima”*.¹²⁶

La relación *“cara a cara”* adquiere aquí una relevancia sustantiva y enigmática. ¿Toda relación *“cara a cara”* implica conciencia de sí y del otro?

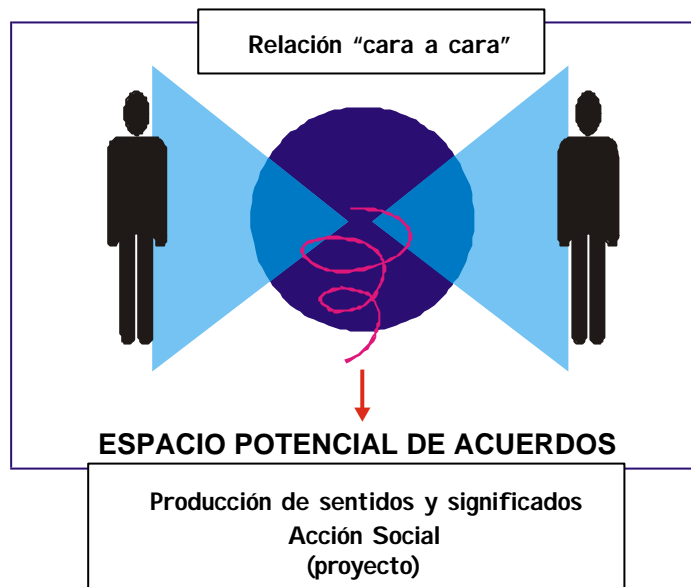
Definitivamente no, la relación *“cara a cara”* que implica *“acción social”* es necesariamente significativa y conlleva un grado mínimo de conciencia de sí y del otro, como semejante y diferente, y tiene como exigencia la *“lectura”* de significaciones que comunican los cuerpos en contexto y sus narrativas sociales.

Es en este sentido que la *“acción”* implica proyecto, futuro; a diferencia del *acto* y la *conducta* que se asocian al reconocimiento de conductas realizadas (actos) o a movimientos de sentido acotado a fines inmediatos.

El desafío es romper una relación de *“contemporaneidad”*, de *“orientación - ellos”* para rehacerse en *“congéneres”*, como *“orientación - tu”*. Es esta acción directa, en la experiencia de *estar siendo* - y re haciéndonos - con el otro que podemos renovar historizadamente *“horizontes de sentido”*.

Lo dicho podría reflejarse en el siguiente esquema:

¹²⁶.- Los párrafos en cursiva pertenecen al punto 33.- *“La situación cara a cara y la relación nosotros”* de Alfred Schütz. *“La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva”* p.p 192. Paidós. España 1993



¿Cuánto de "relación cara a cara" hay en el mundo hospitalario y más aún en situaciones de alto riesgo como son los espacios institucionales de terapia intensiva y atención a SIDA?; y ¿Cuánto de relación "cara a cara" hay en la formación de profesionales del cuidado de enfermería?; o ¿En la organización institucional?, ¿Cómo incide la construcción de estos espacios relacionales en la construcción de sujetos sociales de la salud y en la construcción de la subjetividad del profesional del cuidado de enfermería?

Este modo de comprender la relación sujeto/sujeto, sujeto/mundo, determina también un modo de **colocación** ante la realidad y lo que se quiere saber de ella, y por lo tanto de procedimientos epistémico/metodológico en la construcción de conocimiento sistemático.

Desde esta perspectiva, y en un intento por comprender la construcción (de sentidos y significados) de espacios relacionales en la formación y prácticas profesionales del cuidado de enfermería, esta colocación se ubica ante el espacio

en el que se dan las relaciones que constituyen al sujeto del cuidado de enfermería y sus mediaciones representacionales (con pacientes, familiares de pacientes, médicos, etc.) más que en las percepciones del sujeto en sí mismo o de un estudio clásico de las profesiones, entendiendo que el conocimiento es una producción de articulaciones de representaciones significadas por las múltiples mediaciones que se dan en la relación epistémica entre el sujeto y el mundo, mundo que crea la necesidad radical de ser des-cubierto. Es decir de develarlo para cubrirlo con lenguajes y representaciones simbólicas que lo nombran.

Lo dicho nos lleva a reconstruir, desde el concepto de relación desarrollado, una categoría particular que centre el análisis de las relaciones sujeto/sujeto; sujeto/mundo, definiré esta categoría como: **espacio relacional**.

Se comprende por **espacio relacional** al *ámbito de construcción simbólica - es decir de redes imaginarias de representaciones con sentidos y significados -, en el que se articulan "mundos de vida" y producciones materiales entre dos o más sujetos históricos*. Estas características hacen del **espacio** relacional un "vacío" convocante y difuso que demanda ser rearticulado. Es esta difusión lo que da una nueva característica a este espacio, el de espacio **transicional**¹²⁷ por la cual se vuelve siempre liminar hasta que logra objetivar producciones de sentido material o imaginario.

Lo dicho pone de manifiesto que, lo que le ocurre a los sujetos con otros sujetos, desde sus historias constitutivas y el mundo, se escenifica en ese espacio, y por ende, se actúan los diferentes tipos de vínculos.

Es en este proceso de ***producción de sentidos y representaciones simbólicas***, que este espacio relacional se vuelve enigmático.

¹²⁷ .- Este es un concepto fundamental en la construcción de las relaciones humanas y sociales (construcciones objetuales) recreada por Winicott, Donal. Ver "*Realidad y juego*". Edit. GEDISA 2001 (Octava reed.)

¿Cómo y qué se configura en estos espacios en la cultura laboral del cuidado de enfermería para que se articulen vínculos tales como de subalternidad, de autonomía o un híbrido de relaciones?, ¿Podrían señalarse algunas continuidades que identificaran la construcción de estos vínculos en especial en la formación de profesionales del cuidado de enfermería?

¿Qué tendencias vinculares sostienen a las instituciones hospitalarias en sectores de alto riesgo?; ¿Cuáles son los aspectos culturales, políticos y económicos que inciden en estos espacios relacionales?

3.3.- Espacios relacionales, categoría de análisis existencial y espacio de configuración social.

Lo hasta aquí expuesto, compromete al espacio relacional como coyuntura constitutiva de lo social; entendiendo que lo social es una articulación histórica de tres dimensiones que el hombre en sociedad recrea: la dimensión política, la económica y la cultural. Es desde esta perspectiva que se considera al espacio relacional como fenómeno social.

La importancia de mirar *los espacios relacionales como fenómenos sociales* no sólo radica en revalorizar a estos espacios relacionales como objeto de conocimiento, sino que permite - en su complejidad histórica - asumir que las relaciones que se establecen en lo micro social reflejan y contribuyen a configurar las relaciones macro sociales.

Así el *espacio relacional* que se establece entre sujetos es, en sí mismo, un problema teórico que implica la comprensión de la vida humana en sociedad; la existencia de un sujeto se concreta en la sujeción a los otros, sujeción mediada por múltiples significaciones tanto cognitivas como emocionales y materiales.

Es en el existir – que siempre es con otros – que se genera cultura, historia, modos de producción y formas de organización que generan el imaginario social que nos identifica y contribuye a definir identidad y pertenencia; cuestiones fundamentales en los grupos sociales.

Los procesos culturales responden a un *modo de estar siendo y haciendo realidad* de un grupo humano, y en este sentido se afirma con Clifford Geertz *“que el hombre es un animal inserto en tramas de significaciones que él mismo ha tejido,... que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones. Lo que busco es la explicación, interpretando expresiones sociales que son enigmáticas en su superficie”*¹²⁸; expresiones que se visualizan en situaciones humanas concretas, e históricamente condicionadas, que convocan a ser develadas.

El *“análisis antropológico como forma de conocimiento social se configura en cierto tipo de esfuerzo intelectual: una especulación elaborada en términos de... “descripción densa”*¹²⁹ y de interpretación profunda de lo que crean y recrean los seres humanos entre sí, representando esto un desafío al conocimiento como *sutileza*¹³⁰ de develamiento de lo que se oculta detrás de lo que se muestra, en el fluir de la vida cotidiana de los distintos grupos humanos.

¹²⁸.- Geertz, Clifford. *“Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura”* y *“La interpretación de la cultura”*. Edit. Gedisa. Barcelona. 1997 (reimpresión)

¹²⁹.- Geertz, Clifford Op. cit.

¹³⁰.- *Sutileza* como *“fecunda noción* en la construcción de conocimiento científico, término acuñado en la *edad media* por Juan Duns Escoto, quien señalaba que ésta (noción) *consiste en encontrar siempre una posibilidad en donde otros no la veían. Se trata pues de una sutileza para interpretar, de una agudeza para comprender, de una capacidad para erigir nuevas miradas, ganada no desde ningún lado, sino desde una tradición de pensamiento y de prácticas endeudada con otras tradiciones, acaso ya superadas, pero con quienes se han planteado continuidades y también serias rupturas.*” Las letras en cursiva pertenecen al Programa de *“Tradiciones Teóricas en antropología”*. Rodrigo Cruz Díaz. CIESAS. Doctorado en antropología social. 1º Semestre.

Este diálogo que se establece en el espacio de articulación de esquemas que es el espacio relacional como fenómeno social y producción de cultura incluye a los modos de producción que los sujetos activan en relación a sus condiciones materiales. El orden capitalista de la época impone determinados modos de producción que se manifiestan, indudablemente en la complejidad económica que las transacciones de intercambio traen consigo y condicionan fuertemente a las organizaciones institucionales. En la actualidad esto se puede constatar a través de tres conceptos estructuradores del imaginario social: productividad, eficiencia y calidad, tres constructos que modifican, alteran y rearticulan significaciones en los espacios relacionales como productores de historia subjetiva y social. Es en este sentido que lo político, lo económico y lo cultural son dimensiones que en simultaneidad y multimediadamente se recrean en el espacio de la relación social como espacio "molecular"¹³¹ de lo social.

Es en este espacio "*socio molecular*", en el que se articula la existencia de los sujetos, en donde lo pequeño, lo cotidiano del encuentro con el otro y lo otro nos complejiza en procesos comunicacionales e imaginarios que necesitan de toda nuestra geografía tanto corporal como psíquica; tanto emocional como cognitiva.

El problema de la *complejidad del hombre como antropos* se sustenta en la dinámica que adquieren los espacios relacionales donde los seres humanos sentimos, pensamos y hacemos nuestro propio devenir y el de nuestros contemporáneos.

¹³¹ .- Simmel Georg "*La tragedia de la cultura*" en "*Sobre la aventura. Ensayos filosóficos*". Edit. Península. 1988

Adquieren aquí preponderancia tres dimensiones que constituyen al sujeto social: soma, comunicación e imaginación¹³², tres condiciones que nos hominizan.

El cuerpo - soma, como ya se explicitara en el apartado dos, como mediación entre el sujeto y el mundo, mediación que fluye desde la forma como espacio corporal que actúa como receptor perceptivo en lo que Didier Anzieu¹³³ ¡llama yo-piel" y Turner (1980) "yo social", función cognitiva que convoca y atraviesa lo emocional para convertirlo en pensar y/o razonamiento lógico y actuar en consecuencia.

Como ya se expusiera en el punto anterior, el cuerpo media con el mundo y contiene a su vez, para hacer efectiva esta función cognitiva, al espacio psíquico¹³⁴, espacio que permite la generación de un proceso de significación y representaciones simbólicas que configuran el sustrato de la imaginación, sustrato poderoso que nos permite usar la lógica como puente organizador en la relación sujeto/mundo. Es el discurso y la comunicación, en sus múltiples lenguajes, que nos permite cohesionar este mundo significativo viabilizando vínculos sociales¹³⁵.

Espacio corporal/espacio psíquico/comunicación significativa son categorías que en su articulación con el cuerpo real e imaginado nos ofrecen una referencia sustantiva en la comprensión del estrés por alineación, puesto que

¹³² .- "Lo propio del hombre no es la lógica sino la imaginación desenfrenada, disfuncionalizada. Esta imaginación, como imaginación radical de la psique singular y como imaginario social instituyente, proporciona las condiciones para que el pensamiento reflexivo pueda existir; por lo tanto, también para que puedan existir una ciencia " Cornelius Castoriadis "Lógica, imaginación, reflexión" en "El inconsciente y la ciencia" Amorrotu editores. 1999

¹³³ .- Didier Anzieu "El pensar. Del Yo -piel al Yo - pensante". Ob. Cit.

¹³⁴ .- Un tratamiento amplio, complejo y rico puede verse en Piera Castoriadis-Aulagnier. "El estado de encuentro y el concepto de violencia" pp 30 en "La violencia de la interpretación". Edit. Amorrotu . Reed. 1988. -

¹³⁵ .- Un tratamiento interesante de los vínculos sociales y sus zozobras en Lewkowicz Ignacio "Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez". Paidós. 2004

cuando este fluir articulado se suspende y queda sólo la comunicación instrumental, violenta la dinámica significativa.

Interrogantes tales como: ¿Cómo se considera el cuerpo en las relaciones sociales?, ¿Qué se entiende por sujeto, constructo teórico o cuerpo?, ¿Dónde, cuándo, cómo y para qué intervenir en los procesos comunicacionales de los distintos grupos sociales que configuran nuestra cotidianeidad?, ¿Cómo se están construyendo hoy - tiempos de gran presencia del orden capitalista - los espacios relacionales cotidianos, entre ellos el espacio hospitalario?, ¿Cómo decodificar los códigos culturales de los múltiples y diferentes grupos sociales actuales, que comienzan a perfilar nuevas e impensadas organizaciones, cómo pueden ser los grupos cibernéticos -, en un mundo convulsionado por la violencia y la "tecnologización del sí mismo"¹³⁶?, ¿Cómo construyen hoy sus espacios de cotidianeidad los sujetos "urbanizados" y "tecnológicamente globalizados" y globalizantes?; estos, entre otros muchos interrogantes, tornan tremendamente *complejo* un mundo aparentemente simple - desde posibles explicaciones causales - pero paradójicamente ininteligible frente a la propia destrucción subjetiva, intersubjetiva y devastadoramente mundial.

Esto que pareciera una exposición dramática de la época, puede constatarse, entre otros problemas sociales, en los altos índices de suicidios y de lo que podríamos llamar "muerte social" provocado por algunas problemáticas sociales como son: el "síndrome de pánico", bulimia, anorexias y estrés; o las nuevas "instituciones" sociales conformadas por "organizaciones delictivas"; las guerras y matanzas por dogmas religiosos o políticos - aún a fines de milenio -; o

¹³⁶ .- Quintar, Estela "La negación del sí mismo en los procesos de enseñanza y aprendizaje" en "¿Cómo opera el deseo en los procesos de enseñanza y aprendizaje?" Op. cit.

los desastre ecológicos que están desencadenando las actuales alteraciones de la naturaleza - como puede ser la contaminación por desechos nucleares -.

¿Qué hace que los hombres se autodestruyan?; ¿qué cuestiones operan en los sujetos que hace que se legitimen comportamientos sociales a veces irracionales como por ejemplo el uso naturalizado del consumo de drogas y alcohol, el exterminio por cuestiones raciales o de género?; ¿cómo podríamos caracterizar estos tiempos?. En definitiva, ¿cuánto de relación "cara a cara" sostiene los espacios institucionales?; ¿cuánto de acción social - en el sentido que lo plantea Schütz - constituye espacios laborales y subjetivos en el ámbito de salud y educación, ámbitos sustantivos de toda sociedad humana?; ¿qué sentidos y significados rearticulan el imaginario social actual?

Indudablemente que la pulsión de muerte está presente en la lucha eterna entre Eros y Tánatos¹³⁷, pero ¿cómo se recrean tendencias mas eróticas en la cultura laboral?

Estas entre muchas otras preguntas dan cuenta de la complejidad creciente de la naturaleza humana y convocan al deseo de saber de esa complejidad como esperanza de transformación social. Saber que exige de estudios "moleculares" como el de los espacios relacionales cotidianos; o "microológicos" como quizás, y en otro tiempo, lo avizoraba Georg Simmel.

Es por lo expuesto que entiendo que el espacio relacional es un fenómeno social, fenómeno denso y sintético del hombre en sociedad.

¹³⁷.- Marcuse Herbert "*Eros y civilización*". Op. cit.

3.3.1.- Relación intersubjetiva, un espacio de construcción simbólica de mundo.

¿Qué es lo que se articula en el *espacio relacional como fenómeno social*? ¿Qué se pone en juego en la relación "cara a cara"? ¿Es suficiente reconocer al "espacio relacional" como espacio constructor de realidad?

Indudablemente, el espacio relacional, como se viene sugiriendo en puntos anteriores, es un espacio de significaciones, y lo es en tanto haya sujetos que le den sentido a estas significaciones. Sin embargo, al hablar de "sujetos", se alude a un ente cate xisado (cargado) de "sujeciones" que lo constituyen.

Hasta aquí se ha puesto el acento en sujeciones que hominizan - en tanto sujeto animal social - en la sujeción a otros, así como a producciones materiales y culturales que constituyen e instituyen imaginarios sociales. Esto implica, indica y compromete a un sujeto capaz de *dar sentido* a lo que significa, y este es un proceso interno particular que expone la unidad del sujeto sujetado al mundo; mundo que construye desde su propia estructura subjetiva en tanto espacio histórico y particular de esquemas referenciales y operativos cuyo contenido se organiza por concatenación de sentidos y significados promovidos por procesos biológicos, emocionales, psíquicos, corporales y de razonamiento lógico. Es ésta la dialéctica del sujeto cognoscente.

Esta dialéctica del sujeto cognoscente, sujetado a dos de sus dimensiones constituyentes: *el mundo circundante* y *el mundo interno que constituye lo circundante*, exige una mayor profundización en el abordaje del *espacio relacional*, con lo cuál adquiere forma una siempre nutriente categoría que considero articuladora y cohesionante en el análisis social, me refiero a la categoría de ***relación intersubjetiva***.

La cuestión de la *intersubjetividad* ha ocupado en la filosofía contemporánea un lugar de privilegio. Desde el capítulo IV de la "Fenomenología del Espíritu" de Hegel, la interacción sujeto-sujeto¹³⁸ ha desafiado la reflexión filosófica de los dos últimos siglos pasados¹³⁹. También entre los antropólogos y sociólogos de las corrientes interpretativas esta categoría posee un lugar de preponderancia.

Es desde esta perspectiva, que se retoma un enunciado particular que ubica esta categoría en el *espacio relacional* como fenómeno social. Este enunciado se plantea en los siguientes términos: "*La cultura (está situada) en el entendimiento y en el corazón del hombre*"¹⁴⁰

Es necesario señalar que no es sólo en el corazón *del* hombre, en términos subjetivos, donde se coloca la cultura y la producción social, sino que este se reedifica, como ámbito de sistematización teórica y reconocimiento empírico, en ese *espacio relacional* único y creativo donde se provoca y genera el *espacio intersubjetivo*; espacio de articulación significantes, espacio que *tensiona* la capacidad creadora que hominizó el animal humano.

Es desde esta perspectiva, que se arriesga una conceptualización provisional de esta categoría, la que se considera fundante en la comprensión del mundo desde las ciencias humanas y sociales.

Se entiende por *relación intersubjetiva* al *espacio dialéctico y potencial de acuerdos subjetivos - aún del desacuerdo - y creación y recreación de un entramado simbólico como imaginario social de contención psíquica y física.*

¹³⁸ .- Una síntesis esclarecedora de esta temática puede verse en Joan – Carles Mélich. "*Alfred Schütz: una fenomenología de la intersubjetividad en el mundo de la vida cotidiana*" introducción del texto "Alfred Schütz. La construcción significativa..." Op. cit.

¹³⁹ .- Cabría citar, entre los pensadores de tendencia fenomenológica que han agudizado estos estudios, a: Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Lévinas y desde ya Alfred Schütz.

¹⁴⁰ .- Geertz, Clifford. Op. cit.

A continuación se desglosa, para su mejor comprensión, este enunciado.

Al hacer referencia a **espacio**, se alude a un ámbito histórico concreto de acciones, procesos y transacciones; lo **dialéctico**¹⁴¹ implica que es éste un "campo" de *articulación totalizadora* de textualidades de diferente naturaleza y orden; lo **potencial**, alude a que siempre - este espacio - esta dispuesto a, guardando una fuerza misteriosa de ser (en el sentido Aristotélico), de posibilidad propositiva; en este sentido es un *ámbito de promesas*.

En cuanto a **acuerdos** se señala *la capacidad generadora del espacio como campo que promueve un proceso de coordinación de coordinaciones, pensadas e impensadas, actuadas y desconocidas que ese contexto contiene*; esta coordinación de coordinaciones¹⁴² supone *partes donantes, elementos* que se coordinan. Estas partes *dan* algo de sí para coordinar distintos y variados valores con otras múltiples contrapartes en simultaneidad. Subjetivo en tanto esos procesos de acción temporo-espacial, están configurados por sujetos donantes que se exponen, en sueños, deseos, expectativas y emociones en múltiples lenguajes expresivos - decodificables - y producciones objetivables.

De este modo, se entiende que el corazón del hombre y las mujeres se com-parte en el espacio de articulación de esquemas que se da entre ellos, en el devenir que convierte lo privado e íntimo en público y reconocible; el espacio interior en nutriente de un espacio *común* de construcción de mundo.

Así *este espacio* relacional se convierte en un espacio de *creación y recreación de un entramado simbólico como imaginario social de contención psíquica y física*.

¿Por qué esta conversión?

¹⁴¹ .- Dialéctica entendida como articulación, mas allá de la contradicción. Ver Revista Suplemento de Anthrpos núm. 45. "Racionalidad y ciencias sociales". 1994.-

¹⁴² .- Maturana Humberto "El sentido de lo humano". Edit. Hacchette. 1993

Porque la coordinación de expectativas, sueños y representaciones reconstruyen nuevas o renovadas acciones, activándose acuerdos simbólicos y modos de actuar de los sujetos que viven la dramática cotidiana y vital de "hacer" la vida "haciendo" historia.

Nuevas o renovadas, porque cada situación y circunstancia es única y particular en tanto histórica, lo que exige de los sujetos reeditar acuerdos aprendidos y determinados en el tiempo - parámetros culturales - o re-crear respuestas a situaciones conocidas, las que nunca pueden volver a ser las mismas, al decir de Heráclito: *"no es posible bañarse dos veces en las mismas aguas"*, o bien ante situaciones desconocidas e impensadas.

Ahora bien, ¿que es en definitiva lo que se rearma permanentemente, como un cuerpo vivo, en ese "mundo de vida" que son las pequeñas siempre grandes *relaciones intersubjetivas*?

Las relaciones intersubjetivas, en los términos que se vienen desarrollando, se configuran por *redes de representaciones*¹⁴³ simbólicas que se constituyen a través del lenguaje - en sus distintas versiones paradigmáticas y narrativas¹⁴⁴ - que adquieren *significado* y por ende *sentido* en las acciones intencionales que los sujetos activan.

"El concepto fundamental de la psicología humana es el significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de significados... esta convicción se basa en dos argumentos relacionados entre sí, para comprender al hombre, es preciso comprender cómo sus experiencias y sus actos están moldeados por sus estados intencionales; y el segundo es que la forma de esos

¹⁴³ .- Aún considerando los aportes de Sperber Dan en *"Etnografía interpretativa y antropología teórica"*. Alteridades 1(1) pág. 111.128 trabajo en el que profundiza las diferentes formas de representación y su uso creativo en antropología.

¹⁴⁴ .- Bruner Jerome *"Realidad y mundos posibles"*. Edit. Alianza 1993

*estados intencionales sólo puede plasmarse mediante la participación en los sistemas simbólicos de la cultura*¹⁴⁵

Este imaginario social¹⁴⁶ se conforma como un *complejo referente* que permite legitimar, desactivar o promover determinadas representaciones que en coordinación de coordinaciones se van constituyendo en *sistemas simbólicos* que proporcionan una de las condiciones sustantivas de supervivencia: *una cierta sensación de pertenencia* imaginaria a un “algo” que identifica y diferencia.

Desde D.S Peirce¹⁴⁷ reconocemos que el significado depende no sólo de un signo y de su referente, sino también de un intérprete, un decodificador; una representación mediadora del mundo en función de la cual se establece la relación entre signo y referente. En este sentido, los símbolos dependen de un *contexto de sentido* ordenado por un sistema de representaciones simbólicas organizadas y gobernado por reglas viabilizadas por el lenguaje. El significado *simbólico*, por tanto depende críticamente de la capacidad humana para internalizar los lenguajes de codificación de los signos, como interpretante y promotor de relaciones de representación.

3.3.2.- Sujeto, subjetividad y deseo.

El *espacio de relación intersubjetiva* se transmuta así en un *ámbito dialéctico-existencial* que articula distintas dimensiones del ser humano en la constitución de su subjetividad, es el espacio del “mundo de vida” como sustrato espacio-temporal vital, en tanto no sólo viabiliza construcción de mundo sino también y fundamentalmente, es convocante de “ **deseo** como llamado a la

¹⁴⁵ - Bruner Jerome. “*Actos de significado*”. Edit. Alianza 1990/1995

¹⁴⁶ - Este es un concepto acuñado por ese gran pensador que ha sido Cornelius Castoriadis. Para profundizar ver “*El avance de la insignificancia*”. Edit. EUDEBA. 1998

¹⁴⁷ - Marafioti Roberto “*Charles S. Peirce: el éxtasis de los signos*”. Edit. Biblos. 2004

*comunicación interhumana*¹⁴⁸", y fuerza vital que *pulsa*, como una flecha buscando su blanco, al encuentro de la otredad, de su mano, de su mirada, de su expresión, constituyendo la sustancia neurálgica de la hominización.

Se abre aquí un campo complejo de razones vinculadas, básicamente, al registro sensorial que nos configura desde nuestro origen en un proceso de *discriminación vital* entre: las *necesidades* bio-corporales de satisfacción de alimentos que entretejen el crecimiento fisiológico, material, inmediato; y **el deseo** que se extiende a la interrelación humana, organizando la función simbólica que provee nutrientes de comunicación en el lenguaje¹⁴⁹ de aceptación, de rechazo, de negación, de aprobación y de todas aquellas sensaciones que van dejando huella, rastros indelebiles que irán "armando" la estructuras psíquica y antropológica de acción cognitiva del sujeto.

En este sentido, el deseo implica una fuente energética permanentemente convocada por el espacio *relacional intersubjetivo* que, por su naturaleza, permanece en la incesante búsqueda de reconocimiento simbólico que justifica su propia existencia. Aquí su diferencia con la *necesidad*, manifestación que, por su naturaleza, es una carencia que puede satisfacerse.

La característica del deseo es *soportar* la no realización inmediata y poder por ende sufrir vicisitudes continuas hasta satisfacerlo de una o de otra manera. *El deseo no satisfecho, que permanece en estado de tensión, puede robustecerse y precisarse*. Así cada uno de nosotros se vuelve capaz de inventar y de crear, inconscientemente, medios de **jugar con el deseo** y de sosegarlo. (F. Dolto¹⁵⁰) en

¹⁴⁸.- Françoise Dolto "En el juego del deseo"...Op.cit.

¹⁴⁹.- Este es un concepto creado por Humberto Maturana para designar el carácter emocional del lenguaje abriendo, como instrumento propio del campo relacional, campos de *co-emoción*. Maturana Humberto "El sentido de lo Humano". Op.cit.

¹⁵⁰.- Françoise Dolto. Op. cit. pág. 255

lo que cumplen una función fundante, las fantasías, los ritos, los mitos y las simbolizaciones.

Se recupera en este sentido, los aportes del Círculo de Eranos¹⁵¹, movimiento intelectual liderado por C.Jung que surge en los años 30, momento de máxima eclosión en centroeuropa, especialmente en el ámbito germánico del que emerge.

Lo específico de Eranos en este peculiar "contexto de sentidos", es considerar el símbolo y lo simbólico – el *simbolismo* – como un nuevo *totemismo* cultural, en cuyo ámbito es posible "mediar" existencia y esencia, así como obviar la nueva identidad del hombre en el mundo como un ser que repite los *arquetipos* (universales) de un modo *típico*, diferenciado y autóctono: pues el simbolismo *media* entre lo universal y lo particular, el destino – lo dado – y nuestra respuesta (la libertad), la urdimbre y la estructura. Podríamos decir, desde Eranos, que el simbolismo media implicación y explicación, al modo como el lenguaje musical "acuerda" - en un *acorde* - las diferentes "notas" o tonos dispersos a través de una relación cómplice.¹⁵²

Así, este movimiento trataba de afrontar el conflicto nacionalsocialista fascista y del marxismo comunista desde el nivel *simbólico* - desideologizador, mediador, sublimador – de las ideas arquetípicas por confrontación con el nivel asimbólico y brutal de las realidades típicas y estereotipadas , buscando una especie de medio radicado entre los extremos. Este ha sido un movimiento prolífero en el tiempo y de gran iluminación al pensamiento de la época.

Es desde este marco de reflexiones, que diferenciaría, en cuanto a lo intersubjetivo, *relación de interacción o intercambio*. Metodológicamente es

¹⁵¹ - "El simbolismo y la escuela de Eranos". En Revista Anthropos núm. 153. Anthropos. Barcelona

¹⁵² - Ortiz-Osés, Andrés. "El simbolismo y la escuela de Eranos" en Revista Anthropos núm. 153.

importante la diferencia, en tanto implican aspectos distintos y por lo tanto se diferencian en cuanto a criterios de interpretación y lectura de la realidad.

La relación, comprendida en los términos planteados, es mucho más que un *inter-cambio* o una *inter-acción*, más vinculado, como señalaba en párrafos anteriores, al valor instrumental de uso "entre"; la *relación* se abre al dominio de lo simbólico en un *campo de coordinación de coordinaciones espacios-temporal* donde los sujetos construyen, a través del lenguaje, modos de expresión que constituyen y entretajan imaginarios sociales de pertenencia, identidad y diferenciación. Así planteado, es un espacio que a la vez que *dialectiza la constitución de los sujetos y su subjetividad*, con la carga antropológica que esto conlleva, es el ámbito de construcción de mundo, de realidad, de "vida cotidiana" y cultura como práctica social intencional.

Lo dicho no sólo implica a las subjetividades intervinientes, en sus particularidades y peculiaridades, sino que los compromete - como sujetos sociales - al aprendizaje, la más de las veces inconscientes¹⁵³, de "modos" legitimados de comportamiento social. Modos que, históricamente, van conformando, como dijera, un *imaginario social* que signa la cultura en la que fluye la vida cotidiana de los sujetos.

Así, estos modos de "estar siendo" y "haciéndose" en el micro espacio relacional, se va constituyendo, desde "relaciones de fuerzas"¹⁵⁴ subjetivas en

¹⁵³.- Uno de los autores que ha trabajado esta construcción de lo imaginario y del inconsciente colectivo ha sido, indudablemente, Cornelius Castoriadis tanto en una de sus obras más importantes como "*Las instituciones imaginarias*" Edit. Tusquet. reed. 1994 como en las más actuales y editada posmortum como puede ser "*Hecho y por hacer*". Edit. Eudeba. 1999. De igual modo y en modos sutiles de comprensión de lo humano son insoslayables los aportes de Carl Gustav Jung como puede ser, entre muchos otros, "*Simbología del espíritu*". Edit. Fondo de Cultura Económica.

¹⁵⁴.- Este constructo se aborda desde dos vertientes, una psicológica y otra sociológica. La primera vinculada a aportes del psicoanálisis y la segunda a los aportes gramscianos en el texto el "*Análisis de las situaciones. Relaciones de fuerzas*" en "*Notas sobre Maquiavelo*". Edit. Nueva Visión. 1972. Así "fuerza" se entiende como energía consciente o inconsciente que impulsa y se traduce en modos de comportamiento. Para su comprensión toda fuerza tiene un alto contenido de símbolos que significan su sentido y dirección. En esta

campo de poder; naturalizan, legitiman y signan modos de ser y hacer lo cotidiano de los sujetos concretos a la vez que articulan cultura y modos de relaciones.

3.3.3.- Vínculos y estructura relacional.

Estos *campos de poder*¹⁵⁵, como campo de correlación de fuerzas, pueden, como ya se ha señalado, *articularse dialécticamente*; o bien *establecer vínculos de subalternidad, de subordinación o de dominación*. Es necesario insistir que, en cualquiera de estos vínculos, el *poder es la posibilidad de estar siendo en esta relación*, donde lo que opera es la *voluntad* que impulsa a ser y/o hacer. La resistencia, por ejemplo, es un acto de poder, acto que expone la *conciencia* de una fuerza invasora y la opción *conciente* de que es posible hacer algo ante esa fuerza, aunque no la destruya, es posible generar una alternativa que permita sostenerse en la opción; con lo cual también se es consciente de la *posibilidad estratégica* de construir situaciones de mayor justicia subjetiva y/o social.

Insistiendo en esta postura frente al poder como relación y como posibilidad vinculante se retoma el análisis de formas vinculares.

El primero de los vínculos podría señalarse como *dialéctico y recíproco*; este vínculo se activa en la consecución de proyectos en el que se *reconoce* el pensamiento autónomo de cada uno de los sujetos intervinientes en la relación y las diferencias que esto conlleva; es en este sentido que el **proyecto** se plantea

perspectiva, estas fuerzas se objetivan socialmente, delimitando construcciones sociales en estructuras orgánicas, coyunturales y/o ocasionales.

¹⁵⁵ .- Poder comprendido en el sentido que lo plantea Norbet Elias: como “relación” que se dirime en los “equilibrios” de posibilidades y opciones ético políticas y que como tal *es un espacio de producción de sentidos y de significados*. Es este un punto central de aclarar, puesto que no se plantea aquí poder en cuanto a *orden de dominación*; esta es una cara de la moneda de este significante, e instalado como único quizás para contribuir al *orden de lo posible* actualmente impuesto por el capitalismo. Entenderlo de este modo cambiaría totalmente no sólo el sentido de lo que se está planteando en este párrafo sino de la investigación en su conjunto.

como *posibilidad de acuerdo transicional que se da entre dos o más sujetos que intentan actuar una acción conjunta, ese acuerdo dialectiza en tanto articula, en una nueva resignificación, las diferentes significaciones de los sujetos intervinientes.*

En el segundo de los vínculos posibles, uno o unos de los integrantes del proceso relacional *desconoce* la capacidad pensante y activa del o los otro/os y lo o los sub-ordena a la fuerza de su/sus mundo/os de significaciones.

En el marco de este vínculo podrían señalarse el de *subalternidad*. Este es un concepto Gramsciano con el que se denomina la construcción inconsciente y la adaptación activa de sub-ordenarse a un orden dominante establecido.

Una de las características de la *subalternidad* es la naturalización del mayor poder de uno sobre el otro, hay un corrimiento absoluto de la responsabilidad subjetiva y social de la propia fuerza y por lo tanto de la posibilidad autónoma de generar opciones y hacerse cargo de las mismas en el convencimiento de "que así debe ser", naturalizándose un orden de fuerzas.

Un claro ejemplo de esta subalternización subjetiva es la famosa "obediencia debida" de los militares argentinos que les permitió legitimar la tortura en cascada, evadiendo su responsabilidad en la subalternización de pensamiento y acción; subalternización asumida jurídicamente¹⁵⁶.

En otro orden de situaciones humanas podrían citarse "los círculos de maltrato", círculos que se sostienen en gran medida por la subalternización del pensamiento en mujeres y/o hombres golpeados que, por una construcción subjetiva violenta de la realidad, justifican el golpe como necesario y natural.¹⁵⁷

¹⁵⁶.- Ver "*Nunca Más*". Informe de la Comisión Nacional sobre la desaparición de personas (CONADEP)". EUDEBA. 1995; 20º edición.

¹⁵⁷.- Recuerdo siempre, cuando la soberbia intelectual de explicarlo todo me asalta, a una humilde mujer de los barrios marginales de Neuquén, Argentina, que llorando me decía "no sé... ahora la gente joven me dice que mi marido no tiene que pegarme, que yo tengo que denunciarlo, que no tiene derecho... y yo no sé que hacer,

Este modo de vivir y pensar y conocer la vida y el mundo es más cotidiano de lo que pareciera, del mismo modo este tipo de relaciones se instala en las relaciones de parentesco o de prácticas sociales como la relación enfermera/jefe de enfermería, donde es típico ver la "identificación" que se da de la enfermera con su Jefe, como búsqueda de aceptación, como valoración, etc., y así se va legitimando una cultura en la que es "natural" dejar de ser "sujeto de derecho", crítico y autónomo para ser "sujeto de complacencia al orden subalterno" con todo lo que ello trae: actitudes despóticas, sobrevaloración del "grado" jerárquico, autoritarismo, entre otras formas de vínculo negativo.

El tercero de los vínculos se identifica como de subordinación. Este vínculo es para George Simmel una relación que guarda reciprocidad, hay un mayor grado de conciencia de la entrega - por razones de sobrevivencia, de conveniencia y otras posibles - hay una cierta disposición a la fuerza dominante por el dominado. Subalternidad y subordinación se diferencian, justamente, por el grado de conciencia y autonomía para elegir ser dominado o no.

El planteo de Simmel se desarrolla desde el análisis sociológico de las relaciones de subordinación, sin ahondar mayormente en la conformación subjetiva, de lo que está detrás de una acción de subordinación desde el sujeto que se subordina, y allí radica, una de las incógnitas de esta conciencia de subordinarse.

Este autor afirma que *"...En el punto de esta transformación y conversión,(de subordinación) es donde evidentemente ha de insertarse la creencia más o menos voluntaria del sumiso a la autoridad; pues aquella*

porque él me pega porque me quiere, porque no quiere que esté con otros y porque quiere que lo atienda... a veces se pone celoso hasta de los chicos" (Juana de 37 años y 2 hijos, trabajadora doméstica).

*transformación del valor transpersonal y del valor personal, aquel cambio que agrega al valor personal un "plus", aunque sea mínimo, sobre el que racionalmente le corresponde, es realizado por el que cree en la autoridad y constituye un acontecimiento sociológico, que exige la cooperación espontánea del elemento subordinado"*¹⁵⁸

En este sentido, y siguiendo esta lógica de pensamiento, diferenciaría tipos de subordinación: a) de riesgo vital - por ejemplo, estados de amenaza simbólicas o físicas -; b) cosificante - subordinaciones por conveniencia económica, estratégicas, etc.; c) inerciales - subordinación de pensamiento y acción por hábito, costumbre o comodidad -.

Indudablemente, esta posible tipología no intenta estratificar personalidades, sino comprender cierto tipo de comportamientos sociales - tanto micro como macro - que corroen invisiblemente una posibilidad sustantiva para la vida humana, la posibilidad de ser libre en el trabajo cotidiano de ser autónomo.

Y en este sentido, estas posibles tipologías, se relativizarían en situaciones sociales y cotidianas concretas: orgánicas, coyunturales u ocasionales. No es lo mismo establecer relaciones subordinadas frente a estados dictatoriales donde el estado de amenaza¹⁵⁹ se instala como código de sobrevivencia - como situación orgánica - a establecer procesos relacionales de subordinación comercial con niños, como la prostitución - como situación coyuntural que puede ser devenida de situaciones orgánicas de explotación - .

¹⁵⁸ - Op. cit. G. Simmel. pág. 150.

¹⁵⁹ - Un análisis profundo e interesante ver Kães, René y Puguet Janine "Psicoanálisis y violencia de estado".
Op.cit.

Indudablemente, las posibilidades de autonomía son diferentes cuando se vuelve conscientemente impotente al subordinado de aquel que por comodidad, por interés o por conveniencia se subordina - no ocasionalmente - sino como estilo de vida asumido. La diferencia está en el grado de conciencia de la subordinación y potencialidad estratégica, inmediata o costumbrista de esa subordinación a un determinado orden simbólico o físico.

Por último, las relaciones de dominación, se establecen desde la intencionalidad, lisa y llana, de doblegación y aplastamiento, a veces brutal, a veces sutil, de la voluntad de un sujeto a otro, a tal grado de hacerle perder la conciencia de sí. Estamos aquí frente a un poder dominante.

Dos de las obras literarias clásicas que muestran con gran lucidez y magistralmente estos procesos de construcción de la subalternidad y la dominación son quizás "1984" de Orwell y "El proceso" de Kafka

Por otra parte, muchas son las desgarradoras narraciones de estados de terror como pudieron ser los campos de concentración de Auswidch o de los campos de tortura de la dictadura en Argentina¹⁶⁰

La dominación implica "esclavitud", y esclavitud, en el sentido greco-romano, implica desconocimiento del otro como ser libre, quien no tiene derecho a ser más que a través de lo que lo domina.

Indudablemente, los trabajos de Sigmund Freud nos muestran - más allá de la aceptación o no del psicoanálisis como teoría - la importancia sustantiva y determinante que tiene sobre el sujeto la *relación con el otro*¹⁶¹ - madre, padre,

¹⁶⁰ .- Entre las múltiples obras escritas al respecto, un texto de gran valía acerca de lo vivido en campos de concentración alemanes y centrado en las relaciones humanas que en ellas se establecía es "Frente al límite" Tzvetan Todorov. SXXI 1993. Un tratamiento de fuerte argumentación teórica, es el ya citado informe de la CONALEP de Argentina en el que se ahonda en los procesos de represión en los campos de tortura de la dictadura militar en Argentina.

¹⁶¹ .- En este sentido, no habría afirmación más injusta - basada en la ignorancia de los postulados Freudianos - de calificar de individualista al psicoanálisis. La subjetividad es en tanto es con otros, se constituye y construye

entorno familiar - en la estructuración del aparato psíquico y conformación de la subjetividad¹⁶².

De igual modo, desde aportes a la psicología cognitiva, como son los aportes de Jean Piaget con su epistemología genética, la articulación de las estructuras de conocimiento es posible en la *relación* con lo otro y todo lo que él porta.¹⁶³

Quienes en la actualidad han retomado este aspecto relacional con gran densidad teórica y metodológica, revalorizando la importancia de las relaciones intersubjetivas como fenómeno social, son las teóricas del género, entre ellas Joan Scott¹⁶⁴, quien afirma que *"el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder"*; con lo cual, es el género una categoría de análisis social insoslayable que, desde su producción teórica, puede contribuir a develar más profundamente cómo, por qué y qué provoca que las relaciones de asimetría contengan, las más de las veces, altos grados de violencia naturalizada.

En este sentido, la cultura de la violencia tiene en los microespacios relacionales un ámbito de indagación sustantivo en la práctica social.

¿ Cómo se construyen estos espacios en ámbitos de salud concretos como instituciones hospitalarias e instituciones de educación de profesionales de la

con otros y es en ese espacio de construcción de los objetos, del mundo, en los que el sujeto está *con* los otros que va configurando sus traumas, sus fijaciones, sus neurosis en la permanente búsqueda del placer primario constitutivo del deseo como energía vital y social. Un tratamiento exhaustivo de esta temática es abordada por Françoise Dolto en *"El juego del deseo"* Op.cit.

¹⁶² .- Muchos son los materiales al respecto, podrían nombrarse, entre otros, *"El yo y el Ello"* de Sigmund Freud. Edit. Alianza reed. 1985; *"Tras las huellas de la subjetividad"*. Cuadernos del TIPI UAM. México.

¹⁶³ .- Un tratamiento amplio y creativo se puede observar en: Furth, Hans *"El conocimiento como deseo"*. Edit. Alianza. 1990

¹⁶⁴ .- Scott W. Joan "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En "El género: la construcción cultural de la diferencia sexual" Op. cit.

salud donde la “relación cara a cara” constituye el contenido y la forma de la práctica profesional?

¿Cómo se actúan las relaciones de fuerza entre enfermero y paciente y formador de cuidado de enfermería y formado en la construcción del proyecto convocante que es la cura del padecer y la enfermedad mediados por el dolor y la muerte?

¿Qué visión se rutiniza del “otro” sujeto con necesidad de aprender y/o ser “cuidado” en su enfermedad y/o padecer?

A partir de lo dicho, se retoma, situacionalizando y acotando este problema a dilucidar:

¿Cómo se construye el espacio relacional de asimetría en la formación y prácticas del cuidado de enfermería en instituciones hospitalarias y de formación de enfermeros y enfermeras?

El trabajo hospitalario, como ámbito de salud, y el trabajo de formación de enfermeros y enfermeras como profesionales de la salud, como ámbito educativo, configuran - en su entrecruzamiento -, un recorte de realidad privilegiado para esta investigación, puesto que es, en ese recorte, donde se puede visualizar con mayor claridad tanto el proceso de construcción de estos espacios donde la relación cara a cara es inherente a la formación y práctica profesional, así como la congruencia del discurso humanitario, propio del trabajo centrado en seres humanos, con la práctica de esos discursos en los espacios de relación donde se construye el conocimiento profesional y social.

Es de interés indagar entonces, por las **mediaciones** que caracterizan, el dominio del saber en el ámbito educativo¹⁶⁵: dolor, muerte padecer, entre otros aspectos, al proceso de salud/atención/enfermedad, en instituciones con estas

¹⁶⁵ - Quintar, Estela “¿Cómo opera el deseo en los procesos de enseñanza y aprendizaje?” Op. cit.

características, y observar qué tanto se dinamiza o no la violencia en lo que se ha llamado "*cultura de la asimetría estatizante*" normalizada por el orden institucional; *¿Cómo son los modos de comportamiento relacional?, ¿Qué tipo de rutinas se naturalizan en la práctica y la formación del cuidado de enfermería?, ¿Qué se legitima como estilos de vida? y ¿Cuáles son sus riesgos y potencialidades en la práctica profesional del cuidado de enfermería insertos estos actores en la vida institucional, con sus pautas, normas y cultura organizacional?*

Esto importa en tanto contribuye a describir, comprender y construir conocimiento que permita dilucidar los *modos de producción de sentido* que impregna la configuración de los sujetos y de las instituciones por las cuales transitan. Sujetos, como en estos casos, en situación de vulnerabilidad - enfermos, padeciente y/o aprendices - lo que condiciona aspectos sustantivos en la vida de los hombres y mujeres con otros hombres y mujeres, como puede ser: la autonomía de pensamiento y acción; procesos creativos expresados en múltiples lenguajes; autorregulación organizativa y estilos democráticos de vida comunitaria.

4.- "Violencia", un concepto transgredido.

¿Por qué violencia como concepto estructurante?

Porque la violencia es del orden de las relaciones intersubjetivas y de construcción de la sociedad. Ya Marx¹⁶⁶ planteaba que es siempre la violencia la partera de una sociedad nueva, es decir del pasaje de un orden social a otro; de igual modo, Sabina Spielrein¹⁶⁷ a fines de 1800, aún anticipándose a Freud, planteó ante el principio del placer Freudiano, el instinto de muerte como

¹⁶⁶ - Marx, Carl "*El capital*". Tomo I. Cap. XXIV

¹⁶⁷ - Alnaes, Karsten "*Sabina*". Edit. Siruela. España. 1996

energía constitutiva de la dialéctica del sujeto, planteo que retoma Freud en *"El malestar de la cultura"*.¹⁶⁸

Sin embargo, y mas allá de estas exquisitas construcciones teóricas que aún hoy nutren nuestro pensamiento, e iluminarán seguramente aspectos centrales de este punto, el concepto de violencia, por lo general, está actualmente cargado de representaciones vinculadas a la locura, a la brutalidad y a la negación extrema de lo humano por lo humano. Ciertamente es que el humano es el único ser capaz de "violar" cuerpos, como es el caso de las torturas, las masacres por razones de género o de genocidio político; o a la misma naturaleza, como en el caso de la tala masiva de bosques, la brutal exterminación de ballenas y la destrucción del medio ambiente en todas sus formas. De esta manera, este concepto, suele asociarse a espectacularidad, visiones de sangre, dolor, desgarramiento y situaciones sociales que rompen con lo "razonable" de ser humano. Y esto es real, es constatable empíricamente y más aún es de cotidiano saber a través de los medios de comunicación los que, las más de las veces, tornan actos de horror en datos sin identidad, cuantificables estadísticamente (de muertos, de cuerpos, de "daños colaterales", etc.), justificados por intereses políticos, ideológicos o religiosos. Datos estos que hacen aceptable y naturales lo inenarrable, contribuyendo así a un proceso de deshumanización de la información acerca del mundo que habitamos como sujetos.

Sin embargo, y en este marco definitivo de lo que nos constituye como fenómeno cultural de la época, lo que aquí se tratará de abordar es aquella violencia negativa sutil, naturalizada y constructora de esa gran violencia instalada en el espacio de la cultura y que, de alguna manera, se va escalonando

¹⁶⁸.- Freud, Sigmund. Biblioteca Freud. Edit. Alianza. 2000. (reimpresión)

en el mundo de vida de todos nosotros para dar paso y legitimar, muchas veces desde la indiferencia, a lo inimaginable como lo puede ser, entre otras dimensiones de lo tanático, el avance de la *tecnología de la tortura* tan desarrollada en países como Argelia (durante la guerra de liberación de Francia); EEUU en Vietnam o Argentina durante la dictadura militar; así como las producciones mediáticas que cada vez más contribuyen a desarrollar lo que podríamos llamar *tecnótánatos*¹⁶⁹, instrumentos mediáticos que contribuyen a generar imaginarios colectivos de muerte a través de espacios estelares y hasta “glamorosos” de actos que, queriéndose justificar como “arte posmoderno” exacerbaban la violencia negativa, espacios que recrean lenguajes, formas, y códigos simbólicos y materiales de significación de la violencia. Basta ver, por ejemplo, el consumo masivo de algunos de los llamados *video clips* musicales, sobre todo en el ámbito juvenil; o películas donde los mass media, en forma superlativa, aceleran y banalizan la destrucción de cuerpos y sus hábitat. El genocidio de la actual guerra de Irak es prueba de ello, para el mundo occidental son sólo “datos”, para el medio oriente es la destrucción encarnada en niños, familias, historia en tanto se suceden los informativos tipo flashes, a veces con imágenes trucadas técnicamente.

De esta manera, en una sociedad que hace de la imagen la vida misma, solapando lo virtual con lo real, este espacio estelar va legitimando la necesidad de lo tanático tanto como la construcción de reconocimiento social para estos sucesos.

Sin embargo, frente a esta situación tan generalizada en nuestras sociedades, parecería pertinente preguntar ¿y sobre que bases ideológicas,

¹⁶⁹ .- Este concepto sintetiza instrumento – tecnología - y condición humana, en tanto refiere al *tánatos* nominación freudiana para el instinto de muerte y destrucción. Este último concepto puede profundizarse en Marcuse, Herbert “*Eros y civilización*”. Ob. Cit. O bien Freud Sigmund, “*El malestar en la cultura*”. Ob. Cit.

emocionales y/o representacionales ancla este individualismo narcisista y hedónico de lo que podría llamarse *era del vacío* como ausencia y suspenso del sentido?¹⁷⁰

Es aquí donde adquiere preponderancia lo que podríamos llamar *violencia sutil negativa* como modo relacional invisible desde el cual se va construyendo este sustrato de anclaje para la evidencia de la destrucción legitimada. Esta forma de violencia encuentra impulso en dos aspectos de hominización: el lenguaje y los lazos sociales¹⁷¹.

Desde las últimas décadas del SXX, los modos de ejercicio de las virtualidades de la lengua están sufriendo una alteración sustantiva de significación, lo nombrado ya no es lo nombrado pero no se sabe que es; un ejemplo puede encontrarse en la función misma del estado. Como imaginario colectivo, el estado es la institución que tiene como función cuidar de los ciudadanos; actualmente el estado ha dejado su rol protector (casi paternalista durante el estado de bien estar), "achicando"¹⁷² su capacidad protectora; se vuelve amenazante, despoja y castiga.

Otro fenómeno de la época es la inversión del orden enunciativo: lo que se afirma, en realidad, es de consenso que es lo contrario¹⁷³; lo que se afirma es algo así como una afirmación de la negación, que ya planteaba Freud, exacerbada; la palabra a perdido valor de verdad, de confianza. Nuestras palabras ya no operan dentro de un sistema de oposiciones y diferencias, tampoco tienen tipologías axiológicas. Hoy por hoy los modos enunciativos

¹⁷⁰.- Lipovetky, Gilles "*La era del vacío. Ensayo sobre el individualismo*". Edit. Anagrama. 2003 (reedición)

¹⁷¹.- Muchas de las ideas que aquí se exponen fueron sugeridas por un texto de gran capacidad de lectura crítica de la época como lo es "*Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*". Op. cit.

¹⁷².- Término de uso cotidiano que hace referencia a legislaciones económicas, políticas y culturales de "achicamiento del estado"; "privatizaciones" y "ajustes" propias de las actuales políticas públicas para América Latina.

¹⁷³.- En relación a esta afirmación, es interesante observar el comportamiento de la ciudadanía frente a los discursos políticos o la lectura de los diarios.

dependen casi exclusivamente de las contingencia de la situación, ya no hay instituciones que delimiten claramente los modos de operar de los significantes; así el ejercicio enunciativo se desvanece en lo que Castoriadis llama *el avance de la insignificancia*¹⁷⁴, la tensión exclusión / inclusión es hoy una arena movediza: el dinero es el gran regulador de esta tensión pero sin códigos precisos que organicen quien es el excluido y quien el incluido en el orden social, da mas bien la sensación de "azaroso", ya no es trabajo lo que dignifica, entonces, ¿qué dignifica?

Este babélico estado de la capacidad de nombrar es un motor generador de amenaza de disolución, de inseguridad, provoca *miedo a dejar de ser o verse disminuido en el ser* - lo que en términos de Graciela Hierro es el mal -. Este miedo, sin lugar a duda, hace sufrir tanto a quienes lo padecen como a quienes le rodean, lo que instala rupturas progresivas que tiene efectos desbastadores en los *lazos sociales*.

Por lazo social se comprenderá aquí a *la ficción eficaz de discurso que hace que un conjunto de individuos constituya una sociedad. Y a la vez, a la ficción social que instituyen los individuos como miembros de esa sociedad*¹⁷⁵. Para ilustrar esta afirmación, podría decirse que el lazo social moderno está cimentado en la ficción del *ciudadano*, de las naciones; de la historia como conformadora de identidad y en la *idea de progreso individual y colectivo*; el discurso cohesionan los esquemas y tramas de las ficciones. Aquí ficción no se opone a realidad, por el contrario, hace referencia a la contención de su disgregación, la que seguramente se produciría si esta no existiera.

¹⁷⁴.- Castoriadis, Cornelius. "*El avance de la insignificancia*". Edit. Eudeba. Argentina.

¹⁷⁵.- Lewkowicz, Ignacio "*Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*". Op. cit.

Lo cierto es que cuando el discurso no hace sentido, la fuerza del sin sentido rompe los lazos sociales y esta fuerza de ruptura, amenazante por confusa, es a la que se denomina *violencia sutil negativa*, de efectos subjetivos y colectivos insospechados. Esta violencia es de impacto y de consecuencias retardadas debido, entre otros aspectos, a su versatilidad y modo de actuación en el conjunto social. La violencia, desde esta presencia casi invisible deja de ser síntoma para pasar a ser el medio mismo del fluir social.

Ejemplo de esto en nuestros países podrían ser los famosos "ajustes" que intimidan: privacidad, discurso y comunicación rompiendo lazos, esto en tanto se instalan relaciones de alienación viabilizada por la creciente mercantilización y sofocación, cada vez más intensa, de los sujetos sociales. Esta fantasmática es vivida como un cono de sombra y amenaza, fantasmática que no se puede nombrar y mucho menos objetivar, presentificándose fuertemente a través de mensajes contradictorios a lo que se vive y que llevan a la necesidad vital de crearse la ilusión de un incierto bienestar negando la realidad y la inquietud que produce. Estos sentimientos contradictorios provocan procesos de psicotización y neurosis¹⁷⁶ individual y colectiva, bajo un discurso de próxima felicidad mediática cuando el malestar arreceja como una mancha de aceite.

Otro ejemplo podrían ser las "privatizaciones", se privatiza lo público y se des-viste a lo privado de su investidura de intimidad¹⁷⁷, de interioridad, de espacio propio. ¿Dónde se coloca lo que hace lazo?, ¿Dónde se coloca el sujeto?, ¿Cómo se establece relación?. Hoy lo excluido del discurso es el discurso mismo,

¹⁷⁶ - "Si la ruptura con la realidad es grave... su condición se describe como psicótica... cuando la distorsión emocional no es tan grave, se llama neurosis. El individuo neurótico no está desorientado, su percepción de la realidad no está distorsionada, pero su concepción de la realidad es defectuosa; opera con ilusiones y su funcionamiento o está enraizado en la realidad". Lowen, Alexandre "La depresión y el cuerpo" Op. cit.

¹⁷⁷ - Ejemplo de esto son programas televisivos tales como los *reality show*; o *Big Brothers*.

y esto es lo que genera violencia negativa sutil, en tanto ruptura de orden interno y de fluidez social.

Como se puede apreciar, este concepto de violencia, convoca a múltiples sentidos y, por lo general, mas vinculados a sus efectos espectaculares que a su propia constitución y acción silenciosa. Es desde esta perspectiva que se hace referencia a lo "transgredido" de este concepto, a la reducción de su significado, desviando la mirada de lo sutil del discurso como forma de relación en disolución de lazo social.

Así la espectacularidad hecha imagen, que es hoy un medio de inclusión masiva, vela y transgrede un modo de operar más real y cotidiano de la violencia negativa, que signa los espacios relacionales.

Estas reflexiones nos llevan necesariamente al recorte de realidad que hemos estudiado. ¿Cómo actúa la violencia sutil negativa en la formación y práctica de el cuidado de enfermería en situaciones de alto riesgo en los ámbitos hospitalarios?, ¿Cómo se hace o deshace lazo social en la relación de los profesionales del cuidado de enfermería entre sí y de éstos con los restantes trabajadores de la salud en el espacio físico y simbólico - lo imaginado que hace sentido de pertenencia, inclusión y/o exclusión - del Hospital?, ¿Cómo es vivida las situaciones materiales y existenciales de los paciente y sus familiares en situaciones de riesgo de muerte?, ¿cómo es significada la vida y la muerte en la atención apacientes con SIDA y en terapia intensiva?.

Pero, ¿Qué es en sí misma la violencia?, ¿Cómo se construye esta producción simbólica y material en el espacio relacional intersubjetivo?;

Frente a estos últimos interrogantes se intentará, en un primer momento, bucear en algunas formas de comprensión de este concepto para luego construir un modo particular de apropiación del mismo concepto; esto con el fin de

generar algunas categorías de análisis para la problemática desplegada en este proceso investigativo.

4.1.- Conceptualización de violencia.

Como se viene explicitando, la violencia como tal no es un "algo" que deviene de la sociedad como un ente inherente a ella; tampoco es una suerte de emergencia esotérica que se instala sin permiso y fluye con toda su fuerza presentida entre los mortales; no es de la "naturaleza" humana, sin embargo, es parte de su condición.

Ya Freud, en "*El Malestar en la Cultura*"¹⁷⁸, teoriza sobre el instinto de muerte o de destrucción inherente al ser humano, y mas adelante se desarrollará este tópico en relación a los postulados de Lacan, sin embargo lo que aquí se quiere recuperar, es que este hecho de "condicionalidad" humana es el que hace que la violencia sea un fenómeno *relacional*; es decir, un fenómeno producido por la relación que se genera entre los seres humanos; de ellos entre sí, con la naturaleza y con el mundo. Por lo tanto, es un fenómeno constitutivo del propio devenir histórico de la humanidad en tanto relación de conocimiento y de producciones materiales y simbólicas.

En estos límites de comprensiones, hay un aspecto del orden del lenguaje discursivo, del orden del significante del concepto violencia que es de interés desarrollar en este punto.

Entre sus interpretaciones etimológicas, tanto desde el griego como desde el latín, violencia hace referencia a fuerza y/o vida. Desde el griego (bía y fýsis) sus raíces etimológicas significan: fuerza de la generación, lo que brota rompiendo la tierra. Desde el latín (vita/vis) nos sugiere "fuerza".

¹⁷⁸ .- Freud, Sigmund. "*El malestar de la cultura*". Apartado núm. 6. p.p 60 Op. cit.

Estas características: *fuerza y vida*, no son fenómenos naturales, son fenómenos producidos por sujetos y subjetividades que micrológicamente – molecularmente diría J.Simmel – van construyendo los fenómenos macro a través de múltiples mediaciones, en hondas históricas, de sucesos y acontecimientos. He allí su fuerza, en la capacidad expansiva y envolvente que pudiera tener cada acción de sujetos en relación que, articulados a un sentido, de interés, causa o proyecto colectivo puede transformarse en sujeto social y más aún, en movimiento social.

Desde esta perspectiva, las “rupturas” que como fuerza genera la violencia (de orden simbólico, material y/o físico) son históricas porque estas relaciones productoras de realidades responden a tiempo y espacios particulares; es decir, estas rupturas se dan con especificidad histórica.

Así planteada la cuestión de la violencia, esta “fuerza” de “rupturas” como fenómeno social, al ser producida por sujetos puede ser benéfica o destructiva. En este sentido podríamos reconocer una determinante configuración dialéctica de la violencia.

“El momento propio de la violencia es el momento que en la dialéctica se conoce como el de la negatividad. Hay momentos en que la negatividad se profundiza, se acelera, y otros momentos en los que reposa. Son los momentos diferentes del devenir y del estar, del devenir y del ser – ahí, del caminar y del reposar... de la guerra de movimiento y de la guerra de posición. Son los momentos de la ruptura y de la superación, de la escisión y de la sutura..”¹⁷⁹

¹⁷⁹ .- Rubén Dri .- “*El fenómeno básico de la violencia y la hipocresía*”. Artículo publicado por diario Internet con motivo de la revuelta del Movimiento Piqueteros (movimiento de desocupados organizados en Argentina durante el segundo gobierno Menemista) Buenos aires. 2 de Julio de 2002. - Para profundizar en este aspecto de la dialéctica un texto clásico es “*Dialéctica negativa*” de Theodor W. Adorno. Edit. Taurus 1986 (4º reimpresión)

De este modo la violencia como producto histórico (en tanto historizable), en la que necesariamente participan sujetos en y desde su subjetividad, contribuye a la conformación de imaginarios sociales que estabilizan - concientemente o no - "patrones" de conducta de violencia destructiva, creativa o positiva¹⁸⁰. Son estos patrones los que van instalando modos de relación y de producción imaginaria violentas, es decir, de *violación* de un espacio material o representacional que pueden constituirse en proceso de negación, de cosificación, de Tánatos¹⁸¹; o de construcción creativa, erótica, de liberación y de construcción de la autonomía.

"El ser humano es fruto de una ruptura, de una escisión, y toda ruptura es violencia. Es su ruptura con la naturaleza, expresada por todos los mitos fundantes la que lo funda como ser humano. Habiendo roto con la naturaleza, va en busca de otra naturaleza en la que pueda vivir y descansar. Es entonces que crea una segunda naturaleza como lo expresa Aristóteles, es decir, un ethos en el que vivir.... Naturaleza precaria, siempre amenazada... En el seno de esta naturaleza (social) o de esta morada se sigue desarrollando el proceso dialéctico de la vida, con la

¹⁸⁰ .- Para ejemplificar este enunciado, que considero central, quisiera transcribir un párrafo del escrito de Rubén Dri mencionado. *"La meta de toda sociedad debe ser la paz, pero ésta es entendida de diferente maneras desde el poder de dominación y desde los sectores populares. Desde la dominación la paz es la de los cementerios, desde los que aceptan la dominación sin chistar. La paz es el orden impuesto desde arriba que establece que hay ganadores y perdedores, dominadores y dominados. Estos últimos pueden hacer sus reclamos mientras no molesten a los ganadores..... Pero, desde abajo la paz es vista de otra manera (se la considera como construcción, como el andar organizado de los "hacedores de la paz"... En este sentido, los verdaderos hacedores de la paz son los movimientos sociales que crean condiciones dignas de trabajo, (de inclusión, de justicia social) entre los que se encuentran los piquetes. Los compañeros Piqueteros (como los Zapatistas o el Movimiento sin Tierra o las Madres de Plaza de Mayo o de Ciudad Juárez) practican la violencia afirmativa, la que se necesita para construir la paz que no sea la de los cementerios, sino la de la comensalía, es decir, la de las comunidades que pueden compartir la vida, comer en común. Son ellos los que construyen una sociedad pacificada, en la que la violencia, la fuerza vital, se orienta hacia fines creativos, realizadores de mejores condiciones de vida"*

¹⁸¹ .- Parafraseando a Herbert Marcuse en *"Eros y civilización"*. Coedición Mexicana Planeta/Artemisa. 1986

*aspiración de lograr vivir en paz y confraternidad, aspiración nunca lograda plenamente, siempre presente como meta que se quiere alcanzar*¹⁸²

Con lo dicho, la violencia como condición humana es una presencia insoslayables desde este hecho fundante de ruptura primaria: *todos suponemos y admitimos la violencia.*

En la actualidad, por ejemplo, en los programas de gobierno legitimados por el voto popular, la prioridad es mas policías, mas seguridad. Negar este saber es negar al Estado moderno, al ejército, las cárceles, los hogares de menores o sustitutos, al propio orden capitalista de la época que los genera y sus políticas económicas y culturales corroyendo cada vez - en la alienación de una sociedad que entrapa en su heteronomía - la capacidad autónoma de sujetos mercantilizados, sujetos/objetos de un mercado que todo compra y vende - hasta la dignidad - por mayor capacidad adquisitiva, para conservar un trabajo o mantener sistemas perversos de escala productiva, miremos sino que es lo que son las actuales políticas educativas de nivel superior y los procesos de subordinación y prostitución que se generan en las organizaciones institucionales. El problemas es mas complejo que asumir si vivimos en la violencia o no, si es legítima o no, el problema es cuestionarse acerca de qué tipo de violencia se admite, a qué sujetos nos referimos y nos enfrentamos, ante qué realidad nos colocamos y bajo qué circunstancias. El genocidio capitalista lo construimos entre todos, aún los pacifistas mas enconados. ¿Qué sujetos se necesita para promover una violencia afirmativa, creadora y liberadora?

¹⁸² .- Rubén Dri *Op. cit.*

Indudablemente un sujeto con capacidad de volver sobre sí, de re-
vuelta¹⁸³ es capaz de darse cuenta, de tomar otro rumbo en su andar, de
opciones éticas y de acto de voluntad. Como dice Raymundo Mier:

*“Reflexionar y actuar sobre sí mismo parece inherente en la
confrontación del hombre con su propia imagen, con su propia finitud...
Reflexionar, pensar sobre el mundo, ha sido también intrínsecamente,
pensar sobre sí mismo; actuar sobre el mundo ha sido siempre y desde el
primer instante actuar simultáneamente sobre sí mismo”.*¹⁸⁴

De lo expuesto se podría sostener que la violencia, es una producción erótica o
tanática, que no es en sí misma destructiva, su fuerza puede significar
restablecimiento de orden o instalación de un nuevo orden –como diría Marx -.

Desde estas líneas de pensamiento, se profundizará en las diferentes
formas en la que puede operar la violencia.

Siguiendo a Conrado Egger Lann¹⁸⁵, en una visión mas sociológica de la
acción de la violencia, podrían citarse tres modos de operar:

- ? Violencia opresiva: Aquí la violencia traba la posibilidad de la creatividad
erótica del hombre y la mujer en cuanto impide el desarrollo de sus
potencialidades creadoras. Violencia sería en este caso contrario a
creatividad.
- ? Violencia subversiva: En este aspecto la violencia ataca el cuerpo legal
vigente. Violencia aquí sería contrario a *orden establecido*.

¹⁸³ - Kristeva, Julia “*El porvenir de la revuelta*”. Edit. Paidós.- 1998; Filloux, Jean Claude “*Intersubjetividad y formación*”. Edit. Novedades Educativas. Bs. As. Argentina. 1996

¹⁸⁴ - Raymundo Mier “*Bitácora de seducciones: contribuciones para la construcción de los conceptos de sujeto y subjetividad en la UAM – Xochimilco*” en “*Tras la huellas de la subjetividad*”. Cuadernos del TIPI Edit. UAM – Xochimilco. Julio 1998.-

¹⁸⁵ - Conrado Egger Lann “*Violencia y estructuras*”. Edit. Búsqueda. 1970.-

- ? Violencia coercitiva: Esta forma de manifestación de la violencia traba la decisión del individuo, que en principio es considerada “natural” en la medida que emana de la voluntad del mismo. La característica mas segura de esta forma de violencia es, pues, que *se impone* al individuo algo que éste en principio no acepta voluntariamente. Violencia en esta tercer variante se opone a *persuasión*.

Desde una perspectiva mas vinculada a las estructuras enunciativas que sostienen y cohesionan al grupo social, se recupera lo expresado por Lewkowicz. Para este autor *“la violencia se presenta precisamente en los puntos en que fracasa el lazo social. Lo que llamamos violencia emerge o irrumpe ahí donde queda suspendido o comprometido lo que hace vínculo entre las personas, el discurso y las prácticas que producen una comunidad, lo que hace que una sociedad sea una sociedad y esa sociedad”*¹⁸⁶.

En este marco de comprensión la violencia podría actuar como:

- ? Violencia normalizadora: Es la ejercida cuando los enunciados dejan de hacer sentido, entonces sólo la violencia puede recuperar, volver a restablecer su propia ley, un orden que organice el imaginario colectivo, que recupere los lazos sociales reestructurándolos y reparándolos.
- ? Violencia alteradora: Es aquella a la que Marx hace referencia en relación a la modificación de un orden a otro, este paso es de recreación de enunciados que hacen nuevos sentidos y por lo tanto crean nuevos lazos, nuevas ficciones sociales.

¹⁸⁶.- Lewkowicz. “Una imagen de nuestra violencia” en “Pensar sin estado”. p.p 55 Op. cit.

? Violencia generalizada (o social): Cuando los mecanismos de inclusión social no producen lazo entre los incluidos y tampoco los mecanismos de exclusión generan lazos entre los excluidos.

Este ordenamiento (no taxonómico) de formas de operar de la violencia como “empleo arbitrario de la fuerza” nos habla de la naturaleza que adquiere esta fuerza, sin embargo quisiera hacer aquí una observación, la naturaleza de esta fuerza, cualquiera sea la forma que tome es *relacional*, y supone un *espacio relacional* entre sujetos donde esa fuerza actúa; es decir, es una fuerza *negadora* de sujetos y es desde esta perspectiva que, a mi entender se liga violencia a dominación.

Sin embargo, es importante diferenciar violencia negativa de violencia positiva para poder referenciar inequívocamente la forma enunciativa con lo que esta quiere significar.

Es así que de este trabajo investigativo, la violencia negativa se comprenderá como todo acto o comportamiento que refleje pérdida de sentido sistemática de todo acto cotidiano que los sujetos sociales realizan consigo mismo y con otros. Esto entendiéndolo que la pérdida de sentido en términos subjetivos conlleva un efecto nocivo en el establecimiento de vínculos relacionales.

El sin sentido es manifiesto cuando el acto minimiza la conciencia de ese hacer y su capacidad proyectiva, o bien cuando el hacer es exclusivamente con arreglo a fines, es decir, un hacer instrumental que instrumentaliza a los sujetos volviéndolos funcionales a los intereses de una o más personas más que reconociendo en el otro un alter, es decir un sujeto de sentido. Así planteada, la violencia negativa es por definición destructiva de lazos intersubjetivos y por ende sociales.

Es entonces pertinente preguntarse, ¿Cómo se establecen los vínculos entre pacientes y cuidadores de enfermería?, ¿Cuánto del vínculo que se establece es con arreglo a fines o de relaciones de alteridad?, ¿Cómo es la vinculación entre enseñantes y futuros profesionales de la salud?, ¿Cómo es la vinculación entre profesionales del cuidado de enfermería y de éstos como médicos y otros trabajadores de la salud en el ámbito hospitalario?

4.2.- Otros modos de mirar a la violencia.

Se consideran aquí dos modos de teorización acerca de la violencia que comportan miradas epistémicas y metodológicas insoslayables para todos aquellos que de una u otra manera se acercan a la reflexión de esta temática. Estas dos miradas están dadas por aportes desde el psicoanálisis lacaniano¹⁸⁷ y el magnífico texto de René Girard *“La violencia y lo sagrado”*¹⁸⁸

En cuanto a los aportes Lacanianos, conviene explicitar que, si bien este no es un trabajo de corte psicológico, es ineludible convocar estas contribuciones; fundamentalmente porque el psicoanálisis, desde el campo de estudio de la Psicología, aporta reflexiones sustantivas en la comprensión del sujeto y su subjetividad. Por esta razón, si bien no se realizará un estudio a profundidad de los aportes de Lacan¹⁸⁹ al estudio de la violencia, si se retoman sus pistas de investigación al respecto y se comenta acerca de la importancia de retomar esta vertiente.

Estudiar la violencia humana desde el psicoanálisis, exige partir del concepto de agresividad entendida esta como una forma compulsiva de pasar al

¹⁸⁷.- Para este fin se toman los aportes de dos autores colombianos Gallo, Héctor y Céspedes, Gerardo *“Estado del arte de los estudios sobre violencia y subjetividad”* en *“Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia”*. Edit. Universidad de Antioquia. 2001.-

¹⁸⁸.- Girard, René *“La violencia y lo sagrado”* Edit. Anagrama. 1998.-

¹⁸⁹.- D’Angelo, Rinty; Carvajal, Eduardo; Marchilli, Alberto *“Una introducción a Lacan”*. Edit. Lugar. Bs. As. Argentina. 2000. Jaques-Alain Miller *Seminario. El deseo de Lacan*. Edit. Atuel-Anáfora. 1997

acto mortífero. Desde los supuestos lacanianos, como una corriente del pensamiento psicoanalítico que abreva en la fuente inagotable de los aportes Freudianos, se distingue la agresión humana de la noción biológica de agresión insertando a la misma en una matriz analítica de investigación del sujeto y su subjetividad integrada por: los registros de lo imaginario, lo simbólico y lo real presentes en todo proceso subjetivo.

Lacan, en su *"Ensayo sobre la violencia"*¹⁹⁰ plantea la categoría de *intención agresiva*, para aludir al sujeto cuyo deseo y necesidad de agresión pueden ser susceptibles de dialectizarse a través de la palabra; esto a diferencia de la *tendencia agresiva* que busca la destrucción del otro y de sí mismo sin mediación posible de la ley y/o la palabra.

Las categorías lacanianas pueden ser resignificadas en el estudio de los fenómenos sociales con cuidadosas metodologías que se articulen desde supuestos epistémicos claros que respeten la centralidad del sujeto, y del sujeto con capacidad enunciativa; es decir, con capacidad de hacer *lazo social*, en tanto enunciados que hagan sentido a la comunidad de referencia.

Lo dicho contribuye, en gran medida, a superar estudios que se "pegan" a la pura interpretación fenoménica de actos de violencia negativa - subjetiva o colectiva -.

Esta necesidad de incorporar una lectura mas profunda del fenómeno de la violencia, considerando a los sujetos que la generan, trae aparejada la exigencia de usar operadores lógicos coherentes que permitan una lectura, además de fenoménica, metapsicológica; lectura que se preocupa por comprender la causalidad psíquica de los sujetos que intervienen en fenómenos sociales de violencia negativa.

¹⁹⁰ .- Citado por Gallo, Héctor y Céspedes, Gerardo Op. cit.

Los principales operadores lógicos – a modo de estructura categorial - del planteo de Lacan son *el nombre del padre* y *el discurso*. Las investigaciones sociales vinculadas al tema de la violencia, han valorizado más el primero de estos dispositivos que consiste, en términos muy generales, en la excesiva presencia o debilitamiento del lugar que ocupa la *ley* como un orden instituido que haga sentido individual y colectivo.

El segundo de estos dispositivos, el discurso, ha sido menos trabajado, y aborda – como en este trabajo – las patologías del vínculo social. El concepto de discurso posibilita construir una argumentación sobre las distintas variantes en las que puede presentarse la violencia, y al mismo tiempo da lugar a lecturas más abarcativas del fenómeno a fin de ir precisando su verdadero estatus respecto al vínculo social.

Indudablemente, estamos hoy ante actos de violencia “novedosos” donde las lecturas tradicionales del psicoanálisis – mito edípico, novela familiar, igualdad de derechos, etc. – ya no son suficientes para comprender la realidad y el estatuto de la agresividad en el campo de la colectividad, razón por la cual se considera de gran riqueza heurística la interpretación del discurso en relación al develamiento del tipo de lazos sociales que hoy organizan a la sociedad. A este respecto, una pregunta sustantiva podría ser *“¿Qué sucede cuando no hay ya condiciones favorables para la convención de diálogo, es decir, cuando ante la “coyuntura de emergencia” no hay llamada al tercero, ni su intervención es bienvenida?”*¹⁹¹.

El tercero hace referencia aquí a quien “tercia”, a quien interviene en el espacio relacional destructivo, tercero que puede ser la ley o la palabra de otro

¹⁹¹ Gallo y Céspedes Op. cit. P.p 271

que desea hacer lazo social desde una convención de diálogo asumida y compartida.

Nuevamente la función que el lazo social, viabilizado por la palabra discursiva o en cualquier forma que tome el lenguaje, es nodal para poder comprender las pequeñas filigranas de la construcción de la violencia sutil negativa; violencia estructurante de la violencia social.

Desde una mirada antropológica, René Girard, hace del *acto sacrificial* y su ritualidad, una mediación simbólica de violencia positiva, en tanto el sacrificio encarna las fuerzas tanáticas de un grupo social y sus integrantes. Es en este sentido el carácter sagrado de la víctima, en tanto capacidad de mutación de lo negativo, en tanto ofrenda supletoria de la venganza y la locura (la pérdida de sentido). *“Al desviarse de manera duradera hacia la víctima sacrificial, la violencia pierde de vista el objeto apuntando inicialmente por ella. La sustitución sacrificial supone una cierta ignorancia. Mientras permanece en vigor, el sacrificio no puede hacer patente el desplazamiento sobre el que está basado.”*¹⁹² El sacrificio tiene aquí estatuto de violencia de recambio, un transfert colectivo e individual donde depositar las luchas intestinas, rivalidades, celos, peleas entre allegados, etc. porque la violencia negativa o positiva, como ya se ha dicho, es parte de la condición humana; y esta se agudiza con la prosperidad material, imaginario que articuló a la modernidad con los enclaves en el *orden* y el *progreso*.

Lo que ha hecho la modernidad es regular lo sacrificial en nombre del nuevo orden y desplaza la totalidad del sacrificio fuera de lo real, ignora la violencia e instala reguladores sociales, buscando un papel compensador en lo jurídico como normativización del comportamiento y reemplazo del sacrificio. Lo

¹⁹² .- Girard, René Op. cit.

penal es así un nuevo estatuto que se asienta sobre la venganza legitimada en versiones de premio y castigo. Esto lleva a des-responsabilizarse de un sentimiento individual y social depositando afuera de los sujetos y sus lazos sociales, la responsabilidad de escapar a la violencia.

En la omnipotencia del nuevo orden se minimiza el peligro de la venganza por lo tanto se niega la mediación del acto sacrificial, Es importante en este sentido observar hasta que punto las sociedades carentes de penalidades pueden regular la vida comunitaria¹⁹³

Sin embargo, cabría preguntarse si la ritualidad sacrificial no es también una condición humana, y si esta condición, y mas allá del orden capitalista totalitario que nos legó la modernidad, no ha tomado nuevas formas de actualizar esta necesidad de depositación de la violencia negativa. Quizás esta ha sido la función subliminal de las religiones, y quizás el propio capitalismo necesite de permanente sacrificios que justifiquen su existencia, y en este sentido, la vida en un Hospital deja muchas interrogantes al respecto.

Estas miradas sobre la violencia, y en sus posibles articulaciones, abren sin lugar a dudas un espacio investigativo absolutamente seductor. ¿Cuáles son las actuales víctimas del orden mundial?, ¿Cómo se intenta neutralizar la violencia en tiempos de rupturas de lazos sociales?, ¿Qué lugar ocupa el enunciado y su red semántica en la organización de la venganza y la penalización?, ¿Qué se sacrifica en el hospital y para qué?.

Quizás estas relaciones puedan parecer sofisticadas, pero lo cierto es que la cotidianidad hospitalaria lleva a muchas de estas interrogantes, tanto

¹⁹³ .- Actualmente, un ejemplo de estas formas no convencionales, puede encontrarse en comunidades indígenas de las montañas del Estado de Guerrero. Estas comunidades tienen un sistema penal que se sostienen en la comunidad con policías comunitarias, estos pueblos han bajado notablemente el índice de delincuencia.

desde la vida que hacen sus protagonistas como de la existencia misma de los hospitales de la época.

4.3.-Un modo de comprender a la violencia negativa y cotidiana.

En este marco de reflexiones, es que preocupa e interesa ahondar en el descubrir el modo de operar cotidiano de la violencia negativa, esa invisible trama que va ocupando, cada vez mas, el lugar de lo posible de ser proyecto social en las relaciones humanas que se dan en las organizaciones e instituciones de nuestros países.

A la luz de las construcciones teóricas que se vienen planteando se centrará a este tipo de violencia destructiva, como *violencia sutil negativa*. Y como se menciona al inicio de este punto, la violencia sutil negativa encuentra su explicación en la pérdida del sentido que hace lazo social a través de la acción comunicativa.

El sentido es aquí un concepto que convoca dos órdenes, uno epistémico y otro existencial y estas dos dimensiones se organizan a partir de la constitución misma de este concepto.

En primer lugar el sentido implica *afecto* en verbo, es decir *afectación*, y afecto y afectación hace referencia a *estar tocada*, afectado¹⁹⁴. Desde esta base semántica se divide a este concepto en dos términos *sent-ido* de esta manera el sentido tanto en su dimensión epistémica como existencial, hace referencia al afecto – que toca, que conmueve al sujeto y su subjetividad -, y un tocar que en su acción impulsa a moverse con dirección (ido, de ir hacia). Desde esta perspectiva, la capacidad de sentir contribuye al “darse cuenta”, es decir, al acto de conciencia que conlleva acción con dirección.

¹⁹⁴.- Este modo de comprender el sentido fue reconstruido a partir del “*Seminario de Antropología simbólica*” dictado por el Dr. Raymundo Mier en la Escuela Nacional de Antropología e Historia de la Ciudad de México 2001.

En esta línea de pensamiento, el sentido esta profundamente imbricada a la ética. Esto en tanto el sentido es un concepto que necesariamente se acorpa en un sujeto con capacidad de darse cuenta y por lo tanto de elegir que hacer frente a ese darse cuenta, lo cual lo lleva a *dar* cuenta de una opción.

Así planteada la violencia negativa cotidiana, y poniendo esta categoría de violencia sutil negativa en tensión en la formación y práctica del cuidado de enfermería en situaciones de alto riesgo en hospitales de alta complejidad, surgen múltiples preguntas, tales como: ¿Qué es lo que construye sentido en el ámbito de la formación y práctica en el cuidado de enfermería?, ¿Cómo opera la violencia sutil negativa en términos de construcción de la subjetividad y del imaginario colectivo de estos profesionales en al vida hospitalaria?.

5.- Institución y organización. Espacios de acción en el cuidado de enfermería.

La institución es una representación imaginaria creada por el conjunto social que, como formación social, cumple una función pragmática: la de organizar el sistema social. Desde esta perspectiva, la institución sirve de marco delimitador de funciones sociales y contención interna de sujetos con el fin de centrar su sentir, pensar y hacer con arreglo a fines.

Esta construcción de orden político, económico y cultural, está impregnada de ideología y acompañada de sombras fantasmáticas que activan al inconsciente colectivo de quienes la conforman. Esto en tanto que su función de delimitación y contención, delimita y contiene tanto a los sujetos como a la dinámica que ellos generan, en este sentido es una instancia de *control social* que está en permanente lucha con la emergencia del cuestionamiento y el cambio; la institución es así una arena de permanente tensión entre fuerzas conservadoras del orden instituido y fuerzas potenciadoras de cambio social.

Así entendida la institución, y en el marco de las reflexiones de este capítulo, es un *cuerposimbólico* que se sostiene por legitimación de los cuerpos reales, de los sujetos históricos a los cuales sirve; son éstos los que, por necesidad de ordenar sus propias acciones y de perdurar en el tiempo, construyen y cuidan a modo totémico, esta creación que, de alguna manera, los protege de sus propias posibilidades creativas. Así planteado, la institución tiene su origen en un acto de violencia positiva, de instalación de un orden; sin embargo, este origen violento genera también una paradoja y hará que ésta se debata permanentemente entre lo que Lacan denomina intención agresiva (la que se puede dialectizar discursivamente) y lo que en este trabajo se ha denominado violencia como la pérdida de sentido que irrumpe rompiendo lazo social para sostenerse a cualquier costo, lo que transforma a la institución en una súper estructura que se mueve desde la lógica de violencia negativa ejerciendo su poder dominante desde la coacción por acción de la violencia sutil negativa o de la violencia social¹⁹⁵.

Desde lo dicho podría plantearse, como una primera enunciación comprensiva, que la institución es el entramado simbólico que da el comienzo, establece y forma una instancia legitimada por el orden social.-

Como construcción simbólica se mueve tanto en una dinámica de lo imaginario como en el establecimiento de pautas, normas, sistema de reglas, leyes de funcionamiento, modos de transmisión y cierta influencia sobre grupos humanos que hacen al funcionamiento de una sociedad. La sistematización de este establecimiento es viabilizada por la organización institucional, ámbito de

¹⁹⁵ .- Actualmente hay instituciones sociales que se encuentran en esta lucha de supervivencia cuerpo a cuerpo con sus propios creadores – sujetos reales –, por ejemplo la institución familiar, la institución escolar, la institución judicial, entre otros. El problema es estructural en tanto las instituciones se a-historizan cuidándose más el “orden” que a los propios sujetos a los que contiene los que, por naturaleza histórica, se encuentran en permanente cambio de necesidades.

fluidez que permite al cuerpo institucional activarse orgánicamente. Dependerá del sustrato epistémico – que es también político – la comprensión de esta organicidad: sistémica cerrada, autopoietica o histórica y autorregulada – mutable en el tiempo según las necesidades de los sujetos que la crearon.

La organización es por lo tanto, lo que permite visualizar el grado de presencia de los sujetos en la dinámica institucional y el grado de acción de la norma por sobre los sujetos, anulando a estos en el sostenimiento del orden con arreglo a fines instrumentales. Es aquí donde lo epistémico se traduce en político en tanto acción que se manifiesta desde un modo de relacionarse con el mundo. Podemos señalar así dos formas de comportamiento institucional y organizacional: las instituciones tecnocráticas o de imposición¹⁹⁶, y las de comunidad compleja, es decir, de autoorganización o de las proposiciones¹⁹⁷.

Los hospitales visitados y en particular el hospital Salvador Zubirán, se organizan alrededor del paradigma de la imposición. Este paradigma deviene de la metáfora epistémica del mundo como reloj, como mecánico que trajo la modernidad, enfoque que se fue reactualizando desde la demanda del brazo político y económico de este modo de mirar y relacionarse con la realidad en el marco del capitalismo. Podrían citarse, entre otras que responden a este enfoque, el de la *racionalidad funcional* y el de la *adaptación en la racionalidad administrativa*.

Las características de estas organizaciones son:

- ? Mecánica/reduccionista: la organización se diseña en base a procedimientos lineales, de definición apriorística de formas de comportamientos; con división del trabajo en compartimentos estancos y

¹⁹⁶.- Otros nombres que puede llevar son: mecanicista, disociada, racional Reinaldo Carreño *La organización de las proposiciones* en “*El corazón de Arco Iris*”. Coord. Jorge Osorio, Luis Waistein. Edit. CEAL

¹⁹⁷.- Ver Reinaldo Carreño Op. cit. pp 130

separación del mismo en actividades de corte intelectual y corporal como diferentes.

- ? Generalización y convergencia: leyes generales que a-historizan modelos organizacionales en función del logro de mayor "racionalidad" económica. Esto resulta en traslaciones de "modelos" que se aplican indiscriminadamente en búsqueda de logros economicistas. Configuran a esta modalidad a) la competencia y la agresividad; b) la evolución por inercia de la organización.
- ? El afuera y el adentro: Estas dinámicas separan a la institución y su organización de sus beneficiarios y centra la eficiencia desde parámetros productivos internos que no contemplan niveles de complejidad de la realidad en la actuación.-
- ? Disociación masculino - femenino: Este punto se refiere al carácter propiamente masculino: la voluntad de dominio, la posesión, competitividad, violencia. Esta característica responde a los modelos patriarcales de organización social.
- ? División (confusión) teoría-práctica: lo que incide en la racionalización profesional y profesionalizante. La masa "intelectual" accede a mejores puestos en la pirámide de mando y los prácticos son desdibujados en su actividad generando re-sentimientos organizacionales y obstáculos epistemofílicos.
- ? Procedimientos enajenados y enajenantes: lo que conlleva a la separación del sentimiento de la acción, al eficientismo que se transforma en lo que se podría llamar el *efecto Kafka*¹⁹⁸, en tanto sensación amenazante que

¹⁹⁸.- Este efecto se desprende de esa magnífica obra de Franz Kafka "El proceso" en "Novelas". Edit. Valdemar/Clásicos 2001 (entre muchas ediciones)

termina minando la seguridad de los sujetos en nombre de la eficiencia, mas aún que ya no hay estabilidad laboral.

Estas “variaciones” de un mismo orden pueden visualizarse en los modos de operar de los trabajadores de la salud entrevistados y de las mismas rutinas de trabajo. No es difícil desprender la misma matriz epistémica tanto en la concepción organizacional como en la estructura del profesional del cuidado de enfermería.

5.1.- Preponderancia del “rol” profesional. Un punto de inflexión.

En la movilidad organizacional descrita en el punto anterior, queda claro una forma de sinergia que privilegia la relación organización/profesión aún desde la formación y mucho mas en las prácticas profesionales. Emerge de las observaciones y entrevistas realizadas, la preponderancia del *rol* como función articuladora de estas dos dimensiones que en su preponderancia subsumen al sujeto en determinadas funciones y rangos funcionales.

En el marco que ofrece este capítulo, se entiende al *rol* como la función que puede desempeñar un sujeto en determinados ámbitos institucionales. Es una investidura que le permite al mismo formas de “medición” en distintos espacios relacionales; es decir, el rol permite activar actuaciones - esperadas o no - entre el sujeto y sus posibles y diversas situaciones sociales. En este marco de comprensiones, un solo sujeto puede asumir y desempeñar simultáneamente diferentes roles, dependiendo de las situaciones e instituciones por las cuales transite.

En nuestro caso, la emergencia se sitúa en el rol profesional de ser enfermero o enfermera en centros hospitalarios que atienden población vulnerable, es decir, en riesgo de muerte.

Indudablemente, de como el sujeto porta el rol y lo desempeña, habla de una forma particular de establecer relaciones y por ende habla de un sujeto que ha construido y se construye - desde su propia historicidad - en formas posibles de establecer relaciones sociales. Son estas relaciones, como se viene exponiendo, las que configuran una red productora de representaciones simbólicas que hacen a la configuración de la cultura laboral.

¿Cómo opera el rol en el ámbito hospitalario cuando la relación organización profesión subsume al sujeto?; ¿cómo se proyecta esta subordinación del sujeto al rol en su vida cotidiana?; ¿qué incidencia y efectos tiene en la atención a pacientes y el desempeño del propio rol?

La cuestión del rol y sus exigencias es un tema recurrente y hasta asfixiante en la realidad de los trabajadores de la salud, e indudablemente se refleja en los cuerpo - su rigidez - y actitudes de ensimismamiento que profundizan el rol instrumental con arreglo a fines.

A N E X O

Disgresión 1 en torno a los espacios relacionales intersubjetivos.

Este modo de considerar algunos “diálogos” particulares con autores o tendencias teóricas que considero ricos y pertinentes, fue “aprehendido” de un notable filósofo contemporáneo: José Pablo Feimman¹⁹⁹ que utiliza – para superar los interminables pié de página – un *diálogo...* que puede llegar a enriquecer la lectura del conjunto escrito pero que es eso, una *disgresión*.

Es por esto que en este Anexo, se intenta colocar dialógicamente uno de los textos que aún hoy sorprenden por su riqueza de textualidad y apertura simbólica en relación a los temas que se vienen planteando, como lo es el “Ensayo sobre los Dones”²⁰⁰ de Marcel Mauss.

Es este un trabajo se centra en las posibilidades *contractuales* de la *relaciones intersubjetivas*, recuperando las mismas como ámbito de *prestaciones totales*, donde “todo lo que ocurre” como proceso relacional se articula a los “intereses de prestación”.

Debe quedar claro que no se están invalidando los planteamientos de M.Mauss, sino que se revaloriza su postura como **una versión** argumentativa del *sentido de las relaciones intersubjetivas* en las tribus de Polinesia y Melanesia, que él estudió, y poniendo estos estudios en tensión con lo se viene planteado como *relación intersubjetiva*.

Desde el inicio de su ensayo Mauss explicita su ángulo de construcción de conocimiento que, pareciera, “reducir” a un fenómeno, el de intercambio, todo el proceso de relaciones intersubjetivas puesta en escena por las tribus estudiadas.

¹⁹⁹ .- José Pablo Feimman. “*La sangre derramada. Ensayo sobre la violencia política*”. Edit. Ariel. 3° edic. 1999

²⁰⁰ .- Mauss Marcel. “*Ensayo sobre los dones. Motivo y formas del cambio en las sociedades primitivas*”, II parte de “*Sociología y Antropología*”. Edit. Tecnos .1971/1979

Esta reducción, redujo también una perspectiva de análisis, de racionalidad instrumental con arreglo a fines, perdiéndose de vista la amplitud antropológica que las relaciones intersubjetivas, en los términos planteados, contiene y que impregnan la vida cotidiana de estas tribus.

*“El tema... los cambios y contratos (que) se hacen bajo la forma de regalos, teóricamente voluntarios, pero, en realidad, hechos y devueltos obligatoriamente.”... “Sobre estos temas tan complejos y sobre esta multitud de cosas sociales en movimiento, queremos aquí tomar en consideración **un solo rasgo profundo pero aislado**: el carácter voluntario, por así decirlo, aparentemente libre y gratuito y, sin embargo, obligatorio e interesado de esas prestaciones; prestaciones que han revestido casi siempre la forma de presente, de regalo ofrecido generosamente incluso cuando, en ese gesto se acompaña la transacción, no hay más que ficción, formalismo y mentira social, y cuando en el fondo lo que hay es la obligación y el interés económico.”²⁰¹*

Es probable que Mauss haya *interpretado* de estas culturas algunas cuestiones que le permitieron aseverar semejante afirmación, aunque a lo largo de la lectura no quedan muy claro sus *criterios* de “lectura interpretativa” de estos con-textos.

Si bien señala que *hemos seguido un **método comparativo concreto***. Como siempre, hemos estudiado el tema en lugares determinados y elegidos: Polinesia, Melanesia, noroeste americano, así como algunos **derechos fundamentales**. A continuación, hemos elegido sólo aquellos derechos que, gracias a los documentos y a un trabajo filológico, ya que se trata de términos y

²⁰¹.- M. Mauss. Op. cit. Introducción . “Sobre los dones y sobre la obligación de hacer regalos”. Pp.156/57- El remarcado en negrilla y la palabra entre paréntesis son marcaciones realizadas por mi para completar la frase propuesta en un caso y poner en relieve el señalamiento en cuestión.

nociones, nos daban acceso a la conciencia de la propia sociedad, lo cual ha limitado aún más el campo de comparaciones”.

De esto se desprendería que, si bien estos estudios se realizan en los procesos de relación intersubjetivos no se tomaron en cuenta como *campo de coordinación de coordinaciones simbólicas y su densidad de significaciones, sólo se aisló el hecho de las transacciones y reglas de derecho y economía.*

Indudablemente no fue éste el objetivo ni la preocupación de Mauss, pero me cabe preguntarse, ¿Qué tanto se puede aceptar hoy las afirmaciones realizadas?, ¿Cuáles son las razones - necesidades y/o deseos -, que están detrás de estas supuestas “transacciones”? Porque la carga de legitimación está en “transacciones” teñidas de lazos afectivos aún en el caso del Potlach de Melanesia, más bélico y tanático - denominadas por Mauss como *prestaciones totales agónicas* - que el mágico *hau* de Samoa, espíritu de las cosas que van por el mundo donándose, con el fin de volver a su origen y devolver amorosamente los espíritus a sus texturas; o el *oloa* y *tonga* donde además de prestigio y honor, como en el Potlach, se resguardan otros valores como el reconocimiento del *bien uterino*.

¿Cuáles son las fantasías y creencias de estos comportamientos?, ¿Cuáles *sus sentidos*, reconociéndose sus *contextos de sentido y de referencia social*?

¿Podría hoy decirse que todo esto es con un solo sentido, el sentido económico?, ¿Podemos hoy hablar de *prestaciones totales*?, ¿Qué sería lo *total*?

Indudablemente, creo que si se toma *metodológicamente* las **relaciones intersubjetivas como campo de coordinación de coordinaciones simbólicas**, se amplía el horizonte originario de lo que se ve, “la cosa misma” del mundo de vida, a un horizonte de mayor apertura cognitiva.

Es este horizonte original, punto de partida angular, recurrente y progresivo para explicarse en su recorrido epistémico en profundidad, en densidad para *"aducir - tal como lo dice Clifford Geertz - que la explicación a menudo consiste en sustituir cuadros simples por cuadros complejos, procurando conservar de alguna manera la claridad persuasiva que presentan los cuadros simples"* .

Lo sagrado y lo ritual, es y ha sido, en la historia de la humanidad, algo más que una transacción económica y de derecho²⁰², quizá el reconocimiento del *espacio de relaciones intersubjetiva como campo de coordinación de coordinaciones simbólicas*, sea más complejo en tanto, como espacio relacional concreto, es en sí mismo interdisciplinario y en su decodificación exige miradas menos reducidas a lo disciplinar y más abiertas a la problemática humana, vale la pena aceptar el desafío en el compromiso ético político que esto significa para los trabajadores de la cultura.

En espíritus animistas resulta dudoso que sus marcos de referencia simbólica se *reduzcan* a transacciones económicas, solamente; como tampoco podría afirmarse que estas transacciones mantengan sus sentidos, su intencionalidad, fuera de ese marco simbólico de mimesis con la naturaleza.

Podría señalarse, en este sentido, una interpretación de gran belleza en el texto de Mauss, *"por el momento, lo que ha quedado claro es que, para el derecho maorí (tribu de Samoa), la obligación de derecho, obligación por las cosas, es una obligación entre **almas** (se refiere al hau) ya que la cosa tiene un alma, es del alma. De lo que se deriva que ofrecer una cosa a alguien es ofrecer algo propio.".... "Se comprende clara y lógicamente que, dentro de este sistema*

²⁰² .- Un desarrollo interesante del tema realiza Kristeva Julia en *"Sentido y sin sentido de la revuelta. Una lectura psicoanalítica"*. Edit. EUDEBA. 1998

de ideas , hay que dar a otro lo que en realidad es parte de su naturaleza y sustancia, ya que aceptar algo de alguien significa aceptar algo de su esencia espiritual, de su alma. La conservación de esa cosa sería peligrosa y mortal , no sólo porque sería ilícita, sino también porque esa cosa que sale de la persona, no sólo mortal, física y espiritualmente, esa esencia, ese alimento, esos bienes muebles o inmuebles, esas mujeres o sus descendientes, esos ritos o comuniones, otorgan un poder mágico y religioso sobre las personas”.

¿Cómo podría afirmarse entonces lo dicho en las primeras transcripciones acerca de las *prestaciones totales* y *seudo* transacciones recíprocas como *mentira social*?. Indudablemente, sería interesante ampliar el concepto de total en lo complejo y develarlo en la sutileza de la densidad de procesos culturales, lo que exige repensar espacios metodológicos de conocimiento del otro y/o lo otro.

Sin lugar a duda, Mauss es un hombre de su época – la primer edición de “Sociología y antropología” fue en 1950-, quizá hoy, después de los creativos 60/70 en la antropología, sus trabajos tomarían otros aspectos, quizás.... ; de todos modos hoy, después del costoso reconocimiento de la antropología simbólica y sus máximos exponentes, Clifford Geertz y Víctor Turner, indudablemente se han abierto otros caminos para el trabajo antropológico, sin embargo, se hace necesario afianzar las cuestiones metodológicas que hacen a una postura que necesariamente configura una fuerte crítica cultural.

En este sentido, enrolaría estas reflexiones vinculadas a la *relación intersubjetiva* que se vienen planteando, en la tendencia Geertziana.

Geertz entiende que la cultura no es “algo que se localiza en la cabeza de los hombres”, sino que toma cuerpo en símbolos públicos, símbolos mediante los cuales los miembros de una sociedad comunican *su visión* del mundo, sus

orientaciones de valor, su ethos y todo lo demás, unos a otros entre sí, a futuras generaciones.

Con estas ideas, Geertz dio al concepto de cultura una *localización relativamente fija* y un grado de objetividad que no tenía antes.²⁰³ Sin embargo, esta línea de pensamiento se centró en como los símbolos modelan las maneras en que los actores sociales ven, sienten y piensan acerca del mundo, como los símbolos operan como vehículo para esto. Queda por profundizar las “maneras” en que los símbolos desempeñan ciertas “operaciones prácticas”, sus posibles variaciones en las distintas prácticas sociales, así como delimitaciones para su abordaje.

En este sentido sería pertinente profundizar, como una posibilidad metodológica, este *espacio relacional* y sus posibles variantes e invariantes constitutivas a modo de referencia, lo que no implica, y en ningún modo, reglas de verificación.

Indudablemente mucho se ha avanzado en la comprensión y la importancia de lo cotidiano como espacio antropológico y epistémico.

Ya en 1939 Benjamín Lee Whorf en su interesante estudio de la significación del lenguaje²⁰⁴ sigue huellas que transitar; Marx Gluckman y su estudio de la organización de la moderna Zululand; el propio Círculo de Eranos, en el punto anterior abordado, pero es gracias a los avances que nos legaron estos grandes pensadores del hombre y su cultura, y en la conciencia histórica de nuestra época, que siempre queda por hacer. Se podría decir que el desafío de la época para una ciencia interpretativa como la antropología y otras ciencias

²⁰³ .- Esta explicación del pensamiento Geertziano y un mayor desarrollo del mismo se encuentra en Ortner Sherry B.: “*La teoría antropológica de los años sesenta*”. Edit. Universidad de Guadalajara.

²⁰⁴ .- Lee Whorf. “*La relación del pensamiento y el comportamiento habitual con el lenguaje*” en “*Lenguaje, pensamiento y realidad*”. Edit. Barral

como la psicología o la pedagogía es hacer más congruente su discurso crítico y hermenéutico con una acción investigativa consecuente.

C A P I T U L O III

El cuidado de enfermería. Una profesión enigmática y paradigmática. Construyendo algunas reflexiones acerca de la profesión²⁰⁵

²⁰⁵.- Este capítulo, en sus ensayos preliminares, fue presentado en Noviembre del 2000 en el Seminario de Género coordinado por la Dra. Patricia Blancas Ravelo en el CIESAS. La actual versión considera muchas de las atinadas sugerencias, aclaraciones y aportes realizados en aquella oportunidad.

1.- Algunas consideraciones previas.

En el marco de los capítulos anteriores, éste pretende ahondar en la formación y práctica profesional actual del cuidado de enfermería tomando, como referencia de análisis empírica, como se viene mencionando desde el Capítulo I, al Hospital de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán del Distrito Federal en México. Si bien éste hospital ha sido el eje de esta investigación, se han incluido entrevistas y observaciones a profesionales de la salud de otros hospitales de alta complejidad.²⁰⁶. Así la vida hospitalaria, tanto del Hospital Zubirán como de otros ámbitos de salud y de atención a pacientes con SIDA y terapia intensiva, son ámbitos privilegiados para estudiar el desempeño de la profesión del cuidado de enfermería desde las expectativas que este estudio tiene. Desde ya, este proceso de construcción del problema a investigar se realiza, a la luz de las orientaciones y sugerencias teóricas y metodológicas que pudieron ofrecer los capítulos anteriores, pero también de las actuales circunstancias – políticas, económicas y culturales - que vive tanto México como el mundo en los albores del siglo XXI .

Antes de continuar con el desarrollo de este capítulo, sería pertinente aclarar – tal como se hiciera en los capítulos anteriores – el carácter que orienta la organización argumentativa de los puntos que lo configuran.

Así como en el Capítulo I se privilegió la elaboración de un marco historiográfico y de contextualización profesional que sirviera de instrumento metodológico para poder “leer” comprensivamente los procesos que se suceden en la conformación profesional en el cuidado de enfermería del presente; y en

²⁰⁶ .- Instituto Nacional de Vías Respiratorias. D.F México. También Se entrevistó a enfermeras y enfermeros de La Raza – hospital general del D.F – y de CONASIDA

el Capítulo II se asume un ángulo epistémico, en tanto producción de categorías que cumplan funciones metodológicas en relación a la reconstrucción articulada del problema que se aborda; en este apartado se busca hacer una *lectura interpretativa* de los datos elevados a fin de dilucidar y construir posibles explicaciones de cómo se configuran los espacios relacionales en la organización hospitalaria, intentando comprender cuál es su producción simbólica²⁰⁷. Las invariantes analíticas que a modo de dispositivos epistémicos se privilegiaron para este fin son: los espacios relacionales y la violencia sutil negativa; observando como inciden éstos en los procesos de conformación subjetiva y colectiva así como en la organización institucional.

Por otro lado, se buscó aprehender en que medida las producciones imaginarias a las que se alude se acercan o se alejan del discurso de la formación profesional en las prácticas mismas de esta profesión. Se definen así, dos ejes de análisis en la cultura hospitalaria: *el de la formación* y *el de la práctica profesional*, coordenadas que estarán presentes – mas allá de su nominación explícita y, que atraviesan todo el análisis realizado.

Es en las coordenadas físicas y simbólicas de estos ejes, que adquiere relevancia el recorte de realidad realizado en el Hospital Salvador Zubirán. ¿Por qué este recorte hospitalario y no otro como mediación metodológica para esta investigación?

En primer lugar este hospital tiene unas características particulares que encarnan, en sus trabajadores y en su dinámica organizacional, las preocupaciones de este estudio.

²⁰⁷.- Para este fin se seleccionaron 4 entrevistas que se consideran representativas de las 25 realizadas.-

Las características específicas a las que se hace referencia fueron condición metodológica en la selección del recorte de realidad que actúa como referente empírico²⁰⁸. Las mismas podrían señalarse como:

*relaciones jerárquicas fuertemente "institucionalizadas"²⁰⁹ y/o *normatizadas*²¹⁰;

* institución donde la relación "cara a cara" constituye el ejercicio mismo de la práctica social/laboral;

* situaciones relacionales de alta tensión emocional provocada, entre otros aspectos, por las expectativas mutuas de los sujetos que intervienen en esos espacios relacionales²¹¹.

El Hospital Salvador Zubirán – como ya se mencionara en el Capítulo I - es: a) un hospital público de 3er. Nivel; b) es un "hospital escuela" tanto de enfermeros y enfermeras como de médicos residentes; c) atiende a pacientes en terapia intensiva y con SIDA; d) los trabajadores de la salud transitan

²⁰⁸.- Si bien en el Capítulo I, punto dos, se explicitan las condiciones que determinaron al Hospital Salvador Zubirán como recorte de realidad, aquí se profundiza en las condiciones internas de este recorte.

²⁰⁹.- Si bien Georg Simmel - uno de los autores que nutre sustantivamente la mirada teórica con la que se elabora este capítulo - sostiene que "*la subordinación es de carácter propiamente sociológico y sociogénico*", lo que le confiere a la *subordinación* relevancia como *acontecimiento sociológico* al hablar de relaciones asimétricas *institucionalizadas*, se hace referencia a la institucionalización y legitimación como "orden" tanto organizacional como de sentido y contenido de la institución. Simmel George "*Sociología I. Estudios sobre las formas de socialización*". Edit. Alianza Universidad. España. 1986/1877. Cap. 3 "*La subordinación*", pp 147 a 264.

²¹⁰.- Así denomina M. Foucault a las relaciones asimétricas que se "normativizan" provocando violencia institucional y su orden en relaciones de poder subordinante y subalternizante. Ver Foucault Michael "*Hermenéutica del sujeto*". Edit. La Piqueta. 1994

²¹¹.- En este sentido, y como ya se citara, es una continuidad del trabajo de Tesis de Maestría la que, desde esta perspectiva, tomó como recorte de realidad los procesos de enseñanza y aprendizaje en espacios de formación de formadores (profesores de enseñanza básica y preescolar) en una institución de enseñanza superior.

situaciones de alto riesgo físico y psíquico; e) su organización, como la de la generalidad de los hospitales es altamente jerárquica y se rige por los lineamientos del paradigma racional - productivista²¹².

En este encuadre de ubicación metodológica, y teniendo en cuenta el sentido de este capítulo, se focaliza - dentro de las coordenadas de formación y práctica social citadas -, el entrecruzamiento de tres fenómenos socio institucionales que dan cuenta del *rol* profesional del cuidado de enfermería como trabajador. Indudablemente podrían haberse tomado otros, pero se toman estos por considerarse estructurantes tanto en la formación del sujeto como del desempeño funcional. Estos fenómenos son:

☞ *la formación profesional*; como proceso que incide intencionalmente en la estructura cognoscente²¹³ del sujeto que desea la institución - a través del proceso de enseñanza y aprendizaje - así como de apropiación por parte de él de modos de mirar, construir y actuar en el mundo laboral y otros que hacen a su cotidiano vivir.

☞ *La práctica profesional*, en el cuidado de enfermería en el trabajo hospitalario. Es esta una función asignada social

²¹² .- Un estudio lúcido a cerca de las organizaciones sociales puede verse en Ibarra Eduardo y Montaña Luis “*Mito y poder en las organizaciones. Un análisis crítico de la teoría de las organizaciones*”. Edit. Trillas 1984/1987.-

²¹³ .- Por estructura cognoscente se entiende a una determinada organización histórica - en tanto se va moviendo, modificando en la experiencia de vivir - del “andamiaje” de conocimientos del sujeto. Es este andamiaje el que le permite al sujeto decodificar las relaciones que establece con el mundo real. Este proceso es de orden psíquico, histórico y cultural jugando un papel determinante el lenguaje y la dialéctica de la memoria y el olvido. En esta línea de pensamiento no hay un órgano responsable de sostener esta estructura - como podría ser pensar en un proceso “mental” - sino que es un sistema de registros total del cuerpo físico y simbólico.

e institucionalmente y asumida por quienes desempeñan esta función. Este proceso social de asignar y asumir funciones específicas: madre, padre, maestro, etc. conforman *roles* de los cuales es investido el sujeto.

- ✍ El cuidado de enfermería en *situaciones laborales de alto riesgo* como es el cuidado de pacientes con SIDA e internados en terapia intensiva. Estas son situaciones de alta tensión tanto física como psíquica que impactan en la estructura cognoscente y el sistema representacional de los sujetos que intervienen en esta situación - médicos, pacientes, enfermeros y enfermeras, familiares del paciente, etc.

Es en la vitalidad existencial²¹⁴ de estos entrecruzamientos de acción simultánea que se busca indagar acerca de los espacios relacionales intersubjetivos y su producción simbólica, producción que instala ritos, rutinas, ritmos y creencias en el ámbito laboral así como conductas particulares, particularizándose en enfermeros y enfermeras.

¿Por qué en esta población?, ¿Qué tienen de peculiar tanto el sujeto como el rol en esta profesión del cuidado de enfermería?

²¹⁴.- Por vitalidad existencial se entiende a la práctica social que se asume como propia y le da sentido al hacer del sujeto. Aquí se abre una discusión que se retomará a lo largo de este capítulo alrededor de las formas que puede tomar esta vitalidad existencial, que no siempre por vital es propositiva y por existencial implique proyecto. Una práctica social alienada es vital y existencial, sin ella el sujeto está en riesgo de disolución simbólica si no media un acto de conciencia y voluntad para modificarlo. La vitalidad existencial es aquí una categoría mas que un señalamiento valórico.

Esta opción tuvo como sustento un supuesto empírico dado, fundamentalmente, por las observaciones realizadas y un imaginario instituido que se manifiesta en el discurso de quienes transitan o han transitado – como pacientes o trabajadores – por instituciones hospitalarias; pero también por una percepción “identitaria” que este grupo de profesionales²¹⁵ tiene de sí y de su trabajo, percepción organizada a través del imaginario del cuidado de enfermería que nos deja el capítulo I y explicitado tanto en bibliografía escrita por enfermeros y enfermeras como por las actitudes que se pudieron registrar en las relaciones y/o vínculos relacionales en la organización hospitalaria.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que, si bien la población seleccionada para este análisis es la de los profesionales del cuidado de enfermería, también se entrevistaron médicos, psiquiatras hospitalarios, familiares de pacientes y enfermeros y enfermeras así como a distintos trabajadores de la vida en el hospital, puesto que se comprende que la construcción de la práctica profesional se da en un contexto multimediado tanto por otras prácticas profesionales como por otros sujetos que asumen y asignan roles en la dinámica organizacional de la institución. Desde esta perspectiva las observaciones realizadas valorizaron los procesos culturales como dinamizadores de construcciones subjetivas y colectivas de lo laboral tanto como de los condicionamientos del sujeto en el desempeño de su rol de trabajador.

²¹⁵ .- Estos aspectos identitarios a los que hago referencia puede encontrarse en la no muy abundante literatura del campo profesional. Un texto relevante en este sentido es el estudio realizado por Ma. Matilde Martínez Benítez (Coordinadora), Pablo Latapí, Isabel Hernández Tezoquipa y Juana Rodríguez Velásquez “*Sociología de una profesión. El caso de enfermería*” Edit. CEE - Centro de Estudios Educativos A.C 2º Edic. 1993-

2.- Rol alienado, signo determinante en la profesión de los trabajadores de la salud

En el caso de la vida hospitalaria, y desde las entrevistas y observaciones realizadas, podría sostenerse que nos encontramos ante un *sujeto alienado* por el rol; en estos trabajadores de la salud no hay espacios creativos mas allá de la técnica del curar, más aún en terapia intensiva y atención a pacientes infectados con SI DA.

Este concepto, el de alineación, el cual se desarrolla mas detenidamente en puntos subsiguientes, nombra un proceso identificatorio y/o de idealización por el cual el sujeto se pierde en esa identificación; esta identificación reduce al mínimo el conflicto y el sufrimiento psíquico que resulta para el yo la relación siempre conflictiva con una realidad sentida y multimedida; es esta una forma de desconexión con el sí mismo el cual adopta, como ya se dijera, un falso self, una identidad marcada por el propio proceso identificatorio, en este caso, con el rol²¹⁶.

Esto puede desprenderse de las palabras de los veinticinco entrevistados transformándose en una recurrencia cierta.

A continuación se convoca a dos de las entrevistas mas representativas al respecto que hablan de este sentir; la primera es de un médico que está haciendo su especialización de nutrición en terapia intensiva y las segunda, de una de las enfermeras que trabaja atendiendo a pacientes ambulatorios con SI DA en el área de infectología.

... la cultura del médico, que yo creo que es fatal, porque creo que pues..., un médico se da poco tiempo para conocer..., por ejemplo, las expresiones artísticas. ¿Por qué? porque vive la mayor del tiempo metido en el hospital, en las tareas asistenciales...o inmerso en un mundo lleno de

²¹⁶.- Aulagnier, Piera "Los destinos del placer. Alineación, amor, pasión". Edit. Paidós. México – Barcelona - México. 1998.

conceptos técnicos que le hacen que se pierda de la verdadera realidad, porque eso es...o sea, se vive (en la práctica profesional) un mundo de ficción, la mayor parte de las circunstancias o de las ocasiones, y estos patrones son patrones aprendidos.....²¹⁷

Los espados relacionales dejan de ser cara a cara para pasar a significar a la técnica del hacer como sujeto que sujeta a una práctica alienante. Es esta una de las muchas formas que puede tomar la violencia sutil negativa que va diluyendo no sólo a la realidad en sus múltiples dimensiones sino al propio sujeto en su capacidad deseante y de sentir en la fluidez de las relaciones afectivas y productoras de imaginarios mas amplios, mas humanizados.

..... y las escuelas, y no me refiero a las universidades sino a las diferentes corrientes para enseñar la medicina, son corrientes que han dejado de lado el concepto de entender qué es lo que le pasa al médico con los enfermos. Porque un enfermo va con uno, con otro y un tercero y hasta un quinto médico; y son todos capaces técnicamente, competentes; y llegas con un sexto médico que lo único que hace es escucharlo y eso hace la diferencia.²¹⁸

La estructura de escucha es posible de ser activada cuando hay otro que demanda ser escuchado, cuando hay otro que es mirado como tal y no como rol que da sentido a otro rol. No es lo mismo escuchar a un paciente o enfermo que a un sujeto que está padeciendo un mal estar. El primero es escuchado simplemente por un médico que puede, como dice el entrevistado, ser "técnicamente correcto", con una pequeña diferencia, en el mundo de los humanos, las técnicas y los manuales no son el humano, son simplemente instrumentos de intervención en su mundo mucho mas complejo que una técnica

²¹⁷ - Entrevista 15. Médico residente. Especialidad en Nutriología. -

²¹⁸ - Entrevista 15. Médico residente. Especialidad en Nutriología. -

o pasos que universalizan un sujeto que por definición es particular, aunque su enfermedad pueda o no ser manifestación social.

Por otro lado (en la enseñanza de la medicina) está la tendencia totalmente técnica del médico frío, del médico imparcial..., impersonal y cada día se está menos en contacto con los enfermos, eso es cierto, cada día se ve menos al enfermo; un ejemplo muy concreto es el cirujano: que entra a operar y sabe que nada más va a quitar una vesícula, sabe que va a quitar un tumor del estómago, quita le vesícula o quita el tumor del estómago, sale del quirófano y finalmente nunca supo ni siquiera cómo se llamaba el paciente, nunca lo supo. Eso creo que es una situación extrema y a veces peligrosa. La despersonalización no solamente se da en el gremio médico, eso virtualmente se reflejará en la actividad y en la cotidianeidad de cada uno, creo que es con todos los que trabajamos en el ámbito de la salud. Y eso uno lo lleva consigo... No puede uno desprenderse lo que hace en el trabajo con lo que uno hace después con los amigos, con la pareja, con los hijos. Es un círculo que es muy difícil de romper...²¹⁹.

El sujeto queda en esta entrevista descarnado por la profesión, la institución hospitalaria y la práctica profesional. Es este un problema en los trabajadores de la salud que se agudiza en los trabajadores del cuidado de enfermería, simplemente por el estatus que cada uno tiene, estas mismas condiciones no son lo mismo para un médico que para un enfermero o enfermera.

*... En el mes se podría decir...se podría decir que por semana... de pacientes nuevos... atendemos... diez, de diez a doce pacientes.
... Es bastante... Ahorita, desafortunadamente, estamos viendo poblaciones más pequeñas, entre los 18 y 25 años
... ¿El tiempo de duración de una entrevista?... Pues es variado, puede ser desde..cuando menos, cuando menos, quince minutos²²⁰.*

²¹⁹.- Entrevista 15. Médico residente. Especialidad en Nutriología.-

²²⁰.- Entrevista 10.- Lic. En Enfermería.- Infectología – Atención a pacientes con SIDA. Hospital Salvador Zubirán.-

La atención de pacientes en condiciones de riesgo, conlleva un manejo de lo emocional que exige un grado de atención importante por parte de quien los atiende, mas aún en estos casos que van a la consulta con dos grandes expectativas, una saber de su enfermedad, dos poder entrar en un programa de investigación que garantice seguimientos y control a cambio de medicamentos que están siendo probados para su eficacia. Todo esto implica una carga laboral realmente intensa y de gran desgaste psicológico.

El espacio relacional se vacía de deseo de saber de sí lo que alimenta la alienación en un adormecimiento de este deseo y por lo tanto, de la capacidad creativa contribuyendo a reforzar esquemas organizacionales de subordinación orgánica e inercial.

... En el Instituto somos dos enfermeras

... Bueno, nos repartimos la tarea, mi compañera se encarga del procesamiento de muestras. También hace la entrega de los medicamentos a pacientes que ya están atendidos...pero la información básicamente la doy yo...la información primaria.

.....

... También es importante que te diga que también buscan ayuda telefónica: llamadas gratuitas. Pero igual yo les hago la aclaración de que si son pacientes que ya están en malas condiciones generales - que ya tengan SIDA - que si el paciente ya tiene ese cuadro clínico, es imperativo que se le hospitalice para su valoración, para saber si los pueden internar aquí²²¹.

A la exacerbada carga laboral, y la falta de contención en el proceso de atención al paciente, se suma las exigencia propias de las demandas cargada de ansiedad de los mismos pacientes, puesto que se está hablando de una enfermedad que determina la calidad y la forma de vida de seres humanos en sociedad, con todo lo que ello implica. Sumado a la exigencia de la atención

²²¹ .- Entrevista 10 cit.-

directa, para lo cual la mayoría de estos profesionales no han recibido preparación previa, esta práctica genera un estrés que en tensión constante provoca lo que hoy se conoce como "el síndrome del quemado", síndrome de desgaste que va corroyendo el cuerpo, la capacidad de respuesta y una actitud depresiva que se manifiesta en profundas tristeza que se realimenta sublimada en el trabajo redoblado.

... Sí... la primera entrevista la doy yo. Lo anotamos en una lista de espera....digo porque no sería ético ver que el paciente ya necesita tratamiento y tu dices " No, espérese a entrar a mi estudio" o sea, eso definitivamente no se hace, no? se le da al paciente las opciones. Igual también si...aquí no se trata de llenar lugares, de decir todo paciente que venga va a entrar a mi estudio a la investigación del Instituto). No, no.

.....

... (y también cuidamos y hacemos) ese proceso de mandar las muestras de laboratorio, muestras de sangre y eso...pues es temprano, es en la mañana, previa organización de la agenda entonces por eso no se puede hacer. Todo lleva un orden. Se llevan varios protocolos, entonces es un día para cada protocolo.

.....

... Sí, sí (los pacientes) se van atendiendo como van llegando. Claro que los citados tienen prioridad, no? por supuesto que sí. Y viene mucha gente a la consulta fuera de horario, y también la atendemos²²².

.....

Una de las cuestiones que más llama la atención, es la falta de atención médica y psicológica del equipo de enfermeras y enfermeros - y en general de los equipos de trabajadores de la salud del hospital. Es impresionante observar como quienes cuidan son des-cuidados con el consiguiente desgaste intenso en la capacidad de resistencia física y psíquica de enfermeros y enfermeras que atienden pacientes en riesgo. Recién en los últimos años comenzó a entenderse

²²² .- Entrevista 10 cit.-

al estrés como una enfermedad laboral aunque aún no ha sido tomada como parte de las cuestiones que exijan consideración en las estrategias de calidad en la planificación y administración de salud.

... No, no tenemos espacios para hablar de las entrevistas, de nostras... no hay tiempo; si comentamos cosas entre nosotras..... ¿Saben qué? hoy llegó una paciente que me impresionó mucho...entre todos nos ayudamos, ¿no? básicamente... Cuando llego a mi casa le cuento a mi esposo, es como una catarsis²²³.

Esta soledad y exigencia de anestesiar el sentir frente al dolor, la angustia y la muerte, causa estragos en la subjetividad de estos profesionales de la salud que quedan atrapados entre las exigencias laborales, la demanda de eficacia y eficiencia y la propia atención acallada de acompañamiento profesional. Esto se reaccúa en otros espacios cotidianos, como lo es la familia, con consecuencias no siempre deseadas. El mensaje que se recibe de la institución es de exigencia, valoración pero a la vez de negación.

... Desafortunadamente (el que no haya mas enfermeras) es una cuestión de...tanto de espacio, como de...pues de dinero. Ahí lo que haría falta sería una trabajadora social.

... No, no hay psicólogos; en el equipo somos...es, dos químicas, dos enfermeras y tres médicos.

... No, los médicos no cumplen horarios completos, tienen horario específico.

.....
... No, los nutricionista están en el servicio de apoyo pero...por parte del Instituto, pero en la clínica (de investigación del Instituto) en sí no tenemos. Si el paciente lo necesita lo mandamos a la...a la... interconsulta que se llama²²⁴.

²²³ - Entrevista 10 cit.-

²²⁴ - Entrevista 10 cit.-

Lo interesante de esta entrevista es la calidez y serenidad de esta enfermera, no se quejaba de su situación, por demás agobiante, estaba totalmente naturalizado el exceso de trabajo, sus horas laborales están marcada mas por la cantidad de tarea a resolver que por la organización funcional.

Por otra parte, las exigencias del trabajo, al cual eligió ir, hacen que tenga necesidad de estar actualizada, necesita tiempo para estudiar y a veces preparar presentaciones para algún congreso, su salario por supuesto es bajo en relación a la tarea. A lo largo de la entrevista, esta licenciada en enfermería, sensible e inteligente se fue dando cuenta fundamentalmente de la necesidad de atención psicológica por estrés, y tomó sesiones particulares²²⁵.

La vida de esta enfermera, está absorbida por la tarea a tal grado que ella misma es la tarea; su esposo y fundamentalmente su hija conforman la relación intersubjetiva de mayor afectividad, pero también aparece, como en todas las entrevistas, dejos de culpa por atención y sensación de soledad . Ella entiende que su espacio de trabajo es agradable por las posibilidades de investigación y estudio, sin embargo dice en relación a su carrera profesional:

... (se refiere a su trabajo durante el servicio social)... en un centro de salud, donde era solamente el médico, la enfermera y una responsable que generalmente es de la comunidad. Entonces era una plaza tipo "C", en la cual tenía que vivir ahí y tenía un descanso a la semana.

... Sí vivía en el Centro de Salud

... Ahí era más que nada...promoción de la salud, lo que incluye todo: vacunación, pláticas...todo lo que es promoción y protección específica. Y de segundo nivel, pues se puede decir que era hasta la atención de partos. Como algo más complicado, no? (Risa nerviosa)

Est.: No me digas??, ¿lo atendías o estabas cuando nacía el bebé?...

²²⁵ .- Fue interesante observar el giro de su pensar a lo largo de las entrevistas – mas de tres -, y su capacidad de responsabilidad en tanto hacerse cargo de problemas existenciales.

... Sí, sí (en relación a los partos)... estaba con el médico. Pero finalmente, bueno, la responsabilidad es mutua, no? y de repente sí, que por alguna razón no está el doctor y...pues...yo, no?

... Sí...(risas). Recuerdo mucho esa época... de hecho...si me preguntas, fue el año...mejor de mi vida. El servicio social.

... ¿Por qué?... porque eres tú. Porque te dejan ser, porque ya no estás bajo...la supervisora, bajo alguien...una mirada, no? Que te...que te...te esté vigilando, no? Entonces tienes mucho...mucha responsabilidad y tienes mucho...mucho...poder, por decirlo de alguna manera, no? de que te estén diciendo cómo hacer las cosas, entonces...es muy padre sentir esa libertad, no? esa libertad...de poder tomar...la toma de decisiones, pues. Es lo que te quiero decir²²⁶.

Autonomía es lo que se va perdiendo a lo largo de la carrera, ilusión y posiblemente capacidad de decisión, que es lo que mas le gusta a esta entrevistada de su trabajo actual, a pesar de la sobrecarga. La exigencia laboral, el lugar que se ocupa, van marcando rutinas laborales las cuales van desvitalizando al sujeto que actúa el rol de cuidado de enfermería.

... (en relación a la elección de su carrera profesional) Yo creo que no...no es equivocarte. No es equivocarte, si no que...ya cuando entras a...a lo que es la labor propia de la enfermera, y sales con muchas ilusiones, y que yo voy a hacer, y voy a cambiar actitudes, y...pues te decepciona un tanto, no? el que tu dices " Es que en la escuela sí me decían que se hacía" o sea " ¿Por qué en la práctica no se puede, no?". es un tanto decepción, pero no así...no que tu digas " Me equivoqué".

... Lo que puede decepcionar es quizás... pues yo creo que el que nos invada la rutina y dejar de...experimentar cosas nuevas o...el tratar de mejorar, ¿no? Ver qué más hay²²⁷.

Por otro lado al ser una profesión que se lleva acabo en una organización muy jerarquizada, la relación con médicos y jefes es tensa, lo cual agrega un plus de desgastes a la tarea cotidiana, a pesar de que en algunos casos, como el

²²⁶ .- Entrevista 10 cit.-

²²⁷ .- Entrevista 10 cit.-

de esta entrevistada, suelen buscar mejores espacios laborales para el desempeño profesional.

... La relación con médicos y jefas de enfermería, en general fue buena; bueno..., el crédito se lo dan al médico, no? o sea, la labor...es como...como si el trabajo sucio lo hiciera la enfermera, no? como si...lo pesado...el trabajo en sí lo hiciera la enfermera y ellos ya llegan el paciente bañado, aseado, desayunado, y...o sea. ya lo llegan a ver bien, no? Entonces...y el crédito pues finalmente lo dan al médico.

... Los médicos para conmigo siempre fueron cordiales, en realidad nunca tuve un problema serio con alguien, este...es cordial, hasta cierto punto es cordial²²⁸...

El lugar que ocupan estos profesionales en el trabajo hospitalario es, por un lado, imprescindible; pero por el otro tremendamente subordinado: al médico y sus instrucciones, a los jefes y sus señalamientos, a la demanda tanto de pacientes, como de familiares de los pacientes, etc. Este, entre otros muchos aspectos que se irán desarrollando, contribuyen en gran medida a pensar esta profesión en su conformación la que pareciera configurarse en un tipo de relación particular: la de víctima/victimario; relación que genera e instala formas peculiares de vínculos y relaciones y que, en esta población de los trabajadores de la salud, podría ser considerada como *paradigmática*.

¿Por qué paradigmática?

Porque se establece un cierto modelo de relación y por ende de conductas que parecieran organizar estructuralmente el modo no sólo de ser enfermera y enfermero sino también de hacerse en esta profesión, sosteniendo en el tiempo características del rol como constitutivos de su identidad, de su nombrarse, de su identificarse en el ámbito de la salud.

En la mirada de una de las entrevistas:

²²⁸ .- Entrevista 10 cit.-

... (a las enfermeras y enfermeros) Lo ven como un profesional de segunda. Aunque uno les explique, no ella es licenciada, sí pero es enfermera. O sea, no puede pasar de más. Incluso hemos visto que hay enfermeras que han...me ha tocado verlas, que se han desempeñado en otras áreas porque pues no les satisface, o sea son como las que se salen del molde y hay médicos que yo los he escuchado decir bueno y esta que está haciendo ahí, si es enfermera. Entonces esa parte en nuestro medio está como bien clara, no? es de segunda y uno ya sabe que va a ser de segunda. Incluso yo diría bueno quizá no tuvieron recursos económicos para estudiar más, pero es impactante ver que hay personas que pudieron quizá haber estudiado otra cosa, porque sí pudieron...no sé, ir a la UNAM, no es tan caro estudiar aquí en México...algunas otras cosas, y sin embargo decidieron ser enfermeros porque les gusta²²⁹.

Este modo, que es modelo de relación, abre a preguntas posibles tales como:

¿Qué representaciones tienen los enfermeros y enfermeras de los otros roles profesionales con los que interactúa: médico, médica, psicólogos, nutricionistas, otros enfermeras y enfermeras?

¿Qué percepción de sus propios roles?

¿En qué aspectos se tensiona²³⁰ la relación sujeto/rol profesional en el cuidado de enfermería?

¿Cuáles son las estructuras simbólicas que se configura en el espacio relacional entre enfermero ó enfermera / padeciente / otros roles profesionales /familiares?

²²⁹.- Entrevista 7.-Médica Psiquiatra .Área de Psiquiatría Salvador Subirán

²³⁰.- El concepto de *tensión* hace referencia a la carga simbólica y afectiva que involucra aspectos concientes e inconscientes del sujeto y su subjetividad. Esta carga (o catexia) resuena en el sujeto, su subjetividad y sus vínculos con los otros; en este movimiento de retorno sobre sí y de acciones y conductas orientadas al afuera se compromete y conmueve tanto el sujeto como los efectos de su conducta colectiva. -

¿Cómo impacta la formación en las estructuras organizativas en un Hospital Escuela?

¿Qué incidencia tiene el género en la significación de estos aspectos?

¿Cómo perciben la organización del trabajo del cuidado de enfermería en el ámbito hospitalario?

¿Qué construcciones imaginarias tienen de la muerte, la salud y la enfermedad?

¿Qué representaciones de la emocionalidad – como dimensión subjetiva del padecer – en el cuidado de enfermería?, ¿Cómo actúan esas representaciones en la práctica y sus rutinas?

¿Qué representaciones y rutinas de “cuidado” tienen los enfermeros y enfermeras consigo mismo y con los otros?

¿Qué rutinas se ritualizan?, ¿por qué?

Estas preguntas, entre otras nos llevan, como consecuencia, a interrogar los procesos formativos de estos profesionales, sus programas de estudio, sus espacios de formación y actualización etc. ¿a qué responden?; ¿qué se privilegia en profesionales de la vida y la muerte, la salud, la enfermedad y el padecer?, ¿qué temáticas son recurrentes en la formación y capacitación de estos profesionales?

¿Las creencias que se plantean en la formación son congruentes con las prácticas que se desarrollan?; ¿habría una práctica ideal y otra real?, ¿cómo se caracterizarían?

¿Cómo se construyen conceptos tan fundamentales como enfermedad, padecer, paciente?

¿Se aprende en el espacio de formación o es sólo un ámbito de acreditación?

¿Qué mandatos sociales se asumen en la formación?, ¿hay representaciones vinculadas al género o no?

Es por lo expuesto que este proyecto de investigación, aborda dos ámbitos institucionales privilegiados para tal efecto: el **de la salud y la educación** que, en este caso, actúan simultáneamente. Algunas de estas preguntas fueron encontrando explicación en el proceso de construcción total de este trabajo, otras, quedan abiertas para la relectura de este recorte problemático.

2.1.- Acerca de la formación.

La formación en el cuidado de enfermería se caracteriza por la centración en procedimientos técnicos para el cuidado de enfermos, esto adquiere una relevancia particular en el caso de estudios para desempeñarse en terapia intensiva - curso de intensivistas - o atención a pacientes con padeceres complejos como SIDA o hepatitis "B" (las enfermeras y enfermeros entrevistados tienen más temor de contagio en hepatitis "B" que al SIDA).

Ilustra esta afirmación los comentarios de esta enfermera especialista en atención a pacientes críticos de coronarias (cardiología), comentarios muy elocuentes al respecto:

... (en cuanto al trabajo con la persona durante la formación) Nunca en la vida!!!!. Mucha patología y siempre dar todo lo que eres por el paciente. O sea, pocas veces se preocuparon por pensar "está sufriendo, está tal..." Yo tuve un choque fuerte cuando mi abuelita materna falleció; yo estaba en sexto semestre de enfermería; estaba en mis prácticas de psiquiatría y...yo me acuerdo que a mí me dijeron " No se vale llorar porque estás en tus prácticas de psiquiatría, entonces si lloras puedes alterar a los pacientes". Entonces te muerdes tu dolor, te lo guardas y ahí se va quedando. Creo que nunca le pude llorar como debía haberlo hecho, porque su muerte fue lo más doloroso que a mí me sucedió en la vida. Pero, no, nunca dentro de la curricula de la escuela se tiene contemplado

*trabajar algo para ti. Siempre se trabaja en pro del paciente. Yo me acuerdo mucha patología, anatomía, fisiología...sociología dos semestres, psicología un semestre; pero siempre todo va en pro de qué es lo mejor que le puedes prodigar al paciente, pero nunca te acuerdas de cómo puedes sacar esa tensión; digo, por ejemplo, para mí fue un gran choque emotivo tremendo haber visto por primera vez un hombre desnudo en misprácticas. O sea, imagínate!*²³¹

Las prácticas, y mas aún en terapia intensiva tienen un ritmo mecánico, demandante y preciso, allí el sujeto se diluye encamisado en el rol, los sentimientos son sobrantes, peligrosos, el afecto - estar tocado, como diría Raymundo Mier²³² - se vuelve riesgoso, puede significar descontrol o poca profesionalidad. Esta misma entrevistada cuenta un evento traumático en sus primeras práctica, con 15 años de edad, en terapia intensiva:

... ¿Qué recuerdo de esas practicas?... Pues... una gran...un gran bochorno, no? así como que...yo me acuerdo... fui a uno de los hospitales del D.F, enorme!!.. Entonces imagínate; había seis pacientes de un lado, seis del otro, y de repente llego y había hombres y mujeres revueltos en esa terapia y no había biombos ni nada que separara. De repente veo un muchacho de treinta años, mas o menos; así sin ropa, en cueros. Y lo primero pues fue de pena de agacharte!!!, voltearte...., porque...pues no querías ver. Pero es que para todo el mundo era...lo normal, lo natural y tu dices " Hay guey, aquí que pasó", no? estee...y luego me dicen " báñalo".... Y entonces... pues, tócalo. O sea, baña y toca...

... Recuerdo que yo tenía que ir a hacer mi guardia, porque yo había faltado a la escuela y yo tenía que ir a pagar esa práctica. Entonces, no, era lo normal, no? era una enfermera para todos esos pacientes, digo, a pesar de ser una terapia intensiva, y fue de " Te tocan estos", " Es que yo nunca he tenido pacientes", " ¿Entonces a qué viniste?", " Pues está bien". Y allí me ves... "toma signos, baña, cambia, cura, ponle la sonda al

²³¹ .- Entrevista °5. Enfermera especializada en Unidades de Atención Crítica de Coronarias. Docente del Postécnico. Enfermeras Intensivistas. Con Maestría en Administración Hospitalaria. Hospital Salvador Subirán 25 de Mayo del 2000

²³² .- En Seminarios Antropología Simbólica en la ENAH D.F México. Año 2001

paciente"; y yo así como que " Dios mío!!!!", o sea, apenas le podía agarrar la mano imagínate ir y agarrarle un pene y meterle una sonda y demás...fue un choque. Yo creo que fue lo más tremendo que me pasó en...en la profesión. Poder ver un hombre desnudo más cuando mis ideas religiosas eran...muy cerradas; nunca había estado en contacto con un hombre porque pues yo...novio no tenía...entonces ni siquiera saber que! a través de un pantalón... no había sentido estos órganos sexuales, no? esteem...fue un choque medio...medio duro²³³.

En la formación como en la práctica, ahora de terapia intensiva, anclan en el endurecimiento del sujeto, se silencia el dolor, se silencia la palabra y con esto se silencia el cuerpo y su demanda de expresión. El acompañamiento del sujeto en el proceso de formación y práctica es vivido y experimentado como debilidad o como incapacidad.

¿Cómo vive el resto de sus tiempos alguien que se acostumbra a no sentir?; ¿cómo se hace este aprendizaje?

... Pues no, no... no he vuelto a hablar de esto... no se habla de estas cosas... te endureces, simplemente...después lo seguí recordando, así como te lo platico hoy a ti pero...pero no pasó a más. O sea, no está dentro de concepto el que tú a alguien le digas..." Chin, sentí esto, me impacto" porque entonces " Oye, quien eres"... si tu naciste para enfermera, eres enfermera; esos sentimiento quedan afuera. Guárdalos, o a ver que haces con ellos, pero...pero sí uno flaquece el que tú lo expreses es complicado. Entonces ni mi instructora ni con mi familia...no, con nadie lo comenté. Digo, fue mi...mi choque...cómetelo y sigue adelante²³⁴.

Al hacer referencia a la violencia sutil negativa, se hace referencia a la ruptura del lazo social en el enunciado que deja de hacer sentido. Esta violencia aprendida corporalmente, anímicamente y por reforzamiento, aniquila un código común de sentido, el dolor no "debe" hacer sentido, la angustia "no debe hacer

²³³ .- Entrevista °5.cit.

²³⁴ .- Entrevista 5 cit .

sentido", sin embargo, sigue haciendo sentido solo que se sofoca y se acoraza con las consiguientes consecuencias no solo en la salud física sino también y fundamentalmente psíquica y emocional. Aspectos sustantivos para sentir otros órdenes de la vida cotidiana.

La formación de enfermeros y enfermeras es en si misma alienante. No hay procesos de reflexividad posibles, esto se justifica muchas veces con la importancia de manejar el procedimiento para cuidar la vida del paciente, creencia que se confunde con el lema de *eficiencia y calidad*, sin embargo esto es paradójico, puesto que para tomar decisiones es importante no sólo la técnica procedimental sino las condicionantes histórico sociales tanto del paciente como del profesional de la salud. En general hay un proceso de automatización que se respira tanto en la formación como en la práctica.

Así plantea esta entrevistada, Jefa de Enfermería, la situación de la formación en el cuidado de enfermería:

... En las escuelas se proporciona conocimiento de acuerdo a la mayoría y a veces uno no encaja en la mayoría... entonces hay que buscar la información.... y leer, no sé, por lo menos dedicarle 2 hrs. semanales.

.....

... Yo creo que esto - el de reconocer lo que nos falta y leer - no pasa porque la formación en la escuela es deficiente, no desarrollan estas capacidades, va enfocada a dar información y no enfocada a desarrollar buenos hábitos de aprendizaje .

.....

... Todo esto influye y no, no hay una clara visión de lo que implica la profesión²³⁵.

.....

La ausencia del sujeto en la práctica laboral es también parte de su negación en la formación, lo cual genera una sensación de exclusión que no se

²³⁵ - Entrevista 15. Médico residente. Especialidad en Nutriología.

resuelve necesariamente con la certificación de la información para actuar como profesional.

... La otra cosa que me ayudó mucho a formarme, fue convivir con mucha gente de otras disciplinas y de otras instituciones. Por ejemplo en los congresos de epidemiología, no es el típico grupo de enfermería, sino que cada uno tiene su propia forma de ver y pensar, y eso ayuda muchísimo, es mucho mas enriquecedor²³⁶.

Esta posibilidad de intercambio no es común en el conjunto de los enfermeros y enfermeras, mas bien son pocos los casos que tienen esta experiencia, la cual es valorada como privilegio pero también como referente de comparación para promover posibilidades diferentes en la formación.

Sin embargo, y a pesar de la exigencia técnica, la relación teoría práctica adolece de las mismas falencias que el estudio de las ciencias sociales, su escisión de la realidad. Esta es una de las modificaciones que se está intentando impulsar actualmente en el espacio del hospital.

... Ahora, y recientemente, la teoría se ve a la vez que la práctica, si se explica por ejemplo como se hace una cama, se viene al hospital y se hace la cama con las alumnas, le damos mucha importancia a la práctica hospitalaria.

... También hay mas articulación en la formación, porque el pasaje de la escuela al hospital se hace en conjunto, tanto la asesora como la coordinadora supervisan a las pasantes de enfermería.

... Además, ahora, la pasantía o el Servicio Social se complementan con temas que las pasantes tienen que preparar - mínimo dos - además del cuidado de pacientes.

... Las clases también se están modificando, ahora las dictan gentes, profesionales - médicos y enfermeras o enfermeros - que estén en servicio, esto ayuda mucho a mejorar esta relación entre la teoría y la práctica²³⁷.

²³⁶ -. Entrevista 15. cit.

²³⁷ -. Entrevista 15. cit.

Por otra parte, la tecnologización de la enseñanza, tecnologiza, cosifica al propio enfermo, y la relación médico paciente o enfermero o enfermera paciente también se tecnologiza. Así lo plantea, con un dejo de tristeza, uno de los médicos la propia formación médica, por cierto de una gran lucidez para verse y ver la profesión. Este médico también dicta clases en el curso para Intensivistas del Hospital, y como enseñante sabe crear un buen clima de enseñanza y aprendizaje, a pesar de ser un médico joven tiene estas opiniones alrededor de la formación en salud.

... Creo que hace falta mucha sensibilidad por parte de los que enseñan, hace falta una manera auténtica de quitarse esa máscara y despojarse de conceptos prejuiciosos para entender que los humanos somos así, muy planos, planos hablando de sencillez. Y que las medicinas finalmente tendrá que comprender, en la complejidad de su técnica esta cuestión. Los enfermos, muchas veces, traen implícito algunos desordenes psicológico que no son necesariamente patologías, por supuesto que lo tienen, todos los tenemos, y hace falta saberlo nada más, para tratar de entenderlo. Al margen de que el currículum de las áreas médicas o biológicas está cargado de conceptos técnicos, está cargado de conceptos muy tendenciosos en relación a la biomedicina. Esto no es nada extraño.

Hace un número...diez años, quince años atrás, la medicina tendió a vivir un... concepto de socializar la medicina, y en ese hacer social la atención de las poblaciones en el área médica, se cubrieron muchos espacios, se cubrieron grupos, se cubrió gente, pero se olvidaron también se olvidaron de las cuestiones técnicas, que son necesaria, no son excluyentes. Entonces la inserción de materias a la curricula de las universidades promovió, durante buen tiempo, gentes que se preocupaban por estudiar la antropología social, que se preocupaban por estudiar la obra de Paulo Freire y esto también fue caótico, cosas extraordinarias, pero se desfasaron... y en este momento también se están desfasadas... Se está desfasado, porque el giro que se dio fue un giro muy violento, del norte se cambió al sur y ahora se quiere retomar algo que es muy difícil que los

*médicos jóvenes puedan aplicar porque fueron educados con un concepto totalmente diferente*²³⁸.

Nuevamente el sujeto y la realidad quedan desarticuladas, la división mente cuerpo que dejó el cartesianismo sigue en vigencia dejando de lado la relación cara a cara, sujeto-sujeto para sostenerla como relación sujeto - objeto. Quizás sería bueno aquí recordar a Gramsci cuando dice *“el elemento popular siente, pero no siempre comprende o sabe; el elemento intelectual sabe, pero no siempre comprende y especialmente no siempre siente”*, este sigue siendo, aún hoy el desafío de los procesos formativos.

Lo expuesto por los entrevistados puede verse en gran medida en los lineamientos curriculares actuales, incluso los aspectos éticos filosóficos se confunden con procedimientos técnicos del cuidado de enfermería, el propio grupo de alumnos y alumnas,²³⁹ ante la interrogación de que era lo que los impulsaba a estudiar el curso de intensivista, la respuesta fue, entre risas nerviosas: *“por loquera”* puesto que la exigencia de estudio es tal que no se sostiene mas que desde el sacrificio. Sólo un módulo de psicología en que la profesora intenta toca algunos puntos vinculados a si mismo y lo referente a la tanatología.

El tema de la muerte es la presencia de la ausencia que mas rastro deja. El dolor y el amor se traducen en servicio y atención, no hay tiempo ni es profesional sentir, razón por la cual la tecnología llena el espacio tanto programático como organizativo.

Esta alineación que suspende la conexión del sí mismo, tiene un importante impacto en el hacer. Esto en tanto este hacer se rutiniza en

²³⁸ -. Entrevista 15. cit.

²³⁹ -. Estos alumnos y alumnas pertenecen al curso de intensivistas que se dicta en el propio hospital Salvador Zubirán.

prácticas que son así y no de otra manera, que exigen precisión y ritualidad. Una de las entrevistadas hacía referencia a que actualmente leían más, y ante la pregunta de que material era de lectura constante comenta el "subirancito", es decir un manual de procedimientos técnicos considerados sustanciales en el hospital. Esto lo visualiza con preocupación esta entrevistada.

... Es importante que las enfermeras reconozcan, por sí mismas, las necesidades de su actualización; deben asumir que necesitan leer por lo menos 2 ó 3 veces a la semana.

... Yo creo que esto - el de reconocer lo que nos falta y leer - no pasa porque la formación en la escuela es deficiente, no desarrollan estas capacidades, va enfocada a dar conocimiento y no enfocada a desarrollar buenos hábitos de aprendizaje .

... Todo esto influye y no, no hay una clara visión de lo que implica la profesión.²⁴⁰

La construcción simbólica del imaginario profesional está tan ligada a los procedimientos que dejan de visualizarse la relación sujeto/ sujeto y los espacios relacionales se articulan en la interacción de roles. Allí no hay demanda de saber complejo, se alcanza lo esperado por institución con saber el procedimiento técnico.

2.2.- La práctica, proceso y experiencia determinante en la formación del cuidado de enfermería.

En general, los entrevistados y entrevistadas plantean otra recurrencia cierta: *la que enseña es la práctica*, y enseña todo, como comportarse, como conducirse y hasta como ubicarse dentro de la práctica hospitalaria. Así lo plantean estas entrevistadas.

²⁴⁰ Jefe del Dpto. de Enfermería. Hospital de Nutrición. Salvador Zubirán. 20 de Septiembre de 1999

... Yo te dije, yo me hice enfermera gracias a cardio, porque aunque yo salí de mucha mención honorífica de la carrera...no tenía todas las herramientas para poder dar lo mejor de mí, entonces ahí me hice enfermera...y yo fui imitando lo que hacían las demás. Y claro, ya mis habilidades propias, no? ...sí me metió mucho en problemas el que yo tuteara, porque eso no estaba bien visto, ...me ocasionó problemas el que yo me iba de fiesta con mis compañeras,... porque eso tampoco...¿cómo una enfermera se va de fiesta, cómo va a bailar, cómo va a relacionarse con los demás del gremio?. Digo gremio médicos...más que nada médicos. entonces...nunca me di...tuve conciencia de en qué momento yo estaba siendo diferente.²⁴¹

Las prácticas, al no considerar los procesos subjetivos, ni cognitivos, se centran en la organización del hacer. Aún las formas de colocación ante el cansancio o el temor, son aprendidas por un proceso de "vaciamiento" de la capacidad reflexiva y mucho menos de búsqueda de alternativas que permitan activar esta capacidad que conlleva posibilidades de acción autónoma. O como en el caso de esta entrevistada, sumamente activa y segura de sí, estas posibilidades implican una cierta estigmatización que excluye y castiga.

La práctica y la repetición son aquí determinantes, como aprendizaje y como rutina laboral.

La entrevista que a continuación se transcribe es reveladora en este sentido y habla por sí sola²⁴².

.....No, no se acostumbra (a no hablar de lo que nos pasa) entre a terapia y sí, varias cosas te pasan.... Pues aquí (en el piso de internos) también te pasan cosas,hay mucha gente que nos tiene en el concepto de muy duras, ¿no? " No ya tú estás dura". Y esto lo hace el dolor del ver sufrir, el dolor de la gente, ¿no? Y no, eso no es cierto, no es así. Por

²⁴¹ Entrevista 5. Enfermera especializada en Unidades de Atención Crítica de Coronarias. Docente del Postécnico. Enfermeras Intensivistas con Maestría en Administración Hospitalaria. Hospital Salvador Zubirán 25 de Mayo del 2000

²⁴² - Esta transcripción es parte de la Entrevista 4

ejemplo conmigo, yo a veces veo casos y quisiera ayudarles más.... hay gente que a veces nada más se vinieron con lo de su pasaje y tu dices hay!!!, pero que yo puedo hacer....quisiera ayudarles pero no está a mi alcance. Pero nosotros, o sea, lo bueno de mi caso es que yo salgo de aquí y me olvido. Salgo de la casa y me olvido de mí. Yo no me traigo las broncas de mi casa (que también tengo unas broncas bien gruesas). Yo me vengo a mi trabajo y yo ya vengo preparándome, que eso se va a quedar allí.

..... ¿Cómo se hace?... Hay!, no sé. Pero sí me sale bien. Yo llego aquí y ya me olvido. Ya con el mismo trabajo, con el mismo movimiento, con el ambiente de las compañeras...que platicaste ya con una, ya te saludaste, si no los mismos pacientes. A veces no tenemos ni tiempo de pensar en los problemas y ya. Llegamos aquí y ya pasa todo el trabajo, no nos acordamos. Saliendo sí, claro. Y vamos a lo otro. Y sí, si se logra. Yo no sé si a todas nos pase, pero si se logra...no revolver casa con trabajo. Porque si se mezclaran yo creo que no habríamos de dedicarnos totalmente en lo que estamos. Si es trabajo hay que estar en el trabajo, si es en casa pues allá. Y no llevarse los problemas de aquí, porque en un principio pasa. Se lleva una todos los problemas del hospital. Yo me iba y empezaba " ¿Sí hice esto?. ¿Sí dejé lo otro?. ¿Le di todos sus medicamentos?. ¿Le lavé esa curación?. De todo. Y ahí voy, todo el camino. Yo creo que ni veía nada por irme pensando en cada uno de los pacientes. Hasta el grado de que llegaba a soñar. Llegaba a soñar con los pacientes. Pero es solamente un tiempo, yo creo que ya después aprende uno a manejar esa situación.

El servicio, la caridad, el silencio cómplice la negación de sí, son elementos propios del síndrome de maltrato, síndrome que se sostiene en el silencio y en el soportar como parte natural del estar siendo. Este proceso aprendido socialmente se habilita como profesional en esta construcción del cuidado. Poco a poco el yo se pierde en el superyó o en el ello, pero abandona su deseo para transformarla en necesidad objetiva.

.... Y si... uno lo aprende solo. Yo lo aprendí sola. No sé si otros requieran de ir a algún lugar, fuera del hospital. Porque aquí no te dan.

.... Si, claro (se interrumpe la entrevista por unos minutos, ya que Aurora debe darle indicaciones a una compañera)estee mm si, se sufre mucho. Cuando empezamos sobre todo... Pues ahorita lo veo con esta niña que está empezando.... todo el tiempo la veo angustiada, estresada. La veo con sus pacientes, y le digo " ¿Tienes algo?, ¿no terminas?, ¿te puedo ayudar en algo?", "No, no. Está tranquilo", " Entonces cálmate, tranquila". Pero a todos nos pasa cuando tenemos poco tiempo de haber entrado, nos estresamos por nada. Cuando de viejos nos viene el estrés bueno, pues es cuando un paciente cambia de estado, una urgencia. Ahí sí se estresa uno. Hasta a las más buenas nos llega.

..... Nos llega la angustia de estar viendo otro paciente que se nos puede ir en un momento. Ver que una vida se va, yo creo que a cualquiera nos afecta, ¿no? Y que está en nuestras manos (y las del doctor claro) en una atención rápida, oportuna. Y sí, es lo que angustia. A veces ya sabe uno hacer las cosas pero no deja de angustiar y es así, estresado.

El estrés corre, más aún cuando de él no se habla porque además se vive con culpa, un buen profesional debe dominar no sólo el estrés sino lo que lo produce, cuestión que se complica cuando lo que lo produce es el mismo sujeto en su capacidad subjetiva.

..... La ayuda... fue más o menos...lo que pasa es que al principio me tocó con una compañera que, por supuesto ya ahora me habla bien...yo no tomo mucho en cuenta...me acuerdo de lo que me hicieron pero no lo guardo. Si me brindan y son mis pares netamente, ahí estoy. Ya ahora me habla bien. Pero cuando llegué me tocó que me preparara ella, ¿no? enseñarme todo y no fue nada fácil.

.....siempre cuando llegamos aquí nos dejan con una enfermera que ya tiene experiencia para que nos enseñe el manejo del paciente y los medicamentos y los horarios, todo. Y yo quería ayudarle, quería participar. Que me hiciera sentir que estaba yo ahí con ella y que me estaba enseñando algo, ¿no? Y yo " En que te ayudo?", " No, nada", "Te checo tus signos?", "Ya los chequé" o "Te ayudo a pasar medicamentos de un paciente y tu los pasas de otro", "No, no, no. Yo lo hago" o " Dime en qué te ayudo", "No, no, nada". Hay! dije yo, de qué se trata. Ella iba a

hacer y yo atrás de ella. Viendo como administraba medicamentos, viendo todo el procedimiento que realizaba. Pero no me permitía ni tocar un medicamento para preparárselo. Normalmente cada tres días hacemos cambio de equipos: "Te preparo los equipos", "No, no, no". Ay, pasaron los días y yo así como indignada. Imagínate, todas esas horas de siete a tres ¿sin hacer nada? Me angustiaba. Así que yo dije ay, pues ni modo, le voy a decir a la jefa. Y acudí a la jefa y ya le dije.

El aprendizaje real de la profesión es por imitación, prácticas recurrentes y meta aprendizajes que van sosteniendo en el tiempo una construcción de sentidos y significados donde el otro es por sobre el propio sentido de pertenencia. Y el sacrificio y sufrimiento, como en las antiguas hermandades de caridad así como en otras épocas garantizaba salvación aquí caracteriza profesionalidad y aceptación.

2.2.1 - Elección Profesional.

La elección profesional, por lo general, se plantea como *azarosa* y como alternativa de movilidad social. Por lo general, y con el tiempo, esta opción *lleva la vida* y se construye como opción profesional particular que, además de otorgar un lugar institucional, labora y profesionalizante garantiza modos inerciales de organización del imaginario de género vuelto acción social. Es interesante lo registrado en esta observación.

Esta joven enfermera es egresada de la Escuela de Enfermería del Hospital y le gusta ser enfermera, a pesar que lo fue por casualidad. Ante mi pregunta de porqué por casualidad, comenta que en realidad quería ser nutricionista y que, cuando terminó la preparatoria una de sus maestras, a la cual le preguntó a donde podría ir para estudiar esta carrera, le sugirió que fuera al Hospital de la Nutrición; y se inscribió en la Escuela pensando que era para ser nutricionista. Después de un tiempo se dio cuenta que no era el lugar indicado para ser nutricionista, pero ya estaba allí y además le gustó, y desde entonces es que está en el

Hospital, primero como alumna, en la Escuela, y después como enfermera. Es en el único Hospital que ha trabajado.

En general la opción vino más teñida de única posibilidad, por necesidad laboral o por elección. En estos casos hay una cierta predisposición otorgada por situaciones familiares de atención a enfermos o familiares, siendo un común denominador el deseo de servir, de ayudar a sanar.

3.- “Rol”. Función y determinación social.

En una de las tendencias teóricas en la que más peso ha tenido la reducción del concepto de relación a inter-acción (ver capítulo II) ha sido, la teoría de los roles.

Desde esta tendencia teórica se centra la comprensión de la relación humana como interjuego de “roles” de los que están investidos los “actores sociales” para hacer funcional su cotidianeidad; actores que, como la palabra lo indica, *actúan* un determinado “guión” como proyecto social, guión fácilmente constatable en el discurso dominante y/o imaginario social y que se organiza alrededor de un “orden social” dominante y con pretensiones modelizantes que condicionan fuertemente el mundo de las representaciones sociales y los imaginarios con los que se mueven²⁴³.

Estos modelos conforman parámetros de pensamiento y acción social que definen epístemes institucionales²⁴⁴, es decir, modelizan formas de construir conocimiento en el devenir del sujeto por esas instituciones a-historizando

²⁴³ .- Estos “modelos”, modulan a su vez: redes semánticas – en la actualidad podría señalarse: calidad, productividad, privatización y eficiencia, etc. -; imágenes – jóvenes exitosos y bellos -, formas de vestir que generan un cierto bien estar en relación a lo demandado socialmente; normatividades que rigen de acuerdo al modelo – es decir al guión que los actores deberán cumplir – las organizaciones de las diferentes instituciones conformando una “moral” de la época nutrido por supuestos, mitos y ritos que naturalizan ese orden de tal manera que los actores cada vez son menos sujetos – en términos de sujeción a múltiples situaciones vitales – y cada vez más roles que determinan al sujeto.

²⁴⁴ Lander, Edgardo “*Colonialidad del saber en América Latina*”. Edit. CLACSO. 2000

tanto a la institución como su capacidad de creación y recreación de alternativas desde sus presentes.

Es decir, se reduce a los sujetos y su subjetividad a "objetos" determinados y moldeados por sus "papeles sociales" (de clase, de género, de raza, etc.), los que se manifiesta en acciones concretas en el mundo de la "apariencia" propiciando la conformación de lo que Winicott denomina falso self. Lo dicho lleva a fijar funciones sociales desde roles ordenadamente constituidos, instituidos, legitimados y establecidos que se naturalizan en la vida cotidiana minimizando la capacidad de potenciar²⁴⁵ su presente, es decir, la capacidad de buscar nuevas alternativas, nuevas posibilidades que transformen su realidad.

El problema de esta naturalización es, justamente, la minimización de esta capacidad, pero sobre todo, establece e instala el conformismo como inercia y resistencia a lo posible. El rol puede así, encapsular al futuro y a los sujetos que lo crean.

Esto es lo que sucede, como se viene desarrollando en la dinámica hospitalaria, abonado por una estructura jerarquizada y en secuencia de mandos al estilo militar, esto radicaliza la organización por sobre el sujeto sosteniendo un orden dominante en la institución. Lo decía Cornelius Castoridis²⁴⁶ ya, en 1968:

"Como es de sobra conocido, lo que funciona en el silencio, funciona todavía mejor si es expresado. Más aún cuando desde hace milenios se hace penetrar en el espíritu de la gente desde su mas tierna infancia la

²⁴⁵.- Esta temática está ampliamente desarrollada por Zemelman Hugo en "*Necesidad de conciencia. Un modo de construir conocimiento*". Edit. Anthrpos. 2002. "A" Primer Nudo Problemático *En relación con las potencialidades del sujeto*" p.p 15

²⁴⁶.- Castoriadis Cornelius "*La exigencia revolucionaria*". Edit. Acurela libros. España. Año 2000. Capitulo "Autogestión y autonomía de mando" p.p 56

idea de que es "natural" que unos manden y otros obedezcan, que unos posean lo superfluo y otros no alcancen lo necesario..."

Desde esta perspectiva se "describen" objetivamente los distintos modos de interacción entre roles, a modo de estructura funcional, con arreglo a los fines institucionales; actualmente, en el caso de los hospitales, de producción, eficiencia y calidad. Se identifican así "estereotipos" de acción e intercambios que condicionan la dinámica de las organizaciones institucionales en los fines establecidos y auto sostenidos por distintos medios: morales, religiosos, jurídicos, normativos, etc. Así, como se decía mas adelante, los sujetos se pierden en los "roles", y son estos roles - que minimizan al sujeto que los porta - los que desempeñan la dramática social que se establecen de acuerdo a fines y en relación a leyes jurídicas y sociales - políticas, económicas y culturales - que determinan modos de ser representados en ese rol.

Indudablemente es este un punto de definición en la comprensión de lo que es un sujeto y por lo tanto su inserción y/o emergencia en el conjunto de las relaciones sociales. Dependerá de esta comprensión las opciones ético políticas que se tomen, así como las construcciones de conocimiento de la realidad.

En este marco de referencia, lo que aquí se plantea como relación (ver capítulo II) se sostiene en las tradiciones de pensamiento que coloca al sujeto no como "actor social", perspectiva que valoriza el rol y su funcionalidad en la trama social; sino como "sujeto histórico", sujeto "hacedor" de realidades, sujeto "productor" de sentidos y significados con capacidad de elegir con conciencia histórica y autonomía de pensamiento y acción. En esta perspectiva el sujeto es portador de roles y no viceversa; refiero aquí tanto a la tendencia de pensamiento que sostiene una *filosofía de la vida* como pueden ser

Dhiltey²⁴⁷, Simmel y Schütz; otros que produjeron una visión de mundo en la relación sujeto/sujeto (por sobre la relación sujeto/objeto) como pueden ser Martín Buber²⁴⁸ o Emanuel Lévinas²⁴⁹.

El cuidado que se pone en esta aclaración no es menor, en tanto que permite ver, con mayor claridad, las tensiones, solapamientos y negaciones de estas dos dimensiones sustantivas en la configuración del sujeto: su subjetividad y su acción como sujeto social que podría señalarse en los siguientes términos:

- a) la dimensión del sujeto, "sujetado" a sí y a su comunidad de referencia;
- b) la dimensión del "rol" determinado por el discurso del orden social dominante.

Estas dos dimensiones, necesariamente articuladas, en el presente se agudizan en su desequilibrio reduciendo al profesional del cuidado de enfermería a la mínima expresión que le permite ser "su rol".²⁵⁰ En la red semántica en la que actualmente vivimos, hay expresiones que dan cuenta de

²⁴⁷ -W. Dilthey. "Crítica de la Razón Histórica". Edit. Península. 1986

²⁴⁸ - Buber, Martín "¿Qué es el hombre?". Edit. Fondo de Cultura Económica. 1949

²⁴⁹ - E. Lévinas. "De la existencia al existente". Edit. Paidós. Reed.1995

²⁵⁰ - Esto reconstruido mediática y permanentemente por un imaginario bélico y de terror de estado económico que, a través de las actuales políticas públicas, se asumen como propias en toda América Latina, económicamente organizadas por grupos hegemónicos y de poder dominante. Grupos que se organizan a través de las agencias internacionales como el del G-8 (Grupo de los ocho), del FMI, la OCDE y la mediación de agentes nacionales – gubernamentales y no gubernamentales – se hacen eco de estas política a través, por ejemplo, de programas de organización de la sociedad centrada en la calidad por producción, lo que implica mayor beneficio con menor inversión en términos de modelo económico, aunque la más de las veces, no en términos sociales. Al respecto pueden consultarse análisis socio económicos fundamentales tales como: Briceño-León, Roberto, compilador "Violencia, sociedad y justicia". Edit. CLACSO. 2002. Antunes Ricardo "¿Adiós al trabajo". Ensayo sobre la metamorfosis y la centralidad del mundo del trabajo". Edit. Cortez Editora. 2001. Mato, Danil "Estudios latinoamericanos sobre cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización". Edit. CLACSO. 2001. Seoane José – Taddei Emilio, compiladores "Resistencias Mundiales. De Seattle a Porto Alegre". Edit. CLACSO. 2001

este desequilibrio. Por ejemplo, el concepto de "ajuste". El "ajuste" del sujeto se visualiza, colectivamente, en muchos otros ajustes de orden organizacional e institucional que altera tanto la cultura del trabajo como la de las redes sociales. Un ejemplo de la presencia que adquiere este término y que ocupa un espacio importante en la fantasmática institucional, con su carga atemorizante, amenazante es el "ajuste de presupuesto" para un mayor rendimiento. Este "ajuste" contribuye, en gran medida, a agudizar la agonía del sujeto, minimizándolo cada vez más en su "rol" funcional a estos intereses, generando una suerte de zoologización del deseo, el pensamiento y la creatividad con las consiguientes patologías psicosociales²⁵¹.

Estos aspectos que parecieran pertenecer a un nivel de la realidad macrológica (logo y lógica del movimiento macro social) se hace presente en lo micrológico de la vida hospitalaria en decisiones tales como:

- la sobresaturación de atención de pacientes por enfermero o enfermera (entre 8 y 10 pacientes en buenos tiempos)
- la cantidad de horas de trabajo y de descanso. Si bien las jornadas son de 8 horas, y dos días de trabajo por uno de descanso, el tiempo y el ritmo de estas actividades dependerá de las necesidades institucionales mas que por las necesidades de los sujetos²⁵².
- la falta de atención médica y psicológica sistemática a los

²⁵¹ .- Algunos de entre los mucho textos clásicos y fundamentales que dan cuenta de estos procesos, pueden ser: Erich From "El miedo a la libertad" Edit. Piados 1999.; Reich, Wilhelm "La función del orgasmo". Paidós 1955/2000; Morris Berman, "El reencantamiento del mundo". Edit. Cuatro Vientos. 1987/1997. Assoun Laurent Paul. "Cuerpo y síntoma". Edit. Nueva Visión 1977/1998; y el precioso y premonitorio texto de Orwell "1984".-

²⁵² .- Últimamente el estrés hace estragos en algunas instituciones hospitalarias de atención de complejidad, falleciendo 1 enfermera o enfermero cada 15 días.-

trabajadores de la salud

- los procesos de formación como exigencia mas allá de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud;
- bajos salarios;
- falta de medicamentos y escasez de recursos e instrumentos de trabajo (si bien el Hospital Salvador Zubirán es abastecido, su demanda es importante más aún en las actuales condiciones económica generales de la población)

Un ejemplo de esta política de la súper exigencia que llega a naturalizarse y a vivirse como privilegio es el propio lema del Hospital Salvador Zubirán: “*hacia la excelencia*”, y así lo explicita una de las entrevistadas, responsable de un piso.

*No se te olvide que aquí es un hospital de medicina interna, que no cualquier otra institución de tercer nivel lo tiene (se refiere a espacios de formación de sus recursos), así como cancerología, como el INER como el hospital de neuro. Entonces forzosamente eso es bueno dentro del hospital, que cree sus propios recursos para que finalmente se cumpla con los principios del hospital, y a nosotros también nos sirve, en un momento dado de que tengamos problemas en cuanto a recursos económicos.*²⁵³

Retomando a Castoriadis en su decir: “*Como es de sobra conocido, lo que funciona en el silencio, funciona todavía mejor si es expresado...*” lo que pareciera dejar entrever lo expresado en esta entrevista, y como recurrencia en las entrevistas realizadas, es en primer término, la omnipotencia de la institución. Todo se hace se piensa y se dice en relación a la institución,

²⁵³ .- Transcripción núm. 4 . Enfermera Jefe de Piso. Año 2000

idealizada como única, diferente y particular.

En la misma entrevista, puede leerse el lugar que en este sentido pueden llegar a ocupar las enfermeras y /o enfermeros en formación.

Ha habido ocasiones en que las alumnas del tercer año de la carrera de enfermería haciendo sus prácticas que tienen ellas de administración, que ya es la última etapa. Ellas finalmente se incorporan y hacen funciones directamente como enfermeras generales, como jefes de piso pero claro, uno las adiestra... y no podemos olvidar que el lema aquí, del Instituto es "hacia la excelencia"

En este espacio, la formación de enfermeros y enfermeras no es en relación a las nuevas generaciones, ni a la recreación de nuevos imaginarios de la profesión, las posibilidades de historización de las prácticas, las nuevas exigencias que trae el rol, es *formar recursos para cuando no haya presupuesto*. Bajo el influjo de la creencia de la inclusión en la excelencia cada uno es institución por lo tanto hay que cuidar a la institución. El sujeto sufre así un fuerte corrimiento al rol: es institución.

No se podría afirmar que el deseo de ser diferente como sujeto portador del rol y trabajador de una institución no fuera de interés, lo notable es que este sentimiento, no se visualiza en las entrevistas y observaciones, el peso está puesto en el deseo de satisfacer a la institución o lo que aqueja a la institución como si dependiera casi exclusivamente de ella las posibilidades de ser y hacer profesional.

Lo dicho convoca a otro fenómeno, éste tiene lugar en un fuerte proceso identificatorio del sujeto con la institución. Este proceso se caracteriza por lo que magníficamente plantea Woody Allen en su película "*Celtic*"; es un proceso por el cual el sujeto se va mimetizando con otro a tal grado que se va perdiendo a sí mismo en ese otro. En este caso, el rol es una mediación identificatoria

entre el sujeto y la institución. El rol le permite ser institución.

Durante la misma entrevista, y por lo general en las entrevistas realizadas, resuena un sentimiento de familiaridad que hace patente este proceso de identificación: yo soy enfermera, mi familia es el hospital. Esta entrevistada afirma en relación a las practicantes: *“pero ya ellas (se refiere a las estudiantes) son como de la familia”*.

3.1.- La “familia”. Referente metaorganizacional.

Esta referencia recurrente a lo familiar en el ámbito hospitalario, se vuelve síntoma, y revela aspectos centrales en las forma de establecer vínculos y relaciones metaorganizativas en la institución que podrían explicar formas de comportamiento arraigadas históricamente; más aún si se retoma el espíritu que ha sostenido el imaginario del cuidado de enfermería y que se explicita, en líneas generales, en el capítulo I : *el cuidado es parte constitutiva en el rol femenino; el cuidado está ligado a la caridad y la modestia; el cuidado de enfermos estuvo por lo general a cargo de “hermandades” religiosas.*

Este rasgo de “familiarización institucional” se sustenta en dos vertientes relacionales que pueden determinar en gran medida la estructura relacional en estas instituciones:

- a) la reeditación del imaginario familiar y su organización en términos genéricos y sus consiguiente juegos de “demandas de amor”, es decir de afecto, de reconocimiento, de aceptación; todos aspectos que en lo familiar marcan registros afectivos y conductuales en la configuración de subjetividad;
- b) la presentificación de los parámetros que constituyen a la lógica

patriarcal; esta lógica se organiza alrededor de conceptos de autoridad, masculinización y jerarquía; conceptos que articulan determinación de roles, como la jerarquización de los mismos, el lugar del padre, ritos y mitos que sostienen las desigualdades genéricas con preponderancia del rol masculino, etc..

Signos de esta presencia de identificación institucional y de traslado del imago familiar al espacio laboral se puede observar, entre otros aspectos, en el lugar que se le otorga por parte de enfermeros y enfermeras a las jerarquías, la actitud casi reverencial que hay hacia los médicos y, en el caso de la relación de las enfermeras con las médicas, un importante grado de competencia y bloqueo.

Se transcribe a continuación una buena parte de una entrevista reveladora al respecto y de valor interpretativo en lo que se viene señalando:

... Lo que sí es real es que las cuestiones jerárquicas sí están muy bien marcadas, o sea, el doctor es el doctor y la enfermera es la enfermera. No se tiene la estructura que en otros países, quizá en EE.UU. donde las enfermeras tienen un nivel mejor dentro del equipo, ¿no? aquí como que no se le hace mucho caso en algunas cosas y también ellas no hacen lo suficiente por dar muestra de que están presentes, no? entonces dicen bueno, a mí me toca el cuidado y hacer algunas cosas, y a lo mejor dar las inyecciones, ¿no?

... Sí es como una división del trabajo muy fuerte. Y sobre todo porque por lo regular casi todos los varones...o los médicos casi todos son varones y las enfermeras mujeres. Y pues esa parte también es importante, no?

... ¿Por qué creo que es importante?... porque yo siento que esa circunstancia también, además otras repercusiones, porque se hace más evidente la cuestión del que " yo mando", no? yo mando y tu obedeces.

Entonces eso tiene que ver mucho con...aunque la gente no lo quiera aceptar en lo explícito, es como el rol que a una le imponen, no? tú como mujer aceptas las disposiciones y yo soy el que da las indicaciones, ¿no? De hecho también la enfermera lo hace, porque hay una cosa muy chistosa: cuando la que da las indicaciones es una médica mujer hay más oposicionismo a que si fuera hombre, o sea, es una cosa que no nos ayudamos a nosotras mismas, no? de decir bueno, mira vamos a hacer una alianza, no? incluso cuando se trata de dirigirse a una mujer médico...a un hombre si lo ven con bata siempre es un doctor, no importa si es de rayos X o un laboratorista. Y una mujer por más que traiga el atuendo apropiado del médico siempre es señorita o señora o...no sé, como que el trato es diferente. Entonces nosotras mismas nos echamos tierra.

La visión patriarcal que articula a las relaciones de género y la reedición de estas relaciones familiares en la práctica profesional, marca esta profesión del cuidado de enfermería tanto en los lugares simbólicos que se ocupa como en la organización como los vínculos que se generan en el marco organizacional. Las mujeres compiten entre sí, se atiende a los hombres que tienen mayor jerarquía y de ellos se soporta todo. El saber está puesto en los hombres y son las propias mujeres las que clasifican esta manera jerárquica y patriarcal de ver el mundo

... (En cuanto a la relación con los enfermeros) Bueno... los enfermeros son menos.. yo les doy clases a grupos de enfermeras y es muy interesante ver cómo; cuando el grupo es de mujeres nada más la dinámica es muy diferente; cuando llega a haber enfermeros ellos son manejados por todo el grupo de enfermeras incluso así se da en el trabajo, no? o son los consentidos en el sentido que los tratan como a hijos o son los depositarios de la gran cantidad de carga, no? o sea, si es el hombre que lleve este paciente que pesa mucho más, el que lleve estas

*cosas, etc. Como que toda la parte de mujer se vuelca en ese sentido, no?*²⁵⁴

Por otra parte, el paradigma "víctima -victimario" se instala en relaciones de género propia de familias patriarcales, donde el juego de roles se ve tensado por: la necesidad de reconocimiento, la necesidad de dominación y control, y el maltrato.

... (en cuanto a la relación enfermera - paciente, enfermero - paciente) Yo he observado que...es que aquí también tiene que ver...sin querer lo hemos notado, hay algunos enfermeros que por sus características personales pueden ser más cariñosos o más sensibles con los pacientes.

... Sí, los enfermeros. Dependiendo de algunas características, nosotros hemos tenido y lo hemos observado, enfermeros homosexuales. Y esas personas son más cercanas que las enfermeras, pero son muy poquitos. Y las enfermeras, depende del área porque si son enfermeras de la terapia intensiva, ellas están sometidas a un estrés mucho mayor y la dinámica que se respira en una terapia intensiva es de mucho estrés, de mucha precisión y como que se queda poco tiempo para la interacción con el paciente, entonces...y además tiene esta...incluso lo comentábamos hace unos días en una de las clases con las enfermeras, como esta parte de decir no me quiero involucrar mucho porque son pacientes que se van a morir o que están muy graves, están en terapia intensiva. Entonces esa parte es más difícil que las enfermeras que se desempeñan en pisos, no? como que es más fácil. Lo que sí es que de las enfermeras se tienen todo tipo de conceptos; hay de las que son muy cariñosas, muy cercanas, muy comprometidas y hay quienes son muy secas, distantes. Y aquí de hecho hay una frase que utilizamos, está en los hospitales y casi todos los médicos la conocemos: Si quieres estar bien en tu trabajo llévate bien con tu enfermera. Es una regla de oro porque la enfermeras se pueden convertir en tu peor enemigo. Porque pueden bloquear el trabajo de uno.

La cuestión del poder como dispositivo de dominación, control y manipulación intersubjetiva, es parte de este imaginario sobre el cual se

²⁵⁴ .- Entrevista 7.-Médica Psiquiatra. Área de Psiquiatría Salvador Subirán

sostiene la propia institución, imaginario no sólo patriarcal sino propio del paradigma víctima -victimario.

... (en cuanto a la relación enfermera y profesionales de la salud mujeres) Es que lo he vivido, porque me ha tocado escucharlo. Son especiales en el sentido de que en la cuestión médica hay jerarquías también, o sea, los internos, los residentes, los inscritos, dependiendo de la situación. Y ellas mismas lo dicen, cuando llegan los internos o residente nuevos, que son los médicos que están en formación en alguna especialidad; "si alguien les cae mal, lo llaman por teléfono a media noche para que se levante, o sea, por cualquier tontería, aunque ellas lo sepan resolver". Y lo saben, o sea, "ahí les encargo al doctor" y lo levantan o le quitan esto o le hacen lo otro. Entonces eso yo siento que es como su desquite, no? porque lo hacen con médicos prepotentes o desagradables. Hay que apapacharlas, esa parte...como que necesitan tener su retribución, sentirse avaladas. Si uno las avala, las apoya, las reconoce en sus cosas a una la quieren mucho, pero la gente que les marca más los límites, ellas se pueden tornar sus peores enemigos en esas cosas. Porqué, porque son las que están más cerca del paciente, le toman los signos y demás. Le pueden decir, pues que tiene fiebre, aunque sí tenga la fiebre, no inventan cosas pero aunque ellas sepan qué hacer lo hacen. Incluso cuando llegan los residentes nuevos o los internos hay cosas técnicas que ellas las saben hacer mejor. Tomar sangre y demás. Si uno le cae mal, que lo haga y no lo ayuda. Y eso todos lo sabemos porque todos hemos pasado por esas fases.²⁵⁵"

Es significativo lo que expresa la entrevistada en relación a la homologación, por parte de los pacientes, de enfermeros con médicos simplemente porque son hombres y llevan batas blancas; sin embargo no sucede lo mismo con las enfermeras en relación a las médicas y por lo general los pacientes buscan médicos, más aún en algunas especializaciones que parecen propia de los hombres como puede ser cardiología o cirugía.

Por otra parte, es sintomático el trato con los enfermos y lo que ellos

²⁵⁵.- Entrevist a 7. cit.

evocan, teniendo en cuenta la configuración misma de las familias latinoamericanas en general y mexicanas en particular, de costumbre conservadoras y de cuidado de la familia extensa. En este marco es recurrente escuchar entre los entrevistados frases que son recurrentes también en ámbitos familiares, como por ejemplo: *"pobres los abuelitos", "los hombres son mas demandantes y molestos", "las mujeres buscan mas ternura", etc..*

También aquí se presenta con claridad la maternalización del rol que se reedita en vínculos de género roles familiares. Esta misma entrevistada lo expone desde su percepción:

*... Sí, eso es real... las supervisoras tiene un estilo muy autoritario.
... (en relación a los enfermeros - varones) Yo no...o sea, no. Más bien es así como que lo acogen como el hijo... sí, como el hijo, no? de todas o como el que...el hombre de la casa, no? por decirlo de alguna manera²⁵⁶.*

Estos entre muchos otros comentarios y afirmaciones que se irán viendo, dan cuenta, de alguna manera, de la presencia en lo laboral de una dinámica familiar/patriarcal que complica las relaciones laborales superponiendo roles y funciones y confundiendo demandas de reconocimiento y de derecho laboral lo que adquiere relevancia teniendo en cuenta la fuerte impronta de femineización que lleva la profesión así como su carga de vocación y caridad.

... (puntos que estructuran la personalidad de enfermeras)²⁵⁷. Pues son personas...no quiero hacer generalizaciones, pero la verdad la mayoría de las ocasiones son personas cuya autoestima no es muy grande y como que tienen la sensación, o más bien inconscientemente buscan el reconocimiento a través de la vida de los demás, o sea, todos lo que se dedican a las cuestiones altruistas, es una forma sana de enfrentar las

²⁵⁶.- Entrevista 7. cit.

²⁵⁷.- Lo que llamó la atención de esta entrevistada que siempre habla de "enfermeras" , como asumiendo el rol femenino de la profesión.

propias deficiencias que uno tiene, entonces la enfermera es una de ellas. Es como una autoestima baja, como algunos rasgos de personalidad pasivo - dependientes pero que quieren ensalzar esas partes negativas, no? Entonces es una forma sana de canalizar esas partes de la personalidad.”²⁵⁸

Por otra parte, este proceso identificatorio de la enfermera o el enfermero genera una suerte de “olvido de sí” o lleva a confundir el sí mismo con la institución. Es decir, se piensa mas “institucionalmente” que como sujeto, lo importante es lo que es bueno “para” la institución y las mas de las veces a pesar del sujeto.

Se da, como dice Eugéne Enriquez²⁵⁹, “ *una idealización y sacralización del objeto como si el objeto institución fuera un tótem... porque se supone que hay un amor recíproco que viene del objeto hacia nosotros, es decir que la institución nos ama, que va a recompensar nuestro esfuerzo que reconoce lo que hacemos, que toma en cuenta la mayoría de nuestros deseos*”.

Este imaginario de ilusión de reciprocidad, se agrava en sus expectativas si tenemos en cuenta que la gran masa de población que estudia enfermería viene de orígenes sociales de escasos recursos, que tienen que hacer grandes esfuerzos para estudiar y que la mayoría de ellas y ellos estudian de día y trabajan de noche o en horarios posibles para sobrevivir. Sin embargo se vive y respira entre las entrevistadas y entrevistados como un gran agradecimiento y respeto por LA institución. Son partes de LA EXCELENCIA y como dijo una de las entrevistadas: “*no sólo en cuanto a la atención sino a la curación*” y esto exige, en gran medida dos condiciones: la tecnologización del propio sujeto y la

²⁵⁸ - Entrevista 7. cit.

²⁵⁹ - Enriquez Eugéne “*La institución y las organizaciones en la educación y la formación*”. Edit. Novedades Educativas. Bs. As. 2002

alineación del sujeto por el rol profesional, aspectos que se desarrolla mas ampliamente en los puntos siguientes.

Así lo comenta la psiquiatra entrevistada:

... No, no siempre es positivamente (en relación a reparar sus propias carencias) porque hay ocasiones en que...aquí se sabe, hay enfermeras excelentes y hay enfermeras que son muy malas, no? Y que nadie quiere estar con ellas...hay gente, en todas las áreas y no nada más estoy hablando de enfermería, en todas las áreas del ser humano a veces uno utiliza el poder (dominante) para agredir. Hay gente, o hay enfermeras que pueden ser muy agresivas con los pacientes y que incluso ellos dicen yo no quiero que ella me toque, no? o alguien que ya sabe que..."hay, esa enfermera" no? Y hay otras que son muy entregadas y lo hacen bien, pero aquí también tiene que ver mucho lo que son ellas como personas, las responsabilidades que tienen. El querer ser siempre no solamente buena en su trabajo si no ser buena mamá o ama de casa, esposa...o sea, todos los otros roles que se tienen. Entonces esa es la forma en que...o sea, una generalización no se podría porque cada persona lo matiza de diferente manera. Lo que sí es que hay instituciones y eso sí lo podemos decir, que tienen un tipo de enfermeras y otras, otro tipo de enfermeras. No es lo mismo una enfermera del seguro social que una enfermera de un insti tuto por ejemplo. Aquí es fácil que yo me encuentre a alguien que ya terminó su turno pero que está en disposición de que quedarse más tiempo porque es la mística del instituto, o sea, aquí es...en cáncer (el hospital) igual.

La culpa al igual que la ideología patrircal y lo que ello conlleva, es constitutivo del imaginario profesional, imaginario descarnado y cruel en tanto se articula a la propia demanda laboral en haras de la eficiencia y calidad. Indudablemente, esto es consecuencia de un inconciente colectivo que actúa sin tiempos de reflexividad para alterar este orden de la cultura laboral.

... (en relación a la sobrecarga, sentimientos que afloran) Eso es algo que es bien evidente (espíritu de sacrificio) sobre todo cuando les doy clase. Aquí hacen una subespecialidad para ser enfermeras de terapia intensiva. Entonces vienen de todos lados y el ejercicio que yo siempre hago es el inicio de un...o sea, les pido que se presenten y de dónde vienen. Y no es lo

mismo la actitud de una enfermera que dice " Yo soy de cáncer" o sea " Soy enfermera de CANCER" entonces hasta levantan la cabeza, vean que soy enfermera de una institución que es difícil el manejo "Yo soy enfermera de Cardio". Y otras " No, pues yo soy del departamento" así como diciendo...incluso ellas mismas se ubican en otros estándares. Incluso las que hay que son cuidadoras, no? que están en alguna agencia y que van y cuidan pacientes. Entonces también existe eso, claro que sí.

... Sí hay una sobreestimación del sacrificio.

.. (¿este sentimiento llega a enfermar?) Sí, llega a ser una enfermedad por el estrés que se maneja. O sea, en los últimos años se ha estudiado más a cerca del estrés, que es una palabra que todo el mundo maneja, pero que tiene sus repercusiones biológicas bien identificadas y que con el tiempo llegan a una cosa que se llama síndrome del desgaste. Entonces la gente empieza...es característico, incluso hay movimientos de enfermería por eso, porque una enfermera que está en una terapia intensiva llega a ya no ser tan excelente en su trabajo cuando llega a cierto punto, porque ya no hay más retribuciones. O sea, quizá las chicas que se están preparando " No pues, yo quiero terminar mi curso que es muy pesado" con tal de ser intensivista, no? enfermera intensivista, cuando después eso, qué más? o sea están en terapia intensiva, llegan, son los que acaban de salir del curso y demás, pero después conforme va pasando el tiempo hay un desgaste emocional y psicológico y físico que los va llevando a hacer las cosas de una manera más bien automática y que también crea ya conflictos entre la dinámica, no? porque ya hay roces, de que a ti te tocó media cama más que a mí, que yo hago más que tu, o sea, esas cosas que supuestamente como estamos trabajando con pacientes no debería verse si se nota²⁶⁰.

Cuerpo, violencia sutil negativa y naturalización de la ideología patriarcal signan la estructura profesional que legitima la estructura organizacional.

4.- El cuidado de enfermería, profesión paradigmática.

Es desde estas observaciones que se vienen haciendo al "leer" la formación y la

²⁶⁰.- Entrevista 7. cit.

práctica profesional del cuidado de enfermería, que se hace ineludible la observación de las tensiones que este rol le crea al sujeto y su subjetividad en el espacio relacional (ver cap. II) de la organización hospitalaria, en su "acción social", en su relación "cara a cara". Es decir, se hace necesario leer conductas y discursos que reflejen al sujeto y las significaciones que sus actos y conductas reflejan en su relación con los otros.

Es esta tensión entre el sujeto y el rol profesional la que, como se expresa en puntos anteriores, vuelve paradigmática esta profesión, puesto que no se está hablando de un fenómeno estrictamente subjetivo de organización psíquica, sino que se aborda un fenómeno que es también colectivo, laboral y organizacional.

¿Bajo qué presiones, escisiones y tensiones se construye el andamiaje institucional?. ¿Puede una institución sostenerse sobre la minimización del sujeto y la maximización del rol?, ¿Cuál es su efecto en los sujeto y cuáles en la institución?. Esta postura ante la organización laboral, ¿Viabiliza las expectativas institucionales de calidad, productividad y excelencia?.

Pareciera que la maximización de rol por sobre la minimización del sujeto signan la dinámica hospitalaria y el imaginario de los profesionales de la salud. ¿Qué hace que esto se legitime y perviva en el tiempo?, ¿Por qué y para qué?, ¿Quién se beneficia?.

Esta configuración paradigmática que trae la relación sujeto/rol, de por sí compleja, se vuelve enigmática en tanto que pareciera ser el eje sobre el cual se organiza la vida institucional; eje que por otra parte es de gran incidencia en la conformación de este sujeto social en sus distintas dimensiones:

- ? la de su subjetividad ; y la conformación de una estructura psíquica permanente confrontada con cuestiones existenciales tales como la vida, la muerte, la enfermedad, el sufrimiento humano, etc.;
- ? la de los proceso intersubjetivos; que configuran formas vinculares imaginarias que definen la cultura laboral
- ? la de la organización hospitalaria; y su producción significativa. Esto teniendo en cuenta las exigencias que ésta tiene para con enfermeros y enfermeras y la consideración de los propios riesgos de la profesión – riesgos a los que se expone tanto el cuerpo físico como psíquico, las exigencias de manipulación de otros cuerpos y sus fluidos, etc. –
- ? la función social de la institución; lo asignado y asumido en demandas tanto sociales como particulares de pacientes y familiares de los mismos en la institución hospitalaria – sentimientos de soledad y abandono, necesidad de calmar dolor (físico y/o psíquico), etc; sentimientos y afectaciones que buscan ser calmados depositándose esta carga emotiva y física en los trabajadores de la salud.

Esta preocupación por la relación víctima victimario que se instala en las relaciones laborales se sostiene en ciertos patrones conductuales que revelan condiciones subjetivas y estructurantes en lo colectivo. Lo dicen dos de las entrevistadas, una enfermera Jefe de Departamento y la propia psiquiatra desde sus observaciones como docente de la especialización en técnicos

intensivistas y trabajadora de la salud mental en el Hospital lo que se expone en estos dichos.

1° entrevista:... Una de las cosas que me preocupa es el maltrato, es increíble que siendo enfermeras no se puedan dar cuenta del maltrato, pero con ellas mismas.

Trabajé con dos psicólogas en un proyecto de investigación en el Hospital, y entre otras cosas, lo que pudimos ver es que las enfermeras reciben mucho maltrato, por ser mujeres y por la profesión.

Creo que hay problemas de comunicación serios.....

... Reconocemos que es urgente trabajar en este aspecto de contención de las enfermeras, de ellas, de su trabajo, todavía no lo hemos estructurado y me gustaría mucho hacerlo, es necesario. Necesitaríamos alguna persona que se ocupara de esto, quizás una psicóloga.

... Al maltrato que me refiero es a que los maridos las golpean, problemas con los hijos, en fin...., están como muy agobiadas.

... No, no creo que esto incida sobre la atención a los pacientes, pero sí hay un ausentismo importante.

... Si, ahora estamos tratando de dar mas apoyo en general, nunca se había hecho antes; además de hablar con las enfermeras, cuando vemos que lo necesitan o nos lo hacen saber, se intenta orientar a cerca de la atención, de lo que queremos. Antes de ingresar al trabajo se da una semana de introducción al puesto: derechos, obligaciones, funcionamiento del hospital.....

La feminización (las entrevistadas siempre se refieren a enfermeras) y la violencia sutil negativa a la que están expuestas estas y estos profesionales traen consecuencias corporales propias de los procesos inconcientes de autodestrucción. Problemas circulatorios, infartos, etc. El tema es que la organización institucional se asienta sobre estos mismos aspectos que enferman a sus propios trabajadores

... Yo creo que hoy no hay una idea clara sobre la violencia, por eso se permite el maltrato. Y en esto para mí fue fundamental trabajar en Epidemiología, enfrentarme con situaciones de descuido, ya no del paciente sino de ellas mismas....

No sé cosas sencilla, por ejemplo al poner una venoclisis, no usaban guantes..... y hay información de que cuando se trabaja con sangre hay que usar guantes....., y no se usan.... y uno lo dice....., pero no estamos acostumbradas a cuidarnos....

Pienso que ahí hay algo....., algo que es mas que el conocimiento técnico, tiene que haber algo más.... algo que pase por lo humano.

Sin embargo estas cuestiones que parecieran tan elementales, se transforman en síntomas que expone la auto subestimación en términos de cuidados, no se merece ser cuidada, y esto debería ser parte de una formación más centrada en el sujeto, más aún teniendo en cuenta las cuestiones de género y clase señaladas.

2° entrevista... Pues tiene que ver mucho con la pasividad y la dependencia, o sea, sí hay mucha agresión hacia la enfermera y es otra vez el perfil que se tiene, no? el porqué se deja uno, el porqué...una tiene que trabajar, atender hijos y a parte el esposo las agrede, las golpea, las engaña, aquí hay mucho índice de infidelidad de los esposos de las enfermeras. Y tiene mucho que ver...yo siento, lo he pensado alguna vez, que tiene que ver con el perfil pasivo dependiente de las enfermeras, ¿no? de que bueno, si total me golpean en un lado pues en el otro también y en el otro también, ¿no?

... Y uno ya lo ve como...trata de verlo en la parte positiva, ¿no? decir bueno, yo estoy tratando con la gente, estoy ayudándolos y demás. Pero eso en lugar de vivirlo yo siento para arriba, lo viven como para justificar el que no se muevan. Incluso aquí me ha pasado, bastantes casos que llega y...no pues y mi esposo me engaña, desde...o sea, y cosas patéticas, o sea, unos cuadros que uno dice y bueno, porqué aguantas eso y te dicen pues es que por mi hijos. Siempre usan el mismo recurso, ¿no? Pues bueno y usted ¿Cómo se siente? Pues bueno yo muy mal...y lo que me vienen a pedir es ayuda para retener al marido. Y cuando se confronta la situación...uno les recomienda que se separen, pero sí en la situación de que ¿Qué pasaría si plantea la situación de una separación, un divorcio? No, ellas prefieren continuar con eso a perder a la pareja, ¿no? Entonces otra

vez...y son casos en los que dices bueno no lo puedo trabajar uno mucho porque no están dispuestas al cambio.

Es evidente que el síndrome del maltrato es constitutivo de esta profesión, la pregunta que se impone es, ¿porqué se sostiene?, ¿por ignorancia?, ¿por conveniencia institucional?, ¿por inercias subordinante?, ¿o porque en el ámbito de la biomedicina dejó de tener sentido el sujeto?

... Yo creo que lo que mueve esto y siempre lo he dicho, es mucho la culpa. O sea, como que tienen que pagar algo. Incluso son cuestionamientos que les hago directamente cuando vienen a consulta, que qué están pagando, no? o sea, por no solamente llevo a mis paciente y todo eso...o sea, es maravilloso trabajar con ellos, pero y además de eso porqué todo lo demás? o sea, qué culpas están pagando? Y si hacemos un análisis vienen de familias donde la madre fue quizá muy controladora, pero este control ambivalente, no? de que yo lloro mucho y yo...pero es el control, no? y son hijas de familias así, donde el papá también puede ser o muy golpeador o incluso muy periférico, pero donde la figura materna, en ése sentido juega un factor importante. O sea, este control pasivo que alguna madres latinas tienen, casi todas, ¿no?

... Así es (perverso), porque uno incluso se siente culpable de defenderse ante una madre que domina, no? entonces eso es algo que a mí me ha interesado por mí misma preguntar y casi todas tienen un perfil de madre parecido.

... (mirada al profesional) Lo ven como un profesional de segunda. Aunque uno les explique, no ella es licenciada, sí pero es enfermera. O sea, no puede pasar de más. Incluso hemos visto que hay enfermeras que han...me ha tocado verlas, que se han desempeñado en otras áreas porque pues no les satisface, o sea son como las que se salen del molde y hay médicos que yo los he escuchado decir bueno y esta que está haciendo ahí, si es enfermera. Entonces esa parte en nuestro medio está como bien clara, no? es de segunda y uno ya sabe que va a ser de segunda. Incluso yo diría bueno quizá no tuvieron recursos económicos para estudiar más, pero es impactante ver que hay personas que pudieron quizá haber estudiado otra

cosa, porque sí pudieron...no sé, ir a la UNAM, no es tan caro estudiar aquí en México...algunas otras cosas, y sin embargo decidieron ser enfermeros porque les gusta.

Indudablemente, la producción simbólica en los espacios relacionales de esta profesión sostiene una producción de violencia y represión alienante sorprendente. Esto no suma victimización, por el contrario asume el problema que las propias voces dejan ver y más que victimizar constata una realidad que desde la enajenación es lógico que provoque alteración de un orden de reconocimiento de sí mismo y de la otredad.

... (asistencia a la consulta psicológica) Es medio, porque les da pena pedir una interconsulta y de hecho cuando han venido las chicas de aquí lo hacen a través de la supervisora, o sea, no vienen ellas a decir tengo este problema, si no que van con la supervisora...mamá supervisora y ella a su vez viene, nos dice, o sea nos traduce la información y pues si por favor la pueden ver...y pues claro, o sea, sí!

Este paradigma del círculo del maltrato o víctima victimario, que como se dice en puntos anteriores, se desprende del modelo comportamental en el desempeño de la profesión, se vuelve tal - además - en tanto cotidianidad laboral que "marca" (en el sentido psicoanalítico) la constitución del sujeto pero también, en tanto marca a la organización y a las instituciones de salud y educación. ¿Cómo puede una organización sostenerse sobre la base de la negación del sujeto cuando su misión es atender sujetos?.

Lo dicho vuelve extraña y enigmática a una organización que adquiere nuevos rostros de cara a las actuales políticas públicas basadas en la *eficiencia, eficacia, calidad y productividad*.

¿Cómo impactan estas políticas en sujetos que laboran cotidianamente en circunstancias en que, si estas características no estuvieran, de por sí hay

riesgo de muerte? o en situaciones donde la eficacia, eficiencia y calidad depende de otros - situación personal, económica y/o anímica del paciente, cuidados corporativos de "clases organizacionales": médico, enfermera/ro, jefaturas, etc. -

Es, desde lo expuesto, que la producción simbólica que se generan en estos espacios relacionales se transforman en este trabajo en un problema de investigación.

Indudablemente, esta es una aproximación posible a este problema molecular²⁶¹ de constitución social, y así planteado, este proceso investigativo es una aproximación que expone "una" mirada comprehensiva del problema, por lo tanto, en nada cerrado y en nada determinante. Sí quiere ser un aporte tanto a la comunidad de enfermeros y enfermeras como a las organizaciones hospitalarias pero sobre todo, una producción que contribuya a comprender mejor (y ojalá a mejorar) la complejidad relacional así como la calidad de vida que se instala - en rutas y rutinas de acciones y conductas concientes y/o inconscientes - en estas instituciones sociales, fundamentales en toda sociedad humana: instituciones de formación de profesionales, es decir educativas, y de salud.

También hay enfermeras que en esta misma lógica de comportamiento toman una actitud mas desenfadada y menos subordinada, pero que de laguna manera se mantienen - como víctima o victimaria - en una misma lógica de relación: o subordinada o subordinantes.

... ¿Cómo aprendí a ser mas... personal?... Yo creo que fue de una forma innata. O sea, no...nunca me percaté de ello. Yo nada más sé que para la gente...yo era estiradita y diferente, no? estiradita en el aspecto de que...ya sabes, no? siempre muy recta en la impostura, muy coqueta,

²⁶¹ - Así denomina Simmel a la construcción micrológica de lo social. Simmel George. *Ob. Cit.*

estee...yo desde el principio...no sé, eso ya lo traía. De pensar que...que yo a parte de ser mujer era...después, era profesionalista. Y que tenía que buscar un lugar que no existía. ¿Cómo empezó? Pues yo tuteaba a toda la gente. Eso me ocasionó problemas porque una enfermera no puede tutear - aparentemente - a los que están a su alrededor, específicamente a los médicos. Y yo no le hablaba ni de doctor ni de usted; yo llegaba hablaba...tajante...y bueno, en cardiología la enfermera tenía mucha libertad para...para tomar decisiones, entonces tu valoras y nada más le avisas al médico. " Le puse o le quité". No sé si siga así, pero en mi época así era. Entonces creo que fue eso, ¿no?...

La rebeldía es un síntoma de salud mental y social, aún reactivando frente a las circunstancias. Lo importante sería hacer conciente estos procesos para poder trascenderlos delo individual alo colectivo.

... Bueno, en general.... en general, digo, era como decir Nutrición, no? " Vengo de cardio" y todo mundo se levantaba y así como que mis respetos. Entonces es algo que yo adquirí de...creo que de cardio.

... Yo nada más sé que...que iba haciendo las cosas y así iban saliendo...y sabía que... de repente había contratiempos, no? porqué? porque traes un uniforme gringo y no estaba bien visto porque traía una abertura, estee...una florecita, algo de color que no estaba bien...permitido a lo mejor. Porque miraba a quien quisiera, pero eso fue de siempre. Porque valoraba pacientes y decía: tiene tal cosa...no, no sé. No te puedo decir cuándo empezó...o si son todas las enfermeras así. No lo sé. Sí tuve conciencia de que cambié cuando estuve en Hemodinámica del ABC, porque la gente tenía...un trato especial para conmigo, sin importar si fueran enfermeras o médicos, o gente de...proveedores. Yo sabía que se cuadraban conmigo y mi voz era ley. Yo decidía y...y yo permitía que la gente entrara o no. A lo mejor era mi...mi círculo de poder, pero es en donde yo sé que tuve mayor libertad, porque además...ahí es en donde me hicieron sentir y saber que yo era...muy buena enfermera, ¿no?

5.- El cuidado de enfermería, supuestos y posibilidades.

Así, en este marco de referencia que se viene explicitando, se desarrollan aquí, algunas de las reflexiones que permiten argumentar un postura acerca de el

cuidado de enfermería en su formación y su práctica profesional, fruto tanto de la lectura interpretativa de datos obtenidos en el trabajo de campo, como de percepciones y sensaciones recogidas en la tarea de observar, registrar y entrevistar²⁶², como ya se dijera, tanto a enfermeras y enfermeros como a médicos/cas y profesionales de salud mental que contribuyen, de distintos modos, a construir el imaginario profesional del cuidado de enfermería.

Esta indagación, más que a un problema específico de observación de “subjetividades”, responden a un problema de construcción social de la realidad como fenómeno social.

Este interés por saber cómo se construyen las relaciones intersubjetivas como relaciones productoras tanto de prácticas profesionales como de sentidos y significados sociales, en este sector de los profesionales de la salud, se articula sobre la base de tres supuestos básicos desde los cuales se configura este proceso de investigación. Al decir supuestos y no hipótesis se alude²⁶³, como ya se dijera, a que esta no es una investigación que busque “verificar” estos enunciados sino que, por el contrario, reconoce estas afirmaciones en la práctica profesional y social de esta profesión²⁶⁴, y en este reconocimiento pretende problematizar estas proposiciones en la realidad concreta donde se desarrollan a fin de abrir este campo de estudios y ver que hay detrás de estos comportamientos.

Dichos supuesto²⁶⁵ son:

²⁶² - Como se expone mas detenidamente en el ANEXO. Cuestiones de Método.-

²⁶³ - Ver Anexo Cuestiones de Método.

²⁶⁴ - Al respecto hay estudios realizados por las mismas enfermeras o profesionales abocados a la temática, podrían citarse, entre otros, las producciones del Centro de Estudios de Enfermería Mexicana: “Enfermería, ¿cadena o camino?” Castañeda, Hierro, y otras . CEEM. Edit. AAPAUNAM. 1988. “Enfermeras rompiendo barreras”.CEEM. Castañeda, Hierro y otras. 1989.

²⁶⁵ - Estos supuestos fueron contruidos fundamentalmente sobre la base de el trabajo de campo y los datos contruidos durante ese proceso; datos que coinciden en gran medida con la literatura revisada.

1) El ámbito de la enfermería es un ámbito de subordinación profesional y su actividad se reduce a “el hacer” de procedimientos técnicos de atención al paciente. Estos dos aspectos determinan en gran medida la “ideología” de la enfermería²⁶⁶, constituyéndose así en rasgos característicos del campo profesional, condicionando fuertemente el rol de la enfermera o enfermero y su funcionalidad en la organización de las instituciones de salud.

2) El cuidado de enfermería es una profesión feminizada . Esto no quiere decir que sea sólo femenina. Si bien históricamente ha sido una profesión de “mujeres”, en la actualidad podemos encontrar un número cada vez mayor de varones que desarrollan esta profesión, aunque en proporción aún siga siendo mayor el número de enfermeras, no podemos dejar de reconocer este dato: ya no es “sólo” de enfermeras sino que también hay enfermeros, lo que indudablemente influye en las relaciones de género que reconfiguran la profesión. Sin embargo, el *fenómeno de la feminización*²⁶⁷ se mantiene constante.

3) Los ámbitos de relaciones subalternas pueden ser espacios de

²⁶⁶.- Un trabajo excelente al respecto es el realizado por Isabel Hernández Tezoquipa – integrante del Centro de Estudio de Enfermeras de México – “Ideología y enfermería” en “Enfermería, ¿cadena o camino?” Op. cit.

²⁶⁷.- Por *fenómeno de feminización* se entiende a aquellas manifestaciones legitimadas socialmente que de alguna manera definen “arquetipos”. En el caso de lo femenino se encuentra en gran medida determinada desde lo que Celia Amorós denomina “epistemología patriarcal: servicio, cuidado, maternalización del rol, etc”.

Ver: Amorós Celia. “*Hacia una crítica de la Razón Patriarcal*”. Edit. Anthropos. 2da. Edic. Julio 1991.

En México, además de la publicación citada de Isabel Hernández Tezoquipa, son sustantivos en relación a esta temática los trabajos de Graciela, entre los que podría citarse: “Mujeres Enfermeras”. En “Enfermería, ¿cadena o camino?”. Ob. Cit., en el mismo texto puede encontrarse la publicación de Imelda Castañeda “La Tlmatquicitl, Partera Azteca”. -

construcción de violencia social cotidiana²⁶⁸. Si bien autores como Simmel afirman que las relaciones de subordinación responden a un modo de vínculo no dominante en tanto uno de los actores de la relación acepta ese lugar, este tipo de relación en instituciones, que además articulan subordinación con jerarquía – simbólica o de orden funcional en la institución –, generan lo que se podría denominar: violencia sutil negativa, es decir, que la diferencia de lugares – simbólicos o instituidos – otorga poder de dominación al de mayor jerarquía en la asimetría y posibilita actos de violación de la integridad o la intimidad psíquica por negación del otro subalterno, actos que se naturalizan a tal grado que forman parte de la cultura laboral y organizacional de las instituciones.

Sobre la base de estos supuestos muchas preguntas fueron surgiendo y se fueron haciendo cada vez mas presentes en la mirada y la reflexión acerca de esta profesión. Fue a partir de los primeros meses de trabajo silencioso en los distintos pisos del Hospital Salvador Zubirán, en que acompañaba el trabajo de las y los enfermeros, que este deseo de saber se volvió sustantivo. Se transcriben aquí parte de estos registros del diario de campo que fueron definitivos para esta búsqueda.

Emergen de este y otros registros el deseo de saber en algunos de los interrogantes enclaves de este capítulo:

¿Cómo se va configurando la subjetividad de la enfermera y el

268 - En cuanto al supuesto de que las relaciones institucionales de subordinación son espacios posibles de construcción de violencia, hago referencia fundamentalmente a mi tesis de maestría en Investigación Educativa “Cómo opera en deseo en los procesos de enseñanza y aprendizaje escolarizado?”. Edit. Academia de Humanismo Cristiano. 1998. Sgo. de Chile

enfermero en esta práctica profesional?;

¿Qué impulsa a un sujeto concreto a tolerar, soportar y convertir en trabajo agradable y muchas veces elegido una tarea tan difícil como trabajar con la debilidad y el dolor, la miseria y la muerte?;

¿Qué opera en la interioridad de estas personas para hacer lo que hacen?;

¿Qué hay detrás de esta profesión como construcción social?

La reflexión que estas preguntas traen, se agudizan y complejizan en su análisis, en uno de los tres supuestos planteados: *la feminización de la profesión* ya que este fenómeno pareciera organizar un sustrato particular en la construcción tanto del rol profesional como de quienes lo actúan.

En términos de la entrevista que se viene trabajando, todo el tiempo se hace referencia a *la enfermera* y desde esta concepción femeneizada de la profesión comparte su visión de esta profesión.

... (cómo definir a un enfermero/ra?) Es un profesional del área de la salud que se encarga de la asistencia cotidiana, y en todo momento, de los pacientes o de las personas enfermas y que debe de tener... como puedo decírtelo... ok... dentro de las características que se buscan dentro de una enfermera es que sea capaz en cuanto a la cuestión académica y de destreza mecánica, como lo suficientemente sensible como para interpretar lo que el paciente está tratando de decir sin hablar y de hecho muchas de las cosas que el paciente trata de... que a veces no lo sabemos los médicos cercanos, lo sabe la enfermera, no? son como las depositarias de muchas de las cosas del paciente. Entonces son así como la que los atiende, la que los cuida, la que... hasta sus confesoras a veces y en algunos aspectos hasta sirven de función religiosa, las enfermeras por ejemplo de terapia intensiva de niños, cuando los chiquitos van a morir incluso los bautizan.

... Pues yo creo que la base de...o sea, los principios de una enfermera lo tiene, como todos, ¿no? Y sabe...es decir, debe de tener esas características de personalidad para querer entregarse a una situación así, porque realmente pues porque no estudiaron, no sé, una licenciatura, no? es así como el tener voluntad de servicio, como estar siempre dispuestas. Pero hay gente que lo está viviendo como si fuera...algunas lo viven como un castigo, que ellas no querían hacer eso, ¿no? y hay gente que lo vive como es, pero yo siento que en nuestra sociedad no les ha dado el lugar que se merecen, ¿no? son como las muchachas del servicio de la medicina. Entonces esa parte yo creo que les ha quitado mucha de la divinidad de ser enfermeras, ¿no? de sentirse a gusto por eso. Entonces ahora ya hay más gente que se quiere hacer su especialidad o que quiere hacer su licenciatura, ¿no?

Así, las reflexiones que aquí se plantean, suponen un ángulo de mirada que se detiene en la relación de conocimiento de quienes desempeñan esta profesión del cuidado de enfermería con su mundo laboral, y desde sus identidades femeninas o masculinas o gay (me refiero a la homosexualidad tanto masculina como a las relaciones lésbicas) así como familiar: esposas o esposos, hijos, compañeros y compañeras de trabajo, etc. -. Es decir la enfermera o enfermero no sólo vistos en los roles que les trae sus sexualidades asumidas o elegidas, sino como sujetos multimedios por la complejidad que nos muestra la perspectiva de género, y en este sentido son mujeres, hombres y gay en relación con el mundo de vida en el que se mueven y que crean.

Ahora bien, situados en esta perspectiva epistémica de interpretación y construcción de conocimiento de la realidad, se plantea profundizar tres posibles intersticios por donde bucear en esta búsqueda de comprensiones:

* El análisis de lo relacional y la determinación del "rol" del que está investido el actor social del cuidado de enfermería. Y más allá del rol - no

siempre asumido pero claramente asignado - en la funcionalidad organizacional que le da identidad a la institución de salud, punto expuesto en apartados anteriores.

* La identificación de conceptos estructurantes que reflejen recurrencias en las formas de vínculos relacionales y que permitan organizar un modo de comprender la movilidad que sostiene (simbólicamente), el imaginario de los y las profesionales del cuidado de enfermería; en esta perspectiva cabe preguntarse:

Además de las construcciones culturales tradicionales de "maternidad", "entrega", y "cuidado complaciente y servicial" que constituye al imaginario feminizado²⁶⁹ en el cuidado de enfermería: ¿Qué otras construcciones de sentido podrían estar operando en esta profesión?

* El parámetro organizacional autopoiética e históricamente construido, me refiero aquí a los condicionamientos *corporales, psíquicos y emocionales* que conlleva una *organización militarizada y militarizante* en la que estos profesionales van configurando su subjetividad - a lo largo de los años profesionales -, condicionantes que terminan impregnando a los distintos ámbitos de actuación de los sujetos enfermeros y enfermaras; y las consecuencias que esto tiene, tanto para el cumplimiento de los criterios de *eficiencia y eficacia* institucional.

A continuación se irán desarrollando en profundidad estos enunciados

²⁶⁹.- Ver: "Rasgos patriarcales del discurso filosófico: notas acerca del sexismo en filosofía"; "¿Herederas o desheredadas?". Notas para una crítica de la razón patriarcal." . Celia Amorós. Op. cit.

problemáticos y en el marco metodológico del diseño estructurado para este fin²⁷⁰.

5.1.- Rol y configuración escénica en el ámbito hospitalario.

De las observaciones y entrevistas realizadas, y sobre la base del punto anterior, podrían señalarse cuatro aspectos de gran presencia en el discurso y la práctica del cuidado de enfermería su formación y desempeño profesional:

- ? la preeminencia del rol profesional sobre los otros posibles roles sociales (maternidad, paternidad, constitución de parejas, etc.) que configuran la opción performativa de ser mujer u hombre con todo lo que ellos implica;
- ? la "tecnologización del sí mismo"²⁷¹ como modo de trabajar y hacer la vida;
- ? la organización temporal del trabajo;
- ? la fijación de roles familiares en la dinámica organizacional del hospital.

Poniendo estos aspectos en relación y el marco del instrumento analítico de relaciones utilizado (ver capítulo IV), llama la atención cómo en la dinámica de la profesión del cuidado de enfermería el rol se actúa bajo dos supuestos de *feminización y tecnologización del sí mismo* que pareciera teñir todo el hacer cotidiano, justificados estos modos de conducta en la *vocación de servicio* y la *eficiencia*.

Estos supuestos de *feminización y tecnologización* dan una

²⁷⁰ - Ver Capítulo IV. Cuestiones de Método. -

²⁷¹ Esta conceptualización es trabajada y desarrollada en E. Quintar "Cómo opera el deseo en los procesos de enseñanza y aprendizaje?". Edit. UAHC . Sgo. de Chile. 1998

características muy particular a la personalidad de la enfermera o enfermero manifestándose en una cierta *alienación*²⁷² de los procesos subjetivos, y esto se puede ver hasta tal grado que hay algo así como un “olvido” de otros de los roles posibles y sus deseos de desempeñarlos.

Uno de los rasgos predominantes en la mujeres es, por ejemplo, el no tener pareja y su comentarios permanente es: *“no tengo tiempo”; “mi ritmo de trabajo no me permite salir mucho”*, sobre todo en enfermeras que estudian el curso de intensivistas, que trabajan en salas de terapia intensiva o en atención a pacientes con SI DA. En cuanto a la práctica del cuidado de enfermería de los varones, lo recurrente es la valoración de la fuerza (para transportar enfermos o cambiarlos de lugar o moverlos para procedimientos técnicos), y lo que los enfermeros manifiestan es una cierta carencia del sentido maternal, de cuidado que tienen que aprender a desarrollar.

Una de las entrevistadas, con 22 años de edad, por su frescura y cierta inocencia (no ingenuidad) sintetiza, de alguna manera, a las mas de 28 entrevistas realizadas. Se transcriben aquí algunas de sus impresiones:

“(¿Tienes pareja?) No, es que con todo este trabajo no da tiempo. A otra persona tendría que ponerle mucha atención y ahorita abarco mucho para también abarcar otra relación”.

Esta entrevistada trabaja de noche en terapia intensiva de niños internados en cardiología, a las 8 de la mañana entra al curso de intensivista hasta las 4 de la tarde para entrar nuevamente a su trabajo a las 20hrs.

²⁷² “Con este término (*alienación*) defino un destino del yo y de la actividad de pensar cuya meta es tender hacia un estado a-conflictivo, abolir todas las causas de conflicto entre el identificante y el identificado, pero también entre el yo y sus ideales... al abolir toda situación conflictiva, aboliría al mismo tiempo toda causa de sufrimiento... El estado de *alienación* representa el límite extremo que puede alcanzar el yo en la realización de ese deseo, y que si diera un paso mas desembocaría en la muerte efectiva del pensamiento y, por esta razón, de sí mismo.” Piera Auglanier “El estado de *alienación*” en “Los destinos del placer. *Alienación, amor, pasión*” . p.p 45. Edit.

... "A veces extraño el hecho de poder salir y divertirme con mis demás amigas tan solo. El hecho de que tienen la misma edad que yo y salen... Demasiado no?, que se van al cine, que van a bailar que se van a bañar, y que se van a esto y lo otro... y siempre me invitan ... y yo siempre les digo: no puedo porque tengo tarea, tengo guardia, tengo esto, tengo lo otro... entonces ya llega un momento que no me invitan..... y bueno, a veces quisiera salir con ellas pero pues con tantos compromisos"

Esta enfermera gana 3500 \$ al mes, comparte la renta de un cuarto y tiene que pagar sus estudios!?

... "Y en cuanto a mi vida, pues sí, sí cambió mucho porque... creo que mi vida ha empezado a ser la enfermería, mi vida es la enfermería y... quiero vivirla dentro de ello porque me gusta."

A este curso²⁷³ asisten enfermeras y enfermeros que hacen un esfuerzo físico y psíquico casi sobrehumano para avanzar en sus situaciones laborales, y fundamentalmente aprender; situación que lleva largo tiempo en modificarse por las estructura organizacional de los hospitales y porque además en su gran mayoría son técnicos en enfermería y no licenciados (carrera muy reciente, no más de dos décadas, y que en la actualidad cuenta con pocos espacios de estudios).

De estos perfiles que va adquiriendo el rol de enfermeros y enfermeras en el cuidado de enfermería podría decirse que, en general, nos encontramos ante un sujeto minimizado²⁷⁴ y alienado en su rol. Y aquí, la alineación como

²⁷³ .- Al curso que se hace referencia es a la especialización para atención a pacientes internados en terapia intensiva "Curso de intensivista" que durante 6 meses toman enfermeros y enfermeras de diferentes Estados de México y del propio D.F en el Hospital "Salvador Zubirán". -

²⁷⁴ .- La categoría de "sujeto mínimo" es tomada de Hugo Zemelman en "Necesidad de conciencia. Un modo de construir conocimiento". Edit. Anthropos. 2002

destino de la subjetividad configura un modo de ir conformando un colectivo que en sus relaciones establecen, necesariamente relaciones de subordinación.

La alineación y la presión que el rol impone a estos sujetos, interroga por la estructura de personalidad que los constituye; que rasgos comunes, que recurrencias hacen síntoma en el síndrome del *"rol alienante"*; cuales pueden ser los posibles anclajes que articulan la continuidad y la conformación de los profesionales de la salud pero específicamente de este profesional del *"cuidado"* de otro vulnerable, de otro demandante, de otro que genera un estado de estrés por su propia situación vital: riesgo de muerte, dolor, que mecanismos se activan para hacer síntoma y alimentar el síndrome institucional de un *"rol alienado"*.

5.2.- La alienación como fenómeno institucional y sus efectos subjetivos y relacionales.

El estado de alienación del yo se apoya en dos soportes esenciales:

- a) una idealización masiva de la fuerza alienante (vocación, servicio, bondad, eficiencia)
- b) el deseo de alienar

La alienación así comprendida, es una patología de la idealización y por ende de la identificación del sujeto de fuertes efectos psicosociales. Fenoménicamente hablando, la alineación en su emergencia social, *"exige el encuentro del sujeto con otro sujeto que desea alienar. Mas exactamente, con un deseo de alienar que debe poder hallar en la escena social otro sujeto cuyo pensamiento, cuya acción inducen la alineación de algunos o de todos sus*

*semejantes*²⁷⁵. Así planteada, la alineación nunca es un fenómeno singular, por el contrario exige la unificación de cierto número de idealizaciones peculiares y a diferencia de otras patologías de la relación intersubjetivas, implica un estado de total desconocimiento por parte del alienado de su propia alienación, con lo cual, este es un concepto que encuentra su sentido y significación en la mirada del observador pero, sin embargo, es una fuente inagotable de destrucción de la relación "cara a cara" o de acción social, sencillamente porque hay una anestesia instrumental del sujeto que se pierde y se automatiza en la fuerza del alienante.

*La "meta (de la alineación) es tender hacia un estado a-conflictivo, abolir todas las causas del conflicto entre el identificante y el identificado, pero también entre el yo y sus ideales, lo que equivale a esperar la abolición de todo conflicto entre el yo, sus deseos y los deseos del yo de los otros catectizados por él... al abolir toda situación conflictiva, aboliría al mismo tiempo toda causa de sufrimiento".*²⁷⁶

Este es un fenómeno social que sostiene fuertemente a las organizaciones institucionales piramidales y militarizadas, es decir altamente jerarquizadas. La alienación en cadena opera como "*la realización de un deseo de matar el pensamiento que está presente en los dos sujetos*"²⁷⁷ o en los sujetos que intervienen y recrean situaciones de alineación como forma de relación y organización institucional, llámese familia, hospital o escuela.

Este aspecto de fuerte presencia en la organización hospitalaria, invade

²⁷⁵ .- Aulagnier Piera Op. cit

²⁷⁶ .- Aulagnier Piera Op.c it

²⁷⁷ .- Aulagnier Piera Op. cit.

la acción y conducta de la mayoría de los trabajadores de la salud, más aún si se tiene en cuenta las características de esta institución por la que transitan tanto médicos residentes como enfermeros y enfermeras que se forman en la institución. Esto puede constatarse en las palabras tanto de médicos como enfermeras entrevistadas.

5.3.- Conceptos estructurantes y recurrencias vinculares.

Las recurrencias aquí planteadas tienen dos fuentes de emergencia: las entrevistas hasta aquí realizadas²⁷⁸ y lecturas de bibliografía especializada para el cuidado de enfermería.

De estas fuentes podrían señalarse tres conceptos estructurantes que, podrían reflejar recurrencias vinculares permanentes que permitirían organizar un modo de comprender la dinámica que sostiene el imaginario de los y las profesionales del cuidado de enfermería delimitando modos de comportamiento. Estas categorías son:

- 1) Compasión
- 2) Culpa
- 3) Subordinación

5.3.1.- Compasión.

Este concepto es abordado desde dos campos de conocimiento que, en relación a la temática planteada, se encuentran en el ámbito de la ética como "moral problemática" (Caruso 1966)²⁷⁹. Me refiero al psicoanálisis y a la filosofía en la

²⁷⁸.- Alrededor de 20 entrevistas a: enfermeras y enfermeros en servicio; enfermeras en servicio y estudiantes de Intensivistas; enfermeras, médicos y médicos psiquiatras docentes del curso de intensivistas así como enfermer@s con cargo de jefatura y conducción de personal.

²⁷⁹.- Citado por Raúl Páramo Ortega en "Ética y psicoanálisis" –hacia una ética pagana de la compasión– en Revista "Dialéctica". N° 32. 1999

perspectiva de E. Lévinas.²⁸⁰

La pregunta clave sobre la cual se organizó esta lectura interpretativa fue: ¿Habría alguna vinculación entre la feminización de la profesión y los marcados rasgos de resistencia y compasión observados en la construcción subjetiva en el desempeño del rol?; resistencia tanto para doblar las primeras emociones ante lo desagradable de la cura física o el seguimiento de pacientes moribundos, como ante las situaciones laborales que el rol impone; y compasión como vínculo que permite acercarse al doliente/paciente.

En la emergencia y focalización de este sentimiento, se visualizan modos diferentes de actuarlos:

- como *patología de la compasión*;
- como ética, y
- como *potenciación subjetiva*

Estos rasgos recurrentes inciden tanto en los procesos relacionales con el paciente como con los otros profesionales de la salud y la organización en general que naturaliza estos rasgos en nombre de la búsqueda de la eficiencia, terminando por ser más un *procedimiento* que un bien estar tanto para los sujetos enfermos como para los profesionales de la salud que constituyen el sistema hospitalario.

²⁸⁰.- Lévinas E “*Entre nosotros*”. Pre-Textos 1993; “La utopía de lo humano”. Riopiedras. Barcelona 1995 y el tratamiento que sobre este autor realiza Joan-Carles Mèlich en “*La educación como acontecimiento ético*”. Edit. Paidós. 2000

5.3.2.- La culpa como constitución de la eficiencia en el rol del cuidado de enfermería.

Este sentimiento, aparece profundamente ligado a la tarea: "se me murió un paciente"; "me trajeron mal los medicamentos", etc. Es notable verificar como se identifica la problemática organizacional y/o de la salud en el sujeto y su rol en el ámbito de la salud puesto que esto es también constatable también en los y las médicas y sus discursos.

Esta identificación, puede manifestarse como responsabilidad, sin embargo esta responsabilidad se muestra más como rasgo ligado a lo que Nietzsche llama "eticidad de la costumbre"²⁸¹ que a la conciencia del hacerse cargo de lo que sucede, como sucede y que implicaciones tiene para sí y para la institución ese suceder.

De igual modo, suele aparecer difuso en este modo de responsabilidad, múltiples significaciones simbólicas, sin embargo se tomarán aquí dos de las que se observan como recurrencias sintomáticas aunque no generalizables:

- culpa;
- corrimiento de las responsabilidades (que puede vivirse como "exceso de responsabilidad")
- estrés
- psicomatización (padecimiento psíquico y/o físico manifestado en migrañas, cistitis – por contención de deseos de ir al baño durante la atención a pacientes – ulceraciones varicosas, etc.)

Estos entre otros síntomas, presentan la naturalización de un síndrome

²⁸¹.- Nietzsche Friedrich "La genealogía de la moral". Alianza Editorial Edic. 2000, El libro de Bolsillo. pág. 77

polifacético por sus implicancias simbólicas, me refiero al *síndrome del maltrato*, síndrome complejo en su constitución y su visión tanto somática como conductualmente, pero que pareciera ser un sustrato fuerte en la configuración de la profesión, legitimado por la propia organización hospitalaria. Ejemplos prácticos de esto son: la ineficiente y casi nula atención terapéutica y clínica que estos profesionales tienen en relación a las tareas que desempeñan: manipulación directa con la enfermedad, la muerte, el padecer y la vulnerabilidad.

5.3.3- Subordinación como naturaleza en la profesión del cuidado de enfermería.

La subordinación se manifiesta aquí tanto como consentimiento: inconsciente, naturalizado y/o jerárquico solapándose jerarquía con orden simbólico por autoridad, y la autoridad depositada o en el cargo (jefe de enfermería) o en la acreditación de grado médic@.

Este solapamiento expone un juego de percepciones de sí y del mundo particular como inercia de la subvaloración instituida como emergencia política, económica y cultural en un imaginario que recrea significaciones de orden tal cual lo señala Nietzsche²⁸² en su tratado de lo "bueno y malvado, bueno y malo".

Es decir, este orden jerárquico y de autoridad por acreditación, desdibuja la realidad de los hechos para señalar silenciando lo negativo y sostener rasgos de "lo bueno" como mandato o idealización. Una frase que se escucha mucho en las entrevistas es: "*los médicos saben*" a la vez que comentan como el paciente se murió por la mala atención del mismo médico que se señala como bueno.... Es decir, se sostiene un orden de subordinación donde lo bueno es siempre el dueño del lugar o de la acreditación, es decir de cierto poder de dominación

²⁸² .- Nietzsche F. Op. cit.

puesto en el cargo o el grado.

Esta dinámica se complejiza si se articula este concepto estructurante con los anteriores - compasión y culpa - haciendo de esta profesión un devenir ensombrecido por el peso de la emocionalidad reprimida en aras de la eficiencia organizativa que termina tecnicizándose en la forma y vaciándose de contenido humano en todas sus formas.

Indudablemente, este es un análisis que define una marcada tendencia de ser en la cultura de la profesión en hospitales, no sólo el de referencia,

6.- La corporeidad como síntoma.

El cuerpo es el gran ausente a lo largo de todas las entrevistas y observaciones realizadas, el cuerpo, el afecto y la emoción que él trae. Sin embargo llama la atención la postura de los cuerpos, de gran rigidez, tensionados y con sintomatologías, como ya se mencionara típicas del estrés o de la sobre exigencia.

Estos cuerpos, tanto de enfermos, pacientes o familiares, se encuentran como agobiados por el cansancio y la indiferencia, la paradoja del cuerpo ausente, hace del cuerpo presente un síntoma de la organización y la forma de comprender la salud. Lamentablemente el modo de negación del cuerpo como dinámica institucional se vuelve contra la propia institución generando problemas que atacan la eficacia y la productividad, puesto que los costos de son costeados por los propios portadores de salud.

Seguramente no podría ser de otra manera en el marco presentado, pero necesariamente debería abrirse esta cuestión en futuras investigaciones, puesto que este contra sentido no solo altera a los propios beneficiarios de ámbitos de salud sino a quienes se desempeñan en ella con altos índices de

enfermedades y mortalidad por infarto o estrés, cuestión que aún hoy las políticas públicas de salud no han afrontado en toda su dimensión.

Cuerpo, soma, psique son espacios olvidados y el olvido no es menor en tanto es olvidar lo que nos hace humanos.

7.- A modo de síntesis.

Sin lugar a dudas mucho queda por decir y analizar de las entrevistas y observaciones realizadas, sin embargo se considera lo expuesto como puntos enclaves para este estudio. Corporeidad, física y psíquica, transidos por la ideología patriarcal es una de las formas en que la violencia sutil negativa genera y promueve formas de relación cuya producción simbólica es alienante y por ende alienadora.

Sin embargo, es sorprendente ver como desde el inconsciente colectivo las organizaciones legitiman estas representaciones de sí y del mundo en beneficio de un orden dominante, orden que naturaliza la explotación de seres humanos desde el peor de los estados: el invisibilizado.

Al terminar este capítulo, se reeligen las categorías que estructuraron la lectura interpretativa del material recolectado: cuerpo, relación, género, violencia e institución siguen siendo un prisma privilegiado para reconocernos en nuestros propios límites y posibilidades. Culpa y compasión, vuelven a presentarse, una vez más, como hijas predilectas del orden capitalista totalitario que se respira en lo cotidiano de las instituciones modernas; así como la ética sigue siendo el desafío y la posibilidad de autonomización.

El cuidado de enfermería como profesión mantiene su organización paradigmática de este orden colonial, tanto en la constitución de la profesión como en lo que ella significa socialmente. Quizás ahora menos enigmática en su

configuración pero mas enigmática en la conformación de subjetividades que trascienden lo profesional para impregnar lo cotidiano del vivir.

Quizá lo enriquecedor de este trabajo, y es su esperanza, no está tanto en las aristas que muestra de la profesión sino en lo que abre a ser pensado como alternativas de mejoramiento de la calidad de vida de estos profesionales de la salud y desde ya para la propia institución hospitalaria. Es esta una noble profesión que, indudablemente, a sido marcada por un ideario que debería estar fuera de época; el desafío es entonces reeditar nuevas formas de hacer esta profesión cuidando a los sujetos que la sostienen. Será esta una de las mejores formas de hacerse cargo de los actuales mandatos sociales de eficiencia, calidad y productividad.

A N E X O

1.- Del diario de campo, a cerca de la actividad del cuidado de enfermería

Del diario de campo. Registro de sala de internos. 11 de Abril del 2000.

Estoy registrando lo que sucede en medicina interna. Es un espacio no muy grande, tiene 24 habitaciones que se distribuyen a lo largo de un pasillo... son las 13,25hs., hay un cierto movimiento de gente. Por el pasillo pasan carros de limpieza, destaca de los carros unas grandes bolsas rojas donde se ven muchos papeles, jeringas, algodones entre otros objetos que no alcanzo a diferenciar qué son; fuera de estas bolsas rojas hay una leyenda que indica que allí se tiran los materiales con riesgo de infección.

Al mismo tiempo, se visualizan carros de comida para los internos y estratégicamente ubicados a lo largo del pasillo y cada cierta cantidad de cuartos, los carritos con medicamentos, gasas, frascos, agujas y jeringas sin usar que las y los enfermeros utilizan absortos, yendo y viniendo entre los carritos y los pacientes. Todo se ve mezclado, aunque limpio y con un cierto ritmo de movimiento... también mis sentimientos están mezclados. Sensaciones, olores, imágenes... me acerco a un cuarto, es el cuarto de asepsia, una enfermera estaba revisando una chata con defecación de alguno de los pacientes internados, como buscando algo; a propósito miro, para vencerme, para saber que se siente, pero no pude acompañarla a terminar la tarea... otra enfermera limpia las chatas que se traen así como otros utensilios a su alrededor.

Los rostros de los internos tienen un rasgo común, una gran melancolía, colores grisáceos, pálidos, muchos de ellos despeinados, como desganados. Entubamientos, jeringas, familiares que sentados esperan y acompañan a los suyos y las enfermeras y enfermeros enfrascados en su quehacer.... cómo me cuesta abordar el dolor, ¿qué mecanismos funcionan en la gente que trabaja con el dolor y la muerte?, ¿qué les sucede internamente?. Sigo observando el devenir del lugar y de repente sale un hombre relativamente joven, entre 40 y 43 años, posiblemente familiar de un interno, del cuarto que está a mi derecha. Lleva suspendida en una de sus manos una chata (vacínica para enfermos) con defecación, sentí un fuerte olor y contuve el asco.... ¿cómo se puede aprender a soportar no sólo el dolor sino también la decrepitud?. Es extraño, trato de identificar lo que siento, no es asco, es algo más, es algo parecido pero es algo más... y siento algo así como miedo, miedo al cuerpo en descomposición. Ahora pasa un carro con restos de comida.... ¿qué cosa extraña es el cuerpo?!?

Entrevistas no estructuradas.

A continuación se anexan algunas de las entrevistas no estructuradas realizadas y que se consideran de valor documental. La información que proporcionan estas entrevistas son de gran valor en tanto reflejan a la mayoría de las entrevistas realizadas. Por discreción a los informantes se han modificado sus nombres.

Entrevista 5. Enfermera especializada en Unidades de Atención Crítica de Coronarias. Docente del Postécnico Enfermeras Intensivistas. Hospital Salvador Zubirán. Mayo del 2000

CASSETTE N° I

María:....Yo era enfermera especialista y no cualquiera sabe Hermodinámica. Entonces ahí yo tenía que estar pendiente, pero me pagaban extremadamente bien; digo, la hora me la pagaban a doscientos pesos la hora extra. Entonces a veces yo sacaba más de horas extras porque si me quedaba ocho horas extra, ya eran mil seiscientos. En una sola noche podía sacar eso de horas extras. Pero porque yo estaba considerada enfermera especializada en un área que no cualquiera podía entrar. En la universidad nada más trabajaba seis horas diarias. Cuando fui maestra de la D.C. eran seis horas diarias. Y ya el trabajo matador fue lomas, en donde entraba a las siete y generalmente...mi horario era de nueve horas, pero yo tenía que trabajar por objetivos. Entonces si no terminaba un objetivo, podían ser diez de la noche y seguía trabajando. Y podía trabajar de Lunes a Domingo por el mismo sueldo, ahí sí ya no había ni horas extras ni nada por el estilo

Estela: Es privado eso, es privado.

María.: Sí

Est.: Y en donde te pagaban hora extras era en el estado? era estatal

María: En el ABC. No, hospital privado también. Hospital ABC. El mejor hospital

Est.: Hay algunas comentarios que me parecieron como muy importantes de lo que fui recogiendo en estos dos ratitos que estuvimos conversando, así que...si en algo se hace repetitiva la entrevista, no te preocupes. Es más que nada porque a mí me interesa registrar eso...sí...entonces... Me gustaría...primero que me cuentes: cómo vos llegaste a ser enfermera. Y después porqué elegiste esta especialidad; porqué...podrías haber elegido otra, ¿verdad?

María: Ok, yo fui enfermera por obligación. Mi madre me dijo " O eres enfermera o eres nada". Entonces...mi gran deseo era ser maestra, entonces dije " De nada a enfermera, bueno, pues enfermera seré". Y...yo al principio dije " Voy a reprobar, voy a hacer cualquier cosa para que me boten de aquí, pero bueno, me fue muy durante los tres años y pues nunca hubo oportunidad de que sacaran de la profesión. Y después, en el segundo semestre, yo tuve mis prácticas en cardiología. A principio de los dieciséis años, entonces me enamoré del hospital...yo empecé a estudiar enfermería a los quince. En general es a la edad que cuando eres enfermera técnica, a esa edad empiezas a estudiar. Porqué? porque creo que salí de la secundaria...generalmente sales a los quince, entonces inmediatamente entras a enfermería. Y a los quince años yo...quince no, principio de los dieciséis, conocí cardiología porque me trajeron de prácticas, y quedé prendida del hospital. Entonces mi primer amor fue...fue ese monstruo: INC. Y de ahí, cuando terminé la carrera yo dije " O trabajo en cardiología o no trabajo en ningún lugar", y yo

tuve...metí documentos al seguro social, fui aceptada con base pero me informaron que había trabajo en cardio; fui, retiré mis documentos sin saber si me iban a aceptar o no en cardio, y empecé a meter mis documentos. De ahí trabajé cinco años. Empecé con los pacientes pediátricos; desde recién nacido hasta dieciocho años, luego me pasaron a hospitalización que también manejas la terapia intensiva – piso normal más seis camas de terapia -, después la unidad coronaria y por último la unidad posquirúrgica, la terapia intermedia. Y bueno, puedo decir: cardiología me hizo enfermera. Yo entré a trabajar y a los seis meses empecé a estudiar la preparatoria; terminé la prepa y empecé a hacer el curso postécnico de enfermería cardiológica porque bueno, era mi gusto. Terminé y me ofrecieron trabajo en el ABC, me duplicaban el sueldo y bueno, no sólo de amor vive el hombre entonces...también los pesos son importantes, y me fui a trabajar al ABC. Terapia intensiva seis meses y después siete años en Hermodinamia, que es alta especialidad y ahí fue donde hice la licenciatura en enfermería. Ahí tuve la opción de definir qué quería, entonces...algún momento yo quise hacer derecho, pero...ví que...que dentro de la enfermería tenía un futuro y decidí que bueno, hacía las cosas bien hechas dentro de la enfermería y ahí me quedé e hice la licenciatura y posteriormente empecé la maestría en administración de hospitales y al mismo tiempo comencé la especialidad en enfermería cardiovascular. Porqué? porque pues la cardio es mi...mi pasión. Y trabajar con el paciente grave es lo más...satisfactorio que puedo tener. No me pongas en un consultorio porque creo que...me moriría, no daría lo que soy. O sea, no iría acorde conmigo. Ese es el motivo.

Est.: O sea que empezaste muy jovencita...

María: Como todas las enfermeras

Est.: Sí, pero además muy...muy...jovencita en un espacio de bastante tensión. Porque enseguida prácticamente entraste a cardiología

María: Sí

Est.: Como que la...los corazones te eligieron a vos...

María: Mira, yo estaba predestinada. A lo mejor a mí no me gustaba ser enfermera porque...mi abuela materna - lo más adorado que hay en la vida - tenía asma; entonces desde los nueve años yo tuve que aprender a inyectar en vena, para pasarle los medicamentos y luego llevármela al hospital. Entonces...eso a mí no me gustaba. Creo que por ahí fue mi negación a ser enfermera...digo, los choques...la vida me tenía predestinada, no? yo la primera vez que vi un hombre desnudo fue a los quince años, en mis prácticas hospitalarias. Digo, es lo peor que te puede suceder el que veas ahí a un individuo estee...ya como hombre y no el niño que nada más...lo ves normalito. Digo, creo que yo todavía ni me había percatado ni de mi cuerpo. Entonces de repente ves a alguien...muy desarrollado y...fue en una terapia intensiva; fue al primer servicio que yo entré, terapia intensiva de Joco, que es un hospital de urgencias. Y de ahí en adelante pues siempre me...en mis prácticas siempre me metieron a las terapias, entonces...

Est.: Claro, estabas ahí...

María: ...me llamaron siempre esas áreas. La cardiología sobre todas las cosas, eh?

Est.: Esto que vos me decís de...bueno, yo me pongo en lugar tuyo y creo que debe haber sido así como...sobre todo por lo que comentamos hace un ratito, no? mujer, quince añitos...

María: Pueblerina. Nunca en la vida. Mucha patología y siempre dar todo lo que eres por el paciente. O sea, pocas veces se preocuparon por pensar " está sufriendo, está tal..." yo tuve el choque que mi abuelita materna falleció cuando yo estaba en sexto semestre de enfermería; estaba en mis prácticas de psiquiatría y...yo me acuerdo que a mí me dijeron " No se vale llorar" porque estás en tus prácticas de psiquiatría, entonces si lloras puedes alterar a los pacientes. Entonces te muerdes tu dolor, te lo guardas y ahí se va quedando. Creo que nunca le pude llorar

como debía haberlo hecho, porque su muerte fue lo más doloroso que a mí me sucedió en la vida. Pero, no, nunca dentro de la currícula de la escuela se tiene contemplado trabajar algo para ti. Siempre se trabaja en pro del paciente. Yo me acuerdo mucha patología, anatomía, fisiología...sociología dos semestres, psicología un semestre; pero siempre todo va en pro de qué es lo mejor que le puedes prodigar al paciente, pero nunca te acuerdas de cómo puedes sacar esa tensión...digo, por ejemplo, para mí fue un gran choque haber visto un hombre desnudo. O sea, imagínate!. Digo, creo que ahorita ya he visto más hombres desnudos que nadie pues, por el área en la que trabajo. Pero...pero de entrada de verdad es...es horrendo, no? imagínate...

Est.: te acordás de lo que te pasó? qué...qué hiciste...o qué sentiste...o sea, te acordás de la situación como imagen?

María: Una gran...un gran bochorno, no? así como que...yo me acuerdo...Joco es de los hospitales del departamento del D.F.. Entonces imagínate; había seis pacientes de un lado, seis del otro, y de repente llevo y había hombres y mujeres revueltos en esa terapia y no había biombos ni nada que separara. De repente veo un muchacho de treinta años; así sin ropa, en cueros. Y lo primero pues fue de pena de agacharte, voltearte, porque...pues no querías ver. Pero es que ara todo el mundo era...lo normal, lo natural y tu dices " Hay guey, aquí que pasó", no? estee...y luego me dicen " báñalo". Sí... tócalo. O sea, baña y toca...

Est.: Pero no te...nadie te preguntó nada Fabiola?? Te dijeron " Báñalo", así??

María: No. No, no, no. O sea, yo tenía que ir a hacer mi guardia, porque yo había faltado a la escuela y yo tenía que ir pagar esa práctica. Entonces, no, era lo normal, no? era una enfermera para todos esos pacientes, digo, a pesar de ser una terapia intensiva, y fue de " Te tocan estos", " Es que yo nunca he tenido pacientes", " ¿Entonces a qué viniste?", " Pues está bien", " Toma signos, baña, cambia, cura, ponle la sonda al paciente"; y yo así como que " Dios mío", o sea, apenas le podía agarrar la mano imagínate ir y agarrarle un pene y meterle una sonda y demás...fue un choque. Yo creo que fue lo más tremendo que me pasó en...en la profesión. Poder ver un hombre desnudo más cuando mis ideas religiosas eran...muy cerradas; nunca había estado en contacto con un hombre porque pues yo...novio no tenía...entonces ni siquiera para que a través de un pantalón...pues sintieras esteem...órganos sexuales, no? esteem...fue un choque medio...medio duro

Est.: Claro...y después pudiste hablar en el tiempo? esta...porque yo creo que eso queda como registrado, no? o te endurecés o no

María: Pues no, no te endureces, simplemente...después lo seguí recordando, así como te lo platico hoy a ti pero...pero no pasó a más. O sea, no está dentro del...concepto el que tú a alguien le digas..." Chin, sentí esto, me impacto" porque entonces " Oye, quien eres" si tu naciste para enfermera, eres enfermera; esos sentimiento quedan afuera. Guárdalos, o a ver que haces con ellos, pero...pero sí uno flaquece el que tú lo expreses. Entonces ni mi instructora ni con mi familia...no, con nadie lo comenté. Digo, fue mi...mi choque...cómetelo y sigue adelante. Sí, ahora me acuerdo y dices, bueno...

Est.: No, y qué admirable, porque...bueno, yo creo que una de las cosas así...fuertes de la enfermería...no sé que opinás vos, no? son justamente los...las iniciaciones, los bautismos, no? en términos de...de estar...bueno, no sé que te pasó cuando estuviste frente al primer paciente muerto...

María: O sea, yo te puedo decir, estee...ese paciente, por esos pacientes de terapia yo ya no quería...menos quería ser enfermera, o sea, yo decía... "Dios mío", si te acuerdas yo había entrado seis meses atrás sin ganas de ser enfermera, o sea obligada. Y luego entras y te encuentras con esos negocios...dije Dios mío, o sea, yo iba a fuerzas a la carrera. Pero luego

entré a mis prácticas a neurología y ahí fue otro boleta, o sea, ya eran pacientes vestidos, conscientes...gente que te jalaba, no? era más bien...para mí era como recreo ir a estas prácticas

Est.: En neuro

María: Sí. A pesar de que eran pacientes con trastornos neurológicos pero...pero yo ya no lo estaba viendo...

Est.: Ya estabas en terapia también ahí

María: Todavía no. Ahí era hospitalización. Ya cuando llegué a terapia como que el asunto fue más...más digerido. Tuve tiempo de irme acostumbrando, porque de repente tenías que meter a bañar a los pacientes. Entonces pues ya...ya vas viendo de que...así son. O sea, ya no te tiene que espantar. Y ya cuando entro nuevamente a la terapia de neuro...me tocaron más bien mujeres, entonces como que ya...ya era gente de mi género y ya no tenía tanto contratiempo. O sea, ya sabía que tenía tetas, ya sabía que tenía una vulva y que ya no había ninguna bronca. Era parecida a mí; o en otras dimensiones, pero era parecida a mí.

Yo creo que fue de una forma innata. O sea, no...nunca me percaté de ello. Yo nada más sé que para la gente...yo era estiradita y diferente, no? estiradita en el aspecto de que...ya sabes, no? siempre muy recta en la impostura, muy coqueta, estee...yo desde el principio...no sé, eso ya lo traía. De pensar que...que yo a parte de ser mujer era...después era profesionalista. Y que tenía que buscar un lugar que no existía. Cómo empezó? Pues yo tuteaba a toda la gente. Eso me ocasionó problemas porque una enfermera no puede tutear - aparentemente - a los que están a su alrededor, específicamente a los médicos. Y yo no le hablaba ni de doctor ni de usted; yo llegaba hablaba...tajante...y bueno, en cardiología la enfermera tenía mucha libertad para...para tomar decisiones, entonces tu valoras y nada más le avisas al médico. " Le puse o le quité". No sé si siga así, pero en mi época así era. Entonces creo que fue eso, no?...

Est.: Pero era en general, o era vos? En general las enfermeras, tus compañeras, o eras vos?

María: En general. En general, digo, era como decir Nutrición, no? " Vengo de cardio" y todo mundo se levantaba y así como que mis respetos. Entonces es algo que yo adquirí de...creo que de cardio. Yo te dije, yo me hice enfermera gracias a cardio, porque aunque yo salí de mucha mención honorífica de la carrera...no tenía todas las herramientas para poder dar lo mejor de mí, entonces ahí me hice enfermera...y yo fui imitando lo que hacían las demás. Y claro, ya mis habilidades propias, no? estee...sí me metió mucho en problemas el que yo tuteara, porque eso no estaba bien visto, estee...me ocasionó problemas el que yo me iba de fiesta con mis compañeras estee... porque eso tampoco...cómo una enfermera se va de fiesta, cómo va a bailar, cómo va a relacionarse con los demás del gremio. Digo gremio médicos...más que nada médicos. entonces...nunca me di...tuve conciencia de en qué momento yo estaba siendo diferente

Est.: Fuiste haciendo...en realidad fuiste...más fiel a vos misma, digo, no?

María: No lo sé. Yo nada más sé que...que iba haciendo las cosas y así iban saliendo...y sabía que...de repente había contratiempos, no? porqué? porque traes un uniforme gringo y no estaba bien visto porque traía una abertura, estee...una florecita, algo de color que no estaba bien...permitido a lo mejor. Porque miraba a los, pero eso fue de siempre. Porque valoraba pacientes y decía: tiene tal cosa...no, no sé. No te puedo decir cuándo empezó...o si son todas las enfermeras así. No lo sé. Sí tuve conciencia de que cambié cuando estuve en Hemodinamia del ABC, porque la gente tenía...un trato especial para conmigo, sin importar si fueran enfermeras o médicos, o gente de...proveedores. Yo sabía que se cuadraban conmigo y mi voz era ley. Yo decidía y...y yo permitía que la gente entrara o no. A lo mejor era mi...mi círculo de poder, pero es en donde yo sé que tuve mayor libertad, porque además...ahí es en donde me hicieron sentir y saber que yo era...muy buena enfermera, no?

Est.: Y hace mucho dejaste de trabajar ahí?

María.: En el noventa y siete. Después regresé el '98 y en ese mismo año salí para ir a tomar un puesto diferente en el otro hospital.

Est.: Cómo ves...porque...si vos tuvieras que decir, como un...desde vos, no? no estadísticamente ni...cuáles podrían ser como las mayores dificultades que vienen con la profesión?

María.: La misma enfermera. Porque? porque...tenemos diferentes generaciones. Entonces, generalmente la gente que a veces está ahí pues es de tiempo, entonces, a veces suponen que ser la mejor enfermera es que vengas de cabello estirado, poca pintura - y mira que yo no me pinto mucho pero se supone que mientras más transparente estés, mejor -, un vestido sin curvas, muy blanco, zapatos brillosos...eso es ser buena enfermera. A veces...digo, eso porque yo lo vi. Por eso lo digo, no sé si en todas partes, pero eso fue lo que yo encontré. Eres diferente si tuteas, eres diferente si tomas decisiones, entonces...pues hay cosillas por ahí, no? que te van ocasionando contratiempos, yo creo que son ellas. Luego también a los médicos no les gusta aceptar que haya alguien que le pueda ir viendo, cuando en realidad quien forma a un médico dentro del área clínica hemos sido nosotras, digo, quien le enseñó a detectar algunos datos en el paciente fuimos nosotras, porque? por la clínica. Pero de repente se les olvida y se vuelven prepotentes y groseros, no? así como que pinto rayita y ya no quiero mostrar, entonces, ahí hay otro...otro inconveniente. Y otro obstáculo que tenemos, es que no tenemos a la profesión legislada. Entonces...somos pero no somos, no? estamos todavía como artesanos. Entonces...esos son obstáculos que podemos encontrar...la misma cultura que tiene la enfermera; generalmente nos dedicamos a...prácticamente a pura enfermería, entonces, pregúntale a la enfermera de política, de arte, de ciencia y...ahí ya, ya perdimos, no? entonces esos son los obstáculos que yo creo que tenemos.

Est.: Y cómo ves vos...digamos...en qué cosas se traducen esos obstáculos, en qué conductas, en qué modos de actuar, cómo ves vos que esos obstáculos...dónde los ves...y que inciden en la cultura del trabajo...o en la forma de ser, no?

María.: Que te pueden ir relegando, a nivel de enfermeras. De repente si tú te pones a hablar de...de música, de arte, de literatura...pues te callan así como que "Hay, esta está loca", no? y te cortan. Con los médicos bueno, siendo tajantes en que el médico es él y el que decide y el que ordena y el que va a llevar la pauta de...del cuidado del paciente son ellos. Cuando se les ha olvidado que la medicina es una cosa y la enfermería es otra, entonces esto qué significa? Que somos como rieles de un tren...o sea, de una vía. La medicina va por su lado y la enfermería por el otro; vamos a ir siempre a la par pero somos bien diferentes. Entonces ellos suponen que queremos ganar espacios de ellos, cuando yo te puedo decir...yo como enfermera, yo no quiero ganar ningún espacio de ellos. Yo prefiero ser una fregona dentro de mi área, dentro de la enfermería y no ser un médico en chiquito; porque? porque yo no sé lo mismo de bioquímica que ellos, ni me dieron todos los semestres de fisiología o se dedicaron exclusivamente a darme...cosas específicas de alguna de las áreas; a mí me enseñaron cosas más en general o yo busco...más bien porque no me lo enseñaron. Aunque somos enfermeras, dentro de la currícula pocas veces está el cuidado enfermero tal cual. Entonces...creo que esas son las trabas, no? El que en algunos momentos tú no puedes decidir al cien por ciento. Yo hablé de cardiología y era un lugar privilegiado, en donde tu puedes hacer muchas cosas, no sé ahorita pero anteriormente teníamos esa libertad. Pero en algunos lugares hasta...o sea, la cosa más mínima tú no puedes decidirla; a mí me para los pelos de punta el que a veces en una indicación médica un médico me ponga " Tomar signos vitales por turno y cuidados generales de enfermería" y tu dices qué pi to

significa esto? Porque yo no le digo " Prescríbele al paciente tal cosa", si? o sea, yo por mi valoración, yo puedo definir qué es lo que necesita mi paciente. Necesita que lo cambie, que lo bañe, que lo movilice...y cuando yo hablaba de estas cosas, de que te cortan...en algunos lugares esperan a que...no importa cómo esté el paciente, pero a la nueve de la mañana ya está bañado, cambiado, todo acicalado y...aunque...no importa que esté con insuficiencia respiratoria, el asunto era que lo tuvieras limpio para cuando pasara el médico! Entonces es ahí donde tu rompes, no? y dices no, primero está el aspirarlo, darle fisioterapia, a lo mejor hay que buscar las medidas si es que lo van a entubar...pero hay que priorizar el cuidado que le tienes que dar al paciente. Y cuando tú no trabajas en esa misma sintonía con tus compañeras, pues ahí también entras en choque, no? a lo mejor dicen " Es una floja" porque ya son las diez de la mañana y no tienes bañado al paciente. O sea, te saliste del...del huacal como decimos en México.

INTERRUPCIÓN

Est.: ...sabés que quería preguntarte, con esto que me estabas comentando...cómo podrías vos como enfermera y desde esta visión particular que tenés de lo que es la cultura del trabajo en general y desde vos, cómo podrías señalar digamos, las...no sé si llamarles patologías, pero...los problemas que tienen las enfermeras. O sea, no sé, enfermedades más recurrentes...si vos ves que tienen como...como problemas muy recurrentes. Personales.

María: Yo creo que dentro del plan curricular de las escuelas de enfermería debería de haber un área en la que hubiera más relación con la enfermera, no? porque yo siempre he pensado que antes de dar servicio al de en frente, debes de estar bien tú. Entonces a veces te vas guardando mucha frustración, eso a la larga te puede a lo mejor ir bajando tu autoestima...porqué? porque a lo mejor de repente se te están muriendo los pacientes uno tras otro y aunque era por su patología, tu te sientes mal, te sientes culpable de que se ha muerto alguien, entonces...yo creo que por ahí es algo importante que en los planes curriculares se tuviera contemplado...no sé cómo se llamaría la materia pero...pero tomar en cuenta un poquito más a la enfermera. En algún trabajo que en alguna ocasión yo hice y que quedó a medias, yo sugería que...no en relación a esto sino en relación a lo de la muerte; a la enfermera no le enseñan a enfrentar a la muerte, o sea, es un echo...se te murió y punto. O sea, ahora amortájalo y ahora límpialo y no se vale llorar y no, no, no...entonces yo sugería en ese trabajo, que al paciente le...a la enfermera, dentro de la materia de...de las materias de enfermería, le metieran un seminario de Tanatología. Porqué? porque de esa manera ella ya podría sacar un poquito...a lo mejor esa impotencia, ante la muerte del de en frente, entonces...para ser enfermera debes tener muchos y bien puestos. A lo mejor tú no lo sabes, no? cuando empiezas a estudiar enfermería, pero...es tan bello ver nacer a alguien, o sea, es la cosa más maravillosa...como...a lo mejor la muerte, no? en un momento sí es maravillosa para el paciente, porque dices " Aleluya dejo de sufrir" o que de repente dices " Pero porqué se fue, si era joven, si tenía tanto por delante y..." y vamos...N cantidad de cosas...y ya está el muerto, y de repente volteas y ves a la familia y la ves toda compungida y por ahí te quiebras más. Y a donde llevas todos ese estrés? pues a tu cama, a tu casa, con tu marido, tus hijos... con tu parejas, quien tengas...y te tragas sola ese estrés, entonces yo creo que problemas para las enfermeras son...un grado alto de estrés pero nunca se ha podido medir hasta dónde y cuánto, no? Yo creo que eso es lo que más pudiera significar como patología, el qué...pues estás guardando N cantidad de cosas con los pacientes...que han sucedido con los pacientes. Entonces tú debes de sacar la garra, el garbo, para poder definir qué más va a seguir después. Yo creo que eso es...el grado de estrés tan tremendo que manejamos.

Est.: Sí. Y eso se puede manifestar en algunas enfermedades muy particulares como...en una ocasión me decían que tienen...que se repite mucho por ejemplo, la cistitis, porque aguantan mucho el deseo de ir al baño...

FIN LADO "A"

María: Mi experiencia es...enfermedades...yo trabajé en Hemodinamia un buen rato, por lo tanto me...como complicación saqué várices. Por tanto tiempo parada y además con un mandil de diez, doce Kg que todos los días usaba. A veces eran las ocho horas que yo tenía puesto el mandil, entonces, andar con ello todo el tiempo parada...a mí me ocasionó problemas. Otro asunto...es cierto, si mi paciente estaba muy delicado yo no tenía tiempo ni siquiera de salir a orinar. Mi paciente está muy delicado, no tengo tiempo ni de ir a comer, entonces empiezas ya con problemas...a lo mejor de gastritis, pero igual la gastritis puede ser por estrés. Estás de alguna manera reflejando esto. Dolores musculares a nivel de espalda, estás guardando también...

Est.: Tensión...

María: ...este problema. Las enfermeras de estos...de las áreas de terapia bueno, muchas veces por falta de camilleros o no haber la cantidad suficiente de éstos; tú tienes que cargar al paciente, tú lo tienes que movilizar entonces, al hacerlo si no aplicas una buena mecánica corporal puedes tener lesiones.

Est.: Y en los hospitales, por lo general, tienen un servicio de salud para la enfermera? o sea, tienen revisión...

María: No, no.

Est.: Nada, nada?!

María: Tienes...dentro del contrato de trabajo tienes la asistencia social, ya sea IMSA o ISSTE...

Est.: Pero vas si vos querés.

María: Exactamente. En algunas áreas, Rayos X por ejemplo, se supone que es obligatorio que cada seis meses te tienes que hacer una revisión por la radiación que estás recibiendo pero...no, no lo haces la verdad.

Est.: Y no hay control de eso

María: No.

INTERRUPCIÓN

Est.: Bueno, habíamos quedado en algo así como...como cuáles eran las...las...las patologías posibles que se podían dar, no? vos me contabas que empezaste a tener problemas de várices...y también comentábamos que en general las instituciones no tienen un...como un seguimiento riguroso...

María: No lo hay.

Est.: ...del estado de salud de la enfermera.

María: A sí es.

Est.: Y en las cuestiones...bueno, ya me comentabas, o puedo deslindar de lo que me comentás que tampoco en el campo de la salud mental.

María: Tampoco, digo, ni la gente que trabaja en los psiquiátricos...

Est.: Tampoco en terapia intensiva

María: En ningún lado. No, no hay áreas en las que tú digas " Bueno aquí se pueden...explayar y decir...gritar, sacar todo lo que tienen...", para nada! O sea, guárdate todo lo que tienes y si quieres...plátalo con tu gente, y a lo mejor ése es el problema por el cual cuando tienes una reunión, de lo único que hablas o sigues hablando es de pacientes, de hospitales...mi reunión es extensión del hospital, no se vale! no?. Hay otras cosas más importantes de las que podemos

hablar.

Est.: Y cuáles son como las...las...por ejemplo gastritis dijiste vos, hay muchas gastritis, no?

María: Yo creo que sí.

Est.: ...que sí, no? problemas circulatorios también, cistitis...me hago la idea, no? por el tipo de atención como decís vos que le tienen que dar al paciente. Y cuando ...cómo se hace para trabajar en...en la formación con...por ejemplo con este grupo que está en terapia intensiva; vos me decías que no hay ningún espacio en la currícula donde se trabaje lo que le pase a una enfermera, no? no hay

María: No

Est.: Cómo se...esta cosa...esta idea tuya que me parece excelente de un seminario de Tanatología...qué te pasó a vos cuando se te murieron los primeros pacientes?

María: Esteem...el primer paciente que se me murió fue mi abuela. Fue lo peor. Y en la casa. Luego mi primer paciente en hospital fue un niño de tres años, hijo de una madre soltera, añosa...o sea, a mí me partió el alma, porque yo decía " Esta mujer se va a quedar sola". Y el médico lo desconectaba del ventilador y yo lo volvía a conectar. O sea, yo no quería que el niño muriera, aunque ya estaba...mal.

Est.: estaba en terapia intensiva?

María: Sí. Lloré, pataleé y...y vamos, hubo un médico que me dijo " Bueno, ok, yo sé lo que tú sientes. Llorá todo lo que necesites, pero esto no se debe de hacer, uno debe de aprender a ser un poquito más duro". Y después...pues se me moría gente y...yo siento que con algunos de ellos me quedé en deuda. En deuda desde el punto de vista de que...algunos me encargaron a sus hijos, a su caballo, su...o sea, digo porque te venía gente de rancho...de decir " Híjole, no les cumplí lo que ellos querían" eehh...frustración, sí mucha, y a veces depende del paciente, no? si es alguien que sabes que ha sufrido, digo ahí...de los dos lados pierdes. Si es alguien por quien ya estuviste batallando, aunque dices gracias dios porque ya te lo llevas, te duele. Y también cuando ves que alguien es todavía productivo, que todavía hay algo más que den, también te duele. Qué haces? pues nada más aguantarte. Y qué más sigue? Pues, seguir con la vida. No sé, ahorita acaba...se te acaba de morir un paciente y a las pocas horas ya estás festejando y partiendo un pastel...o...X evento. Entonces...no tienes cabida para ese dolor, entonces te lo tienes que ir guardando...lo disfrizas más bien. Yo estoy en desacuerdo que la gente se vuelva inmune a...a esos dolores, al menos yo nunca en la vida me he sentido...de...me vale que murió y me vale que sufra la familia, no. Creo que siempre...por quien más sufro es por la familia, más que por el que se va. Entonces esa es mi molestia más grande, el...que bueno, tu te relacionas con ese individuo, entonces luego qué más sigue. Con mis pacientes privados...con ellos yo trabajaba un poquito la muerte, pero con el paciente.

Est.: Ah, sí?

María: Por supuesto.

Est.: Ahá. Y cómo hacías eso?

María: Esteem...pues eran ellos los que empezaban. " Y qué vamos a hacer, y que tal cosa..." y...entonces ya empezábamos de " Cuando yo me muera..." o " Qué es lo que usted espera, qué es lo que quiere hacer...no, no, no. No importa que se esté apagando, a ver, yo la voy a peinar, la voy a maquillar" estee...o mis pacientes judíos de repente también esteem...quiere comer tal cosa que no está permitida para su comunidad...bueno, pues déjenlo, no? el señor tiene el gusto y hay que...hay que cumplírselo. Porqué? porque ya no sabemos qué más va a vivir...cuánto ti empo va a vivir y...calidad de vida no significa que lo tengas tumbado en una cama con tantos medicamentos y no le des la oportunidad de...de ir sacando sus recuerdos, sus pendientes...y es

difícil, pero lo puedes trabajar. Hasta dónde lo llegué no te puedo decir. No sé cuánto pude haber hecho con ellos, pero creo que ayudé en parte, no? El ir preparando la familia e ir preparando el paciente. Es muy difícil porque a veces evades; así como que...porque vamos a hablar de mi propia muerte, no? Digo, yo al principio era...muy silvestre, porque imagínate de repente yo diciéndole a una judía que yo cuando que yo quiero que cuando me muera me incineren cuando para ellos la incineración está fuera de foco! Ya luego lo maduré, lo aprendí y bueno, ahorita ya lo que hago es...no hablar de ese negocio - si yo quiero que me incineren o no. Pero a través de eso yo podía ir sacando un poquito mi estrés también con ellos. O lo sacábamos juntos.

Est.: Claro. Sí, porque ibas asumiendo la muerte de quien estabas atendiendo.

María: Sí, así es.

Est.: Ah. Mirá vos. Realmente cuán...cuán...qué útil que sería, no? porque...trabajar este seminario que decís vos con la gente que está en...

Fab.: Creo que si vales la pena tenerlo porque...o sea, nadie me enseña nada de eso. Entonces, a lo mejor tú tienes un paciente agresivo o muy deprimido, y puedes decir " Hay, viejo chocoso" - porque yo lo he escuchado de mis compañeras -, pero no es que esté chocoso, está...

Est.: Asustado

María: ...enfrentándose a su duelo! Digo, pronto va a morir, entonces de qué manera...tú puedes decir, a lo mejor es que me falta vivir más, ver a mis hijos, tener más dinero...o voy a dejar a la familia en un problema económico...eehhh...digo, se está enfrentando a algo tremendo, porque? yo no sé si en todas partes, pero aquí al menos, se platica mucho de la muerte pero a la hora de la hora...nos cuadramos ante la muerte. Te enseñaron a vivir pero nunca a morir. Entonces ahí tenemos otro contratiempo.

Est.: Ahora, las enfermeras...la gente que entra a trabajo con terapia...o al...o a infectología...

María: Áreas críticas

Est.: Áreas críticas digamos, eso es. Difícilmente puede salir después, no? o se da el caso de mucha gente que deja?

María: Mira, el ideal, sería que la enfermera de terapia intensiva...rotara, por otras áreas para que se descontaminara. Ehh...se bajara los...sus niveles de estrés. Pero la gente aquí se acostumbra tanto, que sacarla de la terapia es como degradarla. Entonces...caes en el juego patológico, no? por ejemplo para mí ahorita...sí a mí me metieran a un piso normal me...me sentiría mal; yo sentiría que no estoy dando todo lo que yo sé, ni puedo lucirme en todo lo que yo podría. Entonces a veces caes en ese círculo vicioso de que...ya cuando es hora de que salgas, la gente ya no quiere. O bien, si tú tienes sueldo de especialista, te sacan a otro lado y ya te están...sub - utilizando. Entonces es un círculo vicioso.

Est.: Quizás habría que generar otras alternativas, no? para desintoxicar

María: Yo creo que sí.

Est.: Y se te ocurre cómo...pensando que sos magister en administración, si vos tuvieras que administrar esta...digamos, el costo - beneficio en términos de producción, no? en términos de vida productiva de una enfermera que te costó plata especializarla. Qué es lo que harías?

María: Caso difícil...Creo que la gente puede permanecer en esas áreas todo el tiempo que sea necesario, porque obviamente la experiencia no se adquiere de la noche a la mañana. Se va adquiriendo a veces a través de los años. Y no terminas de aprender. Pero creo que sí sería conveniente que hubiera espacios en los cuáles la enfermera pudiera...desahogarse, y decir " Estoy hasta la madre, ya no vengo" o llorar, o patear; pero además tener contacto con la demás gente, no? O sea, la demás gente que participa en ese equipo de salud que está

trabajando con el paciente. Que hicieran su círculo de...para comentar; cómo te sientes, qué viviste y...que permitiera que todo el mundo exprese lo que tiene, porque a lo mejor siempre los líderes son las que van a estar hablando y entonces ahí pues ya perdió la que es tímida. Y tampoco que te imponga...el que el médico dice que no siente o no tiene...cada quien tendría que expresar lo que hay. Pero valdría la pena, yo creo, tener a un psicólogo, un psicoterapeuta, que ayudara a que la gente sacara todo ese estrés. Porque a ti te pagan por trabajar, pero no te pagan por guardar toda esa carga tan pesada que te deja el trabajo. Yo creo que eso sería algo conveniente.

Est.: Sería...trabajar...incluso quizás trabajaría mejor la gente, no? más...más liviana, no?

María: Yo supongo que sí. Yo supongo que sí porque vamos, ahorita y pensaría...por ejemplo; a una quirúrgica la sacas y ok, está en piso pero ya no explotando sus habilidades como instrumentista. Una enfermera intensivista está acostumbrada a trabajar con un paciente - dos a lo sumo - y si la pasas a piso va a trabajar con seis, con ocho. Entonces ahí le va a costar mucho trabajo poder empatarse al tipo de cuidado que debe de prodigar. No es que yo diga es lenta, simplemente es más observadora, es más...cuidadosa en lo que va a ir haciendo. Y la otra se va a sentir morir sabiendo tiene no nada más un paciente con el cual está metida...pues prácticamente todo el día en el cubículo, si no que ahora va a tener que andar de cuarto en cuarto o de sala en sala. Entonces ahí sí sería un poquito...pues ya se perdería esa productividad de la gente, además...están escasas las intensivistas. Porqué? pues porque estamos en una transición en México, en relación a...de enfermeras generales pasar a licenciadas. Ya se están cerrando las escuelas técnicas. Entonces va a haber unos años en los que no vamos a tener enfermeras. Y luego esas licenciadas hasta que tengan la experiencia, podrán entrar a una especialidad. Entonces ahí vamos a empezar a sufrir más por falta de esta gente. Y eso es de cuidado. De mucho, mucho cuidado porque creo que no se...

Est.: Está previendo

María: No se visualizó. Y ahorita ya hay problemas a nivel hospitalario por falta de enfermeras. Capacitadas.

Est.: Claro, claro. Sí, sí, sí. Sí, porque...o sea, el costo...me parece interesante pensar...digamos, qué se piensa cuando la administración se piensa a costo - beneficio. Porque...esto que decías es bien sintomático, en términos de que...todo es para el paciente...

María: Siempre

Est.: ...pero no se piensa...entonces habría que ver, yo no...no sé...me da la impresión que en el Hospital de La Nutrición por ahí se...el costo y el beneficio también está hasta en la arquitectura, pero no sé, no sé. No...no...la verdad que no sé si está en la cabeza del director. Pero por lo general costo - beneficio es cuánto entra y cuánto sale, y no...y no está el sujeto concreto. Que le da vida a la institución como costo - beneficio.

María: Se supone que el recurso más valioso que tiene la institución es el personal, pero curiosamente es en el que menos se piensa. O sea, a veces pensamos en la arquitectura..." Tengo el cuadro, la pintura...ya se descarapeló, hay que volver a pintar...hay que pulir pisos, hay que arreglar esta puerta...". Pero pocas veces se piensa en " Hay que arreglar a la gente con la que estamos trabajando". Hay...creo que aunque los hospitales hablan mucho de su famoso capital humano en el cual...van a...de acuerdo a sus etapas, primero lo van a saber reclutar y luego lo van a hacer crecer a través de un plan de vida y carrera; pues generalmente nada más se hace con directivos. Y se olvidan del grueso, que en realidad el grueso es el que lleva el hospital. Porque la queja...no llegan con el director a decirle " Me atendieron mal"; llegan y vociferan contra la persona que está en contacto con el paciente.

Est.: Claro

María: Entonces ahí...eso creo que se les ha olvidado a los administradores. Desde mi pobre punto de vista, creo que se les ha olvidado, no? el pensar en que si el capital humano es el más importante, pues es en el que hay que invertir más. Y no nada más pensar en que la fachada esté bonita, o que yo tenga el equipo biomédico...de punta.

Est.: Claro, la tecnología, no?

María: Sí, no. Que yo piense en...en que...ese recurso no es nada más en que lo mande a hacer un posgrado o un...X cosa; si no que también hay que pensar que por ser humano, piensa, siente, le duele, llora, ríe...

Est.: No, y lo mismo los camilleros, los mismos...o sea...

María: Todo mundo.

Est.: Quizá una buena tesis de maestría sería como ver...qué implica el costo - beneficio en las unidades hospitalarias...de alta complejidad, no? porque...esto que decís vos es muy importante. Porque en definitiva lo que no está considerado te puede llevar el grueso del dinero; por ineficiencia, por estrés, por muchas...o sea, gente que se enferma, gente que hay que suplirla, gente que...no? o sea, incluso gente que no puedas capacitar más allá de la planificación. Me parece como que es un tema...sobre todo en el ámbito de la salud...paradójico, no? porque se supone que en el ámbito de la salud...

El otro día una de las chicas...de tus alumnas...que yo les pregunté porqué eligen ser terapistas...en las condiciones en que están, porque trabajan...una que trabaja...

María: Trabajan, no duermen y...

Est.: Claro, no nada.

María: Es matador.

Est.: Y entonces porqué eligieron. Y entonces una de ellas me dijo " Por locura...por que estamos locos" y entonces a continuación, rápidamente, alguien dijo: " Quizá los que estamos en el ámbito de la salud estamos todos muy enfermos".

María: Claro

Est.: Entonces...es como que para...es como para llamar la atención

María: Es una profesión de servicio, yo lo entiendo. Pero...por ejemplo, el psicoanalista tiene quien lo...

Est.: Supervise

María: ...lo vaya analizando y le vaya echando la mano. Los psicólogos también, no? Y los maestros de repente también tienen sus reuniones para saber...qué piensan, qué aspiran, que tal cosa. Pero las enfermeras solamente cuando te reúnen, pues a lo mejor es para ver qué hiciste...de malo, no cuántas...cuántos apapachos hay que dar. En otras profesiones tienen su año sabático, tú dime cuándo una enfermera en treinta años de experiencia profesional le han dicho tienes tu año sabático para que realices...X cosa. Nunca en la vida.

Est.: Además hay...no sé...esto es de pura observación y no sé si...me da la impresión que hay una cadena de mando muy fuerte

María: Sí

Est.: Y muy...muy dura por momentos

María: Así es

Est.: Yo escuchando en los pasillos, eh? no es porque haya vivido situaciones...pero me da la impresión de que hay como una...y bastante...me ha tocado estar en cambios de turnos...como...a ver, cómo te lo digo...como una necesidad de mostrar que el otro es el que se equivoca; Yo no...

María: Es el perfeccionismo, no? en el que buscas...

Est.: Pero poco solidario se me hace...o no? no sé...

María: Yo creo que depende el tipo de equipo con el que trabajes.

Est.: Ah, y el tipo de problema que abordes, no?

María: Claro, claro. Si es un grupo de trabajo enfermo, enfermo en su estructura; pues no van a ver que es un turno continuo. O sea, cambiaron personas pero el cuidado sigue siendo. Si no que van a buscar eso: está sucio el equipo, no hiciste, no llevaste, no trajiste...para mostrar que...lo que por desgracia en muchos lugares se dice: " La mañana es muy buena, la tarde es regula y la noche es mediocre". Entonces, si tu trabajas bajo esa perspectiva, pues estás frito. Porque entonces no le estás dando la misma importancia a la gente, yo ahí supongo que entonces están diciendo " Los de la mañana son de primera, los de la tarde son de segunda y los de la noche son de tercera" cuando los de la noche son los que se quedan solos, hay menor cantidad de personal. Obviamente las actividades disminuyen, pero si son pacientes de terapia igual van a seguir inestables en la noche que en la mañana, pero a lo mejor ellos solos van a tener que resolver las necesidades del paciente porque ya no van a tener al cien por ciento todo disponible para poder trabajar. Entonces yo creo que depende del área en la que trabajes. Si es una...un área en la que todo mundo trabaja en equipo, pues todo mundo va a buscar...dar lo mejor de sí y poder funcionar al cien por ciento. Pero si ya traemos rivalidades, creo que ahí...va a depender, eh? de...del...tipo de equipo que tengas.

Y es cierto...jerarquías no nada más a ese nivel. Muchas veces la enfermera supone que le tiene que hacer más caso a un médico que a su jefa de enfermeras. Y hasta la misma enfermera espera que se cuadre delante de ese médico, pero hay que ver cuál es el organigrama que manejan. En algunas instituciones ya hay dirección de enfermería, ya hay dirección médica. Entonces cada quien dirige a los suyos, aunque cuesta mucho trabajo el que se relacionen y sepan que la enfermera no es un súbdito del médico; es alguien a la par, que esa persona. En algunos lugares también el organigrama indica que la figura máxima es el director médico, y después todos los demás. Entonces, primero tendríamos que organizar ese...esos niveles de mando que tienen.

Est.: Claro. Y hay también una...acá lo habíamos comentado con vos, no? muy superficialmente. Pero pareciera que hay como una necesidad de ser mandado además, no?

María: Algunas personas, sí. Esperan encontrar eso, pero...yo creo que depende de cuál sea tu autoestima, el grado de conocimientos que tengas, de donde vengas...son varios factores los que van a influir yo considero.

Est.: Cuando vos entraste a terapia intensiva, cuando entraste por primera vez en un trabajo ya...asumido, no? como...como...ya...como profesional enfermera. Vos te integraste a un equipo...

María: Sí...

Est.: ...o vos eras la enfermera del equipo? Cómo...

María: Mira...cardiología es un lugar muy...especial, porque dentro de un piso donde hay pacientes estables, tienen una unidad de terapia intensiva para esa misma cantidad de pacientes que están entrando ahí entonces...creo que siempre participé en un equipo. Lo que yo no sabía mi compañera me lo fue enseñando...impedía que cometiera burradas diciéndome " Mira, va a pasar tal y tal y tal"...como que eras...te ibas agregando a ese equipo, no? y ya no te das cuenta...vamos, yo puedo decir que de todos mis trabajos, en cardio aprendí todas estas cosas. Que ahorita funcione no lo sé, pero en mi época - hablo como viejita -, pero en mi época sí. Yo me fui integrando a ese equipo. Y había apertura, no? éramos una gran familia en la que todos participábamos y en la que todos dábamos.

Est.: Ah, mirá vos. Eso es importante. Y en general digamos, en los equipos estos de áreas críticas, hay mayor...digamos...hay como una...mejor...visión por la enfermera como profesional, sobre todo desde el médico? O no

María: Esteem...creo que sí. Pero a veces la gente de afuera, o sea de pisos...tienen marcada a la enfermera de la terapia como que es sangrona, es creída...vamos, te vas haciendo tu propia historia, no? ya decir " Soy de terapia" dicen " Ah, la especial" o " Se creen mucho porque están en la terapia". Sí, sí te da un status diferente ante cualquier lugar. Pero además te lo ganas a pulso.

Est.: Claro, seguro. Y los médicos también?

María: En general sí.

Est.: Marcan diferencias.

María: Sí. Así como que...se te pone mal un paciente en piso, y " Por favor que venga una de terapia a atenderlo" así como que...dices " Qué onda".

Est.: Ah, mirá vos. Y cuando...esta...vos hiciste esta especialización de terapia acá en la Escuela de Enfermería del Salvador Surbirán? O de...

María: No. No, no, no. Yo hice el postécnico en Cardiología en Cardio. Y luego hice la especialidad en cardiología también en Cardio.

Est.: Y cuando hacías estos posgrados también trabajabas? O te dedicabas sólo al posgrado?

María: Era trabajar y estudiar, los pesos no te daban para más.

Est.: Y te daban permisos especiales o algo así?

María: Tenía hora beca.

Est.: Una hora, nada más.

María: Sí.

Est.: Claro, como muchas...

María: Sí. Entonces como estaba dentro del mismo hospital...mi hora de entrada era a las dos de la tarde y por la hora podía llegar a las tres, pero no fuera de ese horario. Tres y cinco y me regresaban a mi casa.

Est.: Y la maestría? Para la maestría te dieron permiso? No.

María: Esteem...me aventé...un año nada más estudiando, y lo otro me dediqué a trabajar y estudiar. Pesado? Sí. Digo, porque fueron tres años de maestría.

Est.: Y ese...o sea, un año estuviste sólo estudiando

María: Así es. Y los otros dos trabajando.

Est.: Y ahí te dieron como permiso especial...o...mantuviste el cargo? O tuviste que renunciar?

María: No, renuncié. Renuncié porque me dediqué a hacer al mismo tiempo especialidad y maestría. Y terminé la especialidad y me dediqué a trabajar. Y estaba como...maestro, en la universidad y en el ABC. Y después como coordinadora de enseñanza en Lomas y la maestría.

Est.: Y te gusta enseñar. Yo te he visto enseñando y te encanta enseñar. Te encanta enseñar...absolutamente. Porqué te gusta tanto enseñar? Además de que querías ser maestra...

María: Porque creo que es estúpido que te guardes lo que te sabes. Si eso le puede ayudar al de enfrente para...evitar toparse con lo que tú ya te encontraste; pues hace el camino más fácil.

Est.: Ahora, hay como sesgos tuyos cuando das clases, no? o sea...que no sé si vos tomaste clases así. O cómo te enseñaron a vos?

María: No sé a qué te refieres.

Est.: En general vos cómo viviste tus procesos de aprendizaje?

María: De manera tradicionalista. Tu siéntate, escucha, y yo te enseño.

Est.: Esteem...no, me refiero a...específicamente al lugar que ocupa el sentido en tus clases, no? me parece...o sea, enseñás la técnica, pero también enseñás el sentido de la técnica. Y el sentido de la técnica siempre fue un sentido muy humano, pero también de integración, de la complejidad de un paciente, no? Eso vos lo viviste así? No. O es tuyo?

María: No. Es mío.

Est.: Ahá. Y porqué tenés necesidad de enseñara así? te pusiste a pensar alguna vez o no? qué es lo que querés lograr con eso?

María: A lo mejor cubrir lo que a mí no me enseñaron. Porqué? porque de repente nada más te dedicas a un órgano y te olvidas de que existe todo lo demás. O bien eres tan abnegada para con el paciente que te olvidas que tú vienes primero. Entonces yo anteriormente te mencionaba; no se vale que una enfermera valla a sufrir lesiones por no haber tenido...esa conciencia de que primero se tiene que cuidar. Y si nadie se lo enseñó? O sea, hay que retomarlo...

FIN CASSETTE N° I

CASSETTE N° II

María: ...la demanda, no? en donde...no me diste lo que yo requiero y te voy a demandar...

Est.: No existe?

María: Nulo yo creo. Porque a veces tienes miedo de que no te vayan a...

Est.: A dar trabajo

María: A escuchar, que te vayan a boletinar, que te vayas a quedar calladita...yo creo que eso es...es algo...que queda. Pero...generalmente, cuando tú trabajas en un área se supone que tú ya debes de saber. Aunque no te lo hayan contado, tú ya sabes que existen...ciertas reglas con las cuales debes de trabajar; por ejemplo, vas a canalizar y antes de que lo hagas...te tienes que poner tus guantes...vas a recibir un paciente en el cuarto de choque y tienes que estar con gorro, guantes, cubrebocas, gobles para protegerte de...líquidos del paciente que te pudieran ocasionar algún contratiempo. Entonces si tú lo hicieras sin ello y sí tienes un problema, de qué manera te escuchas? Pues el hospital dirá " Aquí estaba tal cosa". A eso me refiero, no?

Est.: Ah, está bien. Sí, sí. En general...bueno, no sé cómo lo ves...posiblemente en áreas críticas sea diferente. O en algunas áreas críticas. Pero en general la enfermera tiene poco cuidado de sí, eh?

María: Sí...

Est.: Usa pocos guantes por ejemplo...

María: Así es...y mucho, o sea...de repente vas a tomar una placa de rayos X y a veces eres tan abnegada, que ahí te quedas pegadota al paciente sin ponerte el mandil. Ahí ya te estás lesionando tú. Vas a preparar una quimioterapia y a veces como no sabes - ni tampoco tu jefe - preparas la quimioterapia sin protegerte, y a lo mejor ahí vas de por medio tú. Estás embarazada y...tienes un paciente con X tratamiento, y como no lo sabes no te estás protegiendo. Entonces hay...hay un gran desconocimiento respecto a eso.

Est.: Como que el tema de la higiene y salud de...seguridad...la seguridad entendida como protección no solamente técnica, no?

María: La protección en el trabajo...yo creo que es escasa. Digo, en algunos lugares peacan. Que casi, casi usan rayos y se van a un kilómetro de distancia. Y en otros tu eres muy propia a agarrarlo a tu paciente...yo viví los sismos del '85 ahí en cardiología, un sexto piso, y yo me acuerdo que...nadie salió, o sea, las enfermeras nos quedamos cuidando pacientes. Las enfermeras de la terapia intensiva se quedaron agarrando frascos...que sé yo, de agua. Entonces ahí primero está tu vida y luego está paciente y eso a la gente no se le enseña. O poca gente lo

sabe, no? que ante el riesgo de su vida, deben salir huyendo. Y hasta se ve mal. Entonces...sobre eso yo creo que la enfermera debe de tener mucha conciencia. Que el paciente importa, pero también importa su vida, porque...

Est.: Eso sería...las áreas de epidemiología de los hospitales que debería trabajar esto? no

María: No lo sé

Est.: No se trabaja, no? particularmente? o se trabaja cuando te formás como enfermera?

María: No, tampoco. Bueno, algunas medidas te las mencionan si tuviste una clase de enfermería tal cual en la que tu maestro contemplara que...si tomaste a tu paciente es el lavado de manos, pero que te recalquen el porqué. O vas a canalizar o vas a tocar un cómodo, un X; ponte guantes, para que no estés en contacto con las cosas del paciente. Eso a veces lo vas a encontrar en un manual, pero si no tuviste tiempo de leer el mugroso manual ya te jodiste. Pero la escuela generalmente no te enseña nada de esto.

Est.: Claro. Cuánto es el año...cuánto es el máximo de tiempo...productivo de una enfermera. Más allá de la jubilación legal, no? Cuánto creés vos

María: Treinta, treinta y cinco años. O sea, yo he visto mujeres con treinta años de experiencia laboral y siguen tan frescas...y muy activas, entonces...es muy amplia la productividad.

Est.: Sí porque están en...en situación de...

María: Claro, lo que pasa es que además empiezas muy joven. Digo, yo a los dieciocho años, yo ya estaba titulada de enfermera. Entonces, si de ahí vas contando...a veces tienen cuarenta años y ya se están jubilando! Entonces...digo, están en plena etapa de seguir produciendo. Es muy amplio.

Est.: Cómo es la relación en términos...con los varones enfermeros?

María: Esteem...todavía discriminan, todavía. De repente suponen que si es enfermero es gay. O...ahá...entonces desde ahí tienes que empezar a quitar esos estigmas. En algunas áreas es imposible que metas un enfermero a trabajar. Ejemplo? Áreas de ginecobstetricia, hospitalización o cuneros. No encuentras hombres, por que no hay cabida para ellos. Entonces donde metes hombres enfermeros? terapias intensivas, urgencias, quirófano. Es en donde logras meterlos.

Est.: Y todavía sigue siendo muy reducido el número de enfermeros, no?

María: Todavía, claro.

Est.: Y cómo es el trato en general de la enfermeras hacia los enfermeros?

María: Yo siento que de protección.

Est.: Y les gusta trabajar con enfermeros? O...

María: Sí. En general sí. A veces lo tomas como...fuerza, no? es el que me va a ayudar a movilizar al paciente, es el que me va a trasladar a...aunque obviamente son toscos, entonces...a veces a los pacientes no les gustan los hombres...yo cuando era jefe de área de terapia me decían " Es que no quiero un hombre" y yo les decía " Qué raro, su médico es hombre". Entonces por ahí como que te vas...vas...haciendo a ese contrapeso, no? pero generalmente uno busca a los hombres porque son tosquitos...no tienen esa misma sensibilidad que tiene la mujer y cuando intentan tenerla dicen que son afeminados. Entonces...depende el área en la que tu estés trabajando.

Est.: Ah, también, ahá. Y...hay en...en los espacios de formación, cómo es la relación entre hombres y mujeres? Porque siempre hay muy poquitos hombres pareciera. En los espacios como...este espacio de terapia o como en la escuela misma de enfermería.

María: Son...pocos pero...a ver, ahorita que hablas de formación estoy pensando, en la escuela de enfermería hay muchos hombres maestros. Por supuesto, yo creo que son cuarenta por ciento hombres, sesenta mujeres. Entonces es una buena cantidad. El único problema es que mucha de

esta gente entra sin tener la experiencia que yo creo que para que tú seas un buen maestro ya debiste haber vivido...haberte ensuciado las manos, no? para que ya puedas decir " Sí, las cosas así se hacen". Y en relación a cuando son alumnos; yo que tuve alumnos de quinto semestre de licenciatura, mi relación era normal con ellos, aunque...a veces son en plan de reto...algunos de ellos no estaban a gusto con ser enfermeros, no tenían otra opción. Entonces el asunto es que los encarriles. Que les digas " Pues nadie te puso una pistola en la cabeza, entonces defínete ahorita: quédate pero vas a ser bueno o vete porque no queremos a alguien nefasto como tú". Digo, pero para eso...no cualquiera se lo escucha.

Est.: Claro, también, no? qué importante. Y vos hasta qué edad pensás ser enfermera?

María: Creo que siempre.

Est.: O pensás dedicarte más a la enseñanza de enfermería.

María: Ah, no, claro. Dedicarme más a la enseñanza. Aunque todavía ahorita, gente que me conoce de la clínica... " Hey, cuando vas a regresar al cien por ciento a..." a...específicamente a la Hemodinamia, no?

Est.: Es tu fuerte.

María: Es lo que más me gusta. Siento que es donde se hace ciencia.

Est.: Ah, qué bueno! Sí, sí, sí. No, realmente...además...atípicamente, te gusta...digamos...construir teoría de la práctica, no? o sea...se nota que te gusta mucho eso. Leer y trabajar y estudiar...

María: Intento, intento combinarlo.

Est.: Sí. Y en los espacios que has ido circulando, se te permite en los equipos médicos trabajar desde esta perspectiva de producción de conocimiento?

María: Sí. Sí...soy afortunada en esos espacios. A veces soy más reconocida por el médico que por mis propias compañeras enfermeras.

Est.: Mirá vos...o sea que tenés mucho por hacer todavía...

María: Creo que sí...

(risas)

Est.: Bueno, vamos a dejar acá.

FIN CASSETTE N° II

Entrevista 6. Alumna del Postécnico Intensivistas (atención en unidades de atención crítica). Enfermera de Terapia Intensiva (en servicio). Pediatría. Hospital de Cardiología. Tlalpan

Estela: Salís mucho? No

Araceli: Poco

Est.: Poco, ah. Y tenés pareja?

A.: No, es que con todo este trabajo no da tiempo. A otra persona tendría que ponerle mucha atención y ahorita abarco mucho como para abarcar también una relación

Est.: Claro. Y estás trabajando...cuánto años tenés? Porque se te ve muy joven

A.: 22 años

Est.: 22!! Y desde cuánto hace que trabajás?

A.: Eemh, tengo trabajando dos años y medio

Est.: Y entraste directamente a terapia intensiva?

A.: Sí

Est.: Derecho??

A.: Sí

Est.: O sea, saliste de la secundaria...

A.: Salí de la secundaria, hice mi carrera por técnico en la escuela de enfermería de la universidad y posteriormente me fui a cardiología a hacer mi servicio social durante un año. Y ya después me siguieron dando contratos para...o sea, me titulé, y me siguieron dando contratos y ahí me quedé. Y después...ahorita apenas me dieron la base

Est.: Ah, y en donde trabajas?

A.: En cardiología

Est.: En el hospital de acá? el que está en Tlalpan

A.: Sí

Est.: Y porqué decidiste ser enfermera?

A.: Ay, porque yo siento que a lo mejor naces con un don, y los dones son los que nos impulsan a elegir cuál va a ser nuestro camino y profesión. Desde un principio a mí me gusto mucho el hecho de ayudar a alguien, el poder yo ser funcional y de poder...curar, no? o sea, de alguna manera, no? o sea, intervenir en su curación. Desde pequeña a mí me gustaba jugar con lo que eran muñecas y siempre jugaba a que era enfermera

Est.: Ah, sí? Y en tu familia hay alguien que sea enfermero? No

A.: No

Est.: O sea que sos vos nada más, porque te gustó a vos

A.: Sí, y ya pues estudié la carrera...me hubiera gustado estudiar medicina, pero tenía que hacer la prepa y todo eso, y con nuestros recursos económicos nada más me podían dar lo que era una carrera corta, y me dijeron "pues lo que más te guste" y pues enfermera, entonces...

Est.: Y tenés familia muy grande? son muchos hermanos?

A.: No, de hecho soy la única...sí, soy la única

Est.: Ah, mirá vos

A.: Sí, mi familia no es muy grande pues nada más somos los tres. Pero mi papá ya se iba a jubilar, mi papá ya es un poquito grande y es el único que me mantiene. Entonces me dijo "yo quiero que estudies pero elige una carrera corta, no? para que yo te la pueda dar". Y sí gracias a dios mientras yo estuve en la escuela todo lo que necesitaba me lo dio, o sea nunca me dijo no. Y yo creo que por eso le eché tantas ganas. Uno porque me gustaba y otro porque tenía el apoyo de mis padres, entonces...

Est.: Y ahora estudiarías medicina, seguirías estudiando?

A.: Me gustaría estudiar medicina pero aún así como que siento que se me haría muy pesado el hecho de seguir estudiando y trabajando. Pero si yo tuviera la oportunidad y viera que sí podría pues ahí sí me gustaría estudiar medicina

Est.: Claro...y para eso que tendría que pasar? qué tendrías que hacer?

A.: Para estudiar medicina? Terminar este curso en primera, después hacer los trámites, informarme y ya...

Est.: Tendría que terminar la prepa, o la prepa ya la terminaste?

A.: No, la prepa la tengo a medias, la tengo a la mitad. Y estoy haciendo mi prepa abierta nada más que la interrumpí, por este caso...

Est.: Ah, pero entonces cuando termines la prepa quizás podés entrar a medicina, no? podés conseguir una beca o algo así

A.: Ahá, yo espero que sí...dios quiera que sí

Est.: Si, vas a ver que sí...y de todas maneras te gusta la enfermería

A.: Sí

Est.: Y estás en cardiología o en cardiología con niños?

A.: De hecho cardiología tiene terapia intensiva posquirúrgica y terapia intermedia; y dentro de terapia posquirúrgica intensiva tienen un apartado de pediatría. Entonces al inicio me pusieron mucho con pacientes adultos, posteriormente ya me empezaron a introducir con niños, y hoy manejo más niños que pacientes adultos

Est.: Y cómo te hace sentir eso?

A.: Ay, pues a mí me hace sentir muy bien porque a mí me gustan muchísimo los niños, y me causan una ternura! me gusta mucho

Est.: Y cuántos pacientes atendés diariamente?

A.: Por cada guardia el índice es uno por enfermera, un paciente por enfermera

Est.: Ah! Uno?

A.: Si, además yo creo que eso está muy bien porque así se le puede dar una atención completa y un poquito más eficiente al paciente

Est.: Es un hospital del estado

A.: Sí

Est.: Y hay un paciente por enfermera?!?

A.: Ahá

Est.: Posquirúrgico

A.: Sí

Est.: Y hay mucha demanda de niños enfermos del corazón?

A.: Sí, hay muchos. A veces...el cupo de niños ahí son...bueno, los que entren. Pero en el área pediátrica son seis, hay seis cunitas. Entonces cuando se requiere meter más niños se meten el área de adultos. Pero sí, mientras se requiera la cirugía tienen que entrar.

Est.: Claro...y cuál es el problema más serio?

A.: En cuánto a qué?

Est.: La mayor cantidad de niños viene a atenderse de qué?

A.: Ah, la patología? Hay una enfermedad que es congénita y causa (cianosis?) y se llama Tetralogía de Falot. Esa es la más...bueno la que yo he visto que es más esteem...

Est.: Que se da con más frecuencia..

A.: Ahá, que se da con más frecuencia. También las comunicaciones...interventriculares, audiculares...con otro tipo de alteraciones, por decir de alguna válvula o de alguna implantación anormal de algún vaso y que esté causando una obstrucción o un aumento de presiones, y que se tenga que corregir con cirugía. Entonces a esos pacientitos son a los que más se mete. Sobre todo hay muchas cirugías que se realizan de manera paleativa, o sea, mientras el niño crece para posteriormente corregirle totalmente su cardiopatía

Est.: Y vos, estás durante las operaciones o solamente los atendés cuando están en terapia?

A.: Nada más cuando salen de cirugía. Pero mi paciente está - por decir - en cirugía y yo sé que me toca ése pacientito, pues yo puedo entrar al quirófano y ver la cirugía, o cómo va o cómo es su estado. Y ya posteriormente salir con él y ya llevarlo a terapia intensiva.

Est.: Y solés hacer eso?

A.: Sí, en la noche por lo regular hay pocos ingresos, pero los que hay sí me ha tocado atender

Est.: Y acompañarlos a cirugía

A.: Ahá

(.....)

Est.: A veces sí? a veces extrañas? cómo es que decís?

A.: A veces extraño el hecho de poder salir y divertirme con mis demás amigas tan solo. El hecho de que tienen la misma edad que yo y...salen demasiado, no? que se van al cine, que se van a bailar, que se van a bañar, y que se van a esto, que se van a lo otro...y siempre me invitan...y yo siempre les digo "no puedo porque tengo tarea, tengo guardia, tengo esto, tengo lo otro"...entonces ya llega un momento en el que ya no me dicen nada porque dicen "tu siempre nos dices que no, porque no puedes, porque tienes muchas cosas que hacer"...y bueno, a veces sí quisiera salir con ellas pero pues con tantos compromisos...

Est.: Porque además no has parado de estudiar. Desde que estudias estás en este ritmo, no?

A.: Sí

Est.: Desde que saliste de la secundaria

A.: Sí, desde que salí de la secundaria

Est.: Y ahora, estás haciendo guardias nada más? o también atendés a los pacientes...porque hablaste mucho de las guardias...

A.: Ah, mis guardias? es mi trabajo

Est.: Ah, porque vos hacés...lo único que hacés son guardias?

A.: Mis guardias son Martes, Jueves y Sábado. Esos son los días en que a mí me toca trabajar...y es como si fuera de Lunes a Viernes o dependiendo de los días...pero en este caso es en la noche y se llaman guardias. Pero es mi trabajo. No es porque quiera hacer o...si quiero voy o si no quiero no. O sea, tengo que ir.

Est.: Y te apoyan para que estudies?

A.: En mi trabajo? En lo que pueden sí me apoyan. O sea, por decir, mi jefe sí me apoya, pero en cuanto a la gente del departamento de enfermería, no me apoyan mucho. Desde un principio...es más, desde un principio ella me dijo que no lo hiciera...

Est.: La jefa de enfermería??

A.: La jefa de departamento...es la cabeza de todo, es decir...

Est.: Pero porqué???

A.: Porque me decía que...yo era un nivel técnico, y debería de terminar mi preparatoria y hacer la licenciatura porque ahora en enfermería ya debe ser nivel...o sea que ya no debe ser nivel técnico. Así que me dijo: mira sabes que? Para mí nada más vale a nivel licenciatura, si tu quieres hacer una especialidad hazla pero piénsalo muy bien, porque para mí nada más va a valer eso. Y en cierta forma sí fue así, porque hay ciertas personitas ahí en la terapia que son especialistas

y apenas pusieron a un...iban a poner un jefe dentro del servicio de las guardias contrarias. Y pusieron que apenas...o sea es licenciada pero apenas se va a titular! Y no tuvieron en cuenta a las especialistas...

Est.: No te puedo creer!!!

A.: Pero bueno, o sea...es increíble que tomen esas decisiones, a mí sí me dio mucho coraje porque hay personas que valen mucho y saben mucho sobre todo, y que no las quieren tomar en cuenta porque...pues...

Est.: Todo por el título!!!

A.: Más que nada por que somos nivel técnico...

Est.: Y por eso!! porque no tiene experiencia!! en vez de cuidar la gente que tiene experiencia...y vos que vas a hacer cuando termines acá?

A.: Pues de hecho yo me metí...me metí porque quería saber más, aprender, a mí no me interesa ocupar ningún puesto. Es más, no me interesa ocupar un puesto, o sea, ser jefe...no, o sea, no. A mí lo que me importaba era aprender más para poder brindarle una mejor calidad de atención a mi paciente, no? al que yo tenga...y pues yo no espero nada, y es como yo le dije a la jefe, no? ahora cuando le pedí la beca. Yo le dije: sabe qué? Yo respeto mucho su opinión en cuanto al nivel de enfermería, pero lo que yo voy a hacer para tomar este curso...

INTERRUPCIÓN

Est.: Y te entendió cuando le dijiste así? o qué te dijo?

A.: Y no...me dijo: bueno, si esa es tu decisión pues, adelante.

Est.: Y que vas a hacer ahora cuando te recibas? vas a hacer la licenciatura?

A.: Si...bueno no sé si hacer la prepa para hacer la licenciatura o hacer la prepa para hacer medicina, no? o también me gusta psicología...psicología me gusta mucho.

Est.: Si, claro, tendrías que ver la que más te gusta. Por ahí es más fácil que estudies psicología mientras trabajando, no? acá en la UAM Xochimilco es muy buena

A.: Sí?

Est.: Si, es lo mejor...y no estar en el estado es muy bueno...pero te gusta estudiar, no?

A.: Sí, sí me gusta mucho. Me gusta mucho el leer, el aprender...o sea, sí me gusta, me atrae demasiado...si no yo creo que no seguiría aquí todavía. Aunque importa mucho el apoyo que también que te dan aquí en el curso. La señorita Gloria, o sea...híjole!! Se me hace una persona que...o sea, la verdad, aquí entre nosotras admirable, porque el tratar de unir al grupo...el

mantenernos a todos ahí...como que, tiene alguien un problema y ella ya está al pendiente, "qué tienes? qué te pasó? no te preocupes, yo te voy a ayudar". O sea, esa disponibilidad hace que nosotros nos sintamos así como diciendo: no pues, si vale la pena por todo lo que nos imparten y porque se preocupan por nosotros, no?

Est.: Y en general es bueno el equipo de profesores, no?

A.: Sí, sí. Es de muy buena calidad. Todos lo que ahí están.

Est.: Se te murió alguna vez un pacientito?

A.: Si, de hecho mi primer pacientito que falleció y que yo atendí fue un paciente pediátrico. Fue un bebito que...todavía me acuerdo mucho de su nombre porque era así como que muy particular, se llamaba Corazón

Est.: No te puedo creer

A.: Sí...sí. Y me causó así como que mucha tristeza porque era el primer pacientito que fallecía...pero realmente el estado en el que se encontraba era malo, o sea, no era un buen pronóstico y se esperaba eso en algún momento. Pero sí, duele mucho el hecho de ver sobre todo a sus padres sufriendo, sea...el hecho de que la mamá que llegue y vea a su hijo...y decirle: hijo, despierta, yo sé que estás vivo...es impresionante. Y lo peor es que una en el momento se queda tan bloqueada que...que cómo quisiera una consolar a la madre, pero no se tienen las palabras para hacerlo.

Est.: Y qué te pasó a vos después? alguien te preguntó? te dijo algo?

A.: No...nada más entre compañeras, o sea, somos como un equipo de trabajo pero no es todo el personal de enfermería de terapia. Somos así como un grupito, no? grupitos. Y ellos me dicen: no, Ara, no te preocupes...pero nada más entre nosotros. No hacemos así como que una junta, "a ver qué pasó, cómo te sentiste".

Est.: te hubiera hecho falta, no?

A.: Yo siento que sí, yo creo que a todo el personal que pasa por ese momento, por esas circunstancias necesitamos ser escuchadas, porque una se siente así como que encerrada...y querer expresar y no poder...y a parte de todo no escucharnos...sí, influye mucho.

INTERRUPCIÓN

A.: sí, de valoración hacia la enfermera...

Est.: falta no? valoración

A.: Sí

Est.: Y en que cosas lo ves a esto vos? ves la falta de valoración

A.: En que...el paciente se está restableciendo, no? y todos dicen: ah, no; es el médico. Es que es un buen médico y por eso se está curando" no? o sea, porque no decir: "es gracias al médico y las intervenciones de los cuidados de enfermería" no? a la enfermera que se está ahí...aunque no sea la misma, pero enfermería está ahí mañana, tarde y noche. Y los médicos pues...abarcan a varios pacientes y lo que hacen es dar indicaciones, ver el tratamiento y todo eso, pero el que aplica el tratamiento y los cuidados es la enfermera, y es poco atribuible todos los esfuerzos que se hacen. Pero siento que es muy noble la enfermería. Porque no exige, no pide, sólo da. Da todo lo que puede por el enfermo, por el paciente.

Est.: Y los familiares de los pacientes, se dan cuenta? lo reconocen? de alguna manera?

A.: Pues sí, de alguna manera sí.

Est.: Pero no explícitamente

A.: No...yo siento que el que más se da cuenta es el propio enfermo, el paciente. Es el que dice no, pues, la enfermera fue esto y lo otro, y la enfermera...o sea, ellos son las mejores personas, el mejor público que nos puede decir qué tan buenos somos en nuestro trabajo. Bueno, yo siento que nadie más puede calificarnos, más que ellos.

Est.: Y con los médicos? cómo es el trato con los médicos?

A.: Buenos, al menos ahí donde yo estoy trabajando hay mucha comunicación. De hecho siento que nos tienen mucha confianza, porque a veces ellos tienen muchos pacientes y lo más están con ellos pero nos los dejan a nosotros, no? y hay valoraciones de medicamentos que nosotras decidimos si se los damos o no.

Est.: No me digas?

A.: Sí. Y ya después llega el médico y dice bueno, qué paso? No pues que le di esto y le pasé esto por esto o por aquello y lo otro. Ah, bueno, perfecto y ellos nada más lo indican. Entonces es por eso la importancia de estar bien preparado para poder decidir y elegir esas decisiones, no? en el momento en que no esté el médico. Porque no porque no esté el médico no vamos a poder hacer nada, no?

Est.: En ése sentido es más respetada la enfermera de cardiología que otras no?

A.: Sí, la verdad es que yo estado en otras instituciones, de prácticas, nada más durante mi formación académica, y la verdad, es el único hospital en el que yo veo un mayor reconocimiento a la enfermera. Pero en otros lugares la verdad no, la enfermera es la que obedece al médico. Desgraciadamente así es, y así se cataloga a muchas enfermeras a veces. Y pues, hay muchas que no hacen ni dicen nada, y no se preparan...y así se quedan. Y pues ellas se van atrasando también en la enfermería, no? porque no se preparan.

Est.: Sí, hay toda una idea de que...porque en otros sectores la mayoría de las veces las enfermeras no saben lo que pasa, no? y por lo que vos decís ahí sí saben lo que pasa, no?

A.: Ahí tenemos que estar bien enteradas desde su enfermedad, su tratamiento y todos los cuidados que debemos hacer. Y pues, estar bien preparadas para, si se presenta una situación de urgencia, pues nosotros decidir qué hacer y qué no hacer.

Est.: O sea que este curso te vino de perillas, no?

A.: Sí, la verdad que por eso lo quería tomar.

Est.: Y te resulta muy difícil lo que te enseñan?

A.: No mucho, yo siento que a pesar de todo tengo muchas ventajas sólo por el hecho de haberme seguido, no? de no haber dejado pasar años, siendo que todavía tengo frescos algunos conocimientos que traigo. Yo siento que esto es una ventaja. Porque yo siento que si hubiera dejado más años pasar, a veces a lo mejor sin tomar un libro; volver a tomar y a leer y crearme el hábito de nuevo de estudiar...sí, eso se me hubiera resultado más difícil.

Est.: Y además que ya estás trabajando en terapia intensiva, no?

A.: Ahá. Sí, ya...ése es un factor también importante porque pues ya de alguna manera tengo mayor conocimiento en cuanto a eso, no? Siento que sí, que sí se me ha facilitado.

Est.: Ahora, sos como muy jovencita! Qué sentís cuando...o no sé si te detuviste a pensarlo, no? como que ahí se juega la vida y la muerte, no?

A.: Eehm...el hecho de no poder como disfrutar de mi juventud y el hecho de seguir estudiando? eso?

Est.: No, el hecho de estar atendiendo pacientes que están entre la vida y la muerte, no? cómo te sentís vos? siendo tan jovencita

A.: Cómo me siento...pues, creo que desde que una empieza a tratar a los pacientes y todo, una ya va con la idea, además de que nos enseñan que algún día puede llegar el paciente tal vez a fallecer, no? por sus condiciones físicas, de su enfermedad, por muchas circunstancias. Por eso yo creo que es muy importante el hecho de que desde un principio nos enseñen a enfrentarnos a esa idea y posteriormente, ya conforme va pasando el tiempo y en la práctica ya nos afrontamos a la situación. Pero ya vamos como que...ya con la mentalidad abierta de que posiblemente pueda pasar algo, no?

Est.: Y tu novio era enfermero también?

A.: No

Est.: Y estaba vinculado a la salud?

A.: No, nada que ver, no...él es chofer de la DGR. Y entonces también él tenía así como que muchos compromisos y no podía desaparecerse en algún momento porque pues cuando se le requería tenía que estar ahí. Entonces tenía muy poquito tiempo en el que nos veíamos...y yo también a veces no tenía tiempo para verlo. Entonces nada más...había días en que nos veíamos sólo cinco minutos, y era así como que mucho tiempo, no? Y los únicos días que nos las pasábamos juntos eran los Domingos, pero ya después él tampoco pudo los Domingos...y podía los Viernes, y yo no podía los viernes...y bueno, y así estuvo no? y entonces nos empezamos a enojar y...bueno, terminamos.

Est.: Claro, es que es difícil tener novio con este ritmo feroz

A.: Sí, y es cierto que aún más tomando un curso como éste. Es más difícil.

Est.: Claro...y hay enfermeros donde trabajás? hay muchos? No

A.: No, hay pocos, pero sí hay. Ahorita nada más hay de dos a tres. A veces en las guardias hay...en los Martes hay tres, en los Jueves hay dos y en los Sábados hay uno.

Est.: Y cómo se entienden con ellos?

A.: Bien, son bien lindos...son bien lindos, o sea, bien accesibles, bien todo. O sea porque como no tenemos camilleros, ahí vamos y "ay, ayúdame a voltear a mi paciente" o "ayúdame a cargar esto" o...cualquier cosita pesada ellos van y nos ayudan, o sea, nos apoyan mucho.

Est.: Y vos considerás que hay diferencia entre los pacientes y los familiares de los paciente y el trato con una enfermera o un enfermero?

A.: Yo siento que no lo debería de haber, sin embargo en algunas situaciones hay muchos que prefieren las enfermeras. Y otros los enfermeros porque los ven como médicos

Est.: Aah!!

A.: Por ahí dicen "no, es que el doctor" o "el otro día estuvo conmigo todo el día un doctor", no? o sea, yo escuché un comentario de una paciente..."ah, sí? Y cómo se llama? "no pues que..." ah y "pero pues es enfermero". Y de alguna manera depositan más su confianza porque creen que son médicos y esteem...y creen...a lo mejor ya hasta es psicológico, no? de que se van a curar porque...pues los está atendiendo un médico, no? y...sí no que es enfermero. Pero...a veces sí influye el echo de que sea enfermero o enfermera.

Est.: Y si tuvieras que vos hacerle algún señalamiento...sé que estás contenta con el curso intensivo, pero, qué cosas crees vos, con tu experiencia de intensivista, qué cosas creés vos que tendrían que atender más o qué cosas qué cosa harías para mejorar el seminario...el curso.

A.: El curso? Híjole. Pues...el curso está muy completo, sin embargo son muchísimas cosas que hay que ver y falta tiempo. Falta mucho tiempo. No sé si sería mala idea que el curso fuera de

más tiempo porque pues un año ya estamos que no lo aguantamos de raya, sentimos que ya no lo terminamos...pero sin embargo como que las materias son muy rápidas y...como que es mucha información para tener que aprenderla en pocas semanas, en pocos meses. No sé, siento que sería...no sé, tal vez quitar algunas materias y poner las más elementales...aunque ahorita están las más...se podría decir que es una clasificación, no? de todas la materias que hemos visto. Todas son muy buenas y todas las necesitamos pero...yo siento que no podemos aprenderlas en tan poquito tiempo, y eso es lo que no estresa. El querer que prender todo y tener el tiempo encima. También yo siento que quedaría muy bien el hecho de llevar teoría y práctica al mismo tiempo. Yo siento que sería muy buena posibilidad esa. Tal vez dividirlo por semestre o por trimestre y llevar una cierta...ciertas materias, e irnos a práctica, no? al hospital para que lo que vimos llevarlo a la práctica. De esa especialidad o de ese apartado. Posteriormente, al otro semestre, volver a tomar otra vez teoría y después ya la práctica, o sea, llevar las dos cosas, no?

Est.: Y los contenidos de las materias? son muy largos? o todos tienen cosas que realmente van a necesitar?

A.: Pues yo siento que sí, todas...

Est.: Tienen buena selección de contenido

A.: Sí, son así como que muy selectivas, pero...porque de alguna manera todo eso se presenta en un paciente crítico que está en terapia intensiva o que va llegando a urgencia. Sí, todo eso es necesario.

Est.: Y te parece...cómo ves vos el cuidado de la enfermera? o sea, no del cuidado de enfermería, sino del cuidado de la enfermera o del enfermero, no? en el curso de intensivista

A.: Pues creo que...

INTERRUPCION

A.:...para cuidar o para atender y dar intervenciones al paciente. Pero sí es cierto...siento que debería de haber algún apartado en el cual se dé también prioridad a...no sé, a las relaciones entre nosotros como enfermeros, en el aspecto de compañerismo, el hecho de poder ayudarnos mutuamente, el que si está a mi alcance yo te apoyo o tú me apoyas. Pero creo también que el estrés y todo eso influye mucho para poder realizarlo, no? a lo mejor si tuviéramos una materia, no? de estas relaciones humanas y demás. Pero así como estamos ahorita no sé si sería tan bueno, o sea, que lo aprovecháramos tanto porque ya estamos así como que ya no importa nada, nada más déjenme estudiar, déjenme pasar los exámenes, déjenme hacer esto y...y lo demás pues...siento que no le tomaríamos tanta atención. Como que nuestros...nuestras perspectivas ahorita están encaminadas a sacar bien el curso, a presentar los exámenes, a pasarlos y como que todo lo demás se está quedando en lo secundario. Y eso es malo, pero sin embargo pues es la realidad, eso es lo que está pasando. De alguna manera yo creo que es por eso que ya hay poca comunicación en el grupo, porque ha disminuido demasiado, es más, no sé si se ha dado cuenta que en un principio dónde nos...no sólo el hecho de dónde nos sentábamos, no? así como que...y

ahora también cómo nos sentamos, como que ya los subgrupos, las divisiones. Ya así como que: "de este lado aquél, y de este lado...". Y otro que es...hay un momento en el que a lo mejor ya no toleras a nadie y lo que quieres es apartarte un poquito mientras dices: no quiero lastimar a nadie, no quiero ofender a nadie, ahorita me siento un poquito mal y quiero estar un poquito aislada, no? a lo mejor ya es eso, no? porque bueno, yo así me siento y estee...digo bueno, para qué voy a hacer daño a los demás, no? a lo mejor necesito un poquito estar a solas...tomo clases y todo pero...con tranquilidad, no? Yo creo que es eso.

Est.: Ahora, vos creés que va a cambiar, después que termines el curso intensivista, va a cambiar tu vida?

A.: En qué aspecto?

Est.: En esta demanda de saber, en esta de estar...

A.: Yo siento que cuando uno está ya en ése movimiento, si uno no pierde el vilo se podría decir...es querer más y más y más, o sea, yo siento que es algo así como que...si te gusta lo quieres seguir probando, no? y aunque tú sabes que hay un límite, no? pero tu quieres seguir y seguir y seguir. O sea, yo siento que mientras te guste una cosa lo vas a hacer. Definitivamente.

Est.: Y a vos te gustaría...entre las cosas que te gustan, tener una familia? tener hijos...o más o menos

A.: Pues sí, eh...al principio yo sí soñaba así con que casarme, tener mi familia, tener mis hijos. Pero yo he sido de las personas que...que antes decía, ahora ya no...que si yo iba a tener un hijo voy a procurar dedicarme a él, no? no quiero dejarlo en una guardería. Yo quiero darle la atención, quiero cuidarlo, quiero enseñarle. Quiero estar con ella o con él en sus primeros problemas...el escucharlos, el poder atender a mi marido, el atender mi casa, o sea, quería una persona de hogar. Pero ya después con todo esto...como que ya no se me da tanto. Ya como que digo bueno, si llega qué bien y...ya se tomará esa decisión en ese momento. Pero ahorita siento que no podría decidir qué es lo que quiero para...no sé, si casarme...ya no puedo tener esos mismos planes. Yo siento que hasta que no se me presente, esto no lo voy a decidir. Porque una cosa la puedo decir ahorita y al rato, no mejor así...y al final se da de otra manera.

Est.: A mí hay una cosa...me llama la atención, entre las enfermeras...y también entre los enfermeros, pero sobre todo entre las enfermeras, desarrollan como un sentido práctico de las cosas, no? a vos no te parece?

Digo, en cómo vos fuiste modificando tu carácter y tus características, cómo lo verías? vos sentís que has cambiado? más allá de que todos cambiamos, no? vos sentís que la profesión te ha cambiado en algo?

A.: Sí, yo siento que sí. O sea, aunque algunas cosas no...sigo teniendo el mismo interés por la profesión y todo eso. Y en cuanto a mi vida, pues sí, sí cambió mucho porque...creo que mi vida ha empezado a ser la enfermería, mi vida es enfermería y...quiero vivirla dentro de ello porque...porque me gusta.

Est.: Sí, vas a tener que estudiar medicina, no te queda otra...

(Risas)

A.: Sí, me encantaría. Es más yo siento que...ahorita así...como que dicen que en el cerebro hay una cierta edad en la cual capta más...no? más rápidamente las cosas. No me gustaría desperdiciar ese tiempo y quisiera ya de una vez empezar para que...al rato ya decir, bueno, ya aprendí y de aquí a repasar nada más.

Est.: Escuchame, y en la relación...o sea, cómo ves vos a algunas enfermeras como Fabiola, por ejemplo, o como Gloria o como tu jefa de enfermera. Cómo ves esa relación. Entre el especialista o el jefe con la enfermera?

A.: Yo creo que la relación se hace entre nosotras mismas, no? entre el límite que ellas quieran ponernos a nosotras y nosotras es querer acercarnos a ellas, no? las dos partes cuentan mucho. Pero en cuanto a la relación que yo he visto, o sea...son muy accesibles. Es decir, todos somos una familia, no? y si yo te puedo ayudar pues adelante, yo te voy a ayudar a que tú conozcas más, a que tú aprendas más. Pero eso sí, quiero que tú también pongas de tu parte, en el hecho de querer aprender, no? yo te ayudo, pero si quieres que yo te ayude.

Est.: A sí? así es en general

A.: Sí...

Est.: Y Araceli, vos has necesitado o has hecho alguna vez terapia? Para vos?

A.: Terapia? que...

Est.: Algún proceso terapéutico...digo, con psicólogos o con algún apoyo para tu...digamos...para que te acompañe en el estrés? del estar en situación crítica de...

A.: No...pero de hecho sí he estado con psicólogos, por...o sea, por problemitas así...personales, pero nada más. Pero en cuanto al servicio en terapia...es muy estresante al inicio, es como ingresar a algo desconocido...yo siento que sí se necesita una preparación. De alguna manera una introducción pero psicológica

Est.: Claro...a ver esperá un minutito...

INTERRUPCIÓN

Est.: Entonces tu mamá trabajó mucho desde que vos tenías ocho años

A.: Sí

Est.: Y en qué trabajaba?

A.: Desde que ella tenía ocho años

Est.: Aah!! No me digas??

A.: Sí, mi mamá es de San Luis Potosí

Est.: Ah, mirá vos

A.: Y se vino a trabajar muy chica aquí. Y aquí se quedó y siempre estuvo trabajando. Entonces...pues ya a mi mamá le duele la espalda, le duele esto...o sea, ella tiene algunas enfermedades ahí arraigadas, y yo ya no la quiero dejar trabajar. Le digo: " mira, lo que necesites no te va a faltar, yo ya te voy a ayudar en lo que más pueda, pero ya no trabajes".

Est.: Claro, y a vos te pagan mejor trabajando como intensivista?

A.: No, de hecho, o sea, yo no tenía en primera ni la base. Apenas ahorita me la acaban de dar. Para que suba mi grado de intensivista va a tardar como unos dos, tres años. O sea que va a faltar mucho todavía para que me suban una mínima cantidad que con una guardia...

Est.: Lo cubrís

A.: Lo cubro

Est.: Aah! te puedo preguntar cuánto ganás?

A.: Sí, gano dos mil ochocientos a tres mil pesos dependiendo de si no me descuentan

Est.: Porqué te pueden descontar?

A.: A veces me descuentan mucho de impuestos. A veces me descuentan hasta seiscientos pesos de impuestos para la renta

Est.: Para qué?? Por la renta???

A.: No, de impuestos, o sea, de impuestos de todos los...

Est.: Aah!! Ahora, ganás eso por quincena

A.: Ahá, por quincena. Pero de ahí pues, tengo que dar el gasto, tengo que pagar yo mi renta, tengo que para lo del curso, los trabajos y demás y...

Est.: Te pagás vos el curso?

A.: Sí

Est.: Todos los meses

A.: Sí

Est.: Y cuanto sale?

A.: Pues yo hice cuentas ahorita y desde que entré, desde el tres de Enero para acá me he gastado como unos veinticinco mil pesos...sí

Est.: Pero por mes cuánto pagás??

A.: Por mes no pago...el curso no pago. Nada más el...

Est.: Es gratuito

A.: No, desde un principio nosotros pagamos siete mil quinientos

Est.: Ah, todo a la vez al principio

A.: Ahá, pero a después de ahí pagamos...que los cursos que nos van dando...

Est.: Porqué? qué cursos? extras?

A.: Ahá, cursos extras...por decir, de tan sólo de los que ya vienen, del balón de contrapulsación, el de uso del balón de contrapulsación, son doscientos cincuenta...así, son gastitos extras. Pero más, a parte, las copias, los libros, los trabajos, los acetatos...

Est.: Y no tenés ayuda de nadie

A.: No...eso también es una presión para mí, porque el hecho de cubrir todos mis gastos...porque me vine a rentar y el hecho también de pagar la comida, de pagarme a mí mis cosas y dar el gasto y cubrir esto, y un poquito lo que es la despensa. Y ver con mi mamá si ya no se enferma, y el que ya no hay dinero o apareció esto...es así como...

Est.: Y cuánto pagás de renta?

A.: Seiscientos cincuenta al mes, pero a veces siento que me sale muy caro...el hecho de salir a comer. Siempre como lo mismo...tacos, tortas, tacos, tortas. Y ya cuando llego a mi casa...hay, adoro llegar a mi casa.

Est.: Claro, y cada cuánto vas?

A.: Cada fin de semana...bueno, si se puede, si hay mucho trabajo...o sea, mucha tarea tengo, porque todos los libros los tengo aquí...pues me voy hasta el Sábado, pero me vuelvo a regresar porque vengo a trabajar. Y luego me voy el Domingo, o sea, saliendo de guardia, estoy un ratito con mi mamá y me regreso.

Est.: Y todo en camión

A.: Sí

Est.: Y porqué...ahí donde rentás no hay cocina?

A.: No

Est.: Claro, y eso te obliga a comer afuera. Y no pueden conseguir algo con cocina con Verónica?

A.: Pues estuvimos buscando pero todo por aquí está muy saturado, o hay rentas con cocina y todo pero muy elevadas, o sea el costo. Entonces ése es el problema

Est.: Claro...voy a averiguar porque por ahí por mil pesos por mes...porque eso le ayudaría a las dos muchísimo, ahorrarían más, no? y te entendés bien con Verónica?

A.: Pues de hecho no nos hemos tratado, no podríamos decir que somos las grandes amigas porque...sí hemos hablado y congeniamos en algunas cosas, pero no nos hemos tratado muy bien por el hecho de que casi no nos vemos. Y a veces nada más nos vemos aquí en lo que es el salón pero nada más.

Est.: Te sentís sola?

A.: A veces...a veces sí, yo extraño mucho a mi mamá. Sobre todo porque el hecho de familia y estar ahí, o sea, ahí en la casa y todo...el salir de mi casa, venir a arrancar, iniciar de alguna manera una forma de vida muy distinta, sí fue algo muy duro para mí. El primer día ya me quería regresar a mi casa.

Est.: Me imagino...

A.: Sí...

Est.: Y de eso hace cuánto?

A.: Pues desde que inició, del tres de Enero

Est.: Hace muy poquito. Y cuando termine el curso vas a seguir igual, o te vas a volver a lo de tu mamá?

A.: O que si me vuelvo a mi casa? no, yo me vuelvo a mi casa.

Est.: A sí?

A.: Sí, yo me vuelvo a mi casa.

Est.: Porqué, te queda lejos para venir a trabajar? o no?

A.: Me hago una hora cuarenta y cinco, a veces dos horas.

Est.: En camión? Dónde vivís?

A.: En Milpa Alta

Est.: Y a pesar de eso te vas a volver igual?

A.: Sí...desearía...además pues, no hay nadie que vea por mi mamá. No tenemos familia aquí...aquí no tenemos familia. Todos están en los estados, no? Entonces me preocupa mucho mi mamá por el hecho de que cuando está enferma y todo eso no es lo mismo decirle al vecino que pues decirle a tu familia o...y me dice "hay hija qué crees, tengo esto o tengo lo otro" a veces no me dice nada no preocuparme...me avisa cuando se siente muy mal y es cuando ya. Pero sí me preocupa mucho.

Est.: Y volverías...si pudieras...si volvieras a nacer, volverías a elegir ser enfermera?

A.: Sí

Est.: A pesar de todas estas circunstancias

A.: Sí, a pesar de todo, sí a mí me gusta...yo siento que todo lo que hemos pasado y todo, bueno, pues son experiencias que al fin de cuentas de ellas aprendes. Que es lo importante, el hecho de aprender y cada vez hacer mejor las cosas...sí, sí volvería a ser enfermera.

Est.: Ahá, te gusta mucho

A.: Sí

Est.: Escuchame Araceli, recién decías que tenías gastritis, de qué se enferman las enfermeras?

A.: ah, las enfermeras...de gastritis...yo siento que es la principal. La segunda sería de várices. Por mucho tiempo de estar parada y estar en constante actividad se inflaman las venas...y es lo que más es...las várices y la gastritis por el estrés.

Est.: Claro, también...decime, en tu hospital hay alguna...algún recursito para que ustedes tengan consulta médica mensual p algún seguimiento de la salud de ustedes?

A.: No...o sea, de que se preocupen por nosotros? no

Est.: Ni física ni psíquica

A.: No, porque...creo que es una parte muy importante, no? sería bueno checarlos por lo menos una vez al mes, una vez cada dos meses.

Est.: Que tengan un seguimiento, no?

A.: Pues, yo diría...si el personal está propenso a pasar ciertas circunstancias, a tener algunas enfermedades, pues voy a prevenirlas o a tratarlas, no? Para que ellas no empeoren e intervengan en su salud y en la atención que ellos puedan dar al paciente, no? porque también influye mucho. El hecho de estar enfermo y estar con el paciente.

Est.: Claro, es complicado, eh?...porqué estás haciendo guardias? vos siempre hiciste guardias? o ahora porque estás estudiando?

A.: No, de hecho ya voy a cumplir cuatro años aquí en el hospital y los cuatro años he estado en la guardia.

Est.: Y no tenés sueño, Araceli?

A.: En un principio, al adaptarme sí, me cansaba mucho y todo, pero ahora ya no tanto. De hecho me preocupa el no dormir, porque a veces no puedo dormir, me da insomnio. Ahorita...o sea, hoy tengo cinco días y en los cinco días nada más he dormido nueve horas. Y que fueran repartidas pues que bueno, pero no, o sea, me asombro porque a veces me paso dos noches sin dormir. Y bueno, a la vez estoy con los exámenes, hay que estudiar, los trabajos...

Est.: En el día tampoco dormís mucho

A.: No. No porque por decir hoy, pues estudio, hago un poquito de trabajo y demás, y hoy sí duermo. Pero mañana, saliendo de clases tengo que igual hacer trabajos, estudiar, heirme a trabajar en la noche. Salgo en la mañana y tengo que ir a la escuela, entonces en la noche ya no dormí.

Est.: Y cómo está tu salud?

A.: Pues sí, la verdad es que he decaído mucho. Yo siento que hay un cierto límite en el que el cuerpo te dice: " Oye, tranquila, porque necesito descanso" o sea, " necesito descansar, necesitas dormir" ya si me siento muy mal...es más, los días que yo falté, porque me puse muy mal, necesitaba el descanso, pero descanso así como que...descanso pero ya, y el doctor me dijo sabes que esto está muy mal, es mucho cansancio el que ya tiene tu organismo, es cansancio físico y mental...sabes qué? Estate unos días en la casa, en tu camita y duerme y descansa.

Est.: Y lo hiciste?

A.: Sí, lo hice. De hecho junto con el cansancio y todo esto me vino también una depresión muy fuerte. Entonces me deprimí mucho y ya no quería ni siquiera regresar al curso. Ya no quería...le digo a mi mamá: ay, ya no voy. Y mi mamá, yo creo que me vio tan mal que me dijo está bien, ya no vayas. Si te sientes muy mal ya no vayas. Pero de nuevo los compañeros...ya sabes, dijeron: " No, cómo, si ya vamos por la mitad" o sea, "adelante, tu puedes, síguete", que no sé qué. Entonces las fuerzas...no sé de donde las saqué, pero dije, bueno, está bien, vamos. Y ya de nuevo me volví a incorporar pero ya me resulta más difícil, si iba atrasada antes, hoy que falté no sé cuántas guardias, digo, cuántas clases, pues sí.

Est.: Y no te animás a ir a ver a los psicólogos de ahí? del hospital de Nutrición?

A.: No, de hecho si fui y estoy yendo. Sí, estoy en tratamiento.

Est.: Ah, que bien, y eso te hace bien.

A.: Sí

Est.: Por lo menos podés hablar de vos.

A.: Sí, porque a veces hace falta que una la escuchen, eh?

Est.: Verdad? que bueno que tomó la decisión, porque a veces a las enfermeras les cuesta ir, eh? Y tus compañeras van a terapia? a atención psicológica?

A.: Pues...no

Est.: En general no, no?

A.: No, pero yo creo que llega un momento en el que dices, lo necesito. Es bien importante el hecho de admitir y decidir que sí tienes que asistir a un psicólogo.

Est.: Y por la misma profesión, no?

A.: Sí, tan sólo por salud mental llega un límite en el que, ya...como cualquier ser humano, no? cuando tiene muchas cosas y todos eso. Para que no te enloquezca y puedas resolverlo, o sea, ver cómo, no? y, buscarle solución a lo que tu ya no le ves.

Est.: Claro...y hay mucha gente soltera en la enfermería, no? en el cuidado de enfermería.

A.: Sí. Yo creo que es por lo mismo de que, uno se mete tanto que a veces hay un momento en el que te olvidas de ti misma, no? Es que es la realidad. Y cuando menos te das cuenta ya tienes tantos años...ya pasaron tantas cosas con la demás gente...y en ti no ha pasado nada, no? pero yo encuentro por eso muchas enfermeras que ya están grandes y que han decidido nada más dedicarle tiempo a la carrera y...son solteras.

Est.: O sin niños

A.: Y sin niños

Est.: Y son...hay todo un...como un prejuicio de la enfermera como autoritaria, que no es para nada tu caso, no? pero vos cómo ves eso? Qué se vuelve autoritaria..

A.: Yo creo que es a través del tiempo. De que hay tantas ya experiencias vividas y demás, que a lo mejor son...quisieran de una manera que fuera perfecto, no? Yo siento que eso se busca, la perfección.

Est.: Sí, no? porque es un nivel de exigencia del procedimiento, y que esté todo pulcro y que esté todo ordenado...se vuelve neurótico, no?

A.: Ahá

Est.: Y vos, te detenés a pensar todas estas cosas seguido, o más o menos?

A.: Más o menos, cuando tengo tiempo de pensar un ratito en mí, ya me pongo a pensar en lo que era, en lo que estoy pasando y en lo que...pasará, no? Como dicen, el futuro y el destino lo haces tú. Y las decisiones que tomes ahorita van a ser lo que te espera el día de mañana. Entonces siento que es muy importante el estar bien conscientes del presente para que puedas esperar un buen futuro, no?

Est.: Que bueno, realmente es muy importante lo que estás diciendo, eh? Todo un sentido de vida. Y muy joven! Claro, es que has vivido muchas... intensamente...digamos, porque este límite entre la vida y la muerte es un tema. Y hora están trabajando con una materia de psicología, no?

A.: Ah, sí

Est.: Y qué tal?

A.: Está muy bien. Es hacia el paciente con enfermedad, no?

Est.: Y para el paciente

A.: Sí, no es para nosotras, es para el paciente.

Est.: Ah, yo pensé que era para ustedes!

A.: No, es para el paciente...o sea, cómo lo podemos tratar, y todo eso.

Est.: Y te parece que serviría así, en el grupo volver a trabajar - propongo - lo que trabajamos la vez pasada?

A.: Sí sería bueno, pero no sé porqué siento que no estaría la disposición.

Est.: Sí, no?

A.: Sí. No de todas, a lo mejor de algunas sí. Pero no de todas, y el hecho de que las demás no participen inhibe a las que sí quieren participar...y bueno, pues si no habla ella pues yo tampoco voy a hablar. Y ya nadie habla. Y todo se queda así.

Est.: Y quienes son tus amigas, o amigos ahí en el curso?

A.: Pues yo siento que me llevo bien con todos, no?

Est.: Sí, no?

A.: Sí, creo que a todos les hablo, aunque a veces hay un poquito de diferencias entre algunas personas. De hecho, o sea, yo como estuve muy deprimida le dejé de hablar a mucha gente pero fue por mí, no? no fue porque ellas me dejaran, todo lo contrario. Siento que a algunas de ellas les debo explicaciones pero aún no me siento en condiciones de poder darlas, pero yo sé bien

que en algún momento yo conté con el apoyo de todos y que si yo me alejé del grupo...o sea, fue por mí, no fue porque ellos me desplazaran.

Est.: Y qué te deprimió fundamentalmente? Qué sentís vos que te deprimió fundamentalmente?

A.: Yo creo que llegó un momento en el que no pude tener el control de todas las cosas. Entonces fue ahí cuando me deprimí porque fueron tantas cosas que tenía que hacer y todo que me deprimió mucho, fue lo que hizo que bajara. Pero bueno, a fin de cuentas aquí estoy, ya con el tratamiento psicológico, las terapias y demás, ya con eso me recuperé un poquito.

Est.: Y vas a ir dormir un ratito.

A.: Sí, para mañana el examen, que es el extraordinario y yo no he estudiado nada

Est.: Pero te va a ir bien...

A.: Sí, dios quiera

Est.: Sí, porque manejás muchas cosas. Además sos estudiosa en general, no?

A.: Me gusta estudiar, sí. Aunque...

Est.: A qué hora es el examen?

A.: No sé, la verdad no sé.

Est.: Y a qué hora te vas a levantar a estudiar?

A.: Si ahorita me duermo me levanto como a las ocho para estudiar, yo le programo así. Y si estudio ahorita pues me duermo como a las doce.

Est.: Y tomás algo para dormirte? No

A.: No. Cuando estuve haciendo el período de estrés y todo lo demás sí. Me dieron inductores de sueño porque no podía dormir. Me sentía muy cansada pero no podía dormir. Y si dormía no descansaba.

Est.: Hay unas pastillitas que yo tomo que se llaman...yo porque ando siempre con las cosas naturales, no? que se llaman Relaxil, no sé si las conocés.

A.: No

Est.: Son naturales, son de hierbas...no sabés, son fantásticas y son re baratas.

A.: Sí?

Est.: Y cuánto deben salir, sesenta pesos. Y yo no traigo acá porque sino te dejaría para que pruebes ahora. Yo normalmente ando siempre con ellas. Pero si podés ahora comprate. Aunque sea tomate la mitad. Yo cuando me tomo una entera, bueno, duermo como un Lirón, pero sobre todo relajada.

A.: Eso, eso es lo importante, el descanso.

Est.: Sí...Relaxil, te vas a acordar? Si no yo te las compro

A.: No, si yo me acuerdo

Est.: Son buenisimas...Porque uno está tan tensionado en el día, no?...y a tu mamá le gusta tu vida?

A.: Pues no, no mucho, yo creo...no mucho. Le costó mucho trabajo el dejarme...y yo el dejarla, claro está, pero dice bueno, si es tu decisión, si así lo quieres, adelante. O sea, y que bueno, nada más.

Est.: A ella le gustaría que fueras más...normal, digamos.

A.: Si! (risas) Mi mamá siempre que voy me dice ay, sal a bailar o...ve acá, o ve allá y yo no...es que prefiero dormir, prefiero descansar a veces...o es tan sólo quedarme sentada un rato y no ir a ninguna parte.

Est.: Y te gusta bailar?

A.: No sé bailar

Est.: No te puedo creer!!!

A.: No sé bailar

(Risas)

Est.: Ah no, pero tenemos que hacer algo!! Entre mi hija y yo te tenemos que enseñar a bailar. Tenemos que salir a bailar, claro!! Te tenemos que invitar a que vallas a mover el esqueleto.

A.: Sí...ay sí que hace falta.

Est.: Y actividad física hacés? Yoga o algo de eso?

A.: No, ahorita no. Antes de entrar a curso sí me iba...me gusta mucho correr, entonces antes me iba, salía de guardia y salía a correr...y correr, correr, correr...y me relajaba mucho.

Entrevista N° 7

LUI SA

Médico Psiquiatra

Area de Psiquiatría

Hospital de la Nutricion

Salvador Subirán

ESTELA: ¿ Hace mucho que estas trabajando acá, en este espacio?

LUI SA: Si, bueno, no mucho, hace cuatro años. Aquí en el instituto, hace cuatro años.

ESTELA:Y haces clínica privada también?

L: Si, también.

E: Ah, que bien. Y en qué área te has ido especializando?

L: Bueno, mi área de especialidad es...dentro de la psiquiatría, hay una subespecialidad que se llama psiquiatría de enlace o psiquiatría de hospital general, y es la rama de la medicina que tiene que ver con las cuestiones afectivas y mentales de los pacientes que están con alguna enfermedad médica. Esa es, como quien diría, es la psiquiatría de la medicina interna. Esa es en la arena que yo me destaco.

E: Y, trabajás con algunos pacientes con problemáticas particulares o en general?

L: Bueno, este...nosotros todos los que trabajamos aquí tenemos la responsabilidad de tener dos sectores de hospitalización donde nos puede llegar cualquier tipo de pacientes. Pero, además yo tengo algunas áreas específicas, que son la de valoración del trasplante de medula ósea, renal, hepático o sea se valora al paciente y al donador en el caso de que se vaya a tener un donador específico. También me he metido por algún área de los pacientes dolor crónico y también en el área panatológica.

E: Ahá, y trabajás con enfermos de SI DA?, cuando hablas de enfermedades crónicas, a qué enfermedades te referís?

L: Pueden ser Cáncer, SI DA...sobre todo, no.

E: Acá en el hospital es ambulatoria la atención a SI DA?

L: Bueno, puede ser ambulatoria o de hospitalización.

E: Y Luisa, ¿ Vos esperas a que venga el paciente a buscar la consulta o ustedes...o son derivados a ustedes por médicos o enfermeras...o ustedes hacen el recorrido y van detectando?

L: Así es, nosotros hacemos el recorrido, lo que es el paso de visitas diario y con una relación directa con los médicos tratantes del piso identificamos algunos pacientes que requieren valoración específica; eso es lo que hacemos.

E: y cuando decís valoración específica...cuales serían como los síntomas que ustedes le llamarían valoración específica?

L: Bueno, cuando hay un paciente que tiene datos de depresión, datos de ansiedad, cuando tienen problemas de manejo, es decir que no se toman los medicamentos o que sean opositoristas a las indicaciones médicas, también intervenimos cuando hay problemas de relación médico - paciente. También intervenimos cuando tenemos pacientes "problema" que llamamos, no? pacientes que vienen muy demandantes de atención o agresivos incluso, en conflicto con los médicos o con otras áreas del hospital, nosotros también intervenimos en esas áreas para ver que es lo que está pasando.

E: Luisa y cuando hay estos tipos de pacientes crónicos o "problemas", la atención se focaliza en el paciente? o también trabajan algunas otras componentes del sistema, del piso o de atención al paciente?

L: De hecho, bueno nosotros ya sabemos que tipo de estructura tiene el instituto y el tipo de personas que se pueden encontrar, digamos que ya nos conocemos; y cuando ya sabemos que tipo de situaciones puede tener el médico o el grupo de enfermería que tenga problemas, ya sabemos que tanto puede ser un poco provocado por el área médica o de enfermería o lo que sea y vemos al paciente, además de hacerle el análisis de las dos partes, tanto de una parte como de la otra vemos al familiar, a la familia del paciente para hacer una evaluación global y además de la evaluación, eso nos va ayudar a saber con que contamos; si podemos auxiliarnos de algún familiar, si intervenimos a nivel de los médicos tratantes para esclarecer las cosas, en eso somos como árbitros, así es.

E.: Y los pacientes normalmente cuando se van, continúan el tratamiento, regresan a hacer tratamiento o son atendidos normalmente en el tiempo de internación?

L.: No, cuando son captados en internamiento les damos cita de seguimiento posterior a su egreso para ir supervisando su evolución.

E.: Y asisten?

L.: Sí, claro que asisten. Y hay algunos pacientes que les...o sea, el primer impacto de decir porqué me mandaron al psiquiatra, no? porque como que no se sabe muy bien qué lugar ocupamos en un hospital, es decir no, si aquí no ven pacientes mentales. Nosotros no vemos pacientes mentales, o sea, no vemos locos como dicen, no? Si no vemos este tipo de problemas de la vida cotidiana, no? y que pueden tener repercusiones serias en la enfermedad; la forma en la que un paciente vive su enfermedad va a llevarnos a cómo la evoluciona, entonces en nuestra obligación hacer ese tipo de evaluación. Y sí regresan.

E.: Y los equipos - médicos o de enfermería- cuando están frente a un paciente problema donde ellos pueden estar involucrados, continúan su tratamiento o vienen a la consulta para saber cómo moverse con esos problemas? o asumen ellos que tienen también un problema?

L.: Es difícil que acepten...de por sí el médico es...tiene un narcisismo...bueno, tenemos un narcisismo terrible y muchas veces nos cuesta trabajo aceptar que podamos estar fallando. Entonces en ese sentido nuestra obligación como psiquiatras en un hospital de estos es buscar a nuestros compañeros y tratar de conciliar cosas, o sea; no creo que tu tienes la culpa si no decir bueno, el paciente...es así como hacer una tregua, esclarecer los puntos que puedan estar fallando pero sin acusarlo directamente, o sea, como que les hablamos por atrás y que ellos sientan que...no se sientan agredidos, que no se sientan expuestos y jalarlos como apoyo para el manejo del paciente. Hay pacientes que sí tienen que ser eliminados del hospital porque hay algunos que no tienen problemas médicos y que sí se los juntan, por ejemplo, no? Entonces tienen que ser eliminados del hospital, pero en términos generales se puede llegar a un acuerdo.

E.: Y cómo ves vos la relación entre el equipo de enfermeras, el equipo de médicos y la atención a los pacientes? Que se desenvuelven normalmente o que tienen problemas, no?

L.: Cómo son entre ellos mismos?

E.: Y en relación a la atención, no? cómo se vinculan? cuando es problema de médico es problema de médico o pueden establecer relaciones como equipo de atención? o es sólo problema de atención de cuidado de enfermería? Cómo se miran unos a otros en relación al paciente enfermo y en relación a la atención.

L.: Claro. De hecho...bueno, lo que hablábamos en algún momento, es la mística del instituto: tiene que ver con la atención al paciente, o sea, atenderlo de manera integral con buena calidad y con calidez. Entonces por lo regular se pueden tener buenas relaciones salvo algunos casos, como en cualquier otro lado. Y sí se hacen alianzas para un mejor tratamiento y se trata de que estén de acuerdo tanto el equipo médico de enfermería como el equipo médico para el manejo de los pacientes. Lo que sí es real es que las cuestiones jerárquicas sí están muy bien marcadas, o sea, el doctor es el doctor y la enfermera es la enfermera. No se tiene la estructura que en otros países, quizá en EE.UU. donde las enfermeras tienen un nivel mejor dentro del equipo, no? aquí como que no se le hace mucho caso en algunas cosas y también ellas no hacen lo suficiente por dar muestra de que están presentes, no? entonces dicen bueno, a mí me toca el cuidado y hacer algunas cosas, y a lo mejor dar las inyecciones, no?

E.: Sí, no? es como una división del trabajo fuertísima, no?

L: Así es. Y sobre todo porque por lo regular casi todos los varones...o los médicos casi todos son varones y las enfermeras mujeres. Y pues esa parte también es importante, no?

E.: Y en qué sentido lo ves importante? o cómo lo ves vos desde tu explicación...desde tu mirada, no?

L.: Sí, porque yo siento que esa circunstancia también además otras repercusiones porque se hace más evidente la cuestión del que "yo mando", no? yo mando y tu obedeces. Entonces eso tiene que ver mucho con...aunque la gente no lo quiera aceptar en lo explícito, es como el rol que a una le imponen, no? tú como mujer aceptas las disposiciones y yo soy el que da las indicaciones, no? De hecho también la enfermera lo hace, porque hay una cosa muy chistosa: cuando la que da las indicaciones es una médico mujer hay más oposicionismo a que si fuera hombre, o sea, es una cosa que no nos ayudamos a nosotras mismas, no? de decir bueno, mira vamos a hacer una alianza, no? incluso cuando se trata de dirigirse a una mujer médico...a un hombre si lo ven con bata siempre es un doctor, no importa si es de rayos X o un laboratotrística. Y una mujer por más que traiga el atuendo apropiado del médico siempre es señorita o señora o...no sé, como que el trato es diferente. Entonces nosotras mismas nos echamos tierra.

E.: Claro y es una...es bien interesante lo que estás diciendo, en términos de...porque pareciera ser que la problemática es de género. En términos de la relación de las enfermeras con los enfermeros, es menos marcada en cuanto a la subordinación que con los médicos pareciera, no? lo que estás diciendo en términos de...cultura, no? cultura de la subordinación, no? pareciera no sé, por eso me parece importante tu visión. Y las enfermeras con lo enfermeros si bien no tienen esta relación, como ves vos la relación entre ellos? si bien no tienen esta marcada subordinación con el médico, con el médico varón; cómo ves vos la relación? o no sé si tuviste oportunidad de ver en la acción.

L.: Sí, como lo enfermeros son menos incluso a nivel...yo les doy clases a grupos de enfermeras y es muy interesante ver cómo; cuando el grupo es de mujeres nada más la dinámica es muy diferente; cuando llega a haber enfermeros ellos son manejados por todo el grupo de enfermeras incluso así se da en el trabajo, no? o son los consentidos en el sentido que los tratan como a hijos o son los depositarios de la gran cantidad de carga, no? o sea, si es el hombre que lleve este paciente que pesa mucho más, el que lleve estas cosas, etc. Como que toda la parte de mujer se vuelca en ese sentido, no?

E.: Y cómo ves vos la relación enfermera - paciente, enfermero - paciente?

L.: Yo he observado que...es que aquí también tiene que ver...sin querer lo hemos notado, hay algunos enfermeros que por sus características personales pueden ser más cariñosos o más sensibles con los pacientes.

E.: Enfermeros?

L.: Enfermeros. Dependiendo de algunas características, nosotros hemos tenido y lo hemos observado, enfermeros homosexuales. Y esas personas son más cercanas que las enfermeras, pero son muy poquitos. Y las enfermeras, depende del área porque si son enfermeras de la terapia intensiva, ellas están sometidas a un estrés mucho mayor y la dinámica que se respira en una terapia intensiva es de mucho estrés, de mucha precisión y como que se queda poco tiempo para la interacción con el paciente, entonces...y además tiene esta...incluso lo comentábamos hace unos días en una de las clases con las enfermeras, como esta parte de decir no me quiero involucrar mucho porque son pacientes que se van a morir o que están muy graves, están en terapia intensiva. Entonces esa parte es más difícil que las enfermeras que se desempeñan en pisos, no? como que es más fácil. Lo que sí es que de las enfermeras se tienen todo tipo de conceptos; hay de las que son muy cariñosas, muy cercanas, muy comprometidas y hay quienes son muy secas, distantes. Y aquí de hecho hay una frase que utilizamos, está en los hospitales y casi todos los médicos la conocemos: Si quieres estar bien en tu trabajo llevate bien con tu enfermera y con los . Es una regla de oro porque la enfermeras se pueden convertir en tu peor enemigo. Porque pueden bloquear el trabajo de uno.

E.: Claro, sí, es cierto. Y cómo ves vos...porque esto que decís es como muy importante en términos del mito de la enfermería, no? como que la enfermera es siempre buena, es siempre como servicial y dedicada y...bueno, también puede no serlo, por lo que me estás diciendo, no? en términos de redes de poder. Y en qué se manifestaría...o sea, qué sería una red de poder para una enfermera? como vos lo ves, eh?

L.: Es que lo he vivido, porque me ha tocado escucharlo. Son especiales en el sentido de que en la cuestión médica hay jerarquías también, o sea, los internos, los residentes, los inscritos, dependiendo de ya la situación. Y ellas mismas lo dicen, cuando llegan los internos o residente nuevos, que son los médicos que están en formación en alguna especialidad; "si alguien les cae mal, lo llaman por teléfono a media noche para que se levante, o sea, por cualquier tontería, aunque ellas lo sepan resolver". Y lo saben, o sea, "ahí les encargo al doctor" y lo levantan o le quitan esto o le hacen lo otro. Entonces eso yo siento que es como su desquite, no? porque lo hacen con médicos prepotentes o desagradables. Hay que apapacharlas, esa parte...como que necesitan tener su retribución, sentirse avaladas. Si uno las avala, las apoya, las reconoce en sus cosas a una la quieren mucho, pero la gente que les marca más los límites, ellas se pueden tornar sus peores enemigos en esas cosas. Porqué, porque son las que están más cerca del paciente, le toman los signos y demás. Le pueden decir, pues que tiene fiebre, aunque sí tenga la fiebre, no inventan cosas pero aunque ellas sepan qué hacer lo hacen. Incluso cuando llegan los residentes nuevos o los internos hay cosas técnicas que ellas las saben hacer mejor. Tomar sangre y demás. Si uno le cae mal, que lo haga y no lo ayuda. Y eso todos lo sabemos porque todos hemos pasado por esas fases.

E.: Cómo es para vos la dinámica...o si vos pudieras hacer como una lectura así, muy...en los términos de lo que puede ser una lectura sin afirmaciones, no? pero cómo definirías vos una enfermera? qué es para vos una enfermera?

L.: Es un profesional del área de la salud que se encarga de la asistencia cotidiana y en todo momento de los pacientes o de las personas enfermas y que debe de tener...no puedo decirlo...ok...dentro de las características que se buscan dentro de una enfermera es que sea

capaz en cuanto a la cuestión académica y de destreza mecánica, como lo suficientemente sensible como para interpretar lo que el paciente está tratando de decir sin hablar y de hecho muchas de las cosas que el paciente trata de...que a veces no lo sabemos los médicos cercanos, lo sabe la enfermera, no? son como las depositarias de muchas de las cosas del paciente. Entonces son así como la que los atiende, la que los cuida, la que...hasta sus confesoras a veces y en algunos aspectos hasta sirven de función religiosa, las enfermeras por ejemplo de terapia intensiva de niños, cuando los chiquitos van a morir incluso los bautizan.

E.: Y las enfermeras, cómo asumen todo este panorama que vos planteás como qué es una enfermera para vos? cómo viven eso, todas estas como demandas, no?

L.: Pues yo creo que la base de...o sea, los principios de una enfermera lo tiene, como todos, no? Y sabe...es decir, debe de tener esas características de personalidad para querer entregarse a una situación así, porque realmente pues porqué no estudiaron, no sé, una licenciatura, no? es así como el tener voluntad de servicio, como estar siempre dispuestas. Pero hay gente que lo está viviendo como si fuera...algunas lo viven como un castigo, que ellas no querían hacer eso, no? y hay gente que lo vive como es, pero yo siento que en nuestra sociedad no les ha dado el lugar que se merecen, no? son como las muchachas del servicio de la medicina. Entonces esa parte yo creo que les ha quitado mucha de la divinidad de ser enfermeras, no? de sentirse a gusto por eso. Entonces ahora ya hay más gente que se quiere hacer su especialidad o que quiere hacer su licenciatura, no?

E.: Esto que decís, de que debería tener una estructura de personalidad, de lo que vos viste y ves con respecto a las enfermeras, cuáles podrían ser como los puntos que podrían articular una estructura de personalidad que te permitan ser enfermera?

L.: Pues son personas...no quiero hacer generalizaciones, pero la verdad la mayoría de las ocasiones son personas cuya autoestima no es muy grande y como que tienen la sensación, o más bien inconscientemente buscan el reconocimiento a través de la vida de los demás, o sea, todos lo que se dedican a las cuestiones altruistas, es una forma sana de enfrentar las propias deficiencias que uno tiene, entonces la enfermera es una de ellas. Es como una autoestima baja, como algunos rasgos de personalidad pasivo - dependientes pero que quieren ensalzar esas partes negativas, no? Entonces es una forma sana de canalizar esas partes de la personalidad.

E.: Y cómo...ese encausamiento, o esa reparación digamos, cómo se opera en la realidad? cómo ves vos, sobre todo en situaciones críticas donde ese sentimiento es como que está puesto a...está exacerbado, no? porque como que la tensión frente a alguien que está moribundo o que está en situación crítica o...que no se sabe. Necesita como una entrega casi absoluta, no? de la persona y...cómo opera ese sentimiento. Opera siempre positivamente? Y cómo opera en ellas.

L.: No, no siempre es positivamente porque hay ocasiones en que...aquí se sabe, hay enfermeras excelentes y hay enfermeras que son muy malas, no? Y que nadie quiere estar con ellas...hay gente, en todas las áreas y no nada más estoy hablando de enfermería, en todas las áreas del ser humano a veces uno utiliza el poder para agredir. Hay gente, o hay enfermeras que pueden ser muy agresivas con los pacientes y que incluso ellos dicen yo no quiero que ella me toque, no? o alguien que ya sabe que..."hay, esa enfermera" no? Y hay otras que son muy entregadas y lo

hacen bien, pero aquí también tiene que ver mucho lo que son ellas como personas, las responsabilidades que tienen. El querer ser siempre no solamente buena en su trabajo si no ser buena mamá o ama de casa, esposa...o sea, todos los otros roles que se tienen. Entonces esa es la forma en que...o sea, una generalización no se podría porque cada persona lo matiza de diferente manera. Lo que sí es que hay instituciones y eso sí lo podemos decir, que tienen un tipo de enfermeras y otras, otro tipo de enfermeras. No es lo mismo una enfermera del seguro social que una enfermera de un instituto por ejemplo. Aquí es fácil que yo me encuentre a alguien que ya terminó su turno pero que está en disposición de que quedarse más tiempo porque es la mística del instituto, o sea, aquí es...en cáncer igual.

E.: Y las enfermeras, con esta carga de más, de esta mística, no? porque a lo demás de lo que vienen a hacer esta mística de estar siendo de una manera muy particular, cómo creés o cómo sentís vos que ellas se sienten? ellas se dan cuenta de esa carga, de esa sobrecarga?

L.: Ah, claro. Eso es algo que es bien evidente sobre todo cuando les doy clase. Aquí hacen una subespecialidad para ser enfermeras de terapia intensiva. Entonces vienen de todos lados y el ejercicio que yo siempre hago es el inicio de un...o sea, les pido que se presenten y de dónde vienen. Y no es lo mismo la actitud de una enfermera que dice " Yo soy de cáncer" o sea " Soy enfermera de CANCER" entonces hasta levantan la cabeza, vean que soy enfermera de una institución que es difícil el manejo "Yo soy enfermera de Cardio". Y otras " No, pues yo soy del departamento" así como diciendo...incluso ellas mismas se ubican en otros estándares. Incluso las que hay que son cuidadoras, no? que están en alguna agencia y que van y cuidan pacientes. Entonces también existe eso, claro que sí.

E.: Hay como una..pero esto lo digo desde lo que voy como...deshilvanando, no? pero me parece que hay como una sobreestimación del sacrificio, no? cuanto más sacrificio es " más mejor" soy digamos, no? pareciera.

L.: Así es.

E.: Ahora, porqué, cómo viven eso. Es como una preocupación, lo viven como natural, se enferman por eso, eso llega a ser una enfermedad?

L.: Sí, llega a ser una enfermedad por el estrés que se maneja. O sea, en los últimos años se ha estudiado más a cerca del estrés, que es una palabra que todo el mundo maneja, pero que tiene sus repercusiones biológicas bien identificadas y que con el tiempo llegan a una cosa que se llama síndrome del desgaste. Entonces la gente empieza...es característico, incluso hay movimientos de enfermería por eso, porque una enfermera que está en una terapia intensiva llega a ya no ser tan excelente en su trabajo cuando llega a cierto punto, porque ya no hay más retribuciones. O sea, quizá las chicas que se están preparando " No pues, yo quiero terminar mi curso que es muy pesado" con tal de ser intensivista, no? enfermera intensivista, cuando después eso, qué más? o sea están en terapia intensiva, llegan, son los que acaban de salir del curso y demás, pero después conforme va pasando el tiempo hay un desgaste emocional y psicológico y físico que los va llevando a hacer las cosas de una manera más bien automática y que también crea ya conflictos entre la dinámica, no? porque ya hay roces, de que a ti te tocó

media cama más que a mí, que yo hago más que tu, o sea, esas cosas que supuestamente como estamos trabajando con pacientes no debería verse si se nota.

E.: Y vienen a la consulta Luisa, las enfermeras?

L.: Sí vienen.

E.: Y tiene como una...digamos, alguna estandarización de qué enfermeras vienen?

L.: Bueno, yo de las que me ha tocado ver o son las que están empezando un curso como este que empiezan la conflictiva porque...empieza...por un lado está el decir " Yo quiero ser enfermera pero de la mejores" entonces llegan a curso muy pesado, que tiene un estándar muy alto y hay gente que no cubre el perfil. Entonces empiezan a darse...si de por sí traen sus ideas de minusvalía, pues se acentúan más porque " Yo no entiendo eso, y yo no entiendo eso" porque eso sí es una realidad en México. El nivel de enfermería es muy bajo. O sea, no es como en otros lados que yo conozca, no? Que son...pueden tomar incluso decisiones en un área de terapia intensiva. Aquí el nivel es muy bajo y cuando llegan ese tipo de conflicto pues hay un choque, no? entre eso. Y también las...me han tocado también enfermeras de mandos medios y de altos, donde el control y el manejo de gran cantidad de personas les causa conflictos. Y aquellas que tienen responsabilidades importantes y que quieren tener mejor nivel en su vida familiar y que tienen problemas sobre todo de pareja.

E.: Eso también, ves? siempre hablando desde lo que me voy aproximando, una cuestión que a mí me llamó la atención es el alto índice de mujeres golpeadas en cualquiera de los modos, no? simbólicos o que hay entre la enfermería...

FIN LADO "A"

E.: ...de la profesión y estos modos de estar siendo como mujeres y como hombres?

L.: Pues tiene que ver mucho con la pasividad y la dependencia, o sea, sí hay mucha agresión hacia la enfermera y es otra vez el perfil que se tiene, no? el porqué se deja uno, el porqué...una tiene que trabajar, atender hijos y a parte el esposo las agrede, las golpea, las engaña, aquí hay mucho índice de infidelidad de los esposos de las enfermeras. Y tiene mucho que ver...yo siento, lo he pensado alguna vez, que tiene que ver con el perfil pasivo dependiente de las enfermeras, no? de que bueno, si total me golpean en un lado pues en el otro también y en el otro también, no?

E.: Sí, como que se naturaliza, como que lo natural es vivir así, no?

L.: Así es. Y uno ya lo ve como...tra ta de verlo en la parte positiva, no? decir bueno, yo estoy tratando con la gente, estoy ayudándolos y demás. Pero eso en lugar de vivirlo yo siento para arriba, lo viven como para justificar el que no se muevan. Incluso aquí me ha pasado, bastantes casos que llega y...no pues y mi esposo me engaña, desde...o sea, y cosas patéticas, o sea, unos cuadros que uno dice y bueno, porqué aguantas eso y te dicen pues es que por mi hijos. Siempre usan el mismo recurso, no? Pues bueno y usted cómo se siente? Pues bueno yo muy mal...y lo que

me vienen a pedir es ayuda para retener al marido. Y cuando se confronta la situación...uno les recomienda que se separen, pero sí en la situación de que ¿ Qué pasaría si plantea la situación de una separación, un divorcio? No, ellas prefieren continuar con eso a perder a la pareja, no? Entonces otra vez...y son casos en los que dices bueno no lo puedo trabajar uno mucho porque no están dispuestas al cambio.

E.: Eso, claro. Porque habría como una relación entre estos...como una profesión propia del círculo de maltrato, no? y el modo de la entrega, no? es como una patología de la compasión, no? una cosa así. Te lo pregunto porque bueno, vos conocés este mundo psíquico un poco más que yo por lo menos, seguro. Porque pareciera que hay...a mí me interesa mucho ver porqué alguien que...porqué el ser enfermera ocupa un lugar tan...casi inamovible, no? de segunda. Y está como asumido, pero no asumido pero actuado. Cuáles son, o si vos podrías ayudarme o ver, los dispositivos que hacen que estas personas que por otra parte trabajan con lo más difícil porque bueno, el médico también tiene una relación con el cuerpo enfermo, pero quien acompaña el proceso del padecer es la enfermera, no?

L.: Yo creo que lo que mueve esto y siempre lo he dicho, es mucho la culpa. O sea, como que tienen que pagar algo. Incluso son cuestionamientos que les hago directamente cuando vienen a consulta, que qué está pagando, no? o sea, por no solamente llevo a mis paciente y todo eso...o sea, es maravilloso trabajar con ellos, pero y además de eso porqué todo lo demás? o sea, qué culpas están pagando? Y si hacemos un análisis vienen de familias donde la madre fue quizá muy controladora, pero este control ambivalente, no? de que yo lloro mucho y yo...pero es el control, no? y son hijas de familias así, donde el papá también puede ser o muy golpeador o incluso muy periférico, pero donde la figura materna, en ése sentido juega un factor importante. O sea, este control pasivo que alguna madres latina tienen, casi todas, no?

E.: Sí, absolutamente perverso, no?

L.: Así es, porque uno incluso se siente culpable de defenderse ante una madre que domina, no? entonces eso es algo que a mí me ha interesado por mí misma preguntar y casi todas tienen un perfil de madre parecido.

E.: Es que es muy particular porque bueno, todas somos como mujeres parte de una cultura...digamos de la misma cultura machista o patriarcal o como quieras llamarles pero el modo en que se eligen las profesiones, como vos estás señalando, ésta fundamentalmente y por otro lado cómo las mira la sociedad, qué es una enfermera.

L.: Lo ven como un profesional de segunda. Aunque uno les explique, no ella es licenciada, sí pero es enfermera. O sea, no puede pasar de más. Incluso hemos visto que hay enfermeras que han...me ha tocado verlas, que se han desempeñado en otras áreas porque pues no les satisface, o sea son como las que se salen del molde y hay médicos que yo los he escuchado decir bueno y esta que está haciendo ahí, si es enfermera. Entonces esa parte en nuestro medio está como bien clara, no? es de segunda y uno ya sabe que va a ser de segunda. Incluso yo diría bueno quizá no tuvieron recursos económicos para estudiar más, pero es impactante ver que hay personas que pudieron quizá haber estudiado otra cosa, porque sí pudieron...no sé, ir a la UNAM,

no es tan caro estudiar aquí en México...algunas otras cosas, y sin embargo decidieron ser enfermeros porque les gusta.

E.: Sí...y las consultas que hacen las enfermeras...por empezar, del porcentaje, del cien por cien de las enfermeras, el porcentaje que viene a la consulta, es alto? O es medio o es bajo, o es fluctuante

L.: Es medio, porque les da pena pedir una interconsulta y de hecho cuando han venido las chicas de aquí lo hacen a través de la supervisora, o sea, no vienen ellas a decir tengo este problema, si no que van con la supervisora...mamá supervisora y ella a su vez viene, nos dice, o sea nos traduce la información y pues sí por favor la pueden ver...y pues claro, o sea, sí!

E.: Y se mantienen en la consulta o son consultas rápidas?

L.: No, sí se mantienen. Las que han venido se mantienen. Son pocas pero se mantienen.

E.: Pocas las que se mantienen.

L.: No, pocas las...digamos, son medias las que vienen y se mantienen.

E.: Y de que área son las que vienen más?

L.: Pues de todos lados, eh? Realmente a mi me ha tocado...no puedo decir que hay más de algún lado. Lo que sí es que hay áreas que de repente...saltan, no? hace tiempo hubo un conflicto fuerte con las enfermeras de terapia intensiva porque empezaron a irse. Empezaron a renunciar y a renunciar y a renunciar. Entonces tuve que hacer una intervención en a nivel de todo el equipo de la terapia y sí, había ahí una persona que estaba causando problemas y que era la que supervisaba esa área.

E.: Se da mucho también esta tipología de que las supervisoras son como mucho más autoritarias?

L. Sí, eso es real.

E.: Y el maltrato a los varones? enfermeros varones? no es muy...

L.: Yo no...o sea, no. Más bien es así como que lo acogen como el hijo...

E.: Apapacho

L.: ...sí, como el hijo, no? de todas o como el que...el hombre de la casa, no? por decirlo de alguna manera

E.: Es que llama mucho la atención cómo se repite...hay como un imaginario muy infantil, no? en términos de padre y madre...

L.: Así es

E.: Y hay preocupación por parte de...haber, te pregunto esto para ver si está sistematizado porque pareciera ser que la salud de la enfermeras...probablemente los médicos, yo ahora también estoy viendo sólo esta parte, no? no tienen obligación de estar...o sea, no tienen atención médica sistematizada. No hay una obligación. Tampoco psicológica, si vienen bien y si no también.

L.: Así es. No hay obligación.

E.: Y eso cómo lo ves vos?

L.: Yo lo veo muy mal. Porque yo creo que...claro, yo estoy defendiendo mi área, pero yo siento que el formar grupos...hay un tipo terapia que se llama Grupo Bali donde se reúne a los grupos de profesionales, no solamente médicos sino enfermeros y a todo el equipo que trabaja en algún lado, para hacer catarsis y sacar todas las cosas y les funciona bien, porque lo que se hace con esta falta de valoración y de apoyo a los grupos es que de repente llega un momento en que la cazuela se llena de problema y se destapa...claro, después se vuelve a tapar pero otra vez empieza el conflicto, no? como que es la vida natural de todas las áreas, no? entonces yo siento que sí, yo creo que está mal que no se pueda dar este tipo de cosas.

E.: Como un seguimiento, no? en términos...porque qué pasaría si la enfermera tuviera un autoestima más desarrollada?

L.: Yo creo que estaríamos muy bien. Pero los médicos nos veríamos agredidos...o nos veríamos en posición desventajosa, no? Porque se evidenciarían errores que cometemos también. Entonces yo creo que es una situación que nos conviene a todos.

E.:Luisa, y qué pasa con el dolor y la percepción del dolor y la relación con el dolor? de estas mujeres y hombres, no? cómo ves vos, porque, una pregunta que yo siempre me hago es qué termina siendo el dolor para estas personas. Porque bueno, el sufrimiento psíquico es como muy lábil y uno tiene...pero además si el dolor es físico y uno lo puede estar viendo y puede estar...cómo se relaciona...cómo termina siendo...si vos pudieras hacer una historia, no? de la...no digo una taxonomía, o sea, no una clasificación si no como momentos de relación entre la enfermera y el dolor...no sé si puede

L.: Es muy difícil porque aquí tiene que ver la cuestión personal de cada quien. O sea, si bien todos tienen ciertos rasgos parecidos hay algunas circunstancias empezando por la etapa vital, no es lo mismo una enfermera más joven que una mayor y una enfermera que empieza puede ver el dolor como algo que no le corresponde todavía, entonces lo puede manejar con cierta frialdad, no? por decir. Y eso también podría presentarse en personas que ya con el transcurso del tiempo y por las experiencias que han tenido pues ya son más...se vuelven como duras, no? es que incluso ellas lo dicen; es que nos tenemos que volver duros porque si no nos relacionamos mucho. Pero la esencia queda porque hay casos y situaciones que les duelen, entonces yo creo que tienen encasado son situaciones que las hace crecer como seres humanos y las ayuda a soportar sus

propios dolores tanto físicos como emocionales como poder ayudar a la gente que está en estos procesos. Entonces yo siento que con el tiempo se sensibilizan un poco más.

E.: Escuchándote hablar más otras cuestiones que voy como recogiendo, me da la impresión que es una profesión de la soledad. No es una profesión...porque no hablan, o sea, no tienen un espacio para hablar de ellas. Están como...incluso yo acá en el curso les preguntaba, no? cómo...dónde veían qué hacer con el estrés de la terapia intensiva. Entonces, siempre terminan hablando del paciente. De qué hacer con el paciente y ellas no existen, es como una profesión invisible, no? en cuanto a reflexividad, hay como una...no sé como ves eso vos en términos de salud mental, porque, qué pasa con esta gente cuando llega a jubilarse y...bueno puede ser que busquen cuestiones sustitutas para seguir...pero qué le pasa a ellos.

L.: Se empiezan a enfermar y empiezan a venir como pacientes. Es que es un área...es difícil, eh? porque cuando le ha llegado la época de jubilarse la verdad es que se vienen para abajo, porque ya no tienen más su justificación. A quién más se van a dar.

E.: Entonces dependen de otra manera

L.: Así es, por eso te comento que tienen su estructura pasivo - dependiente instalada, no?

E.: Que bárbaro...y esta cuestión de la tanatología, vos me decías que también está como incursionando por esos espacios; ése es un espacio trabajado con los médicos, con las enfermeras, con los pacientes? en relación a quién trabajás ese espacio.

L.: Pues, lo trabajo en relación a los pacientes porque es un área que era mía. De hecho los médicos somos médicos porque le tenemos miedo a la muerte, entonces tenemos que tratar de estar cerca de ella para que nos toque lo menos posible. Somos tan cobardes que esa parte nos mueve mucho. Entonces hay personas que les interesa trabajar con eso, quizá porque su temor sea mayor. Pero por lo regular evitan hablar de eso, no? incluso el manejo a nivel de médicos es como traducir esto, no? porque llegan y los médicos tienen intersconsulta: no pues tengo un paciente de veinte años que creo que tiene tan tan tan y que puede morir en tanto tiempo. Eso conflictúa al médico porque dice bueno, yo estoy un poquito más grande que este chico y...y pero no lo hablan a sí en términos directos, digo...

E.: Emocional

L.: ..."pues le podrían echar un ojito? no se valla a deprimir" "le podrían ver tal cosa"...pero no se lanzan ellos a hacer el nexo que es lo ideal, que el médico tratante sea el que acompañe. Y la enfermera, yo la siento más cercana pero como que...o sea, más potencialmente cercana pero como que no se atreven a dar ese paso, no? a decir seré capaz de llevar esta carga? Porque aparte del cuidado cotidiano, a parte de...le voy a tomar la mano y le voy a ayudar a bienmorir. O sea, yo siento que es una carga más.

E.: Sí, quizás escuchándote me da la sensación me da la sensación de que todo se vuelve carga más que energía canalizada porque si todo esto uno en vez de sumarlo lo articulara en la propia profesión, no? le daría...me da la impresión, digo...y para mí es importante conversarlo con vos

porque bueno, voy pensando muchas cosas y yo de verdad quiero que esto sirva y que pueda ser como una propuesta con sentido, tampoco agarrada de los pelos, no? pero me da la impresión...por ejemplo en Argentina, en el paso por la formación de médicos y enfermeros el bautismo es terrible, el bautismo desde mi modo de ver es poner al que se recibe en situación límite para que se desconecte de sí, no? por ejemplo el que más recuerdo, el último que yo después me fui de ahí, es que lo encerraron con un paciente que estaba moribundo ya. O sea, lo encerraron, se murió el paciente y el estaba encerrado (un varón). Cuando se dio cuenta de que se había muerto salió a buscar a alguien y estaba encerrado con el muerto entonces el horror fue tal que, bueno, él no lo podía manejar, no? entonces bueno, lo pudo hablar conmigo, pero no sabía que hacer con ese horror, con esa angustia y ese espanto. En Argentina hay mucho índice de adicciones, no? alcoholismo, drogas...pero hay como una obligación de desconectarse de sí para poder trabajar con esos niveles, no? Yo no sé si acá que todo es mucho más...yo no pareciera más amoroso, no? no hay otros modos de desconexión.

L.: Sí, mucho se desconectan a través de la broma, el humor. Eso tiene mucho que ver con las características del cuerpo médico, nos reímos de todo. De hecho el ambiente y lo sabemos, los ambientes de cirugía son muy pesados porque ya se...o sea, no quiero generalizar, pero las enfermeras en esa área son bastante más...cómo diría...

E.: Irónicas?

L.: Más irónicas, más bromistas con lo médicos. Entonces si uno pudiera entrar...cuando uno entra a las áreas del quirófano es una cosa...mucho chiste, mucha risa...obviamente no quiero decir que en todas, no? pero por lo regular el ambiente del área quirúrgica es muy disipado, no? muy disipado, entonces eso es una parte que se maneja mucho entre nosotros.

E.: La tensión, no? es como...una necesidad de la tensión. A mí me llamó la atención en este grupo, les pregunté...porque te digo, hay algunas que además de hacer esto trabajan, o sea estudian, trabajan. Hay una que me preocupa mucho, que yo creo que está sobrepasada, no? Pero...les pregunté porqué elegían y me dijeron porque estamos locas nomás. Asumen como una locura compartida digamos, por lo que era, no? por lo que era y porque posiblemente los que estamos en el ámbito de la salud estemos enfermos. Esas fueron dos respuestas que me llamaron la atención, no? Esto te lo pregunto en relación a la cuestión de la muerte, así como cuál es la relación con el dolor, cuál es la relación con la muerte. Porque es como muy rara la relación que hay...por lo menos las enfermeras que he entrevistado, no?

L.: Pues esto que tiene que ver con el área médica, que es lo que yo he trabajado un poquito más, también se puede aplicar a ellas porque es el luchar con algo que les genera mucho miedo, no? Yo hace algún tiempo les di...bueno hace poquito les di una clase de esto, de elementos de tanatología...porque eso no se puede ver tan fácil, es así como trabajarlo con cada quién y manejar su propia muerte...pero cuando yo les he pregunté: ¿Ustedes han pensado como se quieren morir? o sea, es una pregunta tanatológica que es básica porque si queremos trabajar con la muerte de los demás primero tenemos que trabajar con la nuestra. Entonces hubo gente que se puso mal, realmente mal, porque es una forma de no hablar de eso y trabajar junto con ella para que no nos toque de cerca, no?

E.: Vos hacés grupos con estas chicas que están estudiando, trabajás para el paciente o trabajás para ellas? cómo es...qué es lo que te piden curricularmente?

L.: Bueno, lo que me piden curricularmente los que organizan el curso es algo para los pacientes pero yo siempre les trabajo algo para ellas también porque es otra vez entrar en el mismo...situación, no? Si les puedo dar todo lo que quieren de benzodiazepinas, de antidepresivos, que si los tubos, que si...o sea, ok, eso viene en los libros y lo podemos revisar bien pero la parte de ellas, qué van a hacer con sus propias cosas? eso no se pide nunca y ahora yo les dije, que le gustaría que pudiéramos manejar y ellas pidieron una clase de manejo de estrés, pero para ellas y sí se les va a dar.

E.: Vos sabés que yo tuve una reunión, la primera, que fue la presentación que trabajaste...

INTERRUPCION

E.:...yo te preguntaba esto porque en una oportunidad hicimos una charlita ahí con ellas, no? y a mí me da la impresión que era como que por primera vez se ponía a pensar qué les pasaba a ellas cuando se les moría alguien, no? qué era...no digo que sea así, daba la sensación, no? como que sí se prestaron y rápidamente como que...qué nos pasa cuando se nos muere alguien y a donde vamos a contar lo que nos pasa, no? estaban como...ellos y ellas. Pero después me dio la sensación como que de eso no hablemos mejor, no? Entonces en ese sentido va esta pregunta, no? porque a mí me parece que la formación en terapia intensiva debería tener un gran cuidado del sujeto que está en el ámbito, no? porque además tenés muy pocas horas curriculares verdad? en relación al resto.

L.: Sí, así es.

E.: No y eso me parece importante confirmarlo con vos, no? porque...

L.: No, de hecho sí, así es y es un área de trabajo que nos ha costado ciertas dificultades empezar a abrir. O sea, la importancia incluso en este lugar que se pide tanto la excelencia en todos los ámbitos y la buena calidad y la calidez, aún en eso no se dan espacios para eso, no? para hablar de las propias cosas y yo creo que es un área que se ha dejado de lado pero porque nos mueve a todos.

E.: Y con la jefa de enfermería ahora, actualmente, no hay una mayor preocupación? o no habría una mayor posibilidad de implementar como parte de la actividad de la enfermera un espacio de tratamiento terapéutico de la tarea cotidiana?

L.: Yo creo que sí se podría hacer una cosas así, las cuestiones, como aquí si la situación jerárquica es importante y la persona que antes estaba coordinando nuestra área no le daba mucha importancia a eso, no porque no la tuviera si no porque no contaba con la gente que quisiera trabajar en ello. Pero ahora ya están abriendo otros cauces que quizá podría utilizarse.

E.: Te pregunto porque sí me gustaría hacer...dejar registro, no? de esta posibilidad porque además es un deseo de mucho años y bueno, primero pregunto si es posible, si es...porque por

ejemplo, yo he estado...porque yo siento que de alguna manera la calidez también es parte de la técnica de atender bien, más que un proceso interno de relación con el mundo. Como que se está tecnicizando, no? el ser cálido como parte de la atención y la eficiencia. Entonces me parece que se va a perder la persona otra vez y eso va a ir en contra del paciente también, no?

L.: Sí porque uno se proyecta con los propios métodos, eh? Realmente. A nosotros se nos hace más fácil porque sabemos. Si yo llego con un paciente y me quedo especialmente mal o especialmente alegre o especialmente enojada yo ya sé, por mi propio proceso psicoterapéutico qué fue lo de ese paciente que me movió a mí y sé cómo podérselo regresar positivamente a él y a mí, incluso saber si me retiro o no me retiro de ese caso. Eso yo creo que lo deberíamos de poder hacer todos.

E.: Claro, contratransferencia.

L.: Así es

E.: Sí, yo creo que es un...y sí quiero hacer como una recomendación y las enfermeras me piden. O sea, yo estoy siendo muy cuidadosa en no hacer devoluciones ni de currículum ni de nada hasta que yo no tenga más claras las cosas, pero si es posible, porque he estado yo por ejemplo, cuando traspasan un turno al otro; el traspaso de un turno al otro, es...bueno, a lo mejor vos has estado, no? pero es terrible, terrible. Porque todo el traspaso y no hay una mínima emoción, ni de los pacientes, ni de ellas, ni de nada!

L.: Es técnico.

E.: Todo, cuántos milímetros, cuántos centímetros, todo rápido, rápido y eso creo que...en ese sentido va también mi pregunta, no? si la...si esta patología de la compasión o esta posibilidad reparadora de la compasión; que tanto está ligada a este maltrato, no? en término de autodesconocimiento, no? porque como todos proyectamos nuestros...si no hay manejos de eso cómo se están proyectando la enfermeras.

L.: A través...o sea, son personas que no expresan sus enojos ni sus afectos positivos ni los negativos, como ya vemos, de manera adecuada. Incluso eso se manejó en la clase, cuándo es que pueden decir ellos que un cliente me cayó mal. Una enfermera no puede decir eso, pero es real, porque estamos trabajando con seres humanos, no con máquinas y hay gente que nos cae mal de entrada y existe la química y existen muchas cosas. Entonces la forma en que lo manejan es, como no pueden expresar la reacción, es en este tipo de pequeñas cosas, no? En ponerle el pie al médico que las trata mal, en decirle a su compañera del siguiente turno "ándale manita, rápido que ya me tengo que ir"..."no pues a mí ya no me tocó"...las de la mañana les dejan cosas a las de la tarde...y eso es la queja general y es así como los pequeños desquites de no poder expresar los afectos...sobre todo los negativos.

E.: Hay Luisa no, no sabés...es que me encanta. Voy a poder volver a hablar con vos verdad?

L.: Claro que sí.

E.: Porque sobre todo me gustaría poder profundizar este aspecto de lo tanatológico, bueno, que además me seduce mucho, no? cómo lo estás manejando vos, cómo lo estás manejando con los pacientes, cómo se está manejando con las enfermeras y sí me gustaría que pudiéramos charlar un poquito más con tu vivencias con la atención de SIDA.

L.: Ok, sí, eso tiene otras repercusiones para mí.

E.: Ah, sí? Porqué?

L.: Porque tengo personas muy cercanas que son HIV+. Yo creo que es lo mejor para ellos y para ti. Sí y cómo ha cambiado, de los primeros tiempos del SIDA a ahora. Sí a cambiado

L.: Yo de médico tengo...bueno, doce años. Entonces a parte a mí se me ha...o sea, sí he tenido oportunidad de ir la viviendo, cómo era antes y cómo es ahora..

Entrevista 14. Médico especialista en Nutriología. Internista. Hospital Salvador Subirán

Estela: Podemos comenzar contándome porqué sos médico.

Ed: Bueno, yo...yo tuve un momento difícil cuando decidí elegir mi carrera, sin embargo, analizando primero mis características mi persona y mis posibilidades pensé que era la manera más inmediata que yo tenía para hacer bien a la gente. O sea, el servicio directo con las personas. Porque se puede servir a la gente en cualquier actividad ciertamente, pero estar en contacto con las personas es una cosa que es más reconfortante, no? Y de alguna manera iba a ser útil. Iba a ser útil por mis características, por mis peculiaridades y a lo mejor también por mis debilidades...no lo sabe un muy bien pero creo quede allí partimos, de la necesidad de servir, sí?

Est.: Y en tu familia había...o sea, tenías gente que estaba vinculada a la medicina?

Ed.: Directamente de la familia no, pero había amigos con los que de alguna manera estuvimos relacionados. Pero nunca hubo un patrón o un ideal que yo tendría que emular. No, de hecho todas mis tendencias cuando adolescente estaban dirigidas a...quizás al desarrollo de algunas habilidades como bellas artes por ejemplo, me gustaba la arquitectura, alguna vez pensé en estudiar filosofía...pero no, nunca hubo una persona que me atrajera tanto como para emularla. De familia nadie.

Est.: Y a qué edad decidiste ser médico?

Ed.: Yo supongo que a los 16, 17 años.

Est.: Ah, eras muy chico.

Ed.: Sí.

Est.: O sea que cuando iniciaste la prepa?

Ed.: Eh...al término de la prepa yo ya estaba prácticamente...

Est.: Convencido.

Ed.: Seguro de que iba a ser médico.

Est.: Y porqué elegiste esta especialidad después?

Ed.: Bueno, esto fue una situación accidental y a veces los accidentes son benéficos y lo favorecen a uno en el curso de la vida; el curso y eventualmente la evolución, porque creo que eso es...que uno busca evolucionar. Yo decidí la Nutriología porque...mi conocimiento se estaba diluyendo mucho. En la medicina el conocimiento es un campo basto y es imposible que un solo hombre pueda manejar todo. Muy a pesar de mis principios que yo manejaba considerando que el médico como individuo, solo, podía ser capaz de ofrecerle a los enfermos todo me doy cuenta que estaba equivocado, entonces decido que mi campo tiene que hacerse más limitado, reducido y finalmente... pues creo que eso es lo que hace que un hombre se convierta en experto y en función de esa experiencia y ese conocimiento bien manejado pues uno ofrece más posibilidades ahora sí a los enfermos. Y el accidente vino en función de una oportunidad que no debe de dejarse pasar nunca; me puedo haber arrepentido de haber venido aquí, pero me hubiera arrepentido más de no haber venido, eso es un hecho. Creo que me hace más eficiente el haber estudiado esta especialidad...como haber estudiado cualquier otra, el conocimiento se reduce pero es un manejo más fino.

Est.: Antes eras internista? Fuiste mucho tiempo internista?

Ed.: Sí, fui internista...

Est.: Internista es como generalista acá, verdad?

Ed.: Sí, es un término que se utiliza en algunas partes del mundo, sin embargo los internistas tiene ciertas tendencias o son propensos a estudiar más sobre alguna patología o alguna especialidad. Sin embargo la gente no alcanza a darle la dimensión a lo que un internista hace. Un internista maneja el concepto romántico, el concepto total de la atención al enfermo...que me parece muy válido pero a la vez me parece muy débil, con una posibilidad extraordinaria de frustrarse y esa posibilidad de estar frustrado puede dañar mucho, no solamente al individuo sino en la relación con las gentes.

Est.: Y eso te pasó?

Ed.: No necesariamente. Estaba llegando a un punto donde estaba viendo que podía llegar a un principio de incompetencia y llegar a un principio de incompetencia es una cosa realmente horrorosa, no? Entonces afortunadamente no llegué a mi principio de incompetencia...y no he llegado todavía.

Est.: Y hacías siempre medicina hospitalaria.

Ed.: Medicina hospitalaria y privada. Claro, con un enfoque muy universal y no por eso malo, pero empecé a notar que mis propios colegas empezaban a perder espacio. El mundo se veía tan bien que mis colegas de la misma especialidad perdían espacio y eso es pues muy preocupante. Entonces la tendencia era que en algún momento dado las especialidades como esta, como la cirugía, como la pediatría, como ginecología y la obstetricia iban a desaparecer eventualmente o iban a quedar confinadas a la atención exclusiva de los enfermos en el hospital y estar bajo la tutela o bajo el mando de alguien que está en un sistema hospitalario o de seguridad social es realmente preocupante. La decisión es trabajar directamente con lo enfermos y bueno, por supuesto la medicina interna como cualquiera de las otras que mencioné no puede estar desligada de la actividad hospitalaria. Es un complemento. Sin embargo me parece incluso hasta absurdo que en muchas partes del mundo los médicos tengan que dar medicina privada;

la medicina tendría que ser medicina de hospital exclusivamente, pero bueno estamos hablando de un sistema ideal de la medicina. Una lucha.

Est.: Y no te cansaste? En ningún momento sentiste cansancio de ser médico?

Ed.: Sí, en algún momento. Recuerdo muy bien que tuve una sesión en la cual invité a cinco médicos de diferentes edades a principios de año y yo fui el moderador de la mesa. Los médicos y la mayoría dieron sus puntos de vista al gremio médico de lo que venía en este milenio, en este 2000 que es así como muy enigmático pero que ya lo estamos terminando incluso, sí? vamos a la mitad. La última pregunta que se les hizo fue que si volverían a estudiar medicina; fue muy sorprendente porque de seis de las gentes que estábamos allí presentes cuatro contestamos que no volveríamos a estudiar medicina y los que contestaron que volverían a estudiar medicina era porque tenían posiciones políticas que mantener y por supuesto debían de crear feeling con el público.

Est.: No podían contestar otra cosa...y vos porqué no volverías a estudiar medicina?

Ed.: Porque hay un desgaste muy importante, el desgaste está en función de la incapacidad de poder hacer una buena medicina, no en todos los sitios se puede hacer una buena medicina. Hacer como que uno hace es realmente engañarse a uno mismo, pero finalmente cuando llega la noche, cuando uno está solo se va dando cuenta que pues uno no se puede engañar a sí mismo. Entonces hacer una buena medicina implica recursos, implica que a la gente le importe hacer una buena medicina, que a los gobiernos les importe tener hospitales donde se practiquen los estándares más altos y eso no se ve en todas partes, en muy pocos sitios, si acaso uno o dos sitios en todo el país en diferentes países. Creo que ese un factor, el segundo factor es que cuando uno nace uno a la medicina uno nace desposeído de muchas cosas. Es increíble pero los médicos empezamos en una empresa a los veintisiete años, a los veintiocho años y muchos de nosotros no tenemos un peso en la bolsa. Eso es muy preocupante, es muy preocupante porque haber estudiado tantos años, tanto tiempo, tantos espacios, en muchos sitios, muchos sabores, muchos aciertos también; pero llegar a un punto en el que uno se da cuenta que tiene que iniciar es realmente decepcionante...decepcionante. Creo que ese es el principal punto de partida de una cadena de malestares que se dan posteriormente. Eso es lo que yo siento porque tiene uno

que iniciar de nuevo y de nuevo y de nuevo. Y luego viene el asalto al corazón, a la mente, a la moral, al patrón de comportamiento con respecto a los enfermos: de cómo tiene uno que atenderlos, porqué tiene uno que atenderlos. Pues resulta que esto de apostolado se convierte en una situación que no es práctica hoy y a definitivo. Es impropio y ahí es donde empiezan a existir los conflictos: conflictos de permanencia, de permanencia en la actividad que uno eligió y vienen las ideas encontradas, vienen las posiciones y vienen las eventualidades del trato justo, el trato a disgusto y bueno, se mecaniza tanto la actividad de la medicina que pues a veces ni se logran los mínimos recreos en un proceso de atención.

Est.: Es bien complicado eso. En términos de cómo manejan en el Colegio Médico estas cosas, se habla de estas cosas? tienen un espacio para hablar de estas cosas como profesión, como lo que está del otro lado de lo que se hace.

Ed.: No, yo creo que el Gremio Médico es un gremio muy desordenado, es un gremio muy desorganizado, es un gremio sin brújula que finalmente viene a reunirse cuando aparece la fila de gentes que han sido inculpadas o que han sido demandadas por la práctica negligente, por accidentes que no han sido intencionales pero al margen de esas circunstancias creo que los médicos están muy dispersos y bueno, yo creo que siendo la medicina una actividad profundamente humana pues no se puede esperar más que uno demuestre los aspectos más oscuros de la actuación humana. Si bien es cierto que el celo profesional es una constante en las actividades humanas, en el ámbito médico es muy interesante el concepto del celo profesional. Porqué? porque el satisfactor es algo que le hace a uno mantenerse prácticamente de pie. El satisfactor tiene que ver con la recuperación de la salud de algún individuo, con la cura, con algo quirúrgico, la posibilidad de apoyar o de ayudar a alguien a que tenga un niño, asistir a una gente a que se muera, al bien morir y lo más importante es, a parte del reconocimiento profesional, el reconocimiento a la disposición que uno tiene para atender el problema y eso no todos los médicos lo pueden juzgar porque se requieren características, requiere ser peculiar y a parte se requiere trabajo, además del conocimiento y habilidades técnicas.

Est.: Trabajo en qué sentido?

Ed.: Trabajo para con el enfermo. Es decir, porque allí si estoy totalmente convencido que la relación del médico con el enfermo tienen que ser lo más solidaria y auténticamente bien estructurada. Eso sí no se puede, de ninguna manera, ni maquillar ni medio simular que uno la está haciendo bien.

Est.: Eso de peculiar digamos...esto que estás diciendo y que lo decís así con mucha...suavemente intenso, cómo...cómo se aprende, donde está...cómo se llega a ser eso en el ámbito de la...cómo hacen los médicos para ser...

Ed.: Peculiares?

Est.: ...peculiares sutilmente porque vos hablas como de un vínculo, como...

Ed.: Sí, yo pienso que el espacio más importante, el aparador más bonito que uno puede poner al enfermo es hacerle entender que uno entiende lo que le pasa. Eso hace peculiar al médico y hace

peculiar la relación del médico con el enfermo, al margen del problema que traiga el enfermo, pero que alguien que busca un apoyo o una ayuda sepa que alguien le entiende lo que le está sucediendo, esa es la prioridad en el encuentro entre dos personas: una que busca y otra que va a dar. Entonces la peculiaridad es el momento, la peculiaridad es el encuentro y la peculiaridad es la individualidad. Y yo creo que no todos los médicos pueden ser peculiares y por lo tanto no pueden hacer peculiares sus momentos. Es decir se requiere algo que no se enseña en las aulas, algo que no se enseña ni en los textos sino que es como una especie de herramientas o una única herramienta que uno tiene disponible para el momento, que ha uno configurado o que ha uno diseñado con el paso del tiempo, con la experiencia, con la cultura del individuo ahora del médico y que la hace eficiente para dar suficiente.

Est.: Pero eso es como...o sea, entiendo lo que decís pero bueno, yo...o sea, no me parece que sea como muy común, algo debería haber para que...qué se pudiera hacer o qué entendés...dónde lo aprendiste vos, cómo lo aprendiste vos y porqué no lo aprenden otros? Qué pasa en el ámbito de la formación...

Ed.: Lo que yo pienso es que...desarrollar una habilidad, porque esta sí puede ser una habilidad, es tan solo conocer los recursos que uno tiene y conocer los recursos que uno tiene no solamente es saber donde están sino identificarlos y utilizarlos, eso es lo que le hace uno ser mediana o completamente diferente y yo creo que buena parte de esta situación tiene que ver con la personalidad del individuo y por supuesto ahí está implícita la historia familiar, la cultura del médico que yo creo que es fatal porque creo que pues un médico poco tiempo tiene para conocer las expresiones artísticas, porqué? porque vive la mayor del tiempo metido en el hospital, en las tareas asistenciales...o inmerso en un mundo lleno de conceptos técnicos que le hacen que se pierda de la verdadera realidad, porque eso es...o sea, se vive un mundo de ficción la mayor parte de las circunstancias o de las ocasiones y estos patrones son patrones aprendidos; son patrones aprendidos y las escuelas y no me refiero a las universidades sino a las diferentes corrientes para enseñar la medicina, son corrientes que han dejado de lado el concepto de entender qué es lo que le pasa con los enfermos, porque un enfermo va con uno, con otro y un tercero y hasta un quinto médico; y todos capaces técnicamente, competentes y llegan con un sexto médico que lo único que hace es escucharlos y eso hace la diferencia. Creo que hace falta mucha sensibilidad por parte de los que enseñan, hace falta una manera auténtica de quitarse esa máscara y despojarse de conceptos prejuiciosos para entender que los humanos somos así, muy planos, planos hablando de sencillez. Y que las medicinas finalmente muchas tienen implícito un desorden psicológico, por supuesto que lo tienen y hace falta saberlo nada más, para tratar de entenderlo. Al margen de que el currículum de las áreas médicas o biológicas está cargado de conceptos técnicos, está cargado de conceptos muy tendenciosos. No es nada extraño que hace un número...diez años quince años atrás, la medicina tendió a vivir una...un caos en el concepto de socializarla y en ese hacer social la atención de las poblaciones en el área médica, se cubrieron muchos espacios, se cubrieron grupos, se cubrió gente, pero se olvidaron de los individuos, entonces la inserción de materias a la currícula de las universidades fue una situación muy dolorosa, porque promovió durante buen tiempo gentes que se preocupaban por estudiar la antropología social, que se preocupaban por estudiar la obra de Paulo Freire y bueno, muchas cosas extraordinarias, no por eso malas pero estaban desfasadas y en este momento están desfasadas. Están desfasadas porque el giro que se dio fue un giro muy violento, del norte se cambió al sur y ahora se quiere retomar algo que es muy difícil que

los médicos jóvenes puedan aplicar porque fueron educados con un concepto totalmente diferente. Por otro lado está la tendencia totalmente técnica del médico frío, del médico imparcial...no imparcial, impersonal y cada día se estaba menos en contacto con los enfermos, eso es cierto, cada día se ve menos al enfermo; un ejemplo muy tácito es el cirujano: que entra a operar y sabe que nada más va a quitar una vesícula, sabe que va a quitar un tumor del estómago, quita le vesícula o quita el tumor del estómago, sale del quirófano y finalmente nunca supo ni siquiera cómo se llamaba el paciente, nunca lo supo. Eso creo que es una situación extrema y a veces peligrosa. La despersonalización no solamente se da en el gremio médico, eso virtualmente se reflejará en la actividad y en la cotidianeidad de ese cirujano. No puede uno desprenderse lo que uno hace en el trabajo para lo que uno hace después con los amigos, con la pareja, con los hijos. Es un círculo que es muy difícil de romper.

Est.: Es como muy complicado lo que estás planteando en términos de...de qué hacer, no? Yo siento que hay como una pérdida del sentido, no? en términos de cómo recuperar ese espacio, que habría que hacer?

Ed.: Qué habría que hacer?

Est.: Qué harías vos?

Ed.: Creo que es un proceso lento, doloroso, porque finalmente se tendrían que aplicar disposiciones que reglamentaran cómo se ejerce la medicina, que reglamentaran qué calidad de medicina se otorga y que se formaran consejos que no estuvieran matizados de política ni de intereses grupales y que realmente se hiciera un concepto de colegiación de la buena atención a cualquier enfermo. Habría que certificar si los médicos están haciendo bien las cosas, habría que ver quién le está dando fe a esa certificación y habría que reinventar...recuperar lo poco que se pueda de ese sentido de responsabilidad, para que los médicos trabajen por gusto, que trabajen por convencimiento y no que trabajen por un salario o por un concepto de honorario que puede ser extraordinariamente alto y que finalmente eso es lo que le va a dar el satisfactor inmediato y más importante. Yo creo que ese sería el entendido de trabajar con la gente que ya está formada. En el futuro inmediato qué haría el que habla para evitar este tipo de situaciones; bueno, yo pienso que habría que cerrar las escuelas de medicina un buen tiempo, habrá que seleccionar de una manera cuidadosa, ordenada y auténtica a los que aspiran a ser médicos...las universidades tienen una vuelta extraordinaria de esto que sucede, las públicas porque tienen sus componendas, porque tienen sus políticas...

FIN LADO "A"

Ed.: ...la privada porque tiene el concepto de que el que paga es el que manda y eso es muy peligroso porque se está dando el fenómeno de que la mayoría de las universidades de paga resulta que son las que están ahora encabezando las listas de las mejores universidades, lo cual puede ser una situación no cierta, puede ser un fantasma, pero hay que tener mucho cuidado con eso. Creo que un término justo sería exigir que hubiera una recuperación monetaria; que el alumno aporte, que pague y que se discipline a las asignaturas y a los maestros que les tocan, porque la medicina debería de retomar su rumbo en función de rescatar los conceptos tradicionales de cómo se enseñaba antes y aprovechar los recursos actuales del aspecto técnico

que son muy importantes. Hoy día por ejemplo, los médicos tenemos posibilidades de ponernos en contacto en espacio de minutos con gente en Sudamérica, en Europa, en USA, podemos vernos a través de cámaras, podemos hablar de enfermedades; pero poco intuiremos que se puede hablar de enfermos. Hoy la escena es cada día más alejada de la escena donde el médico, los estudiantes o los que fomentan o procuran la salud están a la cabecera de un enfermo, lo atienden, platican, no es inusual que conozcan su nombre y conocen la enfermedad y conocen el número de la cama...y no es que esté cayendo en un concepto de alarmista pero muy a pesar de la edad que tengo, que soy el único joven, pienso que es una situación terrible que se vive y no solamente en México, en otras partes del mundo también. Sin embargo pienso que las gentes que están al frente del grupo de estudiantes son gentes que no son competentes. Son gentes de escritorio. También hay otras que hacen proyectos bonitos, que hacen programas extraordinarios, pero que les falta ubicarse, poner los pies sobre la tierra y en medicina poner los pies sobre la tierra significa conocer los espacios físicos con nosotros los pacientes con cáncer, conocer a los pacientes con problemas cardiovasculares, conocer a los pacientes con trastornos psiquiátricos...los diferentes contextos son los que se tienen que conocer. Yo creo que es donde fallan y mucho los programadores. No conocen las realidades, no conocen cómo piensan los médicos, no conocen porqué los estudiantes quieren ser médicos.

Est.: Sí, no es una cuestión menor, no es para nada una cuestión menor. El olvido del sujeto es el olvido de la vida de alguna manera, por más que estés al servicio de la vida del otro, entonces es que...además me parece como bien peculiar...como yo lo percibo, no? una búsqueda del éxito así...técnico muy fuerte en el ámbito de la salud...y también con las enfermeras. A tal grado que me da la sensación...la sensación, no digo que así sea, eh? trabajando en el hospital, que también la eficiencia de la calidad al servicio del paciente también se está tecnificando, no?

Ed.: Sí, por supuesto.

Est.: O sea, se trata bien al paciente y todo, pero no es...digamos, ya es como una técnica, no? " Qué tal, cómo le va, cómo está..." hasta se tecnifica la calidez, porque después vos le preguntás al paciente ¿ y usted sabe qué tiene? Nada, los parientes...nadie sabe qué tiene...pero lo tratan bien, o sea, qué es tratar bien; el otro se está muriendo y no sabe ni de qué, no? o sea...pero el manejo del saber, no? entonces me parece que estás diciendo una cosa como...como muy importante en términos de formación, por eso a vos te gusta enseñar?

Ed.: Yo creo que al margen de las posibilidades de enseñar que pueden ser... insospechadas, porque se enseña hasta de cómo se para uno, yo creo que es una manera de seguir aprendiendo, enseñar es seguir aprendiendo. Pero sí, finalmente todo converge al punto de mejorar porque creo que eso es lo interesante, que cada quien trate en su espacio de mejorar las circunstancias actuales. Porque dejar que un grupo político, un grupo médico, el gobierno, los universitarios se encarguen de los cambios va a ser muy difícil. Es una labor multidisciplinaria, es una labor de todos. Yo creo que el principal involucrado en esto es el médico, pero los médicos no toman ese bastión. No lo toman porque están más preocupados por otro tipo de situaciones y los pacientes son tan exigentes que le piden a uno la atención inmediata y cuando uno se las otorga bueno, ellos piensan que uno está dispuesto a atenderlos a cualquier momento pero este trabajo...un trabajo es un servicio, por supuesto, no? pero yo siempre he puesto un ejemplo en el que si el enfermo deja de tener un médico, el médico puede también dejar de ver un paciente. Sin

embargo esa realidad en que el portarse bien o el no portarse de acuerdo a lo que está establecido en la sociedad, en el grupo médico, en los famosos juramentos de Hipócrates lo hacen a uno que se genere un sentimiento de culpa y el sentimiento de culpa pues lo hace a uno ser bonachón o por lo menos estar sujeto a demandas que uno no quiere cumplir a veces. Yo pienso que si el médico fuera suficientemente capaz de rechazar, con toda justificación y con toda la conciencia plena, en un momento no crítico la atención de un enfermo lo puede hacer perfectamente. Eso le daría al médico más posibilidades de ser dueño de su hacer y de su posibilidad de ser. O sea, porque nuevamente los médicos no han logrado entender eso, ni la sociedad se lo va a permitir ¿porqué? porque ya se ha generado un vacío allí, se ha contemplado al médico como a un valuarte o como a una personalidad obligada y dedicada a atender la exigencias en cualquier momento y en cualquier circunstancia, de quien lo solicite. Cuando los médicos están bajo esa presión no tienen tiempo, no tienen tiempo ni siquiera de desarrollar un espacio, de darse un momento para poder enseñar...no digamos a los internos sino a otras gentes, entonces ahí se trunca realmente el proceso de promover las cosas nuevas. Sin embargo enseñar tiene sus ventajas...y desventajas con los enfermos...las cosas se hacen más ágiles, se disipan las dudas, se fortalece la relación, eventualmente desde el punto de vista del mercado tendrás la posibilidad de atender más gente, porque es un hecho que el enfermo te va a recomendar, te va a seguir frecuentando...y hay algo que los médicos no entienden, que enseñar a otros, sean a los colegas, los discípulos y finalmente también a los enfermos, es una estrategia de mercado. Yo pensaría que si los profesionistas al margen de la medicina pensarán que enseñar es una estrategia tendríamos una perspectiva diferente de la vida profesional.

Est.: Sí, yo creo que es terrible el tema de...porque bueno, en la antigüedad los maestros, los grandes maestros...eran maestros...o sea, fueron grandes porque supieron enseñar. Coincido con vos, creo que es como haber perdido un instrumento también de mercado, no? porque es una cosa impresionante lo que puedes hacer con el enseñar, desde la perspectiva que lo estás diciendo. Yo me acuerdo que tomé unas notas cuando vos dabas...por eso yo te pedí también hacer la entrevista, porque vos dijiste...corregías la...cómo se escriben las palabras...a ver, como fue la...no me acuerdo cual fue la palabra que...dijiste que...no me acuerdo, una palabra bien...pero hiciste referencia que cuando uno aprende aprende a vivir, bueno, esto que estás diciendo, cuando uno enseña enseña para algo, desde cómo se para, desde...pero me llamó la atención, ahora lo voy a buscar porque lo anoté, porque además les enseñabas a decir las palabras correctamente y además les decías, que suele decirse de esta manera...porqué le hiciste referencia a eso. Entonces, que pasa con el ámbito de la formación del médico; de qué se forman, en qué se forman, para qué se forman. Qué pasa con la relación médico - paciente, médico - enfermera, médico - médico?

Ed.: Bueno, yo creo que la formación del estudiante de medicina es una formación muy débil, es una formación extraordinariamente superficial, es una formación de conceptos y no se analiza ciertamente el fondo de estos conceptos. Creo que los docentes, al margen de sus decepciones, son malos. La mayoría da clases no porque estén convencidos de querer dar medicina sino por el estatus universitario, por la eventualidad de que uno de los hijos de ese profesor llegue a aspirar a alguna carrera y que no le cueste trabajo entrar a la universidad, por la jubilación que se le otorga, por engrosar el currículum o por el mero hecho de ser profesor de la universidad. Nada más alejado de la realidad ni nada más absurdo. Creo que realmente hay grandes maestros fuera de las salas y yo no pienso que se tenga que tener un espacio para enseñar, cualquier

arena es buena, cualquiera. En cuanto se le enseñe al estudiante como a la enfermera como al colega, desde como uno habla, como uno se peina, como uno se arregla. El lenguaje y no solamente ese lenguaje verbal, sino ese lenguaje corporal. El lenguaje no verbal es realmente interesante. Sin embargo creo que el fantasma que se ha...del que se ha apoderado la medicina, es eso una situación muy inverosímil y se manejan conceptos que en este momentos que son improcedentes, a los estudiantes no se les habla de la realidad que tienen que enfrentar cuando salen de las aulas, no se les dice como tienen que manejar un enfermo...y bueno, y a nadie le importa enseñar en este momento. Eso es lo peor de los casos, lo peor que le puede pasar a un grupo como tal. Entonces la apatía en la que se ha caído es casi universal y las circunstancias económicas de los países, de México en este caso, han hecho que uno piense en sobrevivir antes que enseñar, hay gente que se preocupa más por sobrevivir que por enseñar. Yo pienso que allí hay un concepto muy, muy doloroso pero a la vez relevante en lo que está sucediendo con el grupo médico en el país y en muchas partes del mundo. El único país donde los médicos ganan extraordinariamente bien es con nuestros vecinos del norte. Los demás o están sujetos a una reglamentación de seguros, están en las instituciones, están en el gobierno, están en empresas; pero nadie es capaz de ser dueño de sus mismas actividades. Eso también es muy frustrante desde el punto de vista de empresario, el concepto empresarial es muy frustrante. Porque la medicina puede ser una empresa como tal y las empresas pueden hacer las cosas perfectamente bien, pueden tener números negros perfectamente bien y todo el mundo puede trabajar muy satisfecho, muy contento, muy dispuesto, con tiempo y con posibilidades de hacer lo que se tiene que hacer. Pero hay un concepto que es importante, el de las situaciones extraordinarias, solamente el que hace ese hecho extra es el que logra destacar de los demás, pero eso lleva mucho tiempo, mucho esfuerzo, mucho desgaste, mucha entrega, mucho olvido de uno mismo; pero finalmente puede ser una manera de sentirse más satisfecho. Cómo se llevan los médicos con el grupo paramédico, con la enfermeras...yo creo que es muy desgastante...no, no es desgastante, no es el término correcto; se ha desgastado mucho la relación entre el médico y la enfermera, sí? Los médicos ya no ven a las enfermeras como parte importante, las ven como alguien que obligadamente tiene que hacer las cosas y se olvida uno que la enfermera buena parte del tiempo la pasa con el enfermo y que la enfermera a veces conoce más del enfermo que los médicos. El concepto que el médico ha manejado en los últimos años de sentirse diferente a sus colegas lo hace también sentirse muy por arriba del grupo de enfermeras. Entonces la relación es una relación tirante, obligada, es una relación innecesaria, pero es una relación...no es sana la relación, es una relación...muy dañada. Y sus compañeros, los mismos médicos, adolecen de incapacidad para superarse y la forma más fácil de tratar de destruir lo que el otro hace es...destruyéndolo, minimizando y no dando el reconocimiento que realmente se merece. Siempre las cosas que hace el otro son secundarias, regulares...porque son tramposas. Y eso es realmente alarmante, yo creo que sí es alarmante, no hay una relación afectiva, ni siquiera de conveniencia, para sobrevivir.

Est.: Suena como tirano

Ed.: Es que eso es, la práctica de la medicina es una...es una lucha, constante. No solamente se lucha con la...contra la enfermedad, se lucha contra el sistema, se lucha contra las disposiciones gubernamentales que son arbitrarias en muchos de los casos, la mayoría de las situaciones son arbitrarias...tuvimos un secretario de salud aquí en México que era...

Est.: Economista?

Ed.: No!! un licenciado. Es más, es todavía, es imposible. Eso nada más habla de la incapacidad de construir la vida del país de una manera ordenada. Pero ya ese no es el punto que nos interesa tratar aunque si es...capaz de reformar. Entonces el médico lucha y pues no llega a ninguna cosa, nunca tiene un triunfo. Todo su trabajo es estéril. Por eso tanto encierro en la comunidad médica, por eso poca disposición para darse a otro gremio que no sea el médico, por eso esa desviación del médico de estar platicando exclusivamente de medicina cuando está con sus compañeros médicos. Son absurdos, son absurdos; no se puede platicar de otra cosa más que del ambiente médico. De hecho yo he propuesto una tesis en la cual los médicos, desde el momento en que entramos en el hospital, no estamos en un ambiente sano. La mayoría de nuestros enfermos...están enfermos, y están enfermos físicamente y psicológicamente. Es decir, nosotros no hacemos una medicina que pudiera ser más satisfactoria porque aún en el campo técnico muchas de las ocasiones perdemos. Porque al médico le han enseñado que es capaz de resolver todo, incluso a veces se cree que puede evitar la muerte y como la muerte y la vida - que tampoco es el punto a tocar a hora - son la misma cosa pues los médicos a veces no alcanzan a entender que la gente tiene que morir; porque sino, pues ya somos veintitantos millones de habitantes y ya no caben más gentes; se requiere más oxígeno, se requiere que se cumpla el ciclo vital; es necesario que suceda esto...y como la muerte es una tema que causa mucho dolor pues uno se complace la mayor parte de tiempo tratando de jugar a que es Dios y que es omnipotente y pues es una situación falsa. Ello radica pues, en el punto en el cual muchos médicos logran caer en la charlatanería, logran desviarse del profesionalismo...quiero decir que hay alguien, como el paciente, que quiere que alguien le diga que tiene remedio, que puede curarse; los enfermos a veces quieren escuchar lo que les conviene escuchar.

Est.: Alguna vez sentiste eso? Te sentiste Dios alguna vez?

Ed.: No, no. La ocasión en la que me he sentido más satisfecho es una ocasión en que estaba en una gasolinera y llega alguien y me dice: "Doctor, cómo está? Se acuerda de mí?" y le dije " No, discúlpeme, pero en donde..." "Con mi papá?" y le dije " No, disculpe..." " Como no, en el hospital, cuando mi papá se estaba muriendo" y yo le dije " Y está bien?" Yo con miedo de que me dijera que ya había muerto, y me dice " Está muy bien y se acuerda mucho de usted y nos dice cómo usted se lo arrancó a la muerte". Fue el momento que yo me he sentido más satisfecho. Y después hice memoria, era un enfermo que había tenido una traba cardiorrespiratoria y lo único que hicimos nosotros es un concepto técnico al que está todo médico o personal capacitado para llevar a cabo, que es la respiración cardiopulmonar. El paciente tuvo un trastorno al ritmo cardíaco, le dimos la asistencia y el paciente a lo mejor duró un tiempo sin tener actividad eléctrica en el corazón pero finalmente la recuperó. Yo no sé que habrá sentido para que el paciente haya dicho eso, pero no, nunca he sentido más de eso. Creo que sí he sido muy congruente con mí pensar y con mi hacer y con el conocimiento de mis fortalezas que sé que tienen sus límites, entonces si yo fuera Dios no tendría límites por supuesto.

Est.: Y que te pasó con tus primeras muertes?

Ed.: Bueno, yo creo que fuero sentimientos encontrados. Primero desesperanza, incapacidad, nostalgia...no sé, evoqué el recuerdo de mis padres, evoqué el recuerdo de mi familia, a lo mejor en ese momento creo que pasaron por mi mente las personas que más quiero o que quise en ese momento; pero me llegó una certidumbre de que tenía que suceder y que yo era nada más una persona que estaba para vivir el tránsito de los individuos, eso es todo. La muerte es una etapa como los es el nacimiento, la vejez, la adolescencia, la niñez; creo que hay momento en los cuales uno se compenetra más con los enfermos, por supuesto el trato continuado, la empatía, creo que esa es la cuestión interesante el término empático es algo que los médicos deberían más de tratar de ser, ser más empáticos con nuestros enfermos, ser más empáticos con sus colegas, ser más empáticos con sus enfermeras, ser más empáticos con sus estudiantes. Empático quiere decir eso, solamente que me pongo en tus zapatos y sé dónde te aprietan. Entonces es cuando más duele, perder no solamente a un enfermo con una patología X sino perder a un amigo o alguien con quien uno hizo más familiaridad.

Est.: Y estas cuestiones...una cosa que a mí me...en el marco de esto que estás planteando, no? Qué hacen los médicos con todo eso que les pasa, adonde van?

Ed.: Bueno, parte...les produce amargura. Se convierten en médicos exitosos, con reconocimiento muy banales, muy efímeros y bueno, esto es algo que tiene que ver mucho con el rango de valores que tiene que ver con el rango de valores que tiene; y bueno, hay gente que es extraordinariamente feliz con las cantidades de dinero que gana o por lo menos no tienen el suficiente momento de introspección para darse cuenta que no debe ser tan feliz como él piensa que es, sin embargo en algún momento creo que logran entenderlo porque se dan cuenta que no saben que gastar su dinero, eso ya es una incapacidad. Yo creo que otro tanto de esa energía generada es una energía muy positiva, no todo es malo, hay quien de alguna manera crece, se fortalece y trata de cultivar. Cultivar pues los éxitos que son muchos, cultivar el conocimiento que se adquiere de la experiencia, que eso es invaluable y yo creo que el paso del tiempo...alguien me decía: Cuando a uno empieza a gustarle la filosofía es porque o ya está viejo o empieza a acercarse a la muerte...ni estoy viejo ni he pensado en morirme; pero yo creo que cuando uno se da cuenta que hay detalles que lo han ubicado a uno en una dimensión diferente, aunque sólo sea por un espacio de milímetros con respecto a otro, y esa dimensión es mejor, yo creo que es cuando uno empieza a darse cuenta que uno tiene que ofrecerle algo a otras personas. Y ya no solamente uno es bueno desde el punto de vista técnico con sus enfermos sino que uno se regocija en enseñarles a otros lo que uno ha a prendido y que le ha resultado útil.

FIN CASSETTE N° 1

Est.: Esto que terminas de decir vos, cuando uno se da cuenta, lo que provoca. Tenés...bueno, creo que es porque te gusta, a lo mejor... no sé que tan conscientemente lo vengas teniendo como el placer de darte en el enseñar, pero evidentemente se te...ve el placer de darte en el enseñar.

Ed.: Yo...y yo tendría esto como premisa, que uno tiene que hacer las cosas porque le gustan, sí? y yo les he dicho con mucha frecuencia a mis estudiantes eso: que las cosas las tienen que hacer porque creen que... porque creen en lo que están haciendo, primero, y segundo porque tendrán que entender que es la única manera como pueden estar más allá, como pueden trascender. La

enseñanza es algo que le hace a uno trascender, entonces trascendencia es estar donde uno no está, eso es trascender, sí? Entonces es un concepto que siempre he ponderado y esgrimo cada vez que trato con alguna persona en ese sentido. En el terreno de comprender la dimensión del ser humano, de comprender la dimensión del compañero, de comprender la dimensión de la enfermera y el contexto de lo que todos esos personajes significan. Deslindarse o más bien dicho actuar de manera independiente o querer actuar cada quien por su obra, hablar por su misma idea cada quien sin precedentes. Cuando la gente está convencida de que lo que está haciendo es bueno y va a generar un beneficio, creo que es el momento en que uno tiene que explorar la eventualidad de convertirse en portavoz de un conocimiento, no en maestro, porque el término de maestro a lo mejor puede ser tan sencillo como decirle sigue aprendiendo a través de enseñar, entonces no sería maestro sino sería un estudiante permanente, sí? Y bueno, pues yo creo que para mí sería un halago tener noventa años y que me consideren un estudiante, verdad? estudiante de que? De la vida, de las personas, de lo que yo hago. Creo que cuando uno empieza a darse cuenta de que todavía se alcanza uno a maravillarse de las cosas que está aprendiendo, es cuando uno empieza a ser suficientemente capaz de entender que apenas empieza a descubrir el camino. Porque cuando uno ya no se maravilla de las cosas pues uno se queda varado, entonces esa capacidad de maravillarse es algo que uno no debería de perder, es implícito en cualquier actividad humana. Y finalmente lo que le enseñan a uno los pacientes es que uno no tienen toda la razón todo el tiempo, porque los enfermos suelen curarse aún en ausencia de los médicos, eso lo ha demostrado perfectamente el tiempo, la historia lo ha escrito. Los médicos no necesitan...los enfermos no necesitan de médicos en muchas ocasiones, es un hecho, es algo que el médico es renuente a entender, a aceptar, a aceptar más que a entender. Porque los médicos se consideran extraordinariamente importantes e indispensables, cosa que les carga más el costal de la arrogancia y de los factores negativos que se tienen. Pero bueno, finalmente a lo mejor hay médicos que son exitosos en el ámbito profesional, son exitosos financieramente, son exitosos en el trato a sus enfermos y hasta en los sitios que van ocupando, no? pero creo que todo esto es en función también de ver qué lo que se entiende por el éxito, no? ese no es un concepto que se enseña en las escuelas...se enseña cobrando en las escuelas, cómo se va a enseñar entonces a que la gente pondere qué es el éxito, es algo realmente muy complejo. Esto me parece que es así como el aspecto sexual, nadie habla de sexo porque pues uno tiene miedo incluso uno al conocimiento de su propio sexo, sí? Y bueno, como que resulta como para iniciados o para gentes extraordinarias...o locas, tocar es conocer. Sin embargo es sorprendente ver la cantidad de patología que hay en el área médica, patología mental. Todo esto crea una cantidad de problemas que no le hacen a uno fácil el ofrecer un servicio de salud. Ese es un hecho muy cierto y muy doloroso.

CONCLUSIONES

Recapitulación: perspectivas metodológicas y teóricas.

Como se puede apreciar a lo largo de la lectura de esta producción, dos fueron los desafíos que se pretendieron abordar en el proceso de investigación a) los relacionados a aspectos metodológicos; y b) los vinculados al fenómeno social trabajado como problema.

a) En cuanto a la perspectiva metodológica.

Esta es una investigación que no se restringe a "verificar" y/o "demostrar" un fenómeno social asumido o reconocido a partir de datos que den cuenta del mismo. Tampoco busca reducir la realidad del problema a cuestiones teóricamente aceptadas por la comunidad científica (criterio de autoridad); ni "describir" sucesos y/o acontecimiento en el plano morfológico de la realidad. Por el contrario, la búsqueda de esta indagación partió de construir un problema de carácter social que permitiera, en su aprehensión, hacer un "uso crítico de la teoría"²⁸³, la cual siempre esta presente en la configuración del ángulo de conocimiento de quien investiga.

Se intentó, como se explicita a lo largo de los capítulos anteriores, recrear una estructura categorial que, además de organizar una postura epistémica, al situarlas en la realidad recortada permiten ahondar en la complejidad del problema delimitado. Este proceso permite abrir el razonamiento constructor a nuevas teorizaciones en la medida en que se recupera el problema desde su especificidad histórica.

Lo anterior significa llegar a cuestionar lo que se sabe del problema al que se hace referencia, en este caso: *la construcción del espacio relacional en el cuidado de enfermería en situaciones de alto riesgo – físico y psíquico -*.

²⁸³ -. Se hace aquí alusión al texto "Uso Crítico de la Teoría" de Zemelman Hugo. Edit. SXXI. 1985

Este modo de concebir la investigación conforma un ángulo epistémico que adquiere relevancia en su vértice – el que da orientación y densidad sintética a las construcciones posibles en los límites de este ángulo – en una propuesta epistémica definida: *epistemología de la conciencia histórica*²⁸⁴ o *del presente potencial*, propuesta que abreva en una larga tradición de pensadores críticos como pueden ser Ernest Bloch, Husserl, Gramsci y de la Escuela de Frankfurt como Adorno; entre otros.

Desde esta *postura* epistémica, en el marco metodológico que se ha dibujado, se convocó a teóricos del interaccionismo simbólico y de la sociología comprensiva como pueden ser: George Simmel²⁸⁵ – y su aporte a la valoración de lo “microológico” en el estudio de lo social –; Alfred Schütz²⁸⁶ y su “filosofía fenomenológica de la acción social”, como la llama Joan – Carles Mélich²⁸⁷; Norbert Elias²⁸⁸, Erving Goffman²⁸⁹; y Rodolfo Kusch²⁹⁰ – antropólogo creativo y propositivo para el pensamiento latinoamericano –.

De igual modo, fueron iluminadores algunos de las muchas reflexiones que abre desde la filosofía moderna Friedrich Nietzsche en el hermoso texto que es “La genealogía de la moral”²⁹¹; así mismo se consideraron las aportaciones provenientes del psicoanálisis en autores tales como Piera Aulagnier²⁹² y del

²⁸⁴.- Propuesta epistémica desarrollada por Hugo Zemelman. Entre sus textos más relevantes se encuentran: “*Los horizontes de la Razón I y II*”. Edit. Antrhopos 1992. “*Sujeto existencia y potencia*” Op.cit.; “*Problemas Antropológicos y Utópicos del conocimiento*”. Edit. El Colegio de México. Jornadas núm. 126. 1996 reed. 1997. Estos textos entre otros.

²⁸⁵.- El texto básico desde el cual se trabajó fundamentalmente modos de relación es “*Estudios sobre la forma de socialización*”. Edit. Alianza Universal. 1977

²⁸⁶.- Un texto sustantivo y sugerente en el estudio de la relaciones intersubjetiva es Schutz, Alfred “*La construcción significativa del mundo social*”. Op.cit.

²⁸⁷.- Filósofo Barcelonés contemporáneo.

²⁸⁸.- Dos de sus obras sugerentes: “*Humana conditio*”. Edit. Península. 1988 y “*Conocimiento y Poder*”. Edit.

La Piqueta, 1994

²⁸⁹ Dos de sus textos iluminadores: “*Internados*” y “*Estigma*”, de Amorrrortu,

²⁹⁰.- “*Obras completas*” Edit. Fundación Ross

²⁹¹.- Edit. Alianza. Reed. 2000

²⁹².- Dos de sus textos han sido sustantivos en diálogo con ella: “*La violencia de la interpretación*” Ob. Cit. y “*Los destinos del placer. Alienación, amor, pasión*”. Op. cit.

gran pensador greco francés Cornelius Castoriadis²⁹³. Otro aporte sugerente y creativo se encontró en Raúl Páramo Ortega²⁹⁴, intelectual mexicano investigador de la Universidad Autónoma de Puebla.

Han sido estos – entre otros – los autores más significativos con los que se ha mantenido un mayor diálogo y con los cuales se han podido nutrir las observaciones de campo, así como las reflexiones de lo observado, las cuales han exigido, desde la perspectiva por la que se ha optado, *historizar* tanto a estos autores como al propio esfuerzo de lectura categorial para no entrapar los decires de estos intelectuales de su tiempo y sin tiempo de presencia.

b) En cuanto a la perspectiva teórica.

Es pertinente explicitar que lo que ha estado “detrás” de estas preocupaciones de investigación, ha sido una problemática mas compleja y profunda que se refleja en un fenómeno social particular: la *violencia cotidiana y sus efectos en la práctica social*. En este sentido fueron de gran utilidad los conceptos de *alienación, subjetiva y colectiva*, y desentrañar lo que de *violencia sutil* se naturaliza en la relación intersubjetiva y, por ende, social.

Retomando el motivo de estas consideraciones, en el marco investigativo señalado, podrían señalarse entre otros aspectos que la institución hospitalaria se sostiene en lo que podríamos llamar “la paradoja del sanar enfermando”, paradoja que dice mucho en la significación del lugar que ocupan los sujetos en los micro y macro espacios del sistema de salud.

Las mediaciones que hacen al encuentro intersubjetivo se mueven en una

²⁹³.- Uno de los textos que más se utilizado en esta instancia es “*El avance de la significancia*” Ob. Cit., uno de sus últimos textos de este autor, conjuntamente con “*Hecho y por hacer*”. Edit. EUDEBA 1998 (Castoriadis murió en Diciembre del 97). De igual modo “*El hombre Fragmentado*” Edit. Alianza 1992 y “*Sujeto y elucidación*”. Edic. cinco visión Bs.As. 1990

²⁹⁴.- Se hace referencia al artículo publicado en la revista “*Dialéctica*” núm. 32/99 “*Ética y Psicoanálisis – Hacia una ética (pagana) de la compasión*”.

sola dimensión del hacer: la cura biomédica, orgánica (de los órganos que se enferman) y los que acuden ya enfermos invisibilizando a quienes curan.

Las preguntas que se imponen, entre otras, son: ¿Para quién están hechos los espacios de salud?, ¿Cuál es su sentido social?, ¿Qué debería modificarse para que estos sean ámbitos de sujetos y no de sistemas de procedimientos?.

Indudablemente, una vez más podría decirse que la homogeneidad en espacios humanos es sólo una ilusión del poder dominante. En el contexto institucional hospitalario, la anormalidad podría representar un rasgo de esperanza.

Lo que más ha llamado la atención a lo largo de este trabajo, es el “descuido” de la persona que late detrás del rol de enfermeros y enfermeras. Este descuido tiene que ver con des-responsabilizarse de los costos humanos que tiene este trabajo. La soledad y el dolor acallado que son algunas de las características centrales de esta profesión, en la cual la mayoría de quienes la desempeñan son de bajo origen social, hacen que el imaginario primigenio de servicio, sacrificio y caridad se refuercen en un posible sentimiento de búsqueda de reparación o compensación de las propias experiencias vividas. Esta aparente búsqueda de la reparación constante, contribuye a mantener vigente lo que termina configurando una estructura profesional de dependencia al servicio y de subvaloración. Vigencia que, en la actualidad, se enreda con las demandas de las políticas públicas, lo que conlleva a una forma de agudización del paradigma víctima - victimario, tanto en las relaciones intersubjetivas como en la lucha de poder por el control sin sentido que es uno de los aspectos constitutivos de la violencia sutil negativa.

Si a esto se agrega, como presión cotidiana, una organización basada en el *efecto kafka*, la presión a la que están expuestos estos profesionales es

intensa, lo que puede verse, fundamentalmente en las enfermeras, en un importante grado de sofocamiento del sentir, del placer, del asumirse sujetos de derecho quedando entrampadas entre el propio imaginario de la profesión y una práctica alienante que fija esquemas de comportamiento que se filtran y se refuerzan en la vida cotidiana de éstas y éstos trabajadores.

Este des-cuido se visualiza en la falta de estrategias de planificación hospitalaria que considere el trabajo de estos profesionales articulando mente-cuerpo; sentimiento-técnica; corporeidad-cuidado de sí. Una simple cuestión como acompañamiento psicológico para profesionales que atienden pacientes en terapia intensiva o SIDA, puede no tener grandes costos si se verifican las secuencias de incapacidades²⁹⁵ por estrés o por maltrato.

El paradigma víctima-victimario sazonado por una estructura autoritaria; patriarcal y militarizada e impregnada de diferencias de clase, contribuye a sostener una estructura de subjetividad y relaciones que, en tanto no se promueva conciencia de esta formas de estar siendo en el hospital, irán en detrimento de la propia eficacia y calidad que tanto se pregona. Esto lo hacen los sujetos, atados casi exclusivamente a técnicas, ya que no pueden conectarse ni consigo mismo ni con los demás. El dolor ante la muerte, la enfermedad, la angustia frente al padecer, el desamparo, es así anestesiado por falta de espacio donde ser trabajado.

Uno de los mitos mas fuerte que se ha ido repitiendo una y otra vez a lo largo de las entrevistas es que *"si no nos endurecemos no sobrevivimos"*. Esta creencia generalizada y asumida, y muchas veces justificada por los familiares de los enfermos, hace que no se busquen nuevas alternativas para metabolizar positivamente estas emociones que mas temprano que tarde se operan en el

²⁹⁵ .- Ausencias al trabajo.

accionar cotidiano. Es bueno recordar que, lo que no retorna por el lado de lo simbólico, retorna desde lo real y esto que retorna se llama subestimación, autolimitación y necesidad de reconocimiento que se trasluce en el complacer sin medida, en el servicio devastador que contribuye a seguir recorriendo *rutas de padecer laboral y subjetiva*. Estas rutas del olvido de sí, como padecer laboral y subjetivo, se instituyen desde la formación que naturaliza esta aptitud y actitud profesional, como estructurante de la profesión, lo que como acto sacrificial transforma en víctima a los propios profesionales de la salud.

Fue realmente llamativo como, a medida que se iban haciendo las entrevistas, los propios entrevistados iban dándose cuenta de lo poco sólido de estos argumentos. Los mismos entrevistados encontraban alternativas a sus propias afirmaciones y muchos de ellos encontraban hasta propuestas que pudieran viabilizar formas de “ablandarse”, en el sentido de romper el parámetro de endurecimiento interno, de anestesiar el sentir, sin que esto implique desintegración o falta de eficiencia en el rol.

Otro aspecto revelador es el sofocamiento de la conmoción ante la vida y la muerte. Estos mensajes explícitos, implícitos y mortíferos, van disipando un aspecto fundamental de la humanidad. El dolor frente a la muerte no es sólo “ante” sino que también expone la propia finitud, y acallar esta conciencia de sí es también acallar la vida; la conciencia de la finitud proporciona conciencia de lo vital, la cual permite hacer proyectos de vida, buscar formas de mejor vivir y sobre todo reforzar la intensidad de este vivir.

En relación a estas observaciones, cabe plantearse el problema de si tiene sentido y cómo recuperar la dimensión humana en los contextos institucionales, tema de gran discusión en la actualidad.

En efecto, el análisis de la salud como parte de una de las dimensiones

fundamentales de la vida plantea quizás uno de los problemas mas difíciles de resolver como son los procesos de deshumanización asociados al funcionamiento de la sociedad, especialmente cuando esta, la sociedad, disfraza u oculta el rostro humano detrás de las máscaras de lo roles.

Género, cuerpo y violencia sutil negativa, fueron las marcas que dejaron tanto los y las entrevistadas así como los registros realizados. La feminización de este trabajo, sellado por el paradigma víctima -victimario, se muestra descarnadamente en formas de relaciones y en la producción de sentidos y significados que, naturalizando una construcción social de clase y de género, legitima un orden que se manifiesta en el síndrome del maltrato. Los hombres enfermeros sospechados de ser gays, las mujeres en gran número golpeadas y simbólicamente golpeadoras, que no han logrado conformar una familia pero que sin embargo terminan cuidando a sus familiares, los bajos salarios y las mínimas expectativas de futuro, encasillan esta profesión en vínculos de subordinación inercial. Esta problemática se ve hoy injustamente reforzada por las actuales políticas públicas que pivotean sobre la reconocida tríada de calidad, eficiencia y producción.

Lo hasta aquí expuesto, nos vuelve a remitir a la gran discusión orientada a recuperar una relación dinámica entre sistemas y mundos de vida. En esto ha consistido el esfuerzo por contribuir a una búsqueda donde se pueda enmarcar el trabajo que se ha presentado.

BIBLIOGRAFIA

- Adorno, Theodor W. *"Dialéctica negativa"* Edit. Taurus. España. 1986. Reedición.
- Alnaes, Karsten *"Sabina"*. Edit. Siruela. España. 1996
- Amorós, Celia *"Hacia una crítica de la Razón Patriarcal"*. Edit. Anthropos. Barcelona 1991. Reedición.
- Antunes, Ricardo *"¿Adiós al trabajo?. Ensayo sobre la metamorfosis y la centralidad del mundo del trabajo"*. Edit. Cortez Editora. Brasil. 2001.
- Anzieu, Didier. *"El pensar. Del Yo-piel al Yo pensante"*. Edit. Biblioteca Nueva. Madrid. 1995
- Assoun, Paul-Laurent. *"Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma"*. Edit. Nueva Visión. Buenos Aires. 1998. Reedición.
- Aulagnier- Castoriadis, Piera *"El estado de encuentro y el concepto de violencia"* en *"La violencia de la interpretación"*. Edit. Amorrortu. Reedición. Argentina 1988.
- Barnett, Pearce *"Nuevos modelos y metáforas Comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad"* en *"Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad"*. Editorial Paidós. México. 1998
- Berman, Morris *"El reencantamiento del mundo"*. Edit. Cuatro Vientos. Sgo. De Chile. 1997. Reedición.
- Bravo, Peña Federico. *"Nociones de historia de la enfermería"*. Edit. Madrid. Barcelona. 1967.

- Briceño-León, Roberto, compilador *"Violencia, sociedad y justicia"*. Edit. CLACSO. Bs. AS. Argentina 2002.
- Bruner, Jerome *"Realidad y mundos posibles"*. Edit. Alianza. Madrid. España 1993
 - *"Actos de significado"*. Edit. Alianza. Madrid, España 1995. Reedición
- Buber, Martín *"¿Qué es el hombre?"*. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1949
- Butlher, Judith *"Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción"*. Edit. Cátedra. Valencia. España 1997
 - *"Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault"* en *"El género: la construcción de la diferencia cultural"* en Lamas Marta. *"El género: la construcción cultural de la diferencia sexual"*. Edit. Porrúa - PUEG. México 1997. Reedición
- Carles Melich, Joan en *"La Educación como acontecimiento ético"*. Edit. Paidós. Barcelona. España 2000.
- Cassirer, Ernst *"Antropología filosófica"*. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1997. Reedición.
- Castañeda, Imelda *"La Tlamatquiciti, Partera Azteca"*. Edit. CEEM. México 1990
 - Castañeda, Hierro y otras. : *"Enfermería, ¿cadena o camino?"*. Centro de Estudios de Enfermería Mexicana. (CEEM). Edit. AAPA UNAM. 1988.
 - Castañeda, Hierro y otros *"Enfermeras rompiendo barreras"*. CEEM. México. 1989.
- Castoriadis, Cornelius *"El avance de la insignificancia"*. Edit. EUDEBA. Bs. As. Argentina. 1997
 - *"Hecho y por hacer"* Edit. EUDEBA Bs. As. Argentina. 1998
(Castoriadis murió en Diciembre del 97).

- *"El hombre Fragmentado"* Edit. Alianza. Madrid. España 1992.
- *"Sujeto y elucidación"*. Edic. Cinco Visión Bs. As. Argentina 1990.
- *"Autogestión y autonomía de mando"* en *"La exigencia revolucionaria"*. Edit. Acuarela libros. España. Año 2000 .
- *"Socialismo y sociedad autónoma"* en *"La exigencia revolucionaria"*. Edit. Acuarela Libros. México 2000
- *"Lógica, imaginación, reflexión"* en *"El inconsciente y la ciencia"* Amorrortu editores. Bs. As. Argentina 1999.
- *"Las instituciones imaginarias"* Edit. Tusquet. España1994. Reedición.

- CONADEP *"Nunca Más"*. Informe de la Comisión Nacional sobre la desaparición de personas. Argentina 20° edición. 1995.
- Cruz Díaz, Rodrigo. Programa de *"Tradiciones teóricas en antropología"*. CIESAS. Doctorado en antropología social. 1° semestre 1998.

- D'Angelo; Carvajal; Marchilli *"Una introducción a Lacan"*. Edit. Lugar. Bs. As. Argentina 2000

- Deleuze, Gilles *"Spinoza: filosofía práctica"* Edit. Tusquet. Barcelona 2001
 - Deleuze y Guattari *"El Anti - Edipo. Capitalismo y esquizofrenia"* Edit. Paidós. Madrid. México 1995. Reedición.
- De Certau, Michel *"La escritura de la Historia"*. Cap.V *"Etnografía, la oralidad o el espacio del otro"*. Edit. Alianza. España. 1990
- Dethlefsen, Thorwald y Dahlke, Rudiger *"El camino a la enfermedad"*. Edit. Plaza y Janes. México 1999
- Dhilltey W. *"Crítica de la Razón Histórica"*. Edit. Península. Barcelona. España 1986

- Diccionario Escolar de la Lengua Española. Edit. Espasa Calpe reed. Argentina-México. 1995
- Dolto, Françoise "*La imagen inconsciente del cuerpo*". Paidós. España 1990. Reedición.
- Dri, Rubén "*El fenómeno básico de la violencia y la hipocresía*". Artículo publicado por diario Internet con motivo de la revuelta del Movimiento Piqueteros (movimiento de desocupados organizados en Argentina durante el segundo gobierno Menemista) Buenos Aires. 2 de Julio de 2002.
- Dussel, Enrique. "*La alteridad o la exterioridad del sistema*" en "*Introducción a una filosofía de la liberación latinoamericana*". Edit. Te-ixtli. Bogotá. Colombia.
- Elias Norbert. "*Humana conditio. Consideraciones en torno a la evolución de la humanidad*". Edit. Península. Barcelona 1988.
- _____ "*Conocimiento y Poder*". Edit. La Piqueta. Barcelona 1994
- _____ "*Compromiso y Distanciamiento*". Edit. Península. España 1990.
- Elizalde, Antonio "*La organización de las proposiciones*" en "*El corazón del arco iris*". Edit. CEAAL. Sgo. de Chile. 1994
- Enriquez, Eugéne "*La institución y las organizaciones en la educación y la formación*". Edit. Novedades Educativas. Bs. As. Argentina. 2002
- Feinmann. José Pablo "*La sangre derramada. Ensayo sobre la violencia política*". Edit. Ariel. 3° edic. Bs. As. Argentina. 1999
- Fernández, Lidia "*La subjetividad: opaco objeto de conocimiento*". en "*Tras la huella de la subjetividad*", cuadernos del TIPI N°6. UAM - Unidad Xochimilco - .1998
- Filloux, Jean Claude "*Intersubjetividad y formación*". Edit. Novedades Educativas. Bs. As. Argentina. 1996
- Foucault, Michel "*Hermenéutica del sujeto*". Edit. La Piqueta. España 1999;

_____ "*Tecnologías del yo y otros textos afines*". Edit. Paidós.
España 1996

_____ y Eduardo, Grúner. "*Nietzsche, Freud, Marx*". Edit. El Cielo por Asalto. Bs.As. Argetina 1995.

- Frankl, Víctor "*El hombre en busca de sentido*" Edit. Herder. (21° edición). 2001

- Freud, Sigmund. "*El malestar en la cultura*". Biblioteca Freud. Edit. Alianza. España 2000. Reedición.

- "*El yo y el Ello*". Edit. Alianza 1985. Reedición

- From, Erich "*El miedo a la libertad*". Edit. Paidós. España. 1999

- Furth, Hans "*El conocimiento como deseo*". Edit. Alianza. Madrid. España. 1990

- Galeano, Eduardo "*Las venas abiertas de América Latina*". SXXI. 1971

_____ "*Patas arriba. La escuela del mundo al revés*". Edit. SXXI. 1998.

_____ "*El libro de los abrazos*". Edit. Catálogos. 2002. Reedición.

- Gallo, Héctor y Céspedes, Gerardo "*Estado del arte de los estudios sobre violencia y subjetividad*" en "*Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia*". Edit. Universidad de Antioquia. Colombia. 2001.-

- Geertz, Clifford. "*Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura*" en "*La interpretación de la cultura*". Edit. Gedisa. Barcelona 1997. Reedición.

- Girard, René "*La violencia y lo sagrado*" Edit. Anagrama. Barcelona 1998.

- Gramsci, Antonio. "*Análisis de las situaciones. Relaciones de fuerzas*" en "*Notas sobre Maquiavelo, sobre la política y sobre el estado moderno*". Edit. Nueva Visión. Buenos Aires 1972.

- Hernández Conesa, Juana. "*Historia de la enfermería: Un análisis Histórico de los cuidados de enfermería*". Edit. Madrid, México. Interamericana Mc Graw Hill. 1995.

- | - Hanna, Arendt. *"La condición Humana"*. Edit. Paidós. México 1995.
- Héller, Agnes *"Una revisión de la teoría de las necesidades"*. Edit. Paidós. México 1996.
- Herbert, Marcuse. Para profundizar esta temática ver *"Eros y civilización"*. Edit. Planeta. coedición mexicana 1986.
- Hernández Tezoquipa, Isabel. *"Ideología y enfermería" en "Enfermería, ¿cadena o camino?"*. Centro de Estudio de Enfermeras de México.
- Hierro, Graciela *"La ética del placer"*. Diversa 16. UNAM. México. 2001.
 _____ *"Conclusiones" en "La ética del placer"* . p.p 145.
- Ibarra, Eduardo y Montaña, Luis. *"Mito y poder en las organizaciones. Un análisis crítico de la teoría de las organizaciones"*. Edit. Trillas. México 1987. Reedición
- Jamieson, Elizabeth Marian. *"Historia de la enfermería"*. México Interamericana. 1968
- Jung, Carl Gustav *"Simbología del espíritu"*. Como puede ser, entre muchos otros. Edit. Fondo de Cultura Económica. México 1984. Reedición.
- Kristeva, Julia *"El porvenir de la revuelta"*. Edit. Fondo de Cultura. México 1999.
 _____ *"Sentido y sin sentido de la revuelta. Una lectura psicoanalítica"*. Edit. EUDEBA. Bs. As. Argentina 1998.
- Kusch, Rodolfo *"Obras completas" tomo I*. Edit. Fundación Ross. Bs.As. Argentina 2000.
- Lamas, Marta (compiladora), *"El género: la construcción cultural de la sexualidad"* . Edit. Porrúa - PUEG. México. 1997. Redición.

- "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". En *"El género: la construcción de la diferencia cultural"* .Op. cit.
- Lander, Edgardo *"Colonialidad del saber en América Latina"*. Edit. CLACSO. 2000
- Lapassade, Georges *"La bio-energía. Ensayo sobre la obra de W. Reich"* Edit. Gedisa. Barcelona 1996. Reedición.
- Lévinas, E. *"De la existencia al existente"*. Edit. Paidós. México 1995. Reedición.
 _____ *"La huella del otro"*. Edit. Taurus. México 2001. Reedición.
- Lewkowicz, Ignacio *"Pensar sin estado. La subjetividad en la era de la fluidez"*. Paidós. Bs. As. Argentina 2004.
- Lipovetsky, Gilles *"La era del vacío. Ensayo sobre el individualismo"*. Edit. Anagrama. México 2003. Reedición.
- Lock, Margaret and Scheper, Hughes N. *"A Critical - Interpretative Approach in Medical Anthropology: rituals and routines of discipline and dissent"*. Carolyn F. Sargent y Thomas M. Janson Comp. *"Hand Book of Medical Anthropology Contemporary Theory and Method"* . Edit. Green Woord Press. 1996.
- Lefebvre, Henri. *"Lógica formal, lógica dialéctica"*. SXXI 18° edic. 1998
- López Austin, Alfredo *"Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas"*. Edit. UNAM. México 1990.
- López Sánchez, Oliva *"Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México"*. Edit. Plaza y Valdez. México 1998.
- Lowen, Alexander. *"La depresión y el cuerpo"*. Edit. Alianza. Buenos Aires; Madrid 1972.
- Marafioti, Roberto *"Charles S. Peirce: el éxtasis de los signos"*. Edit. Biblos. Bs. As. Argentina 2004.

- Mauss, Marcel. *"Ensayo sobre los dones. Motivo y formas del cambio en las sociedades primitivas"*, II parte de *"Sociología y Antropología"*. Edit. Tecnos. Madrid. España 1979. Reedición.

- Marcuse, Herbert *"Eros y civilización"*. Coedición Mexicana Planeta/Artemisa. México 1986.

- Martínez Benitez, Ma. Matilde (Coordinadora), Pablo Latapí, Isabel Hernández Tezoquipa y Juana Rodríguez Velásquez *"Sociología de una profesión. El caso de enfermería"* Edit. CEE. Centro de Estudios Educativos A.C. México 1993. Reedición.

- Maturana, Humberto en *"El sentido de lo humano"*. Edit. Hacchette. Sgo. De Chile 1993.

- Mato, Danil *"Estudios latinoamericanos sobre cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización"*. Edit. CLACSO. Argentina 2001.

- Miller Alain-Jaques *"Seminario. El deseo de Lacan"*. Edit. Atuel-Anáfora. 1997

- Marx, Karl *"El capital"*. Tomo I. Cap. XXIV. Edit. Fondo de Cultura Económica. México.
 _____ *"Introducción general a la crítica de la economía política/1857"*. SXXI. 27° edic. 2004.-

- Mélich, Joan-Carles, Bárcenas, Fernando. *"La educación como acontecimiento ético. Natalidad, narración y hospitalidad"*. Edit. Paidós. Barcelona 2000.

- Mier, Raymundo *"Bitácora de seducciones: contribuciones para la construcción de los conceptos de sujeto y subjetividad"* en *"Tras la huellas de la subjetividad"*. Cuadernos del TIPI Edit. UAM - Xochimilco. México, Julio 1998.

- Muñoz, Francisco. Universidad de Granada España. *"Los conflictos: algoritmos, sinápsis, sensores, dialéctica y mediaciones"*. Ensayo en Google

- Najmanovich, Denise *"Fronteras de la Corporalidad"* Programa de Seminarios por Internet <http://psiconet.com/seminarios>

- Nietzsche, Friedrich "La genealogía de la moral". Edit. Alianza. España 2000.
- Ortiz-Osés, Andrés. "El simbolismo y la escuela de Eranos" en Revista Anthropos núm. 153. Barcelona.
- Ortner, Sherry B.: " La teoría antropológica de los años sesenta". Edit. Universidad de Guadalajara. México.
- Páramo Ortega, Raúl en "Ética y psicoanálisis" - hacia una ética pagana de la compasión -" en Revista "Dialéctica". núm 32. México 1999.
- Piaget, Jean "El desarrollo del pensamiento en el niño" Publicaciones varias.
- Pichon, Riviére Enrique "Teoría del vínculo". Edic. Nueva Visión. Buenos aires. Argentina 1985.
- _____ "Psicología de la vida cotidiana". Edit. Nueva Visión. Bs. As. Argentina. 1995. Reedición.
- Puguet, Janine y Kaes, Rene "Violencia de estado y psicoanálisis". Edit. Círculo Editor. Bs. As. Argentina 1993.
- Quintar, Estela "Colonialidad del pensar y bloqueo histórico en América Latina". Publicación en curso. CELA. UNAM. México 2001.
- "¿Qué sentido tiene la investigación educativa en el actual contexto histórico social?. Inflexiones y reflexiones". Conferencia. Universidad Marista de Querétaro. Julio 2004
- "Deseo de saber, deseo de ser. ¿Cómo opera el deseo en los procesos de enseñanza y aprendizaje escolarizado?". Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile 1999
- Ravelo Blanca, Patricia , Pérez-Gil Romo Sara Elena , Ramírez Rodríguez, Juan Carlos (coord..) "Género y salud femenina". Edit. CIESAS, UDG, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán. México 1995.
- Ravelos Blanca, Patricia. "Trabajo, enfermedad y resistencia entre costureras de la ciudad de México. Un estudio acerca de sus representaciones,

experiencias y subjetividad". México. Edit. STPS. Colec. Cuadernos de trabajo N° 21. 2001

_____ *"Entre la realidad y la teoría: apuntes sobre un debate sociológico y antropológico"*. En Ramos, Rosa Ma. Eugenia Peña (eds.) *Estudios de antropología biológica*. Instituto de Investigaciones Antropológicas. UNAM. Vol. VIII, 1997

- Reich, Wilhelm *"La función del orgasmo"*. Edit. Paidós. México. 2000. Reedición.

- Ricoeur, Paul *"Freud: una interpretación de la cultura"*. Edit. SXXI. Reedición 1999.

| - Ricoeur, Paul *"La metáfora viva"*. Edit. Trotta. 2001

- Sampayo, Sonia. *"Cuerpo y aprendizaje"* en *"Soma"*. Edit. Diario de Abordo. Montevideo. Uruguay. 1993

- Schaff, Adam. *"Qué futuro nos aguarda"*. Edit. CRÍTICA. Grijalbo. Barcelona; España 1985

- Schütz, Alfred. "La situación cara a cara y la relación nosotros" en "La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva". Paidós. España 1993.

- Scott, Joan W. *"El género: una categoría útil para el análisis histórico"* en *"El género: la construcción cultural de la diferencia sexual"*. Edit. Porrúa. Coord. Marta Lamas. -

- Seoane, José - Taddei, Emilio, comp.. *"Resistencias Mundiales. De Seattle a Porto Alegre"*. Edit. CLACSO. 2001

- Simmel, George *"Sociología 1. Estudios sobre las formas de socialización"*. Edit. Alianza Universidad. España. 1986/1877. Cap. 3 "La subordinación", pp 147 a 264.

_____ *"Estudios sobre la forma de socialización"*. Edit. Alianza Universal. Madrid. España. 1977

_____ "*La tragedia de la cultura*" en "*Sobre la aventura. Ensayos filosóficos*".
Edic. Península. España 1988.

- Sperber, Dan, "*Etnografía interpretativa y antropología teórica*". Revista
Ateridades 1(1) pag. 111.128. México.

- Spinoza, Baruch. "*Ética. Tratado teológico-político*". Edit. Porrúa. México
1998.

- Tzvetan, Todorov "*Frente al límite*". Edit. SXXI . México 1993.

- Whorf, Lee "*La relación del pensamiento y el comportamiento habitual con el
lenguaje*" en "*Lenguaje, pensamiento y realidad*". Edit. Barral. España

- Winicott, Donal. "*Realidad y juego*". Edit. GEDI SA. España 2001. Reedición

- Zemelman Merino, Hugo "*Horizontes de la razón I*". Edit. Anthropos.
Barcelona. España 1992.

_____ "*Pensar epistémico y pensar teórico*". En *Perspectivas del
pensamiento crítico en América Latina*. Edit. SXXI . 2004.

_____ "*El pensamiento crítico y su expresión dialéctica*" en "*Problemas
antropológicos y utópicos del conocimiento*". Edit. El Colegio de
México 1997. Reedición.

_____ "*Necesidad de conciencia. Un modo de construir conocimiento*".
Edit. Anthropos. Barcelona. España 2001

_____ "*Racionalidad y ciencias sociales*". Revista Suplemento
de Anthropos núm. 45. Barcelona. 1994.

_____ "*Uso Crítico de la Teoría*" .Edit. El Colegio de México/ UNESCO.
México 1985

_____ "*Sujeto existencia y potencia*" Edit. Anthropos. Barcelona 1998.

_____ "*Uso crítico de los indicadores*". El Colegio de México. 1986

- _____ *"Conocimiento y Sujetos Sociales"*. El Colegio de México. 1997.
Reedición.
- _____ *"En torno del método de las mediaciones"*. pp.131 en *"Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento"*. Edit. El Colegio de México. 1997.
- _____ *"Voluntad de conocer. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico"*. Edit. Anthropos. 2005