

**Relación asistencial y grupalidades en la enfermería hospitalaria: el
caso del Centro Hospitalario Pereira Rossell.**

Tesis para optar al título de Magister en Psicología Social.

Autora: Prof. Adj. Lic. Gabriela Etcheverry.

Director de Tesis y Académico: Prof. Tit. Mag. Joaquín Marqués.

Montevideo, Abril de 2014.

Índice

Dedicatoria	Pág. 4
Agradecimientos	Pág. 5
Epígrafe	Pág. 6
Lista de siglas	Pág. 7
Resumen en español	Pág. 8
Resumen en inglés	Pág. 9
Prólogo (fragmentos iniciales del Diario de Investigación)	Pág. 10
Capítulo 1: Consideraciones Preliminares	Pág. 12
1.1 Presentación	Pág. 12
1.2 Fundamentación y pertinencia	Pág. 14
1.3 Estado del Arte	Pág. 15
1.4 Objetivos	Pág. 17
Capítulo 2: Marco Teórico	Pág. 18
2.1 Introducción	Pág. 18
2.2 Soporte epistémico	Pág. 18
2.3 Dimensiones de la grupalidad	Pág. 21
2.3.1 Dimensiones grupales	Pág. 21
2.3.2 Dimensiones organizacionales	Pág. 27
2.3.3 Dimensiones institucionales	Pág. 29
2.4 Producción de subjetividad	Pág. 32
2.5 Relación asistencial	Pág. 35
Capítulo 3: Metodología	Pág. 40
3.1 Metodología, métodos y técnicas	Pág. 40
3.2 Presentación del material	Pág. 43
3.2.1 Características y contexto de producción del material	Pág. 43
3.2.2 Codificación, emergencia de categorías, producción de temas	Pág. 44
Capítulo 4: Análisis y Discusión	Pág. 67
4.1 Análisis: Producción de temas	Pág. 67
4.1.1 Lo sociohistórico	Pág. 67
4.1.2 Tensión singular colectivo	Pág. 72
4.1.3 Organización y condiciones de trabajo	Pág. 77
4.1.4 Rol de enfermería	Pág. 79
4.2 Análisis: Proceso grupal	Pág. 83
4.3 Discusión	Pág. 87

Capítulo 5: Conclusiones

Pág. 95

Referencias Bibliográficas y Documentales

Pág. 99

*A mi querido hijo Joaquín,
quien con su alegría me posibilita ver lo que importa.*

In memoriam Ignacio.

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología por haberme hecho posible el tránsito por la Maestría en Psicología Social.

A mi tutor Joaquín Marqués, por su confianza y el aporte de su experiencia.

A mis compañeros del IPS, por su interés y respaldo permanente, en especial a los compañeros de la Comisión Directiva del Instituto, Enrico, Nelson, Darío, Soledad, Silvia, Juliana. A Laura López que estuvo ahí para auxiliarme.

A mis compañeros del EEFSS, por su soporte.

A mis compañeros del proyecto Agenciamientos de la Grupalidad, Beatriz, Jorge, Fernando, Sonia, Marcello, Natania, que son amigos de todas las horas, y con su compañía y sostén hicieron posible la realización de esta tesis.

A los compañeros de la cohorte 2009, que hicieron más alegre el trayecto por los distintos cursos.

A Fernando Levy quien, cual maestro realizó las correcciones ortográficas y de sintaxis.

A Sandra García Iroldi, que hizo la traducción desinteresada, al inglés, del resumen.

A los estudiantes que durante mis 28 años de docencia me desafían todo el tiempo a seguir pensando.

A los actores del CHPR, en especial a las enfermeras que nos hicieron partícipes de su vida en el hospital, así como a la USO en la persona de Elizabeth Bozzo, Italo, John, Nelson de León, que nos abrieron las puertas a la posibilidad de trabajar allí.

A mi familia más cercana, mi hijo Joaquín y mi compañero Rogel, que me sostuvieron durante el verano de escritura de la tesis, y que facilitaron mi dedicación.

Gracias a todos.

Placer en la ceguera. “Mis pensamientos” dijo el caminante a su sombra, “deben mostrarme dónde estoy: pero no deben dejarme saber hacia dónde voy”. Amo ignorar el futuro, y no quiero sucumbir por impaciencia y por anticiparme a degustar cosas prometidas.

Friedrich Nietzsche

La gaya ciencia.

Lista de siglas

CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell

USO: Unidad de Salud Ocupacional

CONAE: Comisión Nacional Asesora de Enfermería

FFSP: Federación de Funcionarios de Salud Pública

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud

FONASA: Fondo Nacional de Salud

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado

BPS: Banco de Previsión Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

CMI: Capitalismo Mundial Integrado

Udelar: Universidad de la República

Resumen en castellano

La presente Tesis desarrolla un trabajo de investigación cualitativa, cuyo foco principal son las conexiones entre la *relación asistencial* que sostienen las enfermeras del CHPR y las *grupaldades* desplegadas a partir de un trabajo de intervención. Se utilizó la Teoría Fundamentada como método de análisis, realizando asimismo un proceso de triangulación entre los documentos trabajados.

De la investigación surge la idea de que la Relación Asistencial puede ser concebida como nudo, compuesto por cuatro “hilos” principales: *lo sociohistórico, la tensión singular-colectivo, la organización y condiciones de trabajo, y el rol de enfermería*. Al tiempo que el trabajo distingue la singularidad de cada uno, establece conexiones entre ellos, lo que aporta complejidad a la investigación.

Asimismo, se aborda la problemática de la grupalidad, tomando como eje lo que emerge del *proceso grupal* desplegado en la intervención, sus efectos y consecuencias, primordialmente en su vínculo con la *relación asistencial*.

Esta investigación fundamenta su pertinencia en los principios que la sostienen y en los resultados esperados. En referencia a los principios, se destaca el soporte epistémico, que orienta el abordaje de objetos que no están claramente delimitados, sin abandonar la rigurosidad del análisis ni aislarlo del tejido sociohistórico del que es parte. Los resultados esperados, procuran poder dar cuenta de los beneficios de utilizar un dispositivo grupal para mejorar la relación asistencial, abordando así algunos de los padecimientos de la enfermería hospitalaria. Asimismo, el compromiso es el de elaborar insumos y aportes para la generación de políticas públicas orientadas a la temática.

PALABRAS CLAVE: enfermería hospitalaria, relación asistencial, grupalidad

Summary in English

This thesis develops a work of qualitative research, which main focus is the connections between the *health care relationships* held by the nurses of the PRHC and “*grupalidades*”¹ deployed from a work of intervention. We used the Grounded Theory as a method of analysis, making it also a process of triangulation between the documents worked.

The investigation shows the idea that the health care relationship can be conceived as a knot, composed of four main "threads": *the socio-historic, the unique tension individual-collective, the organization and working conditions, and the role of nursing*. While the work distinguishes the uniqueness of each one, it establishes connections between them, which bring complexity to the investigation.

In addition, it addresses the problem of the groups, taking as shaft which emerges from the *group process* unfold in the intervention, its effects and consequences, primarily in its link with the *health care relationship*.

This research builds on its relevance in the principles that sustain it and on the expected results. In reference to the principles, highlights the traditional epistemic support, which guides the approach of objects that are not clearly delimited, without abandoning the thoroughness of the analysis or isolating it from the socio-historic fabric which is part of that. The expected results, seek to be able to give an account of the benefits of using a device group to improve the health care relationship, thus addressing some of the sufferings of the hospital nursing. In addition, the commitment is to develop inputs and contributions to the generation of public policies aimed at the subject.

KEY WORDS: hospital nursing, health care relationship, groups.

¹ This term is derived from the word group, and involves a conception of itself, where it goes beyond the group as empirical object (phenomenological, visible) and it is understood as consisting of other dimensions, as institutional, political, affective etc.

Prólogo (fragmento inicial del Diario de Investigación).

¿Por qué relación asistencial y grupales en enfermería?

La materia de la grupalidad me ha impulsado desde los inicios de mi formación como psicóloga, pero viene enlazada con mis procedencias. Corresponde entonces un breve planteo a propósito de la implicación.

Un intelectual implicado, según la perspectiva de R. Lourau (1994), lo es siempre, en tanto sujeto sociohistórico y político; la implicación se “activa” en el encuentro con el campo. Ardoino (citado por Acevedo, 2002), sumándose a Lourau, propone por una parte una implicación libidinal, referida a la estructura psicológica de cada individuo, que determina la forma de observar al mundo y a los otros, los comportamientos en relación a esas realidades y la singular forma de ejercer la práctica. Y por otra parte, una implicación social o institucional, que es relativa a las determinantes culturales en general y la clase social de origen.

La procedencia de perspectivas formativas fuertemente impregnadas de enfoques políticos de izquierda, me llevó a ver el mundo como algo que debía ser cambiado, para resolver las injusticias sociales. Mientras era estudiante universitaria, a mediados de los años 80, el encuentro con algunos docentes devenidos luego en referentes académicos propició el conocimiento de autores como Enrique Pichon-Rivière, quien en aquel momento presentaba la alternativa de cambio posible, sin abandonar el ejercicio profesional ni las categorías de lo político –partidario- que en aquel entonces eran fuertes en mi pensamiento. Resuena en este momento aquella experiencia realizada por el autor en el entonces Hospicio de las Mercedes, cuando frente a la emergencia dada por la ausencia de enfermeros, propuso realizar un curso de enfermería con los pacientes que estaban en mejores condiciones, constituyendo para la ocasión espacios de trabajo grupal. El foco estaba puesto en la posibilidad de generar una adaptación activa a la sociedad, saliéndose de la mera acomodación a las condiciones de existencia. Pichon-Rivière me permitió obtener una respuesta respecto a cómo cambiar el mundo siendo psicóloga, donde la alternativa de los grupos parecía ser la más relevante.

No hay otra opción legítima para el médico de hospicio que una actitud dinámica capaz de transformar la dura realidad. Pero, por supuesto, con conciencia de que eso no se logra en forma individual. Es una tarea de todos. (E. Pichon-Rivière en Zito Lema, V. 1976, p. 75)

Otras procedencias del orden de lo socioeconómico y familiar diagraman la preferencia por una vida en común y en conjunto, apelando también a la consideración y el respeto por los colectivos como modo de existencia.

Actualmente no me es posible concebir los espacios de trabajo universitario sin la presencia de los otros, que ofician de soporte y sostienen las posibilidades de producción maquínica.

En referencia a la implicación institucional, es decir, la que señala las relaciones que establezco con el sistema institucional, el trabajo en la docencia universitaria hizo germinar dos interrogantes que, una y otra vez, vuelven a tomar fuerza para la acción del pensar: “¿de qué es producto un grupo?” y “¿qué produce un grupo?”, que se resumen en otra interrogante, que pese a ser menos conceptual no ha perdido su potencia, ¿qué pasa cuando un conjunto reducido de gente se junta?

La oportunidad de trabajar en 2005 con un grupo de enfermeros sobre sus padecimientos, dio lugar, “naturalmente”, a la posibilidad de pensar en dichos conjuntos para poder distinguir sus componentes y comprender sus relaciones, encuentros y desencuentros, así como los efectos a la hora de sostener una relación asistencial. El apriori establecido –también de la implicación- es el de que cuando un conjunto de personas se junta e “inventa” una tarea, se pueden generar condiciones para desplegar sus potencias, y en esa dirección, se puede cambiar, transformarse, devenir otro, mucho más que estando aislados.

Capítulo 1. Consideraciones Preliminares

1.1 Presentación

El tema central de esta Tesis es el de la conexión entre la relación asistencial y la grupalidad. Su origen es una experiencia de intervención realizada durante tres años por un equipo docente de la Facultad de Psicología², con enfermeras del CHPR. Un breve paréntesis en este punto: dado que el conjunto del personal de enfermería³ con el que se trabajó estaba compuesto en su gran mayoría por mujeres, se utilizará el vocablo *enfermera* para nominar al actor involucrado en la investigación. La decisión del uso del vocablo en su forma gramatical femenina no es ingenua, y tiene relación con lo que se trabajará luego en el análisis, cuando se distingan las significaciones imaginarias de la enfermería relativas al ser mujer. La intención es en este plano trascender el instituido que indica que la forma masculina es la inclusiva.

Dicha intervención fue la respuesta a un pedido que realizó la Comisión Interna del hospital (gremio filial FFSP) a fines del año 2005, por situaciones conflictivas que venían padeciendo dichas trabajadoras, fundamentalmente relacionadas con el vínculo asistencial. Luego del pedido inicial, se realizaron diversas instancias de gestión institucional, tanto con la Dirección del CHPR como con la USO, que avaló y habilitó el inicio del trabajo a inicios de 2008.

El primer movimiento fue la realización de una instancia de exploración, que se desarrolló a través de visitas a los lugares de trabajo de las enfermeras y de conversaciones informales con ellas. Dicha exploración tuvo como cometido principal entrar en contacto con el terreno de trabajo, para poder delimitar un campo de análisis e intervención (Baremlitt, 1992), y se llevó a cabo utilizando una forma principalmente etnográfica⁴, es decir procurando al tiempo que dar a conocer nuestro ingreso al hospital, observar y describir el espacio de trabajo, situaciones, personas, interacciones.

A posteriori se formuló un Proyecto de Extensión⁵, denominado “Mejoramiento de la relación asistencial en el Centro Hospital Pereira Rossell”⁶. El proyecto abordó la problemática de las

² Conformado por el entonces Br. Andrés Granese, la Colab. Honor. Natalia Bachino, el Asist. Doc. Fernando Teixeira, el Prof. Adj. Jorge Maceiras y quien escribe, pertenecientes en aquel momento al Área de Psicología Social, Facultad de Psicología, Udelar.

³ Estrictamente se trata de auxiliares de enfermería.

⁴ La etnografía como método de investigación fue introducida por Malinowski, y tiene como objeto la búsqueda de información minuciosa de diferentes aspectos de la vida de un grupo humano, a través del trabajo de campo. En esta perspectiva, el investigador queda inmerso en lo cotidiano de lo investigado, y es posible acceder a una descripción de diversas situaciones, considerando que la misma depende del punto de vista del investigador, pero a la vez este último se cuida de introducir una perspectiva etnocéntrica. (Guber, 2001)

⁵ Si bien fue presentado como proyecto de extensión, la idea fuerza que sostuvo el mismo fue el de la intervención, en el sentido planteado por Ardoino (1987, p. 21): “La intervención es un derrotero clínico que va a hacer

condiciones en las cuales se desarrolla la tarea asistencial y las repercusiones que la misma produce en el personal de enfermería, haciendo foco en la necesidad de la transformación de dichas condiciones cuando estas son negativas. Se ejecutó entre mediados de 2008 y fines de 2009, y su población objetivo fue la de auxiliares de enfermería del Hospital Pediátrico correspondiente al CHPR⁷.

Dentro de la estrategia de intervención, se realizaron, en primer lugar, una serie de entrevistas en profundidad a varios de los actores involucrados. Posteriormente, se procedió a la instalación de un dispositivo grupal, cuyo objetivo principal era producir un espacio de conversación, a los efectos de poner en juego las problemáticas que aquejaban a las enfermeras (Etcheverry, 2013). La puesta en juego de ese dispositivo generó un proceso grupal, visible a través de los registros de los encuentros.

Una característica central de los encuentros fue lo que se denominó *grupalidad disipada/disipativa* (Bachino, Etcheverry, Granese, Maceiras, Texeira, 2011), a propósito de diversos movimientos observados. Los adjetivos disipada/disipativa hacen referencia a la noción de estructura disipativa propuesta por Prigogyne (1983, p.166): “Podemos considerar las estructuras disipativas como fluctuaciones gigantes mantenidas con flujos de materia y energía. Son realmente el resultado de fluctuaciones, pero una vez formadas pueden ser estables frente a un amplio rango de perturbaciones”. Los movimientos mencionados incluían entradas y salidas permanentes de las enfermeras, así como el ingreso en el espacio de madres, padres, pacientes, supervisores licenciados en enfermería, vendedores de comida, auxiliares de servicio, entre otros. Asimismo dado que el personal rotaba entre pisos y sectores, lo más habitual era contar con enfermeras diferentes en cada encuentro. Estos movimientos estaban visibles. Además, fue posible inteligir otros, probablemente conectados con la circulación de personas, aunque no solamente. Son los referidos a los órdenes producidos en el caos. En ese sentido, una observación exterior podría entender el transcurso de las diversas reuniones como de desorden o por lo menos de cierto alejamiento del orden; sin embargo, la lectura de los registros deja ver un orden dado por la producción, la emergencia, la circulación y una aparente dispersión, de discursos, acontecimientos, afectos. Al entender los movimientos como flujos, se podía ver por ejemplo cómo, cuestiones que se trabajaban en un piso y en un sector, emergían también como

actuar, al mismo tiempo que ciertos procedimientos, una forma de presencia para asumir y tratar los procesos sociales, buscando su evolución”.

⁶ Bachino, N., Etcheverry, G., Granese, A., Maceiras, J. y Texeira, F. *Mejoramiento de la relación asistencial en el Centro Hospitalario Pereira Rossel*, presentado ante CSEAM, 2008, con aprobación académica.

⁷ El CHPR es un Centro Hospitalario compuesto por el Hospital Pediátrico y el Hospital de la Mujer. Ambos funcionan en el mismo predio pero en instalaciones diferentes, y poseen personal asignado específico.

problemáticas en otro, adquiriendo eventualmente otra intensidad, y luego tomaban formas distintas y enlazaban otras cuestiones cuando volvían a aparecer en el primer lugar.

Otro elemento a considerar en este régimen de producción es el sitio en el que se desarrolló el trabajo, que es conocido como “el estar de enfermería”, y se caracteriza por ser el lugar donde las enfermeras realizan las tareas que no están relacionadas con el trato directo con los pacientes. El equipo de intervención nominó al lugar como “la cocina”, y en dicha nominación (que puede ser entendida como del orden del lapsus ya que no se registra mención a tal vocablo en ninguna instancia de trabajo), se desliza la significación de lo que se cocina en el encuentro.

De la lectura de los registros de las reuniones grupales es posible visualizar aspectos relativos a la construcción de la relación asistencial, que han dado pie a la emergencia del interés por su análisis. La propuesta es entonces comprender ciertos fenómenos que se dan en la enfermería hospitalaria, especialmente cómo se produce la relación asistencial y cuáles son sus componentes. Asimismo, se procurará establecer conexiones entre la relación asistencial y el proceso grupal generado a partir del dispositivo de trabajo instalado.

1.2 Fundamentación y pertinencia

Se entiende que esta investigación fundamenta su pertinencia en varios planos, tanto en relación con los resultados esperados como en los principios que la sostienen. En referencia a los resultados esperados, se parte de la base de que la enfermería de un hospital público se ve sujeta a desarrollar su labor en condiciones de trabajo difíciles, no solamente por condiciones organizacionales sino, fundamentalmente, por su labor dedicada a poblaciones vulneradas. En ese sentido, se espera que esta investigación pueda dar cuenta de los beneficios de utilizar un dispositivo grupal, recuperando su potencia, a los efectos de mejorar la relación asistencial y resolver así algunos de los padecimientos de las enfermeras hospitalarias del CHPR. En función de esto, es esperable la obtención de resultados de relevancia académica y social, siendo un compromiso de quien suscribe este proyecto, generar beneficios directos al estamento de la enfermería, a través de los actores institucionales que habilitaron el trabajo. En tal sentido, está garantizado el acceso de dichos actores a los procedimientos y a los productos de la investigación. Asimismo se espera poder producir insumos que aporten a las políticas públicas orientadas a la temática, a partir de los resultados obtenidos.

Con respecto a las consideraciones necesarias para el cumplimiento de la ética en la investigación, cabe destacar que se trata de una investigación con seres humanos que podría denominarse indirecta, en tanto se abordaron documentos producto de un proceso de

intervención ya finalizado⁸. Esto es, no hubo trato directo con seres humanos en el momento de realizar la investigación. Se ajusta a los principios de beneficencia y de no maleficencia, concibiéndose esta investigación como de muy bajo riesgo, no identificándose la contingencia de infringir daños a la población objetivo. En cuanto a la confidencialidad y reserva, se omitió el manejo de cualquier dato que posibilitara la identificación de los sujetos que participaron en las reuniones grupales así como de las entrevistas, logrando de este modo un manejo de datos que permitió preservar la confidencialidad y privacidad de la totalidad de los actores involucrados. Por otra parte, la base de datos original se encuentra guardada bajo medidas de seguridad garantizadas, en tanto su acceso está restringido al equipo de Investigadores. Corresponde destacar que el manejo de los datos obtenidos por la investigación en sus diferentes instancias se rige por lo estipulado en el artículo 5 de la Ley N° 18.331 del Poder Ejecutivo, donde se plantean los principios de legalidad, veracidad, finalidad, seguridad de los datos, reserva y responsabilidad.

En cuanto a la fundamentación de la pertinencia académica, se entiende como relevante la posibilidad de profundizar los saberes sobre la grupalidad y la subjetividad, desarrollando y ampliando puntos de vista que históricamente han sido relevantes en el Río de la Plata, tanto en lo que refiere a sus despliegues teórico técnicos como en lo relativo a las perspectivas de la intervención. Asimismo, la pertinencia en el plano académico también tiene relación con la perspectiva de construir una mirada crítica hacia la naturalización del concepto de grupo, naturalización que sostiene un modo de accionar que tiende a confundir la teoría y la técnica con las formaciones subjetivas que son producto del trabajo en grupos.

1.3 Estado del arte

Con respecto a los antecedentes de exploración de la temática de la grupalidad, en los inicios del siglo XX se ubican las primeras investigaciones cuando se inventan dispositivos grupales tanto para satisfacer demandas sociales diversas, para investigar sobre situaciones sociales problemáticas, así como para intervenir en la resolución de dichas situaciones. Los primeros aportes los realiza J. Pratt en relación con el tratamiento “en grupos” de pacientes tuberculosos en 1905 (Fernández, 1992). Un recorrido histórico lleva luego a considerar las propuestas de K. Lewin con sus formulaciones a propósito de la Dinámica de Grupos y la Investigación Psicosocial (Delahanty, 2009), transitando por los abordajes psicoanalíticos de W. Bion para resolver el tratamiento de ex combatientes de guerra (Anzieu, 1971), los aportes de M. Langer (Grinberg, Langer y Rodrigué, 1961) enfocados a la relación entre psicoanálisis y política y el problema del grupo y el cambio social, hasta las perspectivas de

⁸ Se obtuvo la autorización de la USO, de la Dirección del Departamento de Enfermería, y del Comité de Ética en Investigación del CHPR, lo que fue oportunamente presentado ante la Dirección Académica de la Maestría.

E. Pichon- Rivière (1982) a propósito de concebir a la situación grupal como medio y como fin en sí mismo, tanto a la hora de investigar como a la hora de intervenir. Estos autores, como tantos otros, tuvieron algo que decir a propósito de los grupos y de las formas de trabajar en ellos, así como de la posibilidad de que sean, o no, productivos en determinados contextos. El “estado del arte”, entonces, ubica a la grupalidad como una noción privilegiada para ser investigada, para estudiar los procesos que allí se producen (sus condiciones de posibilidad, las variables que se juegan), y el impacto a nivel del pensar, sentir y hacer de quienes componen grupalidades.

En relación con el “estado del arte” específicamente referido a la enfermería -y a la relación asistencial-, existen innumerables investigaciones donde se aborda la complejidad de esa profesión, haciendo hincapié en su multidimensionalidad (Eseverri, 1992). Se destaca la condición eje de su trabajo a nivel hospitalario que es cuidar, atender para sanar, restablecer o evitar padecimientos a la hora de la muerte. Por otra parte, se encuentran referencias con relación al hecho de que el ámbito hospitalario produce niveles de estrés altos en el personal de enfermería, por lo cual en dicho ámbito es donde se han generado múltiples investigaciones con el eje del “burnout”. No solamente el contacto con situaciones de vida y muerte y con el dolor de enfermos y familiares, sino aspectos que hacen a las condiciones y organización del trabajo, son originarias de padecimientos (Antón Nardiz, 1998). En nuestro país diversos investigadores han abordado el tema de los trabajadores del sector salud, enfocándose al burnout como efecto de la “institución salud” sobre aquellos (Giorgi y Gandolfi: 1995; Tomasina: 2003; Carrasco y Espejo: 2000), y a la relación trabajo/ salud en el personal sanitario. Es decir, otra línea de antecedentes importante es la que se enfoca en el hospital en tanto organización; en este orden se hace referencia a la importancia de la dimensión organizacional y de dimensiones institucionales que producen efectos en el ejercicio de la enfermería.

Aparecen muy escasas referencias a investigaciones del tipo de la que se presenta en esta Tesis, sobre todo porque cuando se menciona la existencia del “burnout” no se visibiliza claramente la posibilidad de implementar estrategias colectivas de resolución, sino alternativas que pasan por una mejor gestión institucional (De Felipe, 2001). A propósito de esto (lo colectivo, lo institucional, lo individual y su peso en la resolución de problemas), existen investigaciones realizadas en Madrid, España (en Duro Martínez, 2002), donde en sus conclusiones ubica en último lugar la importancia de la construcción de espacios grupales terapéuticos o de reflexión para los cuidadores (entre los que se incluyen enfermeras), mientras que se hace hincapié en la importancia de grupos para pacientes y familiares. El trabajo de Sznelwar y Uchida (2004), pone el foco en la creación de grupos de expresión en un hospital universitario para abordar la psicodinámica del trabajo. Otros

artículos mencionan la relevancia de espacios de trabajo en equipo (Hernández y Flores, 2002; Infante, Moret y Curbelo, 2007) para enfrentar dificultades, específicamente, en la labor médica, haciendo referencia explícita a la necesidad de cuidarse y ser cuidado para cuidar (Gómez Esteban, 2004). Diversas publicaciones hacen referencia a investigaciones que tienen relación con acciones educativas dirigidas al personal de enfermería, procurando analizar los efectos de la educación permanente en la calidad de la relación asistencial (Ricaldoni y Sena, 2006). Se encuentran también menciones a investigaciones realizadas con el objetivo de analizar la gestión del trabajo de enfermería, que dan como resultados la producción de un “Modelo de vínculo profesional” que se sostiene en el trabajo en equipo (Buss y Leopardi, 2006). Además, aparecen algunos trabajos centrados en la enfermería y su ejercicio haciendo foco en la construcción del rol (Orlando, 2010), y su asociación con las perspectivas de género (Wlosko, 2010), así como la construcción del significado de la enfermería con relación a su práctica cotidiana (Ledesma y Rino, 2009). En nuestro país específicamente hay referencias a los efectos de la instalación del SNIS y su impacto en la enfermería, aunque con el foco puesto en la atención primaria en salud (Benelli et al, 2010). Por último, se rescata un aporte relevante por el tipo de trabajo expuesto en el texto de Franco (2010), que propone un dispositivo grupal para abordar situaciones de riesgo en el trabajo.

1.4 Objetivos

Objetivo general

Producir conocimientos en torno a la relación asistencial que desarrolla la enfermería hospitalaria del CHPR.

Objetivos específicos

1. Caracterizar y comprender la relación asistencial que se ha generado entre enfermeras del CHPR y población asistida
2. Establecer los componentes de las grupalidades que se producen en la enfermería hospitalaria del CHPR
3. Determinar los efectos de potencia de las grupalidades en la relación asistencial.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Introducción

Concebir un marco teórico implica definir una serie de bordes que contengan un conjunto de nociones y conceptos, y que oficien de soporte a las ideas que se pretenden desarrollar.

Recurriendo a las referencias etimológicas de la palabra marco (Diccionario etimológico, s/f), se reseña que la misma viene del alemán *mark*, que designa los bordes de un territorio. Asimismo de ella se derivan las palabras marca, marcador y marcar. Del mismo modo, parece estar relacionada en su origen con los vocablos *margo* y *marginis*, procedentes del latín, y cuya deriva principal son las palabras margen y marginal. A su vez hay una conexión con *markon*, que significa trazar, dejar huella, y de la que desciende marchar. Son entonces diversas las producciones de sentido que quedan a la vista luego de la indagación etimológica. Se destaca la posibilidad de producir un territorio, que epistemológicamente podría dar lugar a la producción de un conocimiento disciplinar, positivista, con pretensión de universalidad. También se puede ver la viabilidad de dejar una marca –o eventualmente una huella-, trazando ciertas líneas de reflexión que den la oportunidad para avanzar. Por último, la contingencia de producir un saber que esté en el margen, marginal, en la frontera. En suma, interesa más la idea de mapa de componentes de la temática, con un horizonte que permanentemente se mueve, alejándose de cualquier intento de captura.

En el desarrollo de este marco teórico se abordará, en primer lugar, el soporte epistemológico que sostiene esta tesis. Luego las nociones y los conceptos referidos a la grupalidad con sus tres dimensiones principales (grupal, organizacional, institucional), así como la problemática de la producción de subjetividad. Por último, se trabajará la relación asistencial con especial atención al lugar de la enfermería hospitalaria.

Esta composición escritural requiere un lector que pueda sostener la interrogación como forma fundamental de encuentro con el texto, ajeno a la búsqueda de la Verdad y al desciframiento de misterios.

2.2 Soporte epistémico.

No hay inocencia en la explicitación de la referencia etimológica mencionada en el apartado anterior. Se trata de la pretensión de tener un punto de partida para la argumentación de la perspectiva epistemológica que sustenta esta tesis. La misma implica un distanciamiento de las lógicas de objeto discreto: propone la construcción de un campo de conocimientos, la formulación de un campo de problemas (Díaz, 1997; Fernández, 1999; Fernández, 1992; Barembliitt, 1983), donde es posible advertir lo difuso de sus límites. Un pensamiento

problemático que no busca la producción de una verdad totalizante u homogeneizante, sino la posibilidad de descentrarse de lo conocido, y habilitar la emergencia de conexiones inesperadas (Fernández, 2007).

Un campo de problemas supone una resistencia activa a reducirse a alguno de los elementos heterogéneos que lo componen. Su producción de conocimientos se inscribe no sólo en sus historicidades de hecho, sino en la indagación crítica de las mismas. Se compone de estrategias discursivas y extradiscursivas en un campo o constelación de sentido determinada...Campo y no objeto. Multiplicidad de miradas, en los saberes y prácticas...Campo que rescata lo diverso como aquello que agrupa lo discontinuo, sin cultivar lo homogéneo. (De Brasi y Fernández, 1993, p.15)

En esa dirección, el soporte epistémico de esta tesis se aleja de la intención de producir un saber verdadero, único y completo sobre un problema (tal y como lo proponen las epistemologías clásicas). La preocupación es ubicar a lo problemático como categoría y por ende que se mantengan ciertas preguntas como eje de la exploración.

En efecto, un problema sólo está determinado por los puntos singulares que expresan sus condiciones (...) Resulta que un problema tiene siempre la solución que merece según las condiciones que lo determinan en tanto que problema (...) Las soluciones no suprimen los problemas, sino que, por el contrario, encuentran allí las condiciones subsistentes sin las que no tendría ningún sentido; las respuestas no suprimen en ningún modo la pregunta ni la colman, y ésta persiste a través de todas las respuestas. (Deleuze, 1994, p. 74, 76)

Para ello y abundando en consideraciones sobre el campo de problemas, es necesario subrayar que en esta perspectiva la realidad no existe por fuera de la mirada del observador. Por ello es que es relevante la perspectiva del encuentro –entre el sujeto cognoscente y el objeto a ser conocido-, donde no se sabe qué se va a producir, ya que lo central es una relación de incertidumbre e indeterminación. El sujeto cognoscente es un investigador en tanto no busca aplicar una teoría a lo que ve, y el objeto a ser conocido pierde sus límites en tanto ya no es un objeto establecido a priori, y se complejiza. Todo está para ser construido, nada para ser descubierto. Es decir que no es posible (ni deseable) definir un objeto abstracto, medible, unívoco y delimitado, de antemano. “Un camino posible para lograr ese empeño es aplicar una sospecha epistemológica. Poner todo en tela de juicio, preguntarse por la pertinencia de los métodos heredados y desconfiar de las fórmulas impuestas” (Díaz, 2012, “Formación docente”, párr. 2).

Por el mismo camino, es destacable el aporte de Bourdieu (1993) cuando propone que el objeto científico se construye contra el sentido común y procesualmente. Esta construcción no debe concebirse como realizada a partir de una “hoja en blanco”:

Porque el objeto de estudio de una investigación no se construye desde la nada, evidentemente, sino desde una base empírica real, desde los condicionamientos del poder, desde los supuestos teóricos, desde los objetivos propuestos y desde el imaginario social vigente. (Díaz, 2001, "La construcción del objeto de estudio", párr.6).

Son múltiples las dimensiones que tienen relación con el posicionamiento epistémico del que se intenta dar cuenta. Entre otras, una responsabilidad ético-política que concibe a la ciencia generada epocalmente, de manera contingente a las situaciones socio-históricas de las que es parte y, por lo tanto, atravesada por lo político social. La ciencia es inseparable de una concepción política del conocimiento, aunque por años haya sido presentada como neutral, aséptica y objetiva.

Creo que la rampa de lanzamiento hacia lo que denomino "epistemología ampliada a lo político social" no ha de perder de vista ni los antecedentes históricos de la disciplina, ni los conceptos de los pioneros de la filosofía de la ciencia. (Díaz, 2007, "Epistemología ampliada", párr.11)

A lo antedicho puede sumarse la propuesta nietzscheana de ciencia alegre (Nietzsche, 1882/ 2002) cuando el filósofo discute las condiciones de posibilidad de la ciencia, y es crítico con relación a la ciencia moderna, moralista y regida por los parámetros lógico-racionales, que se reconoce a sí misma como productora de verdad. Propone entonces la opción de concebir a la ciencia como problemática, desprejuiciada y desmoralizada, afirmativa y promotora de la libertad.

Por último, entonces producir conocimientos en esta perspectiva epistémica también podrá considerar la posibilidad -más allá de los enunciados y su forma, de los métodos y su racionalidad- de abordar objetos no claramente delimitados sin abandonar la preocupación por la rigurosidad del análisis, ni aislarlo del tejido sociohistórico del que es parte, entendiendo que el conocimiento está atravesado por relaciones de poder, dimensiones éticas, económicas, afectos y pasiones, y tantos otros invisibles en este momento.

Entender la teoría como una caja de herramientas quiere decir:- que no se trata de construir un sistema sino un instrumento, una lógica propia a las relaciones de poder y a las luchas que se comprometen alrededor de ellas; - que esta búsqueda no puede hacerse más que poco a poco, a partir de una reflexión (necesariamente histórica en algunas de sus dimensiones) sobre situaciones dadas (Foucault, 1985, p. 85).

...una teoría es exactamente como una caja de herramientas [...] Es preciso que sirva, que funcione. Y no para uno mismo. Si no hay personas para utilizarla, comenzando por el teórico mismo, que deja entonces de ser teórico, es que no vale nada, o que el momento no llegó aún. (Foucault, 1992, p. 79)

2.3 Dimensiones de la grupalidad

La noción de grupalidad implica un horizonte epistémico (ético, crítico) que busca evitar los reduccionismos recuperando la complejidad inherente a los procesos, realizando al mismo tiempo una crítica a la naturalización del grupo⁹. En esta dirección, el desafío es proponer que el grupo no existe (Castro, 1995), así como no existe la sociedad o el individuo. Son nociones generadas a partir de un proceso histórico, que en sí mismas no dicen nada en referencia a las relaciones entre la singularidad y la socialidad. Cuando se naturaliza la idea, se corre el riesgo de autonomizar la representación grupal, con independencia de la “realidad grupal”.

Si no queremos naturalizar el concepto de grupo, es decir, proyectarlo hacia atrás y dotarlo así de una hueca validez universal, debemos marcar sus condiciones de surgimiento (sin contrabandear lo histórico en las escolares recensiones etimológicas) y las constelaciones asociadas, opositivas o complementarias a su utilización. (De Brasi, 1987, p. 36)

La idea de grupalidad entonces es parte de una torsión que involucra en las perspectivas de lo grupal, producida en ambos márgenes del Río de la Plata, y se sostiene en varios autores preocupados por los efectos de la dogmatización del grupalismo, a posteriori de los años 70:

Lo grupal necesita fundar su propia crítica; de lo contrario las experiencias grupales corren un riesgo: no pasar de las gesticulaciones artesanales a un trabajo de producción reflexionada...La escritura sobre lo grupal no interesa si reincide en un mito cierto e idéntico a sí mismo, pero importa si rescata las prácticas grupales a partir de la interrogación de sus actos. (Herrera y Percia, 1985, p. 9)

Investigar la grupalidad incluye la necesidad de revisar las dimensiones que la componen, es decir las dimensiones grupales, las organizacionales y las institucionales (entre otras), que tal como lo plantea Fernández (1992), son texto en cualquier situación grupal.

2.3.1 Dimensiones grupales

Por *dimensiones grupales* se distinguen las que corresponden a los procesos dinámicos que se generan en cualquier situación grupal. Se entiende primordialmente que cuando un conjunto de personas se reúne en un colectivo, se produce -por lo menos- una relación social que liga, al tiempo que es constitutiva de dichas personas en tanto sujetos humanos¹⁰.

⁹ Hablar de naturalización significa referirse a un procedimiento de a-historización de las nociones, que genera, entre otros, un efecto de olvido de sus condiciones de producción, de tal manera que parece que siempre estuvieron ahí.

¹⁰ Vale incorporar en este punto la propuesta freudiana explicitada en *Psicología de las Masas y análisis del Yo*: “En la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo, y por eso desde el comienzo mismo, la psicología individual es simultáneamente psicología social, en este sentido más lato pero enteramente legítimo” (1992, p. 67).

Esta ligazón va generando un tejido, una urdimbre, soporte fundamental de cualquier proceso grupal. A propósito, la noción de pliegue facilita la comprensión del enunciado propuesto por De Brasi (1995) al referirse a que un sujeto es un grupo plegado. Aquella noción es trabajada por Deleuze (2008) de la siguiente manera:

Todo el espacio del adentro está topológicamente en contacto con el espacio del afuera, independientemente de las distancias y en el límite de un "viviente"; y esta topología carnal o vital, lejos de explicarse por el espacio, libera un tiempo que condensa el pasado dentro, hace surgir el futuro fuera, confrontándolos en el límite del presente viviente... Si el adentro se constituye por el plegamiento del afuera, existe una continuidad topológica entre los dos. (p. 154)

¿Existe un adentro que sería más profundo que todo mundo interior, de la misma manera que el afuera es más lejano que todo mundo exterior? El afuera no es un límite petrificado, sino una materia cambiante animada de movimientos peristálticos, de pliegues y plegamientos que constituyen un adentro: no otra cosa que el afuera, sino exactamente el adentro del afuera". (p. 128)

Cuando se exploran las dimensiones grupales es necesario prestar atención a los "cruces y anudamientos deseantes entre miembros singulares reunidos témporo- espacialmente para impulsar ciertas finalidades comunes" (De Brasi, 1990, p. 89). De lo antedicho se desprende que habrá que examinar los procesos dinámicos que se componen de las relaciones entre los integrantes de un grupo, cómo circula y se abrocha el deseo en el entremedio de la situación grupal, y cómo se despliega la tarea. Esta última implica una finalidad (sostenida en el movimiento productivo inconsciente) que en cierto sentido se conecta con objetivos o fines (el para qué explícito de una situación grupal). Para De Brasi la noción de tarea está asociada fuertemente con las infinitas maquinaciones deseantes (1990), y por ende se recrea definitivamente en la producción –y en el trabajo-. Es el trabajo concreto el que hace posible que la máquina se construya a sí misma (Castro, 1995), alejándose de la mecánica y movida por el deseo.

La idea de procesos dinámicos ligados al deseo y la producción no siempre ha estado planteada de esa forma. Al revisar la historia de las teorizaciones de lo grupal se encuentran referencias diversas a la idea de "dinámico". Puede marcarse un punto de partida en las conceptualizaciones fundadas a partir de las experiencias de Kurt Lewin¹¹. Dicho autor genera condiciones para el estudio de pequeños grupos haciendo hincapié en dimensiones fenoménicas tales como la cohesión, el liderazgo, los objetivos y las normas, elementos que agrupa bajo el nombre de "Dinámica". Cabe acotar que la utilización de tal vocablo tiene

¹¹ Kurt Lewin, (1890-1947) psicólogo alemán nacionalizado estadounidense, interesado en la investigación de la conducta humana, la psicología de los grupos y los procesos de investigación-acción. Estudió medicina, biología, física, psicología, gestalt y filosofía, y fue capaz de utilizar nociones y conceptos de dichas disciplinas en sus teorizaciones.

directa relación con las referencias epistemológicas del autor, quien antes de dedicarse a la Psicología de los Grupos tuvo una importante formación en física, lo que lo lleva a utilizar la idea de dinámica ligada a la fuerza: la dinámica de grupos entonces va a estudiar las fuerzas que actúan en un grupo –que generan un campo dinámico- y que hacen posible su funcionamiento. El grupo para Lewin:

Constituye un sistema de interdependencia y de fuerzas en equilibrio: entre los miembros del grupo y entre los elementos del campo; por sus finalidades; por sus normas; por la percepción del medio externo; por la división de roles; por el status; etc. Es decir que se constituye con una tensión interna que tiende a funcionar con una acción hacia afuera y entre todos (consenso) (Butelman, 1991, p. 123)

Trabajó intensamente en las nociones de tensión, conflicto, crisis y cambio, extendiendo sus teorizaciones al campo social (Delahanty, 2009). Entendía al grupo como una realidad sui generis, irreductible a los individuos que lo componen. Asimismo concibió al grupo como un todo, haciendo foco sobre la interdependencia de sus miembros, sin abordar los presupuestos sobre los que se funda la misma (Fernández, 1992). Los aportes del autor son de gran relevancia en varias direcciones: hizo posible el inicio de los estudios sobre lo grupal, al tiempo que ubicó al grupo como un medio para lograr el cambio social; del mismo modo, algunas de sus nociones fueron tomadas como referencia por autores rioplatenses como E. Pichon-Rivière (1982) y J. Bleger (1985).

En la perspectiva de la historización son relevantes también los aportes del psicoanálisis. Inicialmente procuraron dar cuenta mediante el desplazamiento del bagaje teórico- técnico psicoanalítico, de lo que acontecía en una situación grupal. Así se planteó la aplicación de un cierto psicoanálisis en una situación diferente de la “individual”. Esa aplicación adoptó dos formas principales. Una es la que llevó a concebir al grupo como una composición de individuos, que finalmente derivaba en la unificación del mismo –con interpretaciones dirigidas a cada uno de los integrantes-. Otra entendió al grupo como un “sujeto grupal” y procuró utilizar tanto el método como la técnica para desentrañar lo que sucedía así como para generar un cambio. En ambas perspectivas lo que se producía “se limita a una traslación analógica de los grandes núcleos de la metapsicología freudiana al “objeto” grupal” (Baremblyt, 1988, p. 56). Algunos autores plantean que la aplicación del psicoanálisis a los grupos implica la necesidad de legitimización de las acciones en grupo ante la institución psicoanalítica, a propósito de lo cual el psicoanálisis no deja de ser un dogma interesado en mantener cierto statu quo (Percia, 2009; Fernández, 1992). Interesa subrayar en este punto los aportes de otro psicoanálisis, más preocupado por concebir

categorías nuevas, específicas de lo grupal. En este sentido, la propuesta de Wilfred Bion¹² (1985) le da otro sentido a “lo dinámico”, cuando plantea que el movimiento en un grupo está sostenido en la regulación que se produce a partir de los supuestos básicos. La noción de supuestos básicos se sostiene en la idea de que cuando un individuo se encuentra en un grupo sufre regresiones que tiene relación con la fantasía de perder su individualidad, y en conjunto con los otros produce la aparición de emociones, de carácter primario, que obstaculizan la realización del trabajo grupal. Distingue tres supuestos básicos: el de dependencia, el de apareamiento, y el de ataque y fuga. El primero refiere a la aparición de un tipo de emociones que tienen relación con la necesidad de que alguien provea de seguridad al grupo, satisfaciendo todas sus necesidades y deseos; ese alguien puede ser algún integrante del grupo o el coordinador, y queda colocado en un lugar idealizado, sin posibilidades de que se cuestione su bondad y sabiduría. El supuesto básico de ataque y fuga se sostiene en la creencia de que hay un enemigo al que hay que atacar o del que hay que huir. Por último, el supuesto básico de apareamiento (o emparejamiento) se relaciona con una esperanza mesiánica: su soporte fundamental es la creencia de que un ser –o un hecho- que aún no ha nacido va a venir a resolver todos los problemas, por lo que mientras este supuesto básico está “en acción” el grupo está esperando al futuro. Las principales dimensiones que se ponen en juego cuando los supuestos básicos están operando tienen relación con lo primitivo, considerando que para Bion cualquiera de los tres son defensas frente a ansiedades psicóticas. Para el autor, entre la emergencia de dichas emociones y el enfoque del trabajo, se desarrolla el movimiento en un grupo.

Tanto las conceptualizaciones de Bion, las de los diversos psicoanalistas mencionados, así como las de Lewin, se sostienen en epistemologías positivistas, que suponen “un objeto discreto, autónomo, reproducible, no contradictorio y unívoco” (Fernández, 1992, p. 132); es decir, se empezaron a generar condiciones para constituir una disciplina de lo grupal, en un intento por legitimar los saberes, cuyo objeto de estudio fuera el grupo, generando así un territorio disciplinario claramente delimitado. Tal cuestión dejó afuera algunos problemas que ya se estaban esbozando, por ejemplo el de la relación entre lo singular y lo colectivo, y el de la relación texto grupal- contexto en el que se inserta el grupo, entre otros. Todo lo cual tuvo implicaciones en el ámbito de la ciencia y la academia, así como en lo que tiene relación con el espacio ético- político.

¹² Wilfred Bion (1897-1979) fue un militar, psiquiatra y psicoanalista británico, que obligado por las circunstancias de las Guerras Mundiales se vio frente a la necesidad de producir nuevas formas de trabajo, lo que redundó en la generación de conceptualizaciones sobre los grupos. Aparte de ello posee una vasta obra acerca de diversos aspectos de la clínica psicoanalítica.

Posteriormente a Bion, un punto de inflexión en el desarrollo de teorías grupalistas lo constituye el pensamiento planteado por Enrique Pichon-Rivière¹³. Tomando referencias tanto de Lewin, del psicoanálisis kleiniano, del psicodrama de Moreno, y del materialismo histórico, el autor desarrolla una concepción del grupo que significa una apuesta a la resolución del dualismo teoría práctica por una parte, al tiempo que la invención de un dispositivo que se expandió por ambos márgenes del Río de la Plata habilitando su utilización instrumental en los más diversos ámbitos. Para Pichon-Rivière (1982) el grupo se organiza en función de la tarea, que atraviesa y diagrama todo proceso grupal. Dicho proceso está compuesto por una dimensión explícita y otra implícita, y puede leerse a través del trabajo grupal, y de la asunción y adjudicación de roles. Esto último es para el autor lo que permite la estructuración del grupo en el sentido de la construcción del mismo¹⁴. Con respecto al trabajo grupal, se configura en torno a la tarea. La tarea se define como una labor procesual relacionada con el cumplimiento de los objetivos del grupo. Existe una tarea manifiesta (el para qué de la conformación del grupo) y una tarea latente (relacionada con los procesos de resolución de la resistencia al cambio). Con relación a la asunción y adjudicación de roles, se generan a través de un interjuego donde lo ideal es el movimiento; cuando se rigidiza el rol, se produce una estereotipia que obstruye la producción. Sumado a estas ideas están los vectores de evaluación del grupo, que posibilitan generar visibilidad sobre el proceso y, fundamentalmente, la producción de la tarea. Dichos vectores son la afiliación (que habla de un primer movimiento de identificación con el grupo), la pertenencia (que implica mayor compromiso con la situación), la cooperación (que tiene relación con la contribución a la tarea), la pertinencia (relativa al centramiento en la tarea prescripta), la comunicación (relacionado con los contenidos y formas de los mensajes entre los integrantes, y donde se incluye el malentendido relativo al ruido), el aprendizaje (que implica la resolución de las ansiedades y por ende la habilitación a la transformación), y la telé (que refiere a un estado de disposición positivo o negativo a estar en grupo y producir). Las conceptualizaciones de Pichon-Rivière se sostienen en la idea del movimiento provocado por el aprendizaje, imprescindible para la adaptación activa a la realidad, y por ende su transformación. Todas y cada una de las nociones propuestas por Pichon-Rivière para comprender la situación grupal están surcadas por un movimiento espiralado, que implica una nueva versión de lo dinámico. Además de la riqueza y utilidad de las nociones, el autor

¹³ Enrique Pichon-Rivière, (1907- 1977) fue un psiquiatra y psicoanalista de origen Suizo, que entre los cuatro y los seis años vino a vivir en Argentina, generando una corriente de pensamiento denominada Psicología Social, de amplia repercusión en el Río de la Plata. Una de las líneas fuerza de su trabajo fue la Concepción Operativa de Grupos, en conexión con la propuesta del aprendizaje como motor del cambio, pero desarrolló teorías conexas con la misma tales como la Técnica Operativa de Grupos, Teoría del Vínculo, Teoría de la Enfermedad Única, el ECRO, Teoría del Aprendizaje y la Comunicación, entre otras.

¹⁴ La aclaración tiene sentido dado que en ocasiones se entiende el pensamiento pichoniano como estructuralista, en función de la premisa mencionada. En realidad se concibe la estructuración como la edificación, el armado de una forma.

procura la construcción de una epistemología convergente, que de alguna manera salve el encierro dispuesto por lo disciplinar:

La “epistemología convergente” aspira a que en tal convergencia todas las Ciencias del Hombre funcionen como una unidad operacional y aporten elementos para la construcción de los esquemas referenciales del campo grupal. Una epistemología que haga posible una “teoría del Hombre Entero” (entero incluso en su escisión constituyente) (Fernández, 1992, p. 138).

Puede pensarse que su epistemología es un paso adelante que no llega a salirse completamente del objeto discreto, pero alumbró el camino de lo que vendrá.

La inclusión de las concepciones sostenidas en epistemologías complejas complementa el cuadro histórico referencial. Ellas tienen su origen en la crítica a la institucionalización del psicoanálisis sobre la base de que esta última implicaba una suerte de dogmatización del pensamiento. Suponen, además, la posibilidad de concebir al grupo como un campo de problemas, utilizando lógicas paradójicas y criterios transdisciplinarios. En esa dirección, la propuesta es “abrir el pensamiento de lo grupal hacia lógicas pluralistas que legitiman epistemológicamente atravesamientos disciplinarios” (Fernández, 1992, p. 136). Así, y con el puntapié inicial de la investigación originada a través del psicodrama psicoanalítico, el grupo empieza a concebirse como un nudo compuesto por múltiples hilos, cada uno de los cuales posee su propia visibilidad. Será relevante en esta orientación producir y sostener dispositivos que favorezcan la emergencia de la multiplicidad y generar herramientas conceptuales y nocionales que habiliten la lectura de dicha multiplicidad (Fernández, 2007). Esta lectura pondrá el foco en aspectos relacionales, interacciones, comunicación, latencias, asunción y adjudicación de roles, mitos y secretos, ansiedades, emociones, aspectos referidos a la organización, el contexto hecho texto, lo institucional a través de sus formas de visibilidad y de enunciabilidad, entre otras. Cada uno de estos hilos convive con los otros en una conjunción, de manera tal que la forma apropiada para referirse a ellos habría sido utilizar, en vez del signo de puntuación “coma”, la conjunción copulativa “y”.

La conjunción desde sus inicios aparece como una relación cifrada. La Y más que unir cifra, esperanzas, disyunciones, implicaciones, rechazos, posibilidades e imposibilidades, exclusiones e inclusiones, lo deseable y lo legítimo, lo abominable y su exorcismo, o sea, las ramificaciones inagotables que una cifra encierra. (De Brasi, 1989, p. 13)

Por último, el aporte de la categoría campo de problemas habilita algunos escenarios: “Crear condiciones para una producción grupal conlleva siempre un efecto perturbador: lo que acontece nunca está prefigurado de antemano. No hay lectura anticipada de ese producto” (Herrera y Percia, 1987, p. 12).

2.3.2 Dimensiones organizacionales

Por *dimensiones organizacionales* se distinguen aquellas que hacen referencia a los recursos materiales y humanos y su distribución, a las problemáticas vinculadas con la circulación de la información y la comunicación, el organigrama jerárquico, la toma de decisiones, y aspectos que tienen relación con la conflictividad, con las crisis y cambios inherentes a la organización. Esta última se entiende en sus dos acepciones principales: como acto organizador y como realidad social –establecimiento (Lapassade, 1977). Cabe destacar que las dimensiones organizacionales posibilitan el sostén de “valores que se dejan ver como perceptos, categorías de reconocimiento que garantizan un orden” (Schvarstein, 1992, p. 29). Autores como Abraham (2000), y Wittke (2009) plantean que las organizaciones son productoras, entre otras cosas, de órdenes simbólicos, y en ese sentido, son capaces de generar modos de sujeción que modulan afectos y por tanto producen subjetividad. Los modos de sujeción fundamentalmente tienden a la reproducción de los modos organizativos (para que se cumplan con las finalidades); también es posible observar líneas de fuga de tal sujeción, en el encuentro con el deseo producido socialmente. Asimismo se puede pensar en las dimensiones organizacionales como haciendo visible la cultura organizacional, que tiene relación con las formas de actuar de las organizaciones, y “comprende valores, símbolos, comportamientos y asunciones que son ampliamente compartidos” (Wittke, 2009, p. 226), aunque su característica es la de ser implícitos.

En el entrecruzamiento grupo-organización se pueden observar tendencias a la autonomía cuando el grupo procura discriminarse de lo establecido, lo que lo acerca a la idea de grupo sujeto (Guattari, 1976); asimismo, puede verse una propensión a la integración cuando el grupo se afilia a los preceptos organizacionales, idea próxima al grupo objeto de aquel autor. Se entiende que un grupo funcionando dentro de una organización posee como cualidad principal el hacer, y lo más habitual es que sea aquella la que disponga acerca de la finalidad del primero, lo que habla de una sobredeterminación organizacional, que puede ser más o menos significativa (Schvarstein, 2002).

Las problemáticas vinculadas a los equipos también pueden ser pensadas en referencia a lo organizacional. Así, es preciso distinguir el trabajo de equipo y el trabajo en equipo. El trabajo de equipo habla de una producción colectiva que genera trama, soporte y referencias. En dicho trabajo hay una tarea, pero es lo que se produce lo que da cuenta de si hay equipo. Las diferencias, los juegos de discriminación de roles, los liderazgos móviles, son característicos del trabajo de equipo (Marqués, 1996). En cambio, el trabajo en equipo habla de un funcionamiento con sujeción a las pautas que corresponden a la organización, a través de lo que, además, se cumple con encargos sociales. La actividad está preestablecida, prescripta,

aun antes de la constitución del mismo. A través de los equipos es posible distinguir algunos de los planos de la relación grupo/organización/institución.

Actualmente se entiende que al hablar de dimensiones organizacionales es imprescindible incluir la organización del trabajo como corolario de aquellas, concibiendo al trabajo como una práctica social central de la sociedad capitalista, que aseguraría la satisfacción de las necesidades fundamentales del ser humano. Más allá de las múltiples formas de trabajo, existen algunas que son hegemónicas en la actualidad, principalmente por sus efectos en términos de transformación subjetiva. Negri y Hardt (2004) proponen que la forma hegemónica por excelencia de este tiempo es la del “trabajo biopolítico”, es decir, es un trabajo que genera tanto bienes como relaciones sociales. Por otra parte, estrictamente en términos de organización del trabajo, es posible visualizar hoy en día la transmutación del trabajo fabril en trabajo empresarial, que entre otras cosas ha generado una diagramación diferente de las formas de trabajar. Mientras que en la fábrica se producía disciplinamiento y materialidades visibles y diversas, en la empresa todo es verbo (Abraham, 2000) y por tanto sus productos no necesariamente están a la vista. Se trata de estrategias de control social (Deleuze, 1999), a distancia, que modulan procesos subjetivos. Sumado a esto, se da impulso a la labor –y al beneficio- individual, al aprovechamiento del talento propio mientras pierden mérito las gestiones colectivas. Se entiende que un problema contemporáneo relacionado con el trabajo es lo que se denomina proceso de precarización del empleo, relacionado con la inestabilidad y la flexibilidad de las condiciones laborales. Especialmente autores como Beck (2000), hacen hincapié en las nuevas formaciones subjetivas que se producen como efecto del trabajo en la actualidad, que ha ido perdiendo la seguridad y fortaleza de otros tiempos.

Sin embargo, en nuestro país algo de lo estable permanece a nivel de las organizaciones sostenidas en el Estado dadas las condiciones particulares en que se han institucionalizado, y que refieren al imaginario del “empleo público” en Uruguay, que autores como Blanch y Stecher (2009) denominan ethos burocrático del funcionariado público. El CHPR, específicamente, es un centro hospitalario de carácter público, dependiente del MSP y de ASSE, y en ese sentido perduran algunas formas del trabajo que hoy podrían denominarse antiguas. Por ejemplo, las relacionadas a la permanencia en los puestos, es decir, a las variables que hacen a la mantención del lugar de trabajo. Otras, en cambio, van siendo permeadas por los modos de la actualidad cuando se pone atención en la productividad, la competitividad, la movilidad, en las lógicas empresariales y mercantiles. Se puede decir entonces que, al igual que en otros espacios laborales, coexisten lógicas diversas, hibridaciones, que aportan complejidad.

Otro elemento a considerar en las dimensiones organizacionales, en consonancia con lo planteado anteriormente a propósito de los modos de sujeción, es el que propone Wittke (2002), como “carga mental”, que tiene relación con “las exigencias de tipo cognitivo que apelan a las capacidades y mecanismos del pensamiento de los trabajadores” (p. 7). Dicha carga mental es producto de un proceso de adjudicación y asunción, que a la manera de la perspectiva de roles de Pichon- Rivière (1982), se genera en el cruce de características personales y grupales/organizacionales, y se deriva, además, del tipo de trabajo que se realice. Asimismo, es posible observar el tipo de efectos que produce en la salud (y en la vida del trabajador), dependiendo entre otras cosas de las posibilidades de adaptación como de la resistencia de aquel.

2.3.3 Dimensiones institucionales

Al explorar las *dimensiones institucionales* es posible trabajar la relación entre lo social y lo grupal, abordando críticamente el dualismo adentro-afuera y por lo tanto la idea de grupo isla, propia de ciertas concepciones disciplinares de lo grupal. Si se considera la propuesta realizada por Baremlitt (1992, p. 156), en el sentido de concebir la institución como “Árboles de decisiones lógicas, que regulan las actividades humanas, indicando lo prohibido, lo permitido y lo indiferente...[y que] según su grado de objetivación y formalización, pueden estar expresadas en leyes (principios- fundamentos), normas o hábitos”, resulta imposible entender al grupo sin prestar atención a lo institucional. Más allá de los grados de visibilidad e invisibilidad, las dimensiones institucionales poseen inscripción en los grupos, generando condiciones de posibilidad para la producción. En ciertas situaciones predominarán aspectos instituidos (ya establecidos, ya dados), y en otras se pondrá en juego lo que Kaminsky (1994) denomina “lo hablante” (conocido también como lo instituyente), que aparece bajo la ruptura de lo habitual, las fracturas, las contradicciones, ocasiones donde aparece lo paradójal. Entre lo instituyente como propulsor de la transformación, y lo instituido como resultado de la acción del primero, se produce un proceso –el de institucionalización- que es uno de los hilos que componen el nudo grupal (Fernández, 1992). Interesa destacar el aporte de Lapassade (1977) a propósito del nombre institución, para sostener una línea de comprensión acerca de los procesos diversos sobre los que se puede generar visibilidad. Su propuesta es que el término institución contiene en sí mismo el movimiento de producción y reproducción social, y en este sentido se aleja del punto de vista funcionalista y, por ende, de la idea de establecimiento: “(...) la noción de lo instituido remite a formas universales de relaciones sociales que nacieron originariamente en una sociedad instituyente, que se transforma y hasta puede entrar en el tiempo de su ocaso” (p. 215).

Asimismo, las dimensiones institucionales en los grupos pueden ser pensadas como sostenidas en relaciones de saber- poder:

La institución constituirá el inevitable factor de integración [entre saber y poder], donde las relaciones de fuerza se articulan en formas: formas de visibilidad, como aparatos institucionales, y formas de enunciabilidad, como sus reglas. En tanto que figura intersticial, la institución será el lugar eminente donde el ejercicio del poder es condición de posibilidad de un saber, y donde el ejercicio del saber se convierte en instrumento del poder.....La institución es el lugar de encuentro entre estratos y estrategias, donde archivo de saber y diagrama de poder se mezclan e interpenetran sin confundirse. (Morey, 2008, p.18)

Del mismo modo, en un colectivo humano toman forma las relaciones de poder, entendiéndolas como la multiplicidad de relaciones de fuerza. Utilizando la perspectiva foucaultiana, el poder no es un objeto que se posee sino una relación configurada a través de su ejercicio.

Por todas partes en donde existe poder, el poder se ejerce. Nadie, hablando con propiedad, es el titular de él; y, sin embargo, se ejerce siempre en una determinada dirección, con los unos de una parte y los otros de otra; no se sabe quién lo tiene exactamente; pero se sabe quién no lo tiene. (Foucault y Deleuze, 1992, p. 61).

Esto quiere decir que el poder es relacional, y se puede hacer visible a través de la dominación producida en las relaciones sociales. Pero también el poder es potencia de acción, y en esa dirección es posible pensar los movimientos y transformaciones estimulados por el despliegue de dicha potencia.

En conexión con lo anterior, es posible entender que si lo institucional conlleva un movimiento es a través de los grupos donde se hace visible. Interesa en este punto percibir si esos grupos funcionan como grupo objeto o como grupo sujeto (Guattari, 1976). El grupo objeto, como momento de un proceso, habla del sometimiento a la verticalidad de la institución –y de la organización- y de la escasa posibilidad de transformación. El grupo sujeto, en cambio, dice de la viabilidad de enunciar y de ser escuchado, en el sentido de “tomar la palabra” antes que “repetir al pie de la letra” (Kaminsky, 1994). El interjuego entre estas dos instancias también da cuenta del coeficiente de transversalidad de lo institucional:

Es una dimensión que pretende superar los dos impasses, la de una pura verticalidad y la de una simple horizontalidad; tiende a realizarse cuando una comunicación máxima se efectúa entre los diferentes niveles y sobre todo en los diferentes sentidos. Es el objeto mismo de la investigación de un grupo-sujeto (...) Es una dimensión contraria y complementaria a las estructuras generadoras de jerarquización piramidal y de los modos de transmisión esterilizadores de los mensajes. (Guattari, 1976, p. 105)

En esa dirección parece necesario dejar planteado que un alto coeficiente de transversalidad implica balancear lo instituido, evitando excesos burocratizantes, y lo instituyente, cuando en su exceso impiden la producción.

Además de las perspectivas mencionadas, resulta relevante incluir dentro de las conceptualizaciones que instrumentalmente pueden ser utilizadas a los efectos de pensar lo institucional, lo propuesto por F. Ulloa (1995), quien aporta una perspectiva psicoanalítica, en un intento por conceptualizar sus prácticas. Más allá de que sostiene cierta ambigüedad de la noción de institución (propone llamarla organización institucional), son valiosos sus aportes relativos a la intervención institucional cuando sostiene que “el montaje de una intervención, al permitir el despliegue de la tragedia y su pasaje al drama, constituye la posibilidad de recuperar la dinámica del conflicto aprisionado de forma administrativa en las neurosis actuales” (p. 20), entendiendo lo trágico en clave de resistencia institucional.

La tragedia, bajo la forma de encerrona trágica, es un factor epidemiológico habitual en cualquier ámbito social donde juega lo establecido (instituido) y lo cambiante (instituyente), sobre todo cuando lo primero asume la rigidez cultural propia de la mortificación, y coarta (encierra) a los sujetos. (p.185)

Así, rescata la importancia de recuperar la condición enunciativa y la circulación de la palabra, denunciando la rigidez de lo instituido y generando visibilidad sobre los analizadores. A propósito de esta última noción, cabe señalar que se refiere a aquellos acontecimientos que espontáneamente son producidos por las instituciones como resultado de sus movimientos, determinaciones, libertades, etc., y que dan cuenta de sus dificultades y conflictos (Baremlitt, 1992). Asimismo, a través de la intervención institucional, la idea es proponer analizadores artificiales para propiciar la explicitación de dichos conflictos.

Por último, para realizar una investigación sobre la grupalidad se tendrá que pivotar entre la especificidad de lo que acontece en un grupo y el entramado de dicha especificidad en inscripciones más amplias, incluyendo las grupales, las organizacionales, las institucionales. (Fernández, 1992). Dichas inscripciones producen tramas y generan efectos de transversalización, más allá de que su visibilidad no sea la misma en todo momento. La posibilidad de concebir a la grupalidad como producto de tales transversalizaciones permite la desfiguración de la idea de grupo isla, así como el desmontaje del dualismo individuo-sociedad, en tanto lo social se constituye fundando al sujeto, no influenciándolo.

Grupalidad es una categoría sustantiva, que en esta perspectiva se aparta de su uso adjetivo e implica la lectura de una composición heterogénea de diferencias; está ineludiblemente conectada con la producción de subjetividad, y permite la visibilización de niveles de implicación, complejidad, ciertos procesos de diseminación, los regímenes de

afección, las dimensiones organizacionales e institucionales, distintas líneas micropolíticas, la multiplicidad (De Brasi, 1997).

Un campo de análisis inaugural: la producción de subjetividades historizadas desde la investigación grupal...En los espacios polisensos de los “pequeños colectivos”, convergen determinaciones, efectos y significaciones que parecen distanciadas de los conceptos adecuados para abordarlos. Pero es al analizar los entrecruzamientos cuando descubrimos senderos inexplorados, vínculos inéditos y un espectro sorprendente de relaciones posibles. (De Brasi, 1986, p. 10)

El propósito que se pretende seguir es el de poder dar cuenta de un proceso en el que la subjetividad pueda ser pensada en conexión con las conceptualizaciones acerca de la grupalidad: La producción de subjetividad en el tejido sociohistórico y en los modos específicos de subjetivación.

2.4 Producción de subjetividad.

La idea de producción de subjetividad se entiende como un campo de conocimientos que es parte de un proceso de creación, que supone complejidad a la hora de dilucidar los elementos que lo componen. Posee soportes sociales (grupos, organizaciones, instituciones) que aportan visibilidad e invisibilidad sobre los modos de su constitución.

Dicho proceso de creación está ligado a instancias individuales, colectivas e institucionales (Guattari, 1996), y es parte de un tramado socio-histórico delimitado, “desde los elementos más precarios de la vida cotidiana hasta las pequeñas lógicas, a veces extremadamente sofisticadas, en que hacen nido” (De Brasi, 1997, p. 7).

Si se historiza la noción “subjetividad”, es posible ubicarla en ciertos momentos y registros teóricos como unida a la idea de psiquismo, de manera tal que el psicologismo puede ser entendido como el principal promotor de tal confinamiento (De Brasi, 1990). En ese sentido, todo acto psíquico es subjetivo, pero no todo lo subjetivo es psíquico. Según este autor, se observa que existen innumerables usos del vocablo, lo que por una parte banaliza dicho uso y por otra lo deja recostado en el binarismo subjetividad-objetividad.

El concepto de subjetividad es sometido, de este modo, a un mecanismo divisorio que garantiza una justa distribución del territorio y asegura a cada cual su parte (...) Además se la banaliza, bajo un ocurrente régimen conjuntivo donde pierde toda su potencia instituyente o su pertenencia a una larga temporalidad histórica que no se revoca voluntariamente (2007, p. 1, 2)

Por ello es necesario considerar que “Las subjetividades son producidas en dimensiones sociales e históricas que no se dejan apresar como historia historizada, marcada por un eje temporal lineal regresivo y progresivo, o núcleo central de una concepción sobre la misma”

(p. 30). Se utiliza aquí en términos sustantivos, alejándolo así de ser una cualidad opuesta a objetividad. Asimismo su uso sustantivo no tiene un correlato de esencialidad, sino que hace referencia a los procedimientos de constitución del pensamiento, así como a sus contenidos. Así entonces se entiende a la subjetividad en tanto proceso, por medio del cual se producen formas de existencia, pensamientos, acciones, afectos, y cuyo horizonte principal es la reproducción de sujetos idénticos, según los modos dominantes (Baremlitt, 1992). Guattari (1996) propone tres órdenes de problemas que posibilitan superar el binarismo individuo-sociedad al tiempo que abonan la construcción de la definición de subjetividad: la actual irrupción de factores subjetivos en un primer plano, el auge masivo de producciones maquínicas de subjetividad, y el realce de condiciones etológicas y ecológicas relativas a la misma. Cuando el autor plantea la irrupción de factores subjetivos hace referencia a ciertos movimientos, no siempre emancipadores, que implican la puesta en juego de concepciones de las relaciones sociales, formas diversas de vida, éticas colectivas, etc. Esto significa, entre otras cosas, que además de algunas formas globales de producción de subjetividad también se concibe la idea de subjetivación como una producción libre, revolucionaria, que genera sujetos singulares al borde de las formas hegemónicas:

La historia contemporánea está siendo dominada cada vez más por un incremento de reivindicaciones de singularidad subjetiva: contiendas lingüísticas, reivindicaciones autonomistas, cuestiones nacionalísticas, nacionales que, con total ambigüedad, expresan una aspiración a la liberación nacional, pero que por otro lado se manifiestan en lo que yo llamaría reterritorializaciones conservadoras de la subjetividad (Guattari, 1996, p. 13)

Con relación a las producciones maquínicas, se distinguen las máquinas tecnológicas de información y comunicación que operan en la inteligencia, la memoria, la sensibilidad -entre otras- y que de alguna forma en el encuentro con lo colectivo (diversas instituciones, familia, educación, religión, arte, deporte) producen subjetivación.

Los aspectos referidos a las condiciones etológicas y ecológicas pueden ser concebidos como aquellos que apuntan a la producción sui generis, más allá de los modelos, y que posibilitan la resingularización, la salida de la repetición, la creación de nuevos modos de existencia.

Así entonces, la producción de subjetividad tiene un componente homogeneizante, universalizante y reduccionista, al mismo tiempo que una tendencia heterogénica. El componente homogeneizante es central en el CMI (Guattari, 1988), produciendo en su desarrollo la instalación del dualismo “nosotros” (los que somos iguales, y nos encontramos sostenidos en identidades) y “ellos” (los diferentes) (Bauman, 2004). “El objetivo de la producción de subjetividad es reducir todo a tabla rasa” (Guattari & Rolnik, 2005, p. 80). Entre otros procedimientos, importa destacar que “la fuerza de la subjetividad capitalística se

produce tanto al nivel de los opresores como de los oprimidos” (Guattari y Rolnik, 2005, p. 63), lo que en cierto sentido echa por tierra la distinción en clases sociales, en tanto queda sometida a procesos maquínicos, y cuyo efecto primordial es el de la descomposición de las alianzas sociales de clase. Cuando dichas alianzas han perdido funcionalidad, puede pensarse también en la existencia de una des-relación entre incluidos y excluidos: “Para el burgués de los estados nacionales el proletario era necesario como objeto de explotación; el excluido no es necesario para el incluido en tiempos neoliberales” (Ballester, Cantarelli y Lewkovicz, 2002, p. 46). En ese sentido, las lógicas de la globalización facilitan la generación de la idea del otro como diferente-extraño (Beck, 1998), como anómalo, quedando por fuera de las formas establecidas, generalmente excluido. Si bien la idea del otro como extraño no es prerrogativa de la actualidad -puesto que puede establecerse su surgimiento en los orígenes de la modernidad, con la preocupación por instalar dentro del Estado nación políticas identitarias-, es en este momento histórico donde cobra relevancia y permite comprender ciertos fenómenos.

Larroca (2004, p. 32), refiriéndose al tema de lo diferente, plantea que “una estructura vincular tolera lo diferente dentro de un margen que no enfrente a sus miembros con las paradojas básicas e inherentes a su constitución”. Como está planteado en el párrafo anterior, lo diferente tiene por sustrato la lógica identitaria, dado que se plantea sobre el fondo de lo semejante. En esa dirección, la producción de lo diferente tiene relación con la exclusión, afirmando la lógica de lo Uno asociado a lo homogéneo. Diferente de qué sería la pregunta, y dando por sentado que lo diferente se establece siempre a partir de lo que ya está. Autores como Castoriadis (1999) sugieren que la idea de diferencia va de la mano del odio del otro, dado que este último se constituye como problema, lo que puede asociarse también a la idea de extranjero. Propone que el encuentro con otros (sujetos, sociedades, institucionales, grupos, etc.) suscita la interrogante de si ellos serán superiores, inferiores o iguales. Inmediatamente emerge la imposibilidad de concebir al otro como superior, dado que esa situación acarrearía la necesidad de autodisolución para adoptar lo otro como mejor. Queda entonces la posibilidad de que lo otro sea inferior o igual. La propuesta castoridiana es la de que lo más habitual es el entender al otro como inferior, como afirmación positiva de lo propio, distinguiéndose esta idea de la diferencia en tanto alteridad. Asimismo, la idea de extranjero es trabajada por Derrida en *La Hospitalidad* (2006), aportando otra perspectiva. Sostiene que el extranjero es “alguien que no habla como los demás, alguien que habla una lengua extravagante” (p. 13) y por ende alguien que puede estar sujeto a sufrir distintas situaciones de violencia. Se cuestiona sobre si es posible entender al extranjero como el otro absoluto, el bárbaro, que termina siendo excluido por heterogéneo, y expone la idea de que a través de la hospitalidad es posible producir otro lugar, sobre todo a través de la produc-

ción y el reconocimiento de sus derechos ciudadanos. De no ser así, el riesgo es la percepción de que el otro es un enemigo indeseable, lo cual puede ser colindante con una perspectiva xenófoba.

Interesa destacar también la perspectiva de Lazaratto (2003), quien en una línea de conexión con autores como Guattari y Negri, propone que en el mundo actual siempre es posible construir una bifurcación, una divergencia de lo establecido. Esto último significa habitualmente una amenaza al capitalismo, por lo que éste va a estar atento a generar un control de dichas bifurcaciones por medio de mecanismos de modulación continua, a través de formas de gestión de la vida y de los cuerpos, que ya no se forjan por medio del disciplinamiento sino que son efecto de la multiplicidad de signos, palabras e imágenes.

Por último, resulta imprescindible pensar la producción de subjetividad a efectos de identificar los procesos que genera en la actualidad. Desde las perspectivas señaladas se entiende que, son parte de los procesos de producción de subjetividad ciertos modos de concebir los grupos, las organizaciones, la acción de lo institucional, y las relaciones entre los sujetos humanos (como la relación asistencial), entre otras, porque se podrían agregar tantas “y” como se le ocurran al lector. Hablar de subjetividad entonces refiere antes que al contenido del pensamiento a las formas que hacen a la producción del mismo; antes que a la esencia de sujetos u objetos a los procedimientos que los constituyen en tanto tales. La producción de subjetividad en esta perspectiva, pone el foco en las modalidades de existencia y los procesos que en/desde/hacia ellas devienen.

2.5 Relación asistencial.

La relación asistencial como noción puede delimitarse como una producción social histórica que incluye dimensiones grupales, institucionales, organizacionales, así como diversas formaciones subjetivas. Se define como la que se establece entre el profesional de la salud (en este caso las enfermeras hospitalarias) y el paciente. Autores como Clèries (2002) proponen nominar a este último “cliente”, haciéndose eco de una perspectiva mercantilista de la atención a la salud, lo que lleva a pensar cómo dicha perspectiva genera lógicas que atraviesan una relación como la asistencial.

Para poder precisar la definición de la relación asistencial, es necesario discriminar las competencias del enfermero que, en términos generales son: cuidar al enfermo, valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes, ayudar al enfermo a cumplir el tratamiento mientras permanece internado, contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial, facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento de la enfermedad, y trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante (Juvé et al, 2007). En ocasiones, dichas competen-

cias figuran escritas en protocolos de actuación, y en otras son parte de una serie de acuerdos verbales que muchas veces funcionan como implícitos. Todas están atravesadas por la idea de *cuidado*. En nuestro país las competencias de las enfermeras han sido motivo de preocupación, y es muy reciente la legislación que entiende en dichas competencias. La CONAE, que nuclea a representantes institucionales de todo el país, ha realizado una serie de propuestas tendientes a mejorar su trabajo, evaluando permanentemente la relación entre la implementación del SNIS y dicho trabajo. Entre otros aspectos, señalan la aprobación de la Ley N° 18.815 que reguló el trabajo enfermero, y que no considera específicamente la labor de los Auxiliares de Enfermería, salvo por dos definiciones: Ejecutar bajo supervisión las actividades del proceso de atención de enfermería que le fueren delegadas, y colaborar con los equipos de enfermería en la ejecución de programas de educación y en proyectos de investigación. Es posible observar que dichas definiciones no son específicas en cuanto a la serie de tareas a realizar. Asimismo, la CONAE, a fines del año pasado (2013) publicó el libro “Normativa De Enfermería Para El Nuevo SNIS”, donde se propone una serie de elementos que precisan la labor de los auxiliares, entre otros, participar en el proceso de atención en los distintos niveles, desempeñar actividades de mediana complejidad siempre bajo la supervisión de un Licenciado en enfermería, contribuir al mantenimiento de las condiciones de trabajo haciendo foco en el cuidado de su propia salud así como en la de sus pacientes; también se plantea que el auxiliar debe participar en reuniones de los equipos de salud así como acatar las normas del hospital y realizar tareas propias de la disciplina. Es una amplia gama de definiciones que van tanto desde la inserción organizacional hasta la atención al paciente. Si bien avanza en precisar, se hace visible que queda un terreno extenso que puede dar lugar a equívocos en tanto no aparece una regla escrita que le dé sostén a todas las tareas que se realizan. Asimismo, en lo que se refiere estrictamente al trabajo concreto, al tiempo que los estándares internacionales hablan de la relación una enfermera cada cuatro pacientes¹⁵, se concibe en el ejercicio de la enfermería a nivel público en nuestro país una relación una a ocho. Estas condiciones institucionales y organizacionales de ejercicio distan bastante de lo que se entiende como apropiado. A su vez, desde hace tiempo se pone el foco en la ausencia de personal de enfermería, tal como consta en el Censo de Enfermería presentado en enero de 2014 (Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Udelar), más allá de que desde los organismos encargados de la implementación de los planes y políticas se hagan referencias constantes a la necesidad de disponer de mayores recursos humanos, mejorar las condiciones laborales en general, y el salario en parti-

¹⁵ Tal como está planteado en el documento Coeficientes de pacientes por enfermera (s/d), de ALADEFE (Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería), recuperado de: <http://www.aladefe.org/>

cular (División de Recursos Humanos del SNIS, 2011). Inclusive, existe documentación (División de Recursos Humanos del SNIS, 2012) que da cuenta de la necesidad de resolver las tensiones que se producen en el ambiente de trabajo, ya que se entiende que sus consecuencias pueden ser la afectación de las relaciones interpersonales así como el cumplimiento de la labor de las enfermeras, visible a través del alto ausentismo, las bajas por enfermedad, la insatisfacción laboral, etc.

Con respecto al cuidado, como elemento que insiste en tanto línea de significación del trabajo de enfermería, se lo entiende como el referido a aspectos afectivos, relacionados con el compromiso con la tarea y la actitud del profesional, y también con elementos técnicos indispensables. Asimismo, importa la significación del cuidado para quienes lo ejercen y lo reciben, es decir el "para qué" (Zarate, 2004). Por ende, las prácticas de cuidado de enfermería tienen una relación estrecha con la interacción entre enfermeras-pacientes-familiares. "La práctica se centra en el *cuidado a la persona* (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*" (Kérouac, citado por Zarate, 2004, p. 43). Por lo tanto, la enfermería excede la realización de rutinas, y para su ejercicio "requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" (Diers, citado por Zarate, 2004, p. 43).

Al mismo tiempo, las concepciones que subyacen al ejercicio de la enfermería en nuestro país específicamente, dan cuenta de una complejidad importante vinculada entre otras cosas con procesos históricos. Se entiende que "La historia de la profesión sigue arraigada a la vocación de la cuidadora de género en cuya identidad se siguen confundiendo la dimensión maternal con todo lo que tenga que ver con los cuidados, o el estereotipo de la cuidadora religiosa" (Aquino, García, Ruvira, 2012, p. 3). Además, se presenta una significación imaginaria¹⁶ (Castoriadis, 2010) que conecta a la enfermería como arte, natural a cualquier mujer, de características casi instintivas. Cabe aquí un breve apunte histórico sobre los orígenes de la profesión. Se entiende que a través de la labor de Florence Nightingale¹⁷ se funda el ejercicio profesional, así como la participación central de las mujeres en él. De todas maneras es importante destacar que no en todos los países y tiempos históricos ha sido una profesión femenina. El trabajo de Wainerman y Binstock (1994) muestra cómo en Argentina, en el origen, la enfermería es fundamentalmente un lugar para los hombres. Inclusive

¹⁶ La significación imaginaria es una noción que alude a una producción de sentido respecto a prácticas, modos de relación, etc., y que es construida por un colectivo social. El uso del término imaginario remite a su condición de ser capaz de inventar lo nuevo, al tiempo que se construye un universo de significaciones singular para cada momento socio-histórico.

¹⁷ Florence Nightingale (1820-1910) fue una mujer italiana responsable de dar origen al nacimiento de la enfermería como profesión, dejando atrás el modelo religioso de atención por compasión y generando una forma de trabajo recostada en una asistencia sanitaria científica. (Atewell, 1998)

existen referencias¹⁸ históricas acerca de los cuidados de enfermería en India en el 250 A.C., y posteriormente en el Imperio Bizantino. Luego, la aparición de la Orden Benedictina de Enfermería en la Edad Media, compuesta exclusivamente por hombres, dedicada el trabajo con las víctimas de la Peste Negra. De estos orígenes antiguos procede la impronta religiosa de la función enfermera, que aún hoy diagrama el ejercicio de la función cuando se sostiene la importancia de la compasión como elemento primordial de la relación con el paciente.

Conjuntamente, sumado a que los colectivos de enfermería poseen una composición fundamentalmente femenina, el trabajo de las enfermeras es paradigmático del *care*, es decir del hacer en relación con el mantener o preservar la vida de otro (Wlosko, 2010). Se asiste al otro en sus necesidades principales -lo que se conoce en el ambiente de enfermería como “cuidado y confort”-, sin que los procedimientos materializables se divorcien del trabajo psicológico: “el *care* denota la dimensión propiamente afectiva movilizadora por un tipo de actividades que necesitan ser realizadas con ‘ternura’, ‘afecto’ o ‘simpatía’” (Wlosko, 2010, p. 245). Tal como está planteado en González Ortuya et al (2011):

El cuidado de enfermería que da significado y es significativo del encuentro cara a cara con el otro, que nos interpela y espera una respuesta profundamente humana, comprensiva y amorosa, sólo se puede dar a partir del establecimiento de un vínculo que da sostén a esa intervención, que es única entre un yo y un otro. (p. 29)

Se entiende que el personal de enfermería realiza, a nivel hospitalario, una serie de tareas de gran responsabilidad, tanto a la hora de la toma de decisiones (referidas a valoración de pacientes, control de síntomas, seguimiento de la “orden médica”, procedimientos denominados “menores”), como en referencia al vínculo imprescindible con el paciente y su familia. Esto último resulta de gran relevancia en tanto el enfermero es el miembro del equipo que está comprometido a satisfacer las expectativas del paciente y su familia, dado que en el caso de una internación es el contacto permanente.

Para nadie es un secreto que la enfermedad determina inseguridad y angustia con la consecuente hostilidad, susceptibilidad e incremento de la demanda de calor humano que todo miembro del equipo de salud debe saber aportar, cualquiera que sea su personalidad y su grado de desarrollo cultural, político y técnico...(González Menéndez, 2006, p.3).

Además del componente asociado a los procesos de la enfermedad que son atendidos por el personal de enfermería, actualmente dicho personal se encuentra frente a situaciones referidas a la globalización -que afecta al sistema de atención de la salud- así como al desa-

¹⁸ En http://es.wikipedia.org/wiki/Hombres_en_la_enfermer%C3%ADa se encuentran dichas referencias. Si bien se reconoce que en ocasiones el material producido por la Wikipedia puede carecer de consistencia, en este caso se toma exclusivamente para reconocer ciertas procedencias que posibilitan echar luz sobre la naturalización de la enfermería como profesión femenina.

rollo tecnológico, la aparición de nuevas enfermedades, y específicamente en el ámbito del hospital público, a situaciones que tienen directa relación con la pobreza extrema de la población atendida. Entre otros aspectos es necesario precisar la transformación que experimentó el hospital público en nuestro país a partir de la implantación del SNIS y del FONASA. A principios de 2008 se crea el SNIS, cuyos objetivos principales son el de garantizar el acceso universal a la atención en salud, así como brindar atención integral en salud a toda la población procurando lograr niveles de accesibilidad y calidad homogéneas. Asimismo, uno de los componentes del SNIS es el FONASA (Uruguay, Poder Legislativo, 2007), que reúne a todos los Fondos de la Seguridad Social destinados a financiar servicios de salud, y que posibilita que cualquier trabajador que realice aportes al BPS tenga derecho a la atención de salud. El efecto más visible de la instauración de dicho Fondo es que parte de la población que anteriormente era beneficiaria de las prestaciones de la salud pública migra hacia el sistema mutual, y queda la población más desfavorecida en el hospital, es decir aquella procedente de sectores no asalariados. Es una población vulnerada, fundamentalmente, y por tanto discriminada.

La discriminación es una función de la economía subjetiva capitalística (...) Es como si para mantenerse, el orden social tuviese que instaurar (...) sistemas de jerarquía inconsciente, sistemas de escalas de valores y disciplinización. Tales sistemas dan una consistencia subjetiva a las elites (...) y abren todo un campo de valoración social, donde los diferentes individuos y estratos sociales tendrán que situarse (Guattari & Rolnik, 2005, p. 59).

Así, al poner el foco en la relación asistencial, se visualizan dimensiones que hacen al rol de la enfermería como uno de los componentes fundamentales de aquella. Y, al mismo tiempo, dimensiones relativas al “otro” de la relación. Lo planteado en los últimos párrafos da cuenta de su caracterización.

Todas las categorías trabajadas en el capítulo “Marco teórico” adquieren en el transcurso de la investigación un valor de herramientas. Queda abierta la posibilidad de incorporar otras, cuyo beneficio instrumental alcance mayores niveles de consideración.

Capítulo 3. Metodología

3.1 Metodología, métodos y técnicas

La metodología utilizada en esta investigación es cualitativa. Su adopción es consistente con un posicionamiento político, crítico del positivismo y sus métodos, donde se entiende que el investigador es parte del campo, en tanto no es posible concebir el estudio de realidades humanas “por fuera” de ellas.

La opción por una metodología cualitativa no es arbitraria o fruto de una preferencia casual. Las ciencias humanas se ven implicadas siempre en procesos de comprensión e intervención de realidades que afectan a las personas, por lo que están obligadas a conocer exhaustivamente el contexto en el que actúan. Además, el hecho de estar orientadas hacia la intervención formando parte de la realidad social sobre la que operan hace imposible que puedan situarse en posición de exterioridad. (Iñiguez, 1999, p. 496)

La elección se sostiene, además, en el hecho de que la “materia” con la que se trabajó es la que se nomina “lo subjetivo”, es decir, procesos que no pueden ser calibrados a partir de instrumentos cuantitativos; la pretensión fue la de construir sentidos posibles procurando la comprensión y tomando en consideración múltiples dimensiones entre las que se cuentan la histórica, la cultural, la política, la institucional. A través de la utilización de metodologías cualitativas

...no se intenta dar cuenta de la representación de ningún universo general sino del específico que se investiga, ya que no se busca describir regularidades o legalidades del mundo empírico, sino descubrir nuevas posibilidades de comprensión de las sociedades en que vivimos y nuevas orientaciones generales para la acción de los actores directa o indirectamente involucrados en ella. (Pucci, 2004, p. 11).

Asimismo, se acompaña la idea de que lo cualitativo en términos metodológicos es una suerte de continuum (Valles, 2007), donde el diseño, la recolección de datos, el análisis y el proceso escritural van encadenados. Del mismo modo, el mismo autor propone entender cualquier estrategia de investigación cualitativa como estudio de caso (Stake, 2007), dado que a través de ella se genera la posibilidad de producir una teoría o comprender algún fenómeno social en profundidad, considerando la singularidad de lo investigado. Importa el caso que ayude a entender el fenómeno y responder las preguntas que se realicen. A las ideas antes mencionadas se suma la de que un estudio cualitativo es artesanal, “trajes hechos a la medida de las circunstancias” (Hernández citado por Hernández Sampieri, 2010, p. 395), y el investigador es un *bricoleur* que puede originar un bricolaje, complejo, denso, reflexivo, constituido por las imágenes del investigador, su pensamiento, sus interpretaciones del mundo y del fenómeno analizado. (Denzin y Lincoln, 1994).

En términos de métodos, se ha utilizado la Teoría Fundamentada (Glaser y Straus, 1967) para el diseño en el entendido de que es posible, en la imbricación entre recolección de datos, análisis y teoría subyacente, dar cuenta de los fenómenos, al tiempo que “generar una teoría inductiva sobre un área sustantiva” (Glaser, 1992, p. 30, citado por De la Torre et al). La referencia a un área sustantiva tiene relación con la posibilidad de producir visibilidad sobre realidades humanas construyendo categorías teóricas y generando relaciones entre ellas, haciendo hincapié en lo local de la situación investigada así como en su contexto. El producto es entonces “una interpretación analítica del mundo de los participantes y de los procesos para construir esos mundos” (De la Torre et al., 2010), es decir, se apunta a la comprensión y al entendimiento de procesos sociales. La utilización de este método también posee su fundamento epistemológico, tal como fue detallado en el capítulo referido al mismo. El posicionamiento en términos de campo de problemas va de la mano de la construcción local de teorías que den cuenta de fenómenos particulares, como es el caso de la enfermería hospitalaria de un hospital pediátrico público, en la ciudad de Montevideo – Uruguay-, en la primera década del siglo XXI. La suma de características que enmarcan los fenómenos marca el camino de la especificidad y la localidad. En el caso particular de esta investigación, el apriori es que lo que ha sucedido en el marco de la enfermería hospitalaria a propósito del trabajo allí realizado es único, y se requiere un trabajo procesual, sistemático y profundo para su exploración. Como lo plantea Stake (2007), “el caso es algo específico, complejo y en funcionamiento (...) No nos interesa porque con su estudio aprendamos sobre otros casos o sobre algún problema general, sino porque necesitamos aprender sobre ese caso particular” (p. 16) y a partir del estudio del mismo la presunción es que se pueda acceder a su comprensión en tanto singularidad.

En referencia a las técnicas se ha utilizado el análisis documental como recurso instrumental para el abordaje de un material producido en un contexto particular, entendiendo la idea de documento en un sentido amplio.

Los documentos son cosas que podemos leer y que se refieren a algún aspecto del mundo social. Claramente esto incluye aquellas cosas hechas con la intención de registrar el mundo social –los informes oficiales, por ejemplo- pero también los registros privados y personales como cartas, diarios y fotografías...Tales creaciones pueden ser consideradas ‘documentos’ de una sociedad o grupo, que pueden ser leídos, si bien en un sentido metafórico. (MacDonald y Tipton citados por Valles, 2007, p.120)

El conjunto de documentos está constituido por treinta y dos crónicas escritas, producto del registro de los encuentros realizados por un equipo técnico con enfermeras. Las características y el contexto de producción se detallan en el capítulo siguiente. Su uso se fundamenta en que es un material exclusivo (y por ende único), de fácil acceso, producido en un ambien-

te de interacción, y que posibilita una interpretabilidad amplia y cambiante –en relación con la transformación de los contextos o con el paso del tiempo- (Valles, 2007), lo que acompaña la propuesta epistemológica y metodológica. No se presentaron problemas relacionados con la autenticidad o credibilidad de los documentos dado la participación de quien escribe en su producción.

Además, se utilizaron quince entrevistas en profundidad, de manera complementaria, procurando la obtención de información que posibilitara la triangulación. Al igual que los documentos, en el próximo capítulo se detallarán las circunstancias de generación de las entrevistas. Dado que al igual que las crónicas escritas las entrevistas no se hicieron con el objetivo de la investigación, se utilizarán como documentos en idéntico sentido al usado con las primeras. La intención de su uso para esta investigación fue facilitar la comprensión de los fenómenos, procurando una ilustración y profundización de la información derivada de las crónicas (Valles, 2007).

Para el Análisis documental se trabajó con el auxilio del programa informático MAXQDA10 2007, que posibilitó codificar datos y construir teoría. Se realizó en primer lugar una Codificación abierta a partir de la cual se revisó todo el material a los efectos de producir categorías iniciales. Luego se pasó a una Codificación axial, mediante la que se seleccionaron las categorías más relevantes, para construir conexiones y generar el discernimiento de los fenómenos. (Strauss y Corbin, 2002). Asimismo, el programa informático permitió la generación de mapas conceptuales para tener visibilidad sobre lo producido.

Se ha utilizado una estrategia de triangulación (Webb, et al., 1966) como “un proceso de contraste entre las técnicas de investigación que permite comparar y completar los resultados de cada una de ellas sobre un objeto de estudio común” (Mariño citado por Arias, 2009, p. 125). La idea de triangulación proviene de la navegación e implica tomar varios puntos de referencia a los efectos de situar posiciones desconocidas. En este caso, aporta a la profundidad de la comprensión de lo investigado así como suma rigor y amplitud a través de la combinación de dos formas de recolección de datos -a través de dos fuentes principales y dos técnicas de recolección-, donde las dimensiones temporal, espacial y personal se ponen en juego. Es la idea de la Triangulación Múltiple (Bisquerra, citado por Arias, 2009), no como instrumento para validar sino una alternativa a la misma (Denzin, 1994). En relación con la confiabilidad, se entiende que puede respaldarse en el uso de diversos medios técnicos (por ejemplo, para recoger información); asimismo, se empleó la idea de confiabilidad “externa” (LeCompte y Goetz, citados por Martínez, 2006), que se sustenta en la inclusión del contexto de producción, tanto de la investigación en general como de su material en particular. Entonces, se entiende que el uso combinado de diversas herramientas optimiza la producción, y va de la mano de la producción de rigor en la investigación.

3.2 Presentación del material

3.2.1 Características y contexto de producción del material.

Tal como está presentado al inicio de esta tesis, el material con el que se trabajó en esta investigación es emergente de un proceso de trabajo realizado bajo la nominación de Proyecto: “Mejoramiento de la relación asistencial en el Centro Hospital Pereira Rossell”, que a su vez fue la respuesta dada a un pedido realizado por diversos actores institucionales del CHPR. El pedido estuvo centrado en la necesidad de atender a situaciones que el personal de enfermería no podía manejar, y tenía directa relación con el encuentro entre dicho personal y la población a la que se asiste. Se sostenía que ese encuentro estaba compuesto por altos montos de violencia, lo que generaba un impacto importante en las enfermeras, y producía efectos visibles tales como ausentismo laboral, malestares psicofísicos, diversas alteraciones y disturbios en lo cotidiano del trabajo, entre otros.

La estrategia de intervención sostuvo dos momentos principales: el primero, consistió en observaciones, diagnóstico, relevamiento y análisis de los elementos puestos a consideración para la descripción del problema. En este primer período se llevaron a cabo encuentros informales con el personal de enfermería en sus salas de estar, recorridas por los pisos observando los lugares y formas de trabajo (abril de 2008), y quince entrevistas en profundidad realizadas a enfermeras y enfermeros. Se entiende a la entrevista en profundidad (Taylor y Bogdan, 1996, p. 101) como “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros estos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones”. En tal sentido, la realización de las entrevistas se sustentó en el hecho de que es una técnica que permite aprender el modo en que los entrevistados ven y experimentan las situaciones por las que atraviesan, y construir estrategias para su abordaje. “En tanto informantes... [Los interlocutores]...deben describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben”... “[la entrevista cualitativa]...tiene la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas” (p. 103). Las mismas se hicieron sobre la base de un guión elemental que apuntaba a la descripción de las situaciones a las que se encontraban sujetos los entrevistados, así como a la posibilidad, a posteriori, de formular propuestas de trabajo. Luego de procesar la información recabada en las mencionadas entrevistas, se elaboró un “Documento de Trabajo”, cuya finalidad era restituir lo brindado por el personal en un espacio de trabajo nuevo y diferente.

Un segundo período se inició entonces con la intervención propiamente dicha sobre las problemáticas detectadas. En el marco del proyecto la intención fue atenuar los impactos nega-

tivos que se producían en los trabajadores de enfermería del CHPR a punto de partida de la relación asistencial, para lo cual la propuesta era estudiarlos y caracterizarlos, así como generar visibilidad sobre los diversos padecimientos. Otra finalidad del proyecto fue propender al desarrollo de nuevas modalidades de vinculación entre el trabajador del CHPR y la población usuaria del hospital. En tal sentido, se establecieron reuniones grupales semanales de 1h 15min de duración, con un coordinador y un observador, con un primer propósito de abordar el documento antes mencionado, en la perspectiva de colectivizar su contenido y reflexionar a propósito de lo allí planteado, así como generar posibilidades de escucha y circulación de la palabra, con coordinación y observación, y manteniendo el corte por pisos y sectores. Se utilizó la idea de “Grupos de palabra” (Torres, 2005), con la finalidad de generar un espacio donde se pudiera sostener una conversación y que posibilitara el tránsito, la circulación de ideas, afectos, pensamientos, etc. Es necesario precisar, que el soporte conceptual del dispositivo de trabajo estuvo dado por la utilización instrumental de la Técnica Operativa de Grupos (Pichon-Rivière, 1982), entendiendo, al mismo tiempo, que diversas inscripciones -institucionales, organizacionales, culturales, entre otras- estuvieron operando transversalmente y produciendo acontecimientos durante el proceso grupal. Dichas reuniones se mantuvieron con continuidad entre setiembre de 2008 y julio de 2009. El tercer movimiento de la estrategia de intervención (que coincidió con el trabajo en el dispositivo grupal, en noviembre de 2008), fue la elaboración y realización de Talleres Temáticos que emergieron del trabajo sostenido con los cuatro equipos de enfermería. Las temáticas de los talleres surgieron de aquello que insistía para ser trabajado y pensado, a los efectos de su comprensión y mejoramiento. En todos los casos se contó con la participación del personal de ambos pisos y sectores. El trabajo se cerró a fines del 2009, luego de evaluaciones positivas de parte de la gran mayoría de los actores involucrados. Dado que en todos los encuentros grupales se trabajó con un coordinador y un observador del equipo, se realizaron registros escritos de las reuniones, en un total de treinta y dos.

3.2.2 Codificación, emergencia de categorías, producción de temas

La codificación abierta posibilitó la producción de algunas categorías, entendiéndolas como “conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con significado” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio, 2010, p. 452). En una segunda revisión del material las primeras categorías con las que se trabajó dieron lugar a otras más inclusivas y afinadas con relación a los objetivos de la investigación. En un tercer momento la agrupación de las categorías dio lugar a la construcción de cuatro temas principales. Se detallan a continuación las categorías emergidas del examen del material:

- 1) **Adentro/ afuera del hospital:** refiere a la percepción de la existencia de una frontera entre el adentro del hospital y el afuera, esto es lo que se denomina como contexto.
- 2) **Relacionamiento con los pacientes:** tiene relación con el encuentro de las enfermeras con la población asistida.
- 3) **Afectos y afecciones producidos en el trabajo:** describe sensaciones, afectos, sentimientos, que se generan en lo cotidiano del trabajo de enfermería.
- 4) **Lo colectivo:** pone el foco en lo que los actores dicen acerca de las grupalidades conformadas en la enfermería.
- 5) **Relacionamiento con otros actores institucionales, no jerárquicos:** hace referencia a los vínculos interpersonales que establecen las enfermeras entre sí y con otros, donde no se incluye las autoridades.
- 6) **Articulación entre personal nuevo y viejo:** alude a un corte (nuevos/viejos) donde se manifiestan conflictos y valoraciones.
- 7) **Trabajo en equipos:** refiere a lo que los actores relatan de la función –y el funcionamiento- de los equipos de trabajo así como el trabajo de equipo y sus productos.
- 8) **Condiciones de la organización del trabajo:** relacionada con las circunstancias y los escenarios del trabajo, y sus efectos principales.
- 9) **Estrategias implementadas desde la organización:** establecimiento de ciertas medidas que toma la organización con relación al trabajo concreto de la enfermería.
- 10) **Rol y función de la enfermería:** componentes del rol así como sus significados.
- 11) **Maternidad y enfermería:** enunciados referidos a lo que las enfermeras entienden que implica el ejercicio de la maternidad, así como a su propia experiencia como madres.
- 12) **Género y sus efectos:** apunta a distinguir de qué manera el género crea significaciones en las prácticas y/o en las vivencias de los actores involucrados.

Los **cuatro temas principales** a desarrollar luego del proceso de construcción de categorías, son:

l)	Lo sociohistórico	Adentro-afuera Relacionamiento con los pacientes Afectos y afecciones producidos en el trabajo
----	-------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

II)	Tensión singular- colectivo	Lo colectivo Relacionamiento con otros actores institucionales Articulación entre personal nuevo y viejo Trabajo en equipos
-----	-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

III)	Organización y condiciones de trabajo	Condiciones de la organización del trabajo Estrategias implementadas desde la organización
------	------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

IV)	Rol de enfermería	Rol y función de la enfermería Maternidad y enfermería Género y efectos
-----	-------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Se entiende que estos temas tienen directa vinculación con el objetivo general de esta investigación, dado que permiten generar visibilidad sobre la composición de la relación asistencial así como comprender algunos aspectos referidos a las grupalidades producidas y su vínculo con la relación antes mencionada. A la vez, los temas pueden ser pensados enlazados entre sí, con la idea de lo rizomático (Deleuze & Guattari, 2005) como eje, en el sentido de que no hay un tema más relevante que otro, ni hay relaciones que impliquen algún nivel de hegemonía por sobre otras. Cada uno puede ser conectado con todos y cada uno de los otros, sin identificar principio ni fin salvo a los efectos de la exposición.

En el siguiente apartado, se procederá a la ejemplificación de cada uno de los temas con las referencias a los materiales que se consideraron más relevantes. Las referencias están escritas en cursiva para su mejor distinción, y cada una posee una letra y número que la identifica. En el caso de las que comienzan con la letra G, corresponden a los documentos grupales siendo el número el que ubica el registro en términos cronológicos. Las que comienzan

con la letra E, señalan los documentos generados en las entrevistas, siendo la M y la V las que especifican si la entrevista fue hecha a una mujer o a un varón, así como el número indica el orden en el que se encuentra.

I) Lo sociohistórico

Adentro-afuera

(G6) Mis hijos juegan en el patio, a la calle no los dejo salir. Mis hijos tienen 12 años y no los dejo salir.

(G9) Se ha incrementado mucho este tipo de usuario. Antes eran pobres, ahora son malandras. No son normales. Los que trabajan se fueron para las mutualistas. Acá quedaron los fiolos y las prostitutas.

(G14) La madre te miente. Vos la tratás como si fuese normal. Los niños estaban llenos de piojos y la madre lo negaba. Tenían la cabeza lastimada de tantos piojos y de rascarse tanto. ¿Dónde viven, qué comen? Los mandaron de la escuela. Hay niños que comen basura, eso se ve con un examen de materia. Vinieron descalzos, ojos tristes, no hablan, ropa sucia. La madre le da leche al de cuatro años, le preguntas por qué, te dice: "porque es leche". Por suerte la madre respondió bien. No es agresiva, no dificultó el procedimiento.

(G9) Es un hospital no un conventillo.

(G9) Habría que traer un Hitler y solucionás el problema. Esa nena de cuatro años la matás y se acaba el problema.

(G9) ¿Quién soluciona a esta gente plancha de cantegril? La mentalidad no se las cambiás.

(G9) Tendría que haber un sistema que los domine. Ponerlos a trabajar y no que vengan a vivir del Pereira

(G9) Otra cosa que odio son los carros en la calle.

(EM1) Yo no me crié con personas sucias, con piojos, madres que delegan la responsabilidad, ser pobre no significa ser sucio.

(G6) Los violados que ahora son novedad, son lo más común del mundo. Uno intenta separar pero no puede. Yo por ejemplo dejo a mis hijos con una desconocida. Cuando llego de noche los reviso a ver si están bien

(G6) Son cosas que te influyen porque te ponés a pensar: "si esto me pasa a mí".

(G15) Quieren que mejore la atención del usuario, acá hay otra realidad que en una mutualista no encontrás

(G17) La jungla es peligrosa. No tienen por qué gritarme. Catarsis.

(G7) Al paciente no me lo llevo para mi casa.

(G1) Le digo a XX: Aprendé a dejar acá las cosas. Porque no saben separar el adentro del afuera.

(G8) Hay que aprender a separar porque si no terminas mal.

(G10) Te terminás acostumbrando. No podés ponerte la problemática de cada uno en tu mochila.

(EM3) El trabajo se mete dentro de la familia? Sí se mete; no como un problema; a veces llego a mi casa, en esa hora que estoy en mi casa hablo de alguna problemática de acá. Si tuviera hijos capaz que sería diferente. No me repercute. Como tengo otro trabajo fuera de la salud, cambio, es diferente. En el x, el Pereira no existe. Entro acá y el x no existe.

(EM6) Siempre estás pensando, algunas cosas te llegan. A veces lo llevás a tu casa y a veces se hace reunión y siempre cae el tema del hospital.

(EM3) Tenés que tratar de dejar los problemas personales afuera. Cuando tenés un problema personal es muy difícil manejarlo en el área laboral. A veces estoy angustiada, y ver alguna cosa que otra en el trabajo te afecta. A veces te angustiás porque tantas horas de laburo y no disfrutás. La plata no te rinde. El día que tenés libre, te dedicás a descansar o a adelantar cosas que no pudiste durante la semana. Cuando a veces estoy muy cansada no rindo lo que tendría que rendir.

(EV5) Dejo los problemas de acá en la puerta, y los problemas de mi casa antes de entrar.

(G5) El nivel cultural del personal de enfermería también es muy bajo.

(EM7) Pero es todo, hay todo un montón de problemas sociales que no los vas a arreglar en dos días, de repente vienen niños adictos a pasta base que le tendrías que solucionarles toda la vida...para este tipo de enfermedades creo que no hay nada creado para mejorar ese niño, no veo organismo interesado en eso, hay mucha teoría pero realmente solución no la veo.

Relacionamiento con los pacientes

(G8) La pertenencia a un paciente, lo sentimos nuestro.

(G7) Digo mis hijos esta noche yo los cuido. Quiero que sean los mejores atendidos de la guardia. A mí no me gustaría desligar la relación. Son mis hijos durante la guardia. No me los llevo para mi casa.

(G8) Por la responsabilidad te lo apropias. No se da con todos los niños.

(EM12) Yo trabajo con “mis niños”, me dedico a ellos

(G2) El chiquilín es sucio, si no lo educo sigue así.

(G16) Es imponente las sábanas sucias y los niños con el olor impregnado.

(G14) Salvo por la cucaracha que me caminaba por la pierna. Los niños gritaban, no les entraba el jabón. Tenían el típico olor a chiquero de chancho, literalmente, no como metáfora de mal olor

(G16) En la 102 hay un mugroso. La mujer lavó dos frazadas y las colgó a secar en el radiador. Le dije que limpiara eso, que esto no es un cantegril.

(G5) ¿Fueron a ver a la terraja esta?

(G5) Hay que hacer un gueto y matarlos a todos, planchita que va por ahí lo matás y listo.

(G5) Ves, acá tenés un ejemplo -señalando a una niña-. No, no. Andá a “planchar” a otro lado.

(EM3) También con clases muy bajas, muy carenciadas; o con personas de clase media. A veces es muy difícil manejar la higiene. Tenés que tratar de que en una sala haya un orden. Más que nada es con los acompañantes; por lo general madres, es muy difícil de manejar.

(EM15) Con los niños no siento asco de agarrarlos, besarlos, apretarlos, no me da asco...me puedo sentir un poco sensible y me pongo a llorar en mi casa...

(G19) Necesitan un espacio acá. Se eternizan un montón. Un espacio lúdico y saludable cuidando su salud y la nuestra.

(G14) Han ingresado tres hermanos, todos por ser abusados por un tío. El abuso lo cuenta la niña de cinco años, la madre lo niega. Nosotros le creemos a la niña. Los otros hermanos son un niño de cuatro años y otra niña de meses. Lo primero que hicimos fue bañarlos, tarea que resultó difícil porque los chicos le tienen miedo al agua.

(G16) Vamos a ponernos en lugar del paciente. ¿Qué preferís? Que te atienda siempre el mismo enfermero o que todos los días venga una cara nueva que no sabés si podés confiar

(G3) ¿Qué somos madres? Por favor! El paciente que nos desborda es el psiquiátrico. Lo vimos muy exagerado eso.

(G8) No hay un lugar donde atender a un niño psiquiátrico

(G5) Cada vez hay más locos y más chicos.

(G22) El enfermero que trabaja con ellos tiene que tener cuidados especiales porque si no se ahorca con ellos. El cuidado del enfermero, si no tenemos que atender psiquiátricos vamos a aliviar el estrés.

(EM15) Con psiquiátricos no puedo trabajar

(G22) Los psiquiátricos se ponen violentos porque se aburren. El espacio especializado es para que puedan andar por ahí, para que tengan algo para hacer, manualidades.

(EM14) Los niños de la calle, adictos a la pasta base, se quieren ir...los médicos vacilan...sobre todo porque las madres se ponen nerviosas...este tipo de niños no tendrían que estar al lado de niños que están enfermos...niños con psicosis, trastornos del humor, cada problemas de atrás...lo ponen al lado de un niño que ha sido operado...no es discriminar, tienen que estar atendidos...las psiquiatras afirman que no se deben relegarlos y marcarlos; no es relegar...que estén en lugares seguros, no hay infraestructuras que puedan contenerlos. No todo el mundo está capacitado.

Afectos y afecciones producidos en el trabajo

(G7) Esas cosas me angustian y no me las olvido.

(G7) Queda algo trancado y te queda ahí.

(G14) A mí me cuesta horrible las doce horas, estoy de mal humor en mi casa, me hablan y ladro. Odio mi casa, odio todo. Me está entrando un bajón, puteo todo.

(G1) Es peor que un parto de nalga

(EM15) La que me afectó horrible...un niño que tenía el alta...en el 3er. piso, con una traqueotomía, la abuela y el padre se pusieron a pelear y le tironearon y entró en paro...ahora es un vegetal y era un muñeco...era la mascota de nosotros

(EM15) Tengo una niña en particular que cada vez que está internada sufro como una condenada...

(G4) El que trabaja acá, trabaja por que le gusta no por el sueldo

(EV5) Me encanta. Me gusta lo que hago. Me encanta la salud pública, la gente con la que trabajo

(EM15) Vivencia gratificante. De niños que estaban en CTI y pensar que se morían y ver que salen del CTI y se van bien...tengo un niño que vive en Artigas, estuvo gravísimo...en CTI tenía 2 drenajes, uno en cada pulmón...salió del CTI, y sigo en contacto...esas experiencias que uno dice si todo fuera así...

(EM11) No hay cosa más linda que un padre o una madre que te diga qué divino que trabajás...o que ver cuando un niño se recupera, es como una planta cuanto la regás...ves los resultados, tengo montón de cartitas que me van quedando

(G5) Antes me molestaba mucho, pero después ves que ni a la madre le interesa el niño... te vas decepcionando.

(G2) Yo a veces vengo automatizada, tipo robot.

(G4) Soy una persona, no soy una unidad, un número. Somos seres humanos que merecemos trabajar en condiciones óptimas.

(G4) No sacas tu mejor potencial para trabajar.

(G9) Con el tiempo dejás de llorar por el paciente.

(G9) Indiferencia total...

(G2) El jueves pasado yo colapsé, casi mato a una compañera.

(G2) Te preguntás ¿para qué estudié?, porque hay una pérdida del disfrute.

(G2) Tengo hambre. ¿Qué día es? Yo a veces pierdo la noción de los días, ya estoy lista para una certificación. La rutina te mata.

(G4) El primer día estaba de explotar y hoy me ataco el lado bajón.

(G4) Hay miseria adentro y hay miseria afuera

(G4) La imagen que yo tenía se derrumbó. Las expectativas se me vinieron abajo.

(G8) Nosotros no trabajamos ni con recién nacidos ni con óbitos y por suerte hace dos años que estoy y no he visto morir a ningún niño. Hay que aprender a dejarlo allá en el trabajo, dejarlo, lo lamentás porque sos madre.

(EM7) No estamos preparados muchas veces, porque nosotros ponele: te enfrentás a la muerte, al maltrato de los padres, a la angustia de los padres, a ver a un niño yo que sé...con parálisis cerebral, y vos decís cómo manejas todo eso

II) Tensión singular- colectivo

Lo colectivo

(G13) Lo que pasa que este grupo es excepcional, no en el sentido de que sea mejor sino que es diferente al resto.

(G3) Si fuéramos todos iguales andaríamos mejor. O todos estamos sentados o todos estamos trabajando, eso es lo justo.

(G26) En todos los grupos hay líderes. Al no haberlos todo se alivió. Todo es más homogéneo. Ningún problema.

(G18) A nivel de facultad hay un curso donde te dicen que un grupo que se lleva bien le genera quilombo a las nurses porque se cubren las cagadas.

(G28) A los médicos igual no los tocan. Acá de las malas praxis no se habla. Enfermería tendría que ser un bloque como los médicos. Para eso acá no hay mucho quórum.

(EM 1) Cuando hay problemas con un padre, los enfermeras se unen y hasta que no sacan al padre... como en donde hay grupos más unidos, por ej. el turno de la tarde.

(G4) Se resuelve del otro lado. Escuchan solo una sola parte. Tienen a la Nurse del lado de ellas.

(G12) Falta el respeto. Él es del otro bando, para acá que no venga a imponer nada.

(G16) Lo que pasa es que pagamos todos por uno.

(EM 1) Siento como que somos ellos y nosotros

(EM 1) Somos un piso dividido: los de medicina que son más viejos y los de lactantes que somos más jóvenes y nuevos; que entrara demasiada gente joven les molestó a los viejos, se sintieron amenazados, todos los pisos rotan, nosotros no. Es una mala manera de mantener el grupo unido y de conocerse; si por otro lado es voluntad de ellos yo estoy muy bien con mis compañeros, tenemos un grupo bárbaro. Están ellos y nosotros.

(G5) El tema es que como nos llevamos bien nos quieren dividir.

(G7) No estamos tan bien conceptuadas como el otro grupo.

(EM11) Estuve también en el 1ero, pero me sentí re mal porque hay un círculo muy cerrado entre las que hacen más tiempo que están.

(G3) Siempre uno tiene que ceder. También puede ser que todos cedan a uno.

(G4) Una manzana podrida pudre a todos.

(G11) Yo lo que siento es que ella está fuera del grupo, nunca encastra.

(G21) Hay gente que siempre se sienta en la misma silla. No existe mi silla.

(G13) Dicen que somos un grupo difícil nosotros.

(G21) Es fácil ver todo lo mal en el otro.

(G7) Jamás viste a enfermería pegada lomo a lomo

(G10) Complican a veces. ¿Falta de voluntad de los funcionarios? No hay unión para las cosas que nos tenemos que unir.

(G32) Ahora todo es más individual.

(G16) Lo que pasa es que pagamos todos por uno.

(EM11) Se forman grupos que se van cerrando...la gente nueva..te sentís como aislado, que te apartan.

(EM9) Cada uno está en la suya, yo ni me molesto.

Trabajo en equipo

(G5) Trabajo en equipo primordial, el empleado que está a gusto va a estar mejor.

(G10) Nosotras trabajamos en equipo y a esta hora estamos todas terminando.

(EV5) Ya nos conocemos, una mirada sabemos que viene brava la mano. Se trabaja en equipo.

(G4) Cuando se gana un partido dejá los jugadores no los cambies, mantené el mismo cuadro. Refuerzan abajo por que son todos nuevos. Queremos igualdad porque queremos a alguien permanente en el equipo.

(G1) Hay cosas que no compartimos entre nosotros. A mí no se me murió nadie

(G1) No compartimos lo de las rotaciones

(G3) A mí no me pasa.

(G2) Yo no comparto eso.

(G2) Existe un "equipo de maltrato", con psiquiatras, educadores y asistentes sociales, y no lo integra ningún enfermero, que son quienes estamos todo el día con los niños.

(G2) No hay trabajo en equipo, esas cosas te chocan un poco.

Relacionamiento con otros actores institucionales

(G3) Esto es como la política, la mayoría de la gente se preocupó más por las relaciones interpersonales que por cosas realmente importantes. La gente se dedica a pelearse entre ellos.

(G11) Vigilancia también nos falta el respeto

(G11) Hay guardias que trabajan borrachos, no les importa un carajo.

(G25) No existen los conflictos. Los conflictos se hacen según como yo te trate.

(EM9) Me enseñaron mucho. Cuando le daban clases a los estudiantes de medicina me hacían participar de las clases. Acompaña en todo el momento del parto, con la neonatóloga

(EM11) Yo no tengo problemas. Trabajé abajo que el ambiente era bastante especial, nunca tuve problemas con ningún compañero. A veces no coincidís, pero es ese momento y tá. En todos los lugares tenés más afinidades con unas personas que con otras. Hablás lo necesario

(G3) Pasa. En ortopediatría es más fácil, menos trabajo para hacer. Hay gente que no quiere trabajar. Enfermeras que se hacen las “chanchas boludas”.

(G4) La división es entre quienes confían y desconfían.

(G11) Todo el mundo me critica.

(G11) El tema es que nadie quiere trabajar con ella. Se descompensa un paciente y ella no encara la situación. Nosotras le damos ciertas comodidades.

(G11) W le reconoció a ZZ que ella era el problema

(G13) Ella se lleva todos los dardos. Nadie la quiere pobrecita! Por el carácter que tiene.

(G3) Un médico no me va a enseñar a mí cómo trabajar con diabéticos.

(G5) Los médicos nuevos no respetan tus saberes. Cuanto más saben más respetan lo que vos decís.

(G6) Que el médico aporte lo que tenga que aportar. Los médicos no saben más que nosotras.

(G16) Era un peligro porque no había apoyo de nadie. Los médicos te ayudaban pila, eran distintos a los de ahora. Ahora vienen, te dan indicaciones y se van. Había un médico por piso, ahora no.

(EM8) Vinieron los médicos y vieron la situación, porque muchas veces nosotros lo decimos y ellos mismos no nos creen, hasta que ellos no lo ven por ellos mismos, pero no se dan cuenta que somos nosotros los que estamos todo el día acá y vemos la situación...y entonces le pegó así y la doctora fue y le hicieron las denuncias

(G9) A nivel médico, lo que le pasa a enfermería no le interesa. Si la cosa es con el médico al paciente lo echan.

(EM 1) Pacientes convulsibando; estar corriendo a veinte manos, llamar a los médicos y que no vengan. Es difícil la relación con algunos médicos. Para mí; ellos ni se enteran. Que los médicos se tomen su tiempo, eso te distorsiona todo.

(G12) Hay un mal relacionamiento entre compañeros

(G12) Las del otro sector están aprovechando para hacer que son la autoridad del piso.

(G13) Yo vengo a comer acá pero no tengo problemas con los de allá.

(G13) *Las cosas hay que hablarlas de frente. Tenés que trabajar y punto. Meter para adelante.*

(G17) *Gente densa, que se queja todo el tiempo. Ahora aprendí, esa gente problemática ni siquiera los escucho.*

(G17) *Es una problemática. Una situación alentada desde arriba. ¿Y todo lo que vos le das al hospital?*

(G18) *Z me dijo: “te das cuenta que todos los quilombos terminan en peleas entre nosotros”.*

(G3) *Por ahí tenés problemas personales y no podés separar y genera problemas con los compañeros.*

(G4) *El acomodo trata de perjudicar al otro. El compañero no le importa*

(G7) *Todas las compañeras con las que trabajas después van quedando como tus superiores.*

(G7) *Si y de generar vínculos y no los quiero generar en el trabajo. Te acuestan y te levantan tantas veces acá. Gente que ha cambiado del día a la noche acá. Se pudrió la manzana y se sabe dónde pero a la jerarquía le sirve.*

(G10) *A veces no piensan las compañeras. Piensan en ellas y no en el hospital.*

(G10) *Faltan las mismas personas, los que se joden son los demás.*

(EM3) *La relación entre los compañeros es buena. Compartís 6 horas laborales.*

(EM3) *Entre compañeros, nos hacemos respetar entre todos.*

(EV5) *No tengo amigos acá, nunca me peleé con nadie. Las chiquilinas acá son compañeras, muy allegadas; amigo es otra cosa.*

(EM6) *Con los compañeros me llevo bien, no digo nada cuando no estoy de acuerdo.*

(EM6) *La dejo pasar, yo digo que me tomo todo light.*

Articulación personal nuevo/viejo

(G3) *Hace un par de años hubo un quiebre. Ingresó mucha gente nueva y comenzó la discordia.*

(G3) *Antes entraban de a uno y no tenían más remedio que apoyarse en uno, ahora entraron muchos y se potenciaron.*

(G4) *A mí me paso el caso de un compañero nuevo que dio mal la medicación, ves la edad. Fue y consulto a la Nurse y a veces no tienen el manejo que nosotros tenemos que todos*

los días estamos en esto.

(EM2) En los últimos tiempos entró gente nueva que de a poco se han ido integrando, XX, XX. Hay gente nueva que no se ha ido integrando al grupo; nosotros que tenemos más experiencia estamos de este lado. Los más jóvenes con lactantes, para que aprendan. No nos llevamos mal pero tampoco bien.

(EM11) La gente que hace muchos años que está se hacen más resistentes...sin querer existe un poco de maltrato, se forman grupos que se van cerrando...la gente nueva...te sentís como aislado, que te apartan.

(G13) Mis conocimientos van para todos lados, yo de los nuevos aprendo mucho.

(EM6) La generación de ahora está más preocupada por los pacientes.

(G3) No es por celos, es porque no saben trabajar en equipo. Nosotras no hemos tenido problemas entre los viejos.

(G9) Con la diferencia que nosotras hace quince años que trabajamos. Si sos joven tendrías que tener ganas de trabajar.

(G5) En China y en Japón respetan a los viejos por su sabiduría.

(EM8) Con los compañeros ahora siempre hay alguna cosa con uno o con otro, que quieren hacer valer la antigüedad

(G3) Yo cuando empecé a trabajar acá trabajaba en grupo, pero allá con los nuevos.

(G4) La culpa la tienen los viejos. Los viejos se ponen perros y los nuevos soberbios.

(G12) Es un compañero, el más viejo del lugar, y las nurses no hacen nada. Cuando llegaban los nuevos los maltrataban. Se cansaron de hacerle notas los médicos, los compañeros, las notas morían en el departamento.

(G17) La jerarquía es Salud pública. El más antiguo, las viejas que hacen desastres, tienen privilegios y no los tocan. Hace 30, 20 y 10 años. Los más nuevos, siempre suplentes, por faltar los que quedan como volantes. Falté 2 veces! Además se considera necesario que recorras todos los servicios para adquirir habilidades y destrezas.

(G3) Lo primero es que el enfermera conozca al paciente. Son pocos los jóvenes que están dispuestos a que vos les enseñes.

(EM 1) Que entrara demasiada gente joven les molestó a los viejos, se sintieron amenazados

III) Organización y condiciones de trabajo

Condiciones de la organización del trabajo

(G7) *Me hicieron una observación que no firmé, no están claras las reglas ¿Dónde está el reglamento donde dice tal cosa?*

(G15) *Que estén las sábanas, que hayan camas adecuadas. Si se cae, la culpa no es de la institución, la culpa es de la enfermera*

(G9) *Los de ASSE son los más nuevos y tienen más beneficios.*

(EV13) *Antes Asse pertenecía al MSP ahora es un Ente descentralizado y tiene su propio presupuesto. Había dos formas de ingreso por ASSE que figurarías como contratado y por Salud Pública la contratación es por artículo 410 previa presupuestación. Asse se encarga de cumplir más las funciones de administración de Servicios de Salud, pasó a encargarse de los servicio de salud y el MSP más a encargarse de las funciones propias de un ministerio es decir a ser la policía sanitaria, regulación.*

(G17) *Hay que ver cómo funciona la institución*

(G5) *Y las diferencias entre un hospital público y una mutualista.*

(G8) *Hay diferencias entre quienes trabajan además en un trabajo privado al que no llegan tarde y al CHPR sí, sobrecargando a los otros enfermeros quienes deben atender a más pacientes.*

(G9) *Salud pública es tierra de nadie.*

(G28) *Todos vienen acá porque somos el hospital de referencia. Si trabajás acá trabajás en todos lados. Lo que se ve acá no lo ves nunca más. La contracara es que son situaciones muy complejas hay que arreglarse con escasez de recursos.*

(G6) *Con siete mil pesos no mantenés una familia. Menos horas y más sueldo*

(G15) *Yo vine a preguntar y me dicen que todos tenemos el mismo derecho.*

(G10) *El ausentismo laboral hay gente que tiene 15 faltas. También tiene que ver con el multiempleo*

(G13) *Yo llegué a trabajar 18 horas. Ahora que aflojé veo el cansancio.*

(G13) *Yo las 12 horas no las tomo como natural pero hay gente que entra en la rosca y quiere más plata*

(EV13) *Un problema muy importante es el multiempleo, anda todo el mundo como loco.*

(G17) *Cortás el blíster, sucuchás lo que sobra, y aprendés a sobrevivir*

(G17) Me mandaron a ortopedia con un termómetro

(G9) Recursos para soportar esto. Se ha incrementado mucho este tipo de usuario. Antes eran pobres, ahora son mandras. No son normales. Los que trabajan se fueron para las mutualistas. Acá quedaron los fiolos y las prostitutas.

(G17) Tomo la temperatura; son 24 pacientes el 1 39º, el 2 38º7, todos aislados en sala 4, bebidos mezclados con sociales. A las 3 y media de la mañana registrando historias, me dio bronca.

(EM8) Supuestamente está lo justo porque son 8 camas por enfermera y en invierno cuando todo es respiratorio que a cada rato tenés que aspirarlos demanda mucho no te dan las manos no descansás y a veces te quedás hasta más tarde porque no vas a dejar al niño mal, pero bueno.

(G15) Yo no te puedo aceptar, vos como nurse tenés que resolver. Vos estás dando lo que te corresponde. No podés decir andá al 4º piso a pedir.

(G15) Yo le pedí sábanas y la nurse me dijo: yo tampoco tengo

(G15) Como Pilato, se lavan las manos.

(G7) No se mide a todo el mundo con la misma vara.

(G6) Si sos amigo de una supervisora, te mandás una cagada y no pasa nada. Yo pedí cambio de turno porque no podía cuidar a los gurises y no me cambiaron, tuve que dejar a mis hijos con una desconocida... a la marchanta.

(G6) En el departamento están de vivos. El amiguismo me rompe las pelotas.

(G7) Yo tenía un viaje a Bs. As. Programado, no encontré suplente y no me suspendieron y a una compañera la suspendieron 10 días por faltar dos días para mudarse)

(EM16) Después del embarazo una vez me dijo bajá al primero, después subí al 2º y después bajá al primero y ahí sí me fui para el departamento, ya era por todo después de tener familia no era para estar para arriba y para abajo, ya le dije yo si era mala palabra el haber tenido familia después de vieja, no sé qué le pasaba conmigo.

(G9) Acá tuvimos un nurse de piso que no hacía nada y sin embargo ahora es nurse supervisor.

(G4) Merecemos trabajar en condiciones óptimas.

(G15) Intentá razonar con un plancha desquiciado, diarreas, adicciones y abusos. También en ortopedia. No tienen un lugar. Haría falta un sector.

(G5) Las reivindicaciones ya las hemos hecho

(EM 1) Dividimos las camas, mantenemos un orden. Hay flexibilidad; podés hablar con tus compañeros o con la nurse si no querés o no podés trabajar con un determinado paciente.

(G8) Tuvo que haber una balacera para que viniera el director del hospital.

(G15) La nurse de piso se esconde por ahí, hay fallas muy importantes. Capaz que uno es medio loco, medio histérico. No me gustan las cosas torcidas. ¿Por qué la ponés al revés?...porque soy la jefa!

(G9) Mostrar un poco de interés. Nurse debe ser respaldo. Sí, lo ideal es que haya una nurse.

(G12) Le pedimos a la Licenciada, y está pintada al óleo, se lava las manos como las mejores.

(G9) A nivel médico, lo que le pasa a enfermería no le interesa. Si la cosa es con el médico al paciente lo echan. Con las nurses es igual. No hay apoyo.

(G18) (...) En otros pisos las nurses de piso toman las decisiones que se deben tomar. No hay referentes universitarios en el piso para respaldarnos.

(G14) Una nurse así da confianza. Sí. Ella no nos deja en banda.

(G11) En el tercero hay nurse de piso y cinchan todos para el mismo lado.

(G14) Esa supervisora hasta que no se resuelve un problema no se va. Lo que pasa es que ellos no tienen a nadie arriba que los vigile. Pasan y se van. No los critico, cada cual hace lo que quiere.

(EM14) Habiendo una nurse, es mi superior, y no tengo ningún problema, por suerte...yo dichosa de tener nurse...antes teníamos que resolverlo nosotros...habiendo una nurse es mejor, porque te deslindás.

(EM10) Si vos venís al piso y ya está la nurse, ya se sabe que la nurse más allá de que vos tenés cierta independencia, vos sabés que la nurse está y ese es tu respaldo.

(G5) Siempre decide el que está arriba, por eso es cuestión de suerte. La opinión del trabajador no importa. El aspecto humano no existe, no sos un ser humano.

(G4) No me negrees nurse, el tiempo de la esclavitud ya terminó.

(G16) Nosotras nunca nos opusimos a que venga una nurse si viene a hacer las cosas bien. Va en suerte.

(G5) Divide y reinarás.

(G5) Hay nurses que te dicen “usted no opine, usted no está para pensar acá”, “con dos neuronas bastan para ser auxiliar”, “es un simple limpia culo”.

(G7) *Con la jefa no se puede hablar.*

(G13) *¿Por qué le vas a enseñar a alguien que después te va a cagar?*

(G7) *Las jerarquías son re boludas no tienen criterio definido para nada. Una quiere cambiar el mundo, la otra no quiere que la llames para nada.*

Estrategias implementadas desde la organización

(G1) *No compartimos lo de las rotaciones*

(G1) *Se está intentando implementar pero es muy resistido.*

(G4) *Según ellos la rotación es para que se tenga experiencia en todas las áreas.*

(G23) *Uno siempre espera más de lo mismo y te resistís al cambio. Nos desilusionó porque nos gustó mucho el primero.*

(G16) *Vamos a ponernos en lugar del paciente. ¿Qué preferís? Que te atienda siempre el mismo enfermero o que todos los días venga una cara nueva que no sabés si podés confiar.*

(G17) *Me gusta estar fija porque me involucro con los pacientes.*

(G3) *Que roten los que están aprendiendo. ¿Qué quiero aprender yo? Todos los días estás aprendiendo, pero no para andar rotando.*

(G4) *Rotación obligada bajo amenaza.*

(EM15) *Empecé a rotar como la gente nueva. Por un lado puede ser que sea bueno (rotar) porque uno aprende de todo...tanto tiempo fijo en un sector me acostumbro...no hoy acá, mañana allá...jamás conoce al paciente, no sabés qué vas a tener...si conozco al niño, con solo mirarlo ya sabés lo que le pasa...si lo ves un día y después pasás 4 días sin verlo...mi rotación es diferente, voy cubriendo agujeros donde falte personal...*

(G5) *Por más que vos trabajes bien te rotan, para tener más poder.*

(G4) *Todos sabemos que nadie rota en vespertino. Es un grupo con ideales muy fuertes primer piso. No rotan*

(EM16) *No soy yo sola la que está desconforme con la rotación, acá rotamos pero vamos pasando de acá para allá de a uno, el mismo grupo no trabajamos juntos nunca y se complica, no tenemos la misma manera de trabajar, hay cosas que no...nos dicen que es el departamento de enfermería el que decidió esto y otra gente dice que no*

(G16) *No sé, yo no he hablado con nadie. Los que quieren rotar son los que están en lactantes porque tienen más trabajo. Ahora se viene el "decretazo", castigan al que no viene.*

(G4) XX dijo si no se ponen de acuerdo las voy a poner a rotar por todos los pisos.

(G4) Queríamos esa reunión con la jefa antes de rotar. El martes llegamos, habíamos pedido una reunión con la jefa y ya estaba la rotación

(G26) También rota más la gente. Planteamos no rotar en bloque porque fomenta los bandos.

(G24) Con el cambio se distorsionó todo

(G24) Además hay una nueva ordenanza de la dirección y el departamento de enfermería de sacar la televisión.

(G24) Nos quieren hacer funcionar como una mutualista.

(G25) Estos cambios que se dan con la institución. La institución está dando un giro. Menos números de pacientes. Medicina más personalizada. Hay nurse en todos los turnos. Se nos acorrala por otro lado. Prohibición de la TV, cosas que no son muy lógicas. Las supervisoras mirando la TV y a nosotros nos las apagan.

(G26) Con los cambios están buscando molestar, no mejorar el servicio. ¿Por qué en vez de fijarse en esto no se fijan en los instrumentos? No hay sábanas ni frazadas, solo agua fría, los aparatos se rompen. El departamento piensa: "cómo los podemos separar", todo para jodernos.

IV) Rol de enfermería

Rol y función de enfermería

(G8) Vos sabes que en invierno sacás mocos y en verano la diarrea.

(G10) Es un mínimo trabajo manual.

(G15) Nosotros controlamos, valoramos, damos la medicación...algún procedimiento. Lo otro lo hace la madre.

(G2) Dar la medicación, ver que el pibe esté bien y que llegue entero a la casa, ese es tu trabajo

(G14) Nuestra función es higiene y confort. Se está luchando porque los auxiliares pasemos a ser técnicos. Apuntan a que la gente se profesionalice.

(G14) Lo primero que hicimos fue bañarlos, tarea que resultó difícil porque los chicos le tienen miedo al agua.

(EM14) 1ero ves bien la cantidad de pacientes que hay...en este sector tiene que haber 4

personas...un buen número de camas pero somos bastantes...8 pacientes...sacás la medicación, preparás, controlás... a las 9 escribiendo las historias, las indicaciones médicas y las indicaciones de enfermería

(EV5) [Lo primordial es](...) el contacto directo con el paciente. La observación y la valoración de los pacientes.

(EM2) Trabajo especializado aunque no está considerado como tal, por el tipo de población y el tipo de patología que atienden. CHPR es único hospital pediátrico público.

(EM7) No estamos preparados muchas veces, porque nosotros ponele: te enfrentás a la muerte, al maltrato de los padres, a la angustia de los padres, a ver a un niño yo qué sé...con parálisis cerebral, y vos decís cómo manejas todo eso. Uno lo maneja como que ta, es normal es normal es normal pero llega un momento que por algún lado te tiene que afectar y nosotros mismos no tenemos la atención que necesitaríamos para enfrentar todas esas cosas.

(EM15) Me tocó a mí ponerla en el cajón...esas cosas me han marcado...

(EM7) Yo soy re sensible en un montón de cosas, por ejemplo, cuando estás trabajando en quemados "fregando" a un niño y que está llorando, pasando sufrimiento y en el momento no me doy cuenta que agarrás eso como un objeto y lo vas haciendo y después te vas a tu casa y decís: pensar que estuve con dos niños todos quemados...que no sabés a dónde van a parar todas esas emociones.

(G9) Está muy incorporado. Te enseñan cosas que no corresponden porque saben que las vas a tener que hacer.

(G18) Hacemos cosas que no nos corresponden. Cosas mal enfocadas hacia nosotros.

(G20) Yo me vi obligada a actuar sin el permiso de un médico. Mi proceder era necesario, lo hice bien y sin embargo por el hecho de haberlo realizado sin la autorización correspondiente, recibí una recriminación.

(G2) No, no son parte de tu rol. Si lo hacés es porque querés, del niño se tienen que encarar los padres, no vos.

(G8) Se le han pasado antibióticos por una vía a la madre. Hubo una situación donde fue necesario entubar a una madre.

(EM11) No te preparan para trabajar con ese tipo de pacientes (consumo, maltrato); son pacientes especiales...

(EM6) Los problemas psiquiátricos, no me siento capacitada; además no puedo hacer fuerza cuando se ponen agresivos, tenemos que sostenerlo entre varios.

(G1) Desbordarse es no poder

(G17) Funciona por ovarios. En todos los sectores se plantean.

(G34) No usamos tapaboca, ni guantes. Tenemos la sensación de que a nosotros no nos puede pasar

(G2) Sobre el tema del desbordamiento del rol, existe un "equipo de maltrato", con psiquiatras, educadores y asistentes sociales, y no lo integra ningún enfermero, que son quienes estamos todo el día con los niños. Ellos no vienen nunca, al niño psiquiátrico lo dejan solo. Ellos son parte de mi rol desbordado.

(G15) Te vas desgastando, te ponés a pensar soy yo, pero está el sistema mal, está fallando. Quieren que mejore la atención del usuario, acá hay otra realidad que en una mutualista no encontrás...que estén las sábanas, que hayan camas adecuadas. Si se cae, la culpa no es de la institución, la culpa es de la enfermera; fue una fatalidad, no sé en qué habrá quedado, en el Maciel, esa persona no tuvo nada que ver, pagó la enfermera. El cordón se corta por lo más delgado, todo el mundo la sentenció.

(G5) Hay nurses que te dicen "usted no opine, usted no está para pensar acá", "con dos neuronas bastan para ser auxiliar", "es un simple limpia culo".

(G7) Seguís siendo el más abajo de esto

(G17) Se puso como arisca, se sintió como pisoteada, inútil. Terminé bajando yo al tomógrafo. Bajé porque había una posibilidad de cambio de turno, está bastante mal. No te dan un curso, no te orientan.

(G18) Falta de humanización hacia nosotros.

(G18) La falta de respeto.

(G18) Otra cosa, le preguntás a una supervisora: "¿yo tengo día libre?" y no saben.

(G18) La madre esa es una "quilombero", se toma atribuciones que no le corresponden y nosotros no tenemos quién nos defienda.

(G31) No se valora al enfermera que trabaja con meningitis y con bacteria asesina y se la puede llevar a la casa.

(G32) La jefa nos ha dicho que somos "monos no pensantes".

(G4) No importas vos como ser humano.

(G10) A nosotras los gurises nos quieren.

(G17) No me obligo a ser de otra manera. Hago lo que considero yo. Me gusta estar fija porque me involucro con los pacientes. Voy puliendo; esa parte me gusta. En todos lados ves

de todo un poco.

(G9) Si el bebé se cae y se parte la cabeza, las responsables somos nosotras. Pero si les decís algo te putean, que hagan lo que quieran. Te supera. No podés educar porque todo cae en un vacío. Me enojo.

(EM7) Me gusta hacer lo que hago aunque siempre igual lo veo muy injusto, que no se valore el trabajo realmente como tendría que valorarse, lo veo que está mal pago, dos, la cantidad de horas que trabajamos, y tres, que no hay un apoyo para nada para nosotros en nada.

Maternidad y enfermería

(G1) Hay cosas que te afectan como madre

(G6) Yo por ejemplo dejo a mis hijos con una desconocida. Cuando llego de noche los reviso a ver si están bien.

(EM7) Uno ve tanto niño y todo...de tanto niño con enfermedad, yo qué sé, siempre estoy asociando, pensar continuamente en ella, que tengo que darle más atención, porque yo estoy con niños a upa y todo y de repente digo pah pensar...y mi hija. A mí me gustaría estar más rato con ella, eso es lo que me tiene ahí.

(EM14) Voy a ser una mamá añosa...hay que elegir entre la profesión y la maternidad.

(EM1) Les dije mirá mi hija está en mi casa gracias a Dios porque yo trato de ser una buena madre

(EM2) Como vos sos madre, te repercute, lo sentís más; ese día me hizo lagrimear.

(G9) Hay algo que nos enferma. Eso que ves ahí. (Señala a una madre caminando con un niño). Nos tiene superadas, la odiamos.

(G9) Son animales, no son gente. Son como el perro que si le das de comer por más que les pegás agachan la cola. Cavernícolas. Las madres defienden al tipo que viola a los hijos. No te tenés que meter porque te volvés loca.

(G20) Ellos son una raza étnica y nosotros otra.

(G9) No podés tener una conversación coherente. Problemas de comunicación con este tipo de gente.

(G9) Te calienta porque te dicen de todo y vos les estás salvando la vida a los hijos.

(EM1) El ver a los padres me generaba bronca, les decía por qué no le prestaban atención a su hijo en vez de lamentarse después. Hacemos de orejas

(EM3) Hace dos o tres meses, una madre psiquiátrica, sin controlar, esquizofrénica, que era difícil de manejar, agresiva, tenía una niña con una desnutrición; abandonada en la puerta de la casa de un vecino. Llevó todo un tratamiento; la madre no quería tomar la medicación. Por qué yo siendo enfermera, tanto en el área de pediatría, tener que soportar a una madre en mi piso...o que la madre se va y deja sola al niño. Eso me enoja. No la puedo entender.

(G9) Hay una niña que está internada porque la madre la prendió fuego. Hay padres que se abusan del Pereira, usándolo como si fuese un hotel.

(G5) Pero después ves que ni a la madre le interesa el niño... te vas decepcionando.

(G9) Hace unos años un padrastro mató a su mujer, al niño abusado y después se suicidó acá en el piso.

(G9) Madres que matan a sus hijos. Niños y madres que se quedan acá dentro.

(G14) Tienen todo acá. La niña está cuidada y ellas trabajan abajo, como prostitutas.

(G11) Una vez recibí una amenaza parte de un padre y los guardias miraban y no hacían nada.

(EM 1) Una madre se había ensañado conmigo, el hijo se lo sacó el INAU porque ella lo maltrataba; yo no tuve que ver con la denuncia; una vez me quiso levantar la mano y un compañero se interpuso; cuando me hizo eso a mí no pasó nada, agredió a otro compañero y tampoco pasó nada; tuvo que agredir a una doctora para que pasara algo. Yo traté conversar con ella o hacer de cuenta que no me decía nada; yo le venía diciendo la nurse que algo iba a pasar, que soy humana y no encontraba ningún tipo de respuesta.

(EM3) Con los padres, te encontrás con consumidores de pasta base, con alcohólicos, con agresivos. Trato de no exigir nada hacia ellos que les moleste; me da miedo. Tuve una situación hace un año y algo cuando estaba en el 7mo., que tenía padre y madre adictos a la pasta base. Discuten en la sala. Llamo a vigilancia; el padre se retira y a los cinco minutos vuelve a subir y a generar una discusión. Vigilancia no puede con el padre y llaman al 222. Lo hacen bajar. El padre me agrede verbalmente. La madre le pega una patada en la puerta de la enfermería, agresiva totalmente me amenaza. Tenés que tratar de manejarla; se vuelve a llamar al 222. Si hubo agresión física, se hace la denuncia.

(G14) Hay de todo. Yo nunca me peleé y me respetan. Si vos atendés bien a un niño no pasa nada.

(G1) Padres violentos a nosotros no. Los frenamos!

(G2) Hay compañeros que se piensan que gritando logran cosas con los padres. Yo les hablo en el mismo idioma.

(G8) Necesitas a la madre ahí

(G14) Yo nunca las tuteo porque si les das confianza te agarran el brazo

Género y efectos

(EM1) Trato de llevarme bien con las madres; principalmente son madres; yo tomo distancia con los hombres... tratan de caerte más simpáticos, los hombres son muy planchas, si tu le das el dedo te toman el brazo o te tratan de vos enfermera; dialogar con una mujer es más fácil, un encontronazo puede llegar a ser violento con un hombre; manejo mejor una mujer que un hombre.

(EM2) Al ser mujer, es innato que andás con ellos a cuestras. Los varones han sido muy buenos compañeros, con gran sensibilidad para los niños.

(EV5) Hay una chanza... sos hombre te dan todo; pienso que no es así. Si me dan algo es porque me lo gané. No me gusta deber favores; nunca me negaron nada, salvo un cambio de un libre que me molestó porque tenía que dar un examen. Trabajar con muchas mujeres, yo me acostumbé, para mí es lo mismo. Ahora cada vez somos más hombres.

(EV13) En pediatría enfermería te distingue el ser hombre porque era una carrera más femenina, te dicen que sos gay por ser hombre y trabajar en la enfermería. Ser enfermero varón hoy no es algo extraño pero sí en la enfermería pediátrica. Habría aspectos maternos puestos en juego, la higiene de los niños como más asociado a la mujer.

(EV13) A las mujeres las afectan más las situaciones de abuso, a lo que tienen hijos.

(G13) El hombre se desgasta menos que la mujer.

(G13) Las madres se sienten mejor con las mujeres.

(G4) Son todas mujeres porque somos malas entre nosotras, tan competitivas. El varón es más consentido.

(EM16) Según las jerarquías que haya a veces, como que a veces al hombre se le da más bolilla a la solicitud que hace, si él pidió un cambio por equis motivo según quién si tiene más afinidad o no se lo da. Según como caiga el funcionario en las jerarquías te dan bolilla o no. La mujer es más celosa, es más envidiosa capaz de la otra compañera, como que la mujer es más celosa en el trabajo y me parece que el hombre no, pero para trabajar no, no hay diferencia.

Capítulo 4. Análisis y Discusión

Tal como está planteado en los párrafos precedentes, los temas han emergido del trabajo con las distintas categorías, y tienen relación directa con los objetivos de la investigación. En otras palabras, se trata de la conceptualización de los contenidos que surgen del abordaje del material.

Asimismo -y como un capítulo particular del análisis-, se desarrollarán las formas, esto es qué de la situación grupal generada por el dispositivo se puede elucidar por medio del trabajo con los documentos.

Se distinguieron cuatro grandes temas que agrupan algunas líneas de significación, que se vinculan con la concepción problemática con la que se trabajó durante todo el transcurso de la investigación, en la dirección de entender que cada uno de ellos está conectado de manera múltiple con los otros. La agrupación se resolvió en base a criterios de ordenamiento conceptual para procurar claridad en la exposición.

4.1 Análisis: Producción de temas

4.1.1 Lo sociohistórico

Lo sociohistórico es una nominación que hace referencia a la idea de que la sociedad no puede ser pensada con independencia de su historia; del encuentro de ambas surge una de las vertientes más fuertes para pensar la producción de subjetividad. Por otra parte, siguiendo las ideas planteadas en el marco teórico, se concibe lo sociohistórico como la materialidad misma que conforma a los sujetos humanos. En esa dirección, no existe sujeto humano con independencia de lo sociohistórico que lo compone, por lo que la idea de influencia social sobre el individuo queda cuestionada. Sin embargo, la ficción burguesa del individuo y su relación con lo social permea tanto el pensamiento de la academia como las formas discursivas utilizadas en la vida cotidiana. Entonces, si se entiende a lo social como algo externo, la instalación del dualismo adentro-afuera será condición sine qua non de formas de pensar y prácticas sociales. La definición de este tema tiene sentido en la dirección de discriminar una serie de aspectos que refieren a la existencia de un afuera del hospital, que impactan adentro. “Me referiré a la dicotomía que se establece entre el adentro y el afuera. Espacio propio, propiedad espacial y espacio ajeno, desapropiado, impropio” (De Brasi, 1990, p. 14), que sienta las bases para la percepción del afuera como extraño¹⁹, eventual-

¹⁹ Según el DRAE, (Del lat. *extranĕus*). adj. De nación, familia o profesión distinta de la que se nombra o sobrentiende, en contraposición a *propio*. U. t. c. s./ adj. Raro, singular./ adj. Extravagante. *Extraño humor, genio Extraña manía*/ adj. Dicho de una persona o de una cosa: Que es ajena a la naturaleza o condición de otra de la cual forma parte. U. t. c. s. *Pedro es un extraño en su familia*/ adj. Que no tiene parte en algo. *Juan permaneció extraño A aquellas maquinaciones*

mente inquietante, hasta peligroso. En el material aparecen experiencias concretas que presentan a “lo social” como amenazante, y además significaciones derivadas que trascienden la materialidad de la experiencia.

Lo que los actores dicen hace referencia a la percepción de que algo negativo está produciéndose a nivel social, que es mayoritariamente rechazado, y que produce consecuencias. Tiene que ver fundamentalmente con una población que se empobrece y margina cada vez más, y que se atiende en el hospital como efecto de la implementación del SNIS.

Dicha producción social se introduce adentro del hospital a través de los usuarios. Los mismos pertenecen al sector más desfavorecido y vulnerable de la población del país, que queda como “resto” para ser atendido en el hospital, impactando fuertemente en la experiencia de la enfermería. Dicho sector va quedando identificado como “el diferente”, al tiempo que el discurso de las enfermeras se presenta con una tendencia a la homogeneización a lo largo de la revisión del material. Esta homogeneización está en relación con la construcción de un “nosotros”, con pretensiones identitarias. Asimismo, aparecen algunos enunciados que podrían pensarse como líneas de fisura²⁰ (Deleuze y Guattari, 2005), que en cierta forma dan cuenta de que hay posibilidades de pensar de otros modos, reconociéndose y efectuando una crítica del propio posicionamiento.

Recuperando las acepciones propuestas para el vocablo extraño, es posible ubicar algunos sentidos que se despliegan a partir de ellas, por ejemplo, la cualidad de lo distinto, lo que no es propio, la rareza, y principalmente el hecho de no tener parte en la construcción de la extrañeza. Esto acompaña los enunciados que presentan a la enfermera como alguien que no es parte de eso social, que es ajena a esa producción. En ese sentido, otra dimensión a trabajar es la que tiene relación con la producción de una frontera adentro-afuera, que señala un límite imaginario, dado por las paredes del establecimiento hospitalario (o las paredes de la casa de la enfermera). De tal manera que se instala el dualismo como forma de concebir la relación entre lo social y la vida del hospital, que posibilita defenderse de situaciones difíciles, protegerse de lo conflictivo, de lo que puede ser dañino.

Se observa como una estrategia relevante para sobrellevar los efectos de lo social introducido en el hospital, la necesidad de construir una distancia, que implique, entre otras cosas, dejar adentro -del hospital-, lo allí vivido, al finalizar el horario laboral. La misma estrategia también se efectúa en relación a lo que se denominan “problemas personales”, en el sentido

²⁰ Para los autores, los cuerpos, los grupos, las instituciones, están compuesto por líneas. Las líneas pueden “interferirse...actuar la una sobre la otra...introducir, cada una en la otra, bien una corriente de flexibilidad, bien un punto de rigidez.” (p. 201) “*Línea de corte, línea de fisura, línea de ruptura*. La línea de segmentaridad dura, o de corte molar; la línea de segmentación flexible, o de fisura molecular; la línea de fuga o de ruptura, abstracta, mortal y viviente, no segmentaria.” (p. 204). Se entiende así que una línea de fisura implica abrir una brecha a lo establecido, generar apertura para que otra cosa se produzca.

de dejarlos afuera.

En otras ocasiones se relata el requerimiento del acostumbramiento como corolario de la distancia, que puede ser pensado también como una naturalización cuya derivación principal es la normalización. La naturalización corresponde a una forma de concebir sucesos y acontecimientos que implica el olvido de sus condiciones de producción, y genera una suerte de despolitización de los fenómenos. Involucra un estado de familiaridad acrítica (Pichon-Rivière y Pampliega de Quiroga, 1985), que genera formas de concebir el mundo y que viene acompañada de la normalización. Este procedimiento supone un equilibrio que posibilita la preservación de los sujetos en circunstancias de trabajo no siempre amigables. Así, lo normal se recuesta en lo esperable, en la norma, en lo establecido.

Lo sociohistórico también emerge de la categoría nominada como “Relacionamiento con los pacientes”. El abordaje del material muestra una insistencia en apreciaciones acerca del paciente, que vienen a componer el relacionamiento. Un plano está constituido por lo que se podría denominar como “Mi paciente”, que muestra discursos relacionados con la idea de la propiedad -a través del adjetivo posesivo-, que posiblemente estén vinculados con la necesidad de que la relación enfermera – paciente tenga una cercanía particular. En este punto se puede establecer una conexión con la idea de cuidado -propio de la enfermería- como algo relativo a la maternidad; así, en ocasiones los pacientes pueden ser vividos como hijos, o como parte del cuerpo de la enfermera (metafóricamente), lo que llevaría a interrogarse acerca de qué procesos primarios se estarían poniendo en juego a través del uso de dicho adjetivo.

Asimismo, el uso del mí, aparte de la idea de apropiación que connota (con su correspondiente deriva a la propiedad privada), puede pensarse también en la dirección del posicionamiento de la enfermera, en el sentido de que frente a algo de lo que se es poseedor, el desempeño de la función tendrá otro nivel de compromiso.

Otras apreciaciones acerca de los pacientes dan cuenta de lo mencionado en el primer apartado del análisis, y se refiere a la concepción del paciente como “mugroso”. Si bien el significado de dicho vocablo está relacionado con quien tiene mugre, rápidamente se desliza a la significación relativa a lo desagradable, lo despreciable, lo sin valor.

Y de lo desagradable se pasa a un posicionamiento xenófobo, con connotaciones hostiles que refuerzan el distanciamiento enfermera-paciente, que hace visible una imposibilidad de sostener las diferencias. Esto se relaciona con lo planteado párrafos arriba a propósito de la homogeneidad y la percepción del otro como extraño. Se observa una necesidad de parte de las enfermeras de componerse como un colectivo homogéneo, con una identidad clara-

mente establecida, cohesionado, con intereses comunes, donde el “otro” queda definido como diferente con las connotaciones antes planteadas. Cierta seguridad se desprende de la cohesión y la homogeneidad, a partir de lo cual lo desconocido deja de causar temor. Un aspecto relevante a considerar es la que se relaciona con el hecho de que ese “otro”, sobrevierte cierto orden establecido, no solo por la pobreza en términos de ingresos sino porque implica una heterogeneidad relativa a valores y comportamientos. “Ellos” y “nosotros” garantizan la distancia y previenen el contagio de la miseria.

Interesa resaltar a propósito de esto, que se evidencia una distinción relevante entre los enunciados producidos en los registros grupales y los que emergen de las entrevistas en profundidad. Mientras que en los grupos parece habilitarse la aparición del posicionamiento antes mencionado, no hay rastros de él en las entrevistas. El desprecio manifestado grupalmente se transforma en algo distinto en el encuentro singular, donde abundan comentarios que dan cuenta de una preocupación por el bienestar del paciente.

La pregunta en este punto es qué se puede producir en una situación grupal, y qué no. Esto es, qué procesos dinámicos dan lugar, grupalmente, a la emergencia de posicionamientos excluyentes y discriminatorios que no se ponen en juego en las entrevistas. Aparte de la apelación a lo catártico que se genera grupalmente, que implica dar cuenta de afectos, emociones, ideas, algo de lo que es posible en un espacio común –también público- puede estar en la base de las emergencias antes mencionadas. Asimismo, en este punto puede pensarse que la situación grupal permite el anonimato, sobre todo si se entiende al grupo como aquel espacio donde el yo queda amenazado por la fantasía de su desaparición en lo colectivo (Bion, 1963).

Se observan también percepciones a propósito del paciente psiquiátrico como uno de los que más impacta en el trabajo cotidiano. De hecho, en el encuentro con estos pacientes es donde las enfermeras se sienten más desinstrumentadas, carentes de recursos para resolver las situaciones que se les presentan. Junto a la falta de instrumentos aparece una línea propositiva, también micropolítica, entendida como la posibilidad de proponer un movimiento que tienda a transformar las prácticas a través.

Incluido en el tema aparecen, por último, los afectos y afecciones producidos en el trabajo. Se trata de enunciados que pueden ser vinculados con un plano no siempre contemplado pero de gran relevancia, como el de la afectividad. Tratándose el trabajo de enfermería de un encuentro humano, es inevitable considerar la producción de afectos en dicho encuentro. Así es posible distinguir, en la perspectiva sponiziana (Deleuze, 2004), afectos vinculados con la alegría que permiten componer-se con otros, y afectos vinculados con la tristeza que

generan descomposición. Se diferencian, además, menciones relativas al cansancio, a los padecimientos, al bienestar, y por último un apartado relativo a la muerte de los pacientes. En los relatos emergentes de los documentos trabajados, son visibles grandes montos de tristeza y padecimiento, mientras que los relativos a la alegría y al bienestar están minimizados.

Notoriamente los relatos vinculados con los afectos más positivos aparecen, fundamentalmente, a nivel de las entrevistas, no así en los encuentros grupales de donde surge solamente un enunciado. Otra vez es necesario plantear lo que se dispone a través de una situación grupal; en este caso, parece habilitar la expresión de afectos del orden de la tristeza o lo doloroso, mientras que queda escaso lugar para el afecto que posibilita desplegar la potencia y hasta la manifestación de los aspectos de gusto por el trabajo, que a través de la elección vocacional llevaron a trabajar con niños desde la enfermería. Es posible pensar que ante tanta manifestación de padecimiento no haya permiso (en términos metafóricos) para formular apreciaciones relacionadas al estar contento, y esto podría estar vinculado a los sistemas de alianza, que darían lugar a la manifestación de lo diferente al interno del grupo. Esto rompería, de alguna manera, con la homogeneidad planteada párrafos atrás.

También se hicieron evidentes estrategias de inhibición de los afectos traducido en indiferencia, junto con reacciones frente a los afectos padecidos, que se vinculan principalmente con la idea de explosión o colapso o, por el contrario, la eventualidad de terminar enfermándose como desenlace del padecimiento. Esto habla de la intensidad del padecimiento y probablemente también de la imposibilidad de ver salidas a la situación.

Los afectos también aparecen vinculados con la posibilidad de la muerte de los pacientes, tema al que se hace referencia tangencialmente pero que genera nuevamente la estrategia del distanciamiento antes reseñado, a diferencia del encuentro singular donde se da lugar a la exposición de la vulnerabilidad.

Resulta paradójal la evitación del tema de la muerte dado que es innegable que en una organización cuya función principal es el abordaje de situaciones de enfermedad, haya probabilidades de que dicho abordaje no sea fructífero, y los pacientes fallezcan. Cabe suponer que más allá de que la muerte sea un fenómeno natural, propio del proceso vital, y dada la significación social que posee en la subjetividad actual, como acontecimiento la intención sea eludirla; de ahí las referencias que aparentan restarle relevancia al afecto provocado. Es necesario remarcar cómo las concepciones acerca de la vida y la muerte son parte de los procesos subjetivos, que diagraman tanto las prácticas como los puntos de vista de los sujetos que deben enfrentarse a dichos sucesos. En ese sentido, la preocupación actual por

extender la vida a toda costa y evitar el dolor físico componen también, en gran medida, las estrategias formuladas para el afrontamiento de la muerte.

4.1.2 Tensión singular/ colectivo

La percepción de lo singular y lo colectivo en tanto tensión requiere de una serie de precisiones a los efectos de discriminarlo del adentro-afuera, dada las innumerables conexiones que pueden realizarse. El trabajo de la enfermería se despliega entre acciones singulares y colectivas. Por una parte, la enfermera se ve forzada a actuar sola, tanto a partir de la firma de un contrato (que implica un acuerdo de trabajo entre la organización y una persona, base de la modernidad y de la producción de la idea de individuo), hasta el encuentro con el paciente. Por otra parte, la vida del hospital está compuesta también por diversos grupos, sectores de trabajo, turnos, pisos, así como agrupamientos producidos en función de afinidades, todo lo cual genera experiencias y efectos diversos.

Dentro de las experiencias se cuentan aquellas que valorizan lo colectivo y entienden su potencia en términos de soporte. Asimismo, aparecen enunciados que dan cuenta de concepciones de lo colectivo sostenidas en la idea de homogeneidad; parecería que si todos son iguales, se puede funcionar mejor. Esto habla de un apriori que implica la no discriminación de roles y funciones, y recuerda a las perspectivas grupalistas que se sostienen en redes fraternales –entre iguales-, que implican lazos identificatorios muy fuertes, de manera tal que el espacio grupal también implica un soporte yoico, “soporte solidario, espacio restitutivo de la dignidad perdida y/o de la identidad trastocada” (Fernández, 1992, p. 87). La imposibilidad de pensar la existencia de un liderazgo de tarea sostenido en la discriminación o en transferencias de saber habla de formas estereotipadas de funcionamiento. La generación de tal significación para lo grupal tiene sentido en la sobrevivencia de un ambiente en ocasiones hostil. En la misma dirección, esos agrupamientos más similares a las masas psicológicas (Freud, 1921/1992), y desde otro punto de vista a la acción del supuesto básico de ataque y fuga (Bion, 1963), tienen como corolario la construcción del otro como enemigo. También puede ubicarse el peso de la idea de cohesión grupal lewiniana (Delahanty, 2009), enunciada como condición fundamental para la dinámica de cualquier grupo.

Al mismo tiempo se perciben los riesgos de esta forma, donde el “yo” se invisibiliza, en conexión con cierta pérdida de lo más personal, lo que conlleva temores relativos a la eliminación del sí mismo: “Se ha considerado a los supuestos básicos como acciones grupales defensivas a las ansiedades psicóticas, reactivadas por el dilema del individuo dentro del grupo y la regresión que este dilema le impone” (Fernández, 1992, p. 104). Aparece una percepción de lo estereotipado del funcionamiento grupal, así como de las depositaciones que es-

tán en conexión con dicha estereotipia. Tal como se planteó en el Marco teórico, lo estereotipado es una defensa frente a la ansiedad provocada por el miedo a la pérdida y a lo nuevo, y provoca dificultades a la hora de sostener cambios. Surgen en este punto algunas interrogantes referidas a dichos miedos, por ejemplo, si lo que se teme es salir de cierto estado de cosas o si el temor tiene más relación con la posibilidad de vivir situaciones difíciles. Se suma a esta perspectiva la pregunta acerca de cuánto de lo organizacional estará presente en el sentido de la necesidad de mantener todo como está, haciendo referencia a lo organizado como una fuerza que tiende a prolongar lo establecido, y que se opone a lo organizante como fuerza de cambio. (Baremblytt, 1992)

Luego otras enunciaciones hacen foco en cómo se desestima el quehacer de lo grupal, cuando se apela al reforzamiento de lo individual, producto derivado de la valoración del individualismo. Esta valoración no es novedosa si se piensa en que la modernidad desde sus inicios ha producido individuos, aunque en aquellos momentos con propósitos algo diferentes. Se trataba del individuo libre, luego sujeto de derechos; actualmente se trata del individuo en condiciones de consumir. Conjuntamente con propósitos hedonistas del estilo de “yo valgo, yo primero”, es observable una especie de carrera autoafirmativa tendiente a liberarse de las coerciones sociales/grupales, que conlleva también una depreciación de la idea de ciudadanía. Esto está en la línea de las producciones subjetivas actuales, homogeneizantes en el sentido de la afirmación positiva de lo propio, en detrimento del menosprecio de lo diferente. Entonces, párrafos atrás se destacaba que una ilusión de lo grupal reside en su propósito unificador, ahora ambos aspectos se van conectando. Es decir, si el grupo totaliza y unifica, se pierde el sí mismo tanpreciado.

Cabe la pregunta para qué sería relevante la estima de lo grupal en el ámbito de la enfermería hospitalaria. Esto se conecta con una preocupación por el trabajo en/de equipos; esta distinción –en/de- se hace necesaria porque no está claro si lo que se pretende es una producción ligada al mandato de la organización y se requiere un equipo que funcione, o si lo necesario es una figura colectiva que sostenga la producción. Más bien aparece un pivoteo permanente entre ambas formas. Finalmente habría que interrogarse sobre cuál es la producción posible en un equipo de enfermeras de un hospital pediátrico. Lo que es más visible es que las condiciones para un trabajo de equipo no están dadas ya que resaltan con más frecuencia las formas de trabajo compartimentadas entre todas las disciplinas involucradas en el trabajo cotidiano del hospital.

Con relación al trabajo de equipo, aparecen algunas apreciaciones vinculadas con la idea del compartir. El verbo es usado en dos de sus acepciones principales: la que significa

dividir o repartir, y la que se refiere a participar. Hay apelaciones al "estar de acuerdo" que apuntarían a la necesidad del consenso, lo que está en concordancia con la idea antes planteada del grupo en términos de homogeneidad, y hay alusiones al "poner en juego", que implicarían una suerte de compromiso. Se vincula, además, con una queja por la falta de equipo a la hora del soporte de las diversas acciones.

Es posible visualizar que el vector "cooperación" (Pichon-Rivière, 1982), es decir, la dimensión de lo grupal que tiene relación con la contribución a la tarea y que se sostiene principalmente en la discriminación de roles y funciones, es anhelado, pero que al mismo tiempo se genera con dificultades.

Otra dimensión visible en el material, enlazada con lo singular y lo colectivo, es el relacionamiento interpersonal, que se desglosa entre el relacionamiento con el estamento médico y el relacionamiento con los pares, con su deriva hacia la articulación entre personal nuevo y viejo. Tales distinciones se sostienen en las diversas líneas que los componen, así como en el tipo de efectos producidos. En general el relacionamiento interpersonal tiene consecuencias porque genera conflictos. En este punto sería pertinente poder pensar de otra forma tal como lo propone M. Percia: "Los conflictos institucionales suelen sufrir un proceso de disfraz: se los confunde con problemas personales" (2002, p. 138).

El foco queda puesto en "personalidades difíciles" de ciertas enfermeras. "No se puede decir que el grupo ejerce una influencia sobre los individuos, pues esa acción es contemporánea de la vida de los individuos y no es independiente de ella...el grupo [es] complemento de individuación a gran escala que reúne a una pluralidad de individuos" (Simondon, 2009: 444). Al mismo tiempo que se entiende lo conflictivo entre el personal como el centro de lo que "anda mal" en el hospital, se oculta cómo en muchas ocasiones las modalidades de gestión del trabajo inciden en la producción de relaciones interpersonales conflictivas. Vuelve a hacerse evidente en este punto el procedimiento antes referido como "naturalización", que hace posible la invisibilización de las condiciones generadas por la organización y su relación con las dificultades del trabajo, y una suerte de depositación de lo conflictivo.

Dicha depositación puede pensarse, también, como aquel mecanismo planteado por Pichon-Rivière (1982), en referencia a la producción del lugar del chivo emisario, cuando los aspectos negativos o atemorizantes tanto de la situación grupal como de la tarea son depositados en una persona; mediante ese mecanismo, que conlleva además la segregación de dicha persona, los otros actores involucrados quedan liberados de los aspectos antes mencionados, y de esa manera se preserva –aunque ilusoriamente– la labor. Las dimensiones políticas que hacen a la organización del trabajo no se hacen visibles en esta circunstancia,

mientras todo queda restringido al problema de alguien. La psicologización de lo conflictivo es una condición característica en este sentido y es necesario ubicarla en el análisis de acontecimientos en tanto carga con un efecto despolitizador y, por ende, reduccionista.

En lo relativo al relacionamiento con los médicos, también se manifiesta la visión de la medicina como institución, que trasciende la persona de los médicos y que además muestra la existencia de relaciones de poder entre dicho estamento y el de enfermería. En esa dirección, es visible un corte entre los que saben y no, donde aparece la valorización de la experiencia de la enfermería (sostenida en su experiencia). Otro corte es el poder que ejerce el médico, cuyo soporte es una profesión con cierto nivel de hegemonía. La dupla saber-poder, dadas las formulaciones trabajadas en el marco teórico, está sostenida en relaciones de conexión. Se planteaba allí, en consonancia con los autores, que el ejercicio de poder conlleva la posibilidad de saber, al tiempo que el ejercicio del saber puede transformarse en poder. En este caso el saber-hacer de las enfermeras las coloca en una posición de asimetría con respecto al saber médico. A la vez, el poder médico que tiene como referencia una profesión con clara supremacía en la institución de la salud, genera otra asimetría. La composición de ambas asimetrías está en la base de la tensión de la relación enfermería/medicina, dado que en general no se establecen relaciones de cooperación o complementación, sino de tipo suplementario. La falta de cooperación entre los distintos estamentos en cierta forma atenta contra las bases del trabajo, sobre todo cuando la tensión antes mencionada diagrama el encuentro entre la enfermera y el paciente.

Las relaciones interpersonales con los pares aparecen marcadas por la conflictividad, teñidas por las concepciones antes mencionadas acerca del poder de los grupos y personas. Esporádicamente se genera visibilidad sobre los orígenes del relacionamiento –conflictivo-interpersonal; en estos casos, se puede reconocer que dicho relacionamiento posee una composición variada, por ejemplo, por mala gestión organizacional, cambios en los lugares de trabajo, confusión entre roles y funciones, así como perspectivas más individualistas que atentan contra los agrupamientos. Aparece entonces un modo de conformación de los vínculos entre las enfermeras, en el que con frecuencia se generan sistemas de fidelidades (de tipo informal) que operan a través de alianzas por exclusión. Estos sistemas pueden estar en la base de la producción de subgrupos (ellos/ nosotros; nuevos/ viejos; sector x/ sector y), y generar en su funcionamiento la exclusión antes mencionada. Entonces, quien no se amolda al modo consensuado de realizar el trabajo puede padecer la negación de información o el acceso a insumos, o sufrir del reparto discrecional de los días libres, etc. Estas formas de vinculación son parte de un modo de controlar la transmisión del oficio y la distribución del saber (Wlosko, 2009). La pregunta que cabe es, ¿Cuáles son las condiciones de producción de los problemas interpersonales? Entre otras líneas de composición puede ver-

se una suerte de lucha por la apropiación de espacios, roles y funciones (que se retomará en el capítulo Rol y función de la enfermería), que puede estar en la base de la conflictividad. La autora antes mencionada propone que se puede explicar el traslado de lo conflictivo “desde el ‘afuera-otros’ hacia el ‘dentro-nosotros’ [por el] (...) contraste existente entre la delimitación de funciones y tareas que establece la ley (...) y la realidad de la fuerza de trabajo enfermera existente por otra” (p. 342). Si bien la referencia de la autora es de lo que sucede en Argentina, en nuestro país y tal como se explicitó en el Marco Teórico, la aprobación de la reglamentación de la profesión es de 2011, y es sumamente ambigua en cuanto al rol y función del auxiliar de enfermería, mientras que para el licenciado es completamente específica.

La exploración muestra que, al igual que frente a otros aspectos, tales enunciaciones acerca de lo conflictivo de las relaciones interpersonales se observan en los registros grupales, mientras que las entrevistas, no dan cuenta del mal relacionamiento. Nuevamente se hace presente lo que se puede generar en términos de condiciones de posibilidad en el espacio grupal y en el encuentro de las entrevistas. Anonimato vs singularización. Impunidad vs responsabilidad. Soporte grupal vs temor a quedar descubierto.

La categoría Articulación entre el personal nuevo y viejo nomina a una serie de expresiones que denuncian las formas de encuentro entre personal que ingresó recientemente al hospital con personal que tiene años de trabajo. A primera vista parece mostrarse una resistencia al cambio en el sentido pichoniano, que evidencia una ansiedad producto del miedo a lo nuevo así como a la pérdida de lo ya conocido. E. Pichon-Rivière (1982) propone la existencia de dos ansiedades básicas (depresiva y paranoide) que configuran en conjunto la resistencia al cambio y, por tanto, un obstáculo epistemológico. Esto quiere decir que si un colectivo transita por situaciones resistenciales lo que se está poniendo en juego es una dificultad por aceptar la posibilidad de cambiar. Mientras eso ocurre, todo lo nuevo es percibido como amenazante o negativo, al tiempo que queda apenas enunciado el efecto positivo del ingreso de personal nuevo. En igual sentido, surge una sobrevaloración de la experiencia de los viejos, lo cual de alguna manera impide reconocer el potencial de los nuevos y evidencia cierta dificultad en ponerse en el lugar del “otro”. Asimismo, percibido como corte -nuevos/viejos-, no hace más que fortalecer perspectivas duales acerca de las prácticas, y opera añadiendo complejidad a lo conflictivo.

La valorización del personal “viejo” también puede pensarse como el reconocimiento de una experiencia y un saber relativo a las prácticas. Dejours (citado por Sznelwar y Uchida, 2004) plantea que los profesionales de la salud, al ir incorporando experiencias, van reforzando

una “inteligencia astuta” que les posibilita, en el ejercicio de sus funciones, la invención de estrategias de acción para trabajar mejor. Si bien dicho reconocimiento no se extiende al resto de los actores involucrados en los cuidados hospitalarios, sí habilita el fortalecimiento propio así como permite ciertas tácticas de autocuidado.

4.1.3. Organización y condiciones de trabajo

La organización y condiciones de trabajo incluye un análisis sobre la organización y sus impactos, a través de las lógicas implantadas a nivel organizacional, así como a los diversos relacionamientos que se producen con las jerarquías y que generan efectos disímiles. En ocasiones dichas lógicas responden a lo estrictamente hospitalario –es decir al hospital como organización-, y en otras a decisiones provenientes del MSP como organismo regulador de la atención de la salud.

Dentro de las apreciaciones realizadas por los actores involucrados en esta investigación aparece un nivel de queja sobre la situación padecida, así como la observación de que en el orden de lo organizacional se evidencian algunas dimensiones institucionales. Por ejemplo, la que corresponde a la institución de lo público, que podría denominarse como lo que queda bajo la órbita del Estado, que genera diferencias entre un hospital y una institución de salud privada, y también la que hace referencia a la institución trabajo/empleo, vinculada al mercado y a la necesidad de obtener mayores réditos del trabajo, por lo cual se presentan situaciones como el multiempleo y el ausentismo.

La queja antes mencionada se orienta a la sensación de soledad a la hora de enfrentar situaciones complicadas y a la falta de instrumentación para la resolución de problemas, así como cierta ausencia de la función de las/os nurses. Se denuncian situaciones de “amiguismo”, donde a través de ciertos mecanismos que tienen relación con alianzas se conceden beneficios o, por el contrario, se “castiga”. En este plano se superponen quejas y denuncias, lo que habla de un posicionamiento diverso frente al mismo problema.

Otra dimensión que aparece es la relacionada con el respaldo al trabajo realizado por las enfermeras por parte de las jerarquías (que incluyen nurses y otros jerarcas). Las apreciaciones acerca del respaldo aparecen de forma despareja entre los registros grupales y las entrevistas. En los primeros, si bien se evidencia la importancia de la nurse, lo que más insiste es la falta de respaldo manifestada en tono de queja, mientras que en las entrevistas se hace hincapié exclusivamente en el apoyo producido por la labor de la jerarquía. Asimismo, se denuncian ciertas formas de ejercicio de la autoridad cercanas al autoritarismo, lo que produce altos niveles de resistencia. La percepción es la de que en

ocasiones existe una serie de prácticas arbitrarias, frente a lo que se produce un nivel de lamento sin componentes enunciativos. Es en estas situaciones donde parece jugarse un funcionamiento de “grupo objeto” (Guattari, 1976), que se somete al mandato de la organización y que no genera condiciones para la transformación. La queja excesiva es una acción cuya finalidad es evitar la acción (De Brasi, 1995), en tanto protesta que no lleva a ninguna parte, en cierto sentido inoperante. Pero también es necesario que sea pensada en tanto funcional a un estado de cosas: mientras que las enfermeras solamente protesten verbalmente, se mantiene el descontento en esa posición. Cuando dicha protesta se transforma en enunciación²¹, es decir, cuando se empiezan a producir ciertas acciones que apuntan al movimiento, es otra la naturaleza del momento que se transita.

Los actores también se manifiestan con relación a una serie de cambios que se proponen desde la organización, y que son motivo de debate por los efectos que produce. La referencia principal es, especialmente, la relativa a la rotación del personal entre sectores y pisos.

La rotación es valorada negativamente en general, y dicha valoración se sostiene en el “ponerse en el lugar del paciente”. Además muchas veces se entiende la rotación como algo del orden del castigo a la enfermera, y aparecen lógicas persecutorias en relación a su implementación. El término “lógicas persecutorias” alude tanto a ansiedades persecutorias y a operaciones de persecución, lo cual resulta algo paradójal si se piensa que las ansiedades persecutorias no necesariamente responden a situaciones de persecución de la “vida real”. Obviamente este no es el caso, dado que en el relato de las enfermeras se observa la mención de procedimientos de exclusión y alianzas que tienden a favorecer y/o castigar. Por lo tanto lo persecutorio también está integrado por un orden de realidad material.

Asimismo, la resistencia a la rotación puede ser considerada como resistir a ciertas formas hegemónicas que parecen estar imponiéndose, sobre todo porque se señala la falta de participación de las enfermeras -en tanto actores más directamente involucrados- en la toma de decisiones.

En la implementación de otros cambios también aparece un nivel de oposición, visible a través de enunciados que generan visibilidad sobre la procedencia y el sentido de los mismos. Parece estar en juego un intento de imposición de formas relacionadas con la flexibilización laboral, lógicas que corresponden al mundo empresarial y que necesariamente deben coexistir con otras, tal como está planteado en el Marco teórico. Entonces, las enfermeras que conocen las prácticas propias de un hospital público se ven impelidas a ajustarse a lo nuevo,

²¹ Se usa aquí enunciación en el sentido que proponen Deleuze & Guattari (2005), como la posibilidad de decir y ser escuchado que produce un colectivo, que tiene una composición social. La enunciación nunca es individual.

aunque probablemente no posean los recursos para tal transformación. Cabría pensar cuánto de “carga mental” (Wittke, 2002) se va produciendo en las enfermeras, sometidas a la tensión del cambio impuesto verticalmente, en el cruce con su complejo trabajo cotidiano.

4.1.4. Rol y función de enfermería

El rol de enfermería entra en juego como pre-establecido dado el ámbito origen de esta investigación. Interesa distinguir en este desarrollo la existencia de aspectos que hacen a lo previsto del rol, así como otros que están en el orden de lo instituido. Se entiende “lo previsto” como lo que está escrito del ejercicio del rol de enfermería, mientras que lo instituido lo incluye al tiempo que incorpora elementos que sobrepasan lo escrito, componiendo lo que se denominó “rol desbordado”. La idea de desborde implica un sobrepasar lo que se debe hacer así como un derrame de exigencias y afectos que genera malestar e incomodidad, es decir, algunos efectos impensados.

También aparecen relatos que marcan una línea de complejidad, cuando el discurso da cuenta de que el trabajo de enfermería posee particularidades que lo hacen único. Interesa destacar que este tipo de enunciados solamente aparecen en las entrevistas, no en los registros grupales. Algo de la privacidad del encuentro entrevistador-entrevistado habilita al relato de esas situaciones, como si fuera necesario un espacio de intimidad para poder dar cuenta del sufrimiento propio, manifestar la sensibilidad frente al dolor de otro. Una suerte de modalidad defensiva singular que tiene relación con lo planteado anteriormente con referencia a la necesidad de tomar distancia de las situaciones que afectan. Si ese es el modo más habitual de defenderse de lo doloroso, de alguna manera grupalmente se va a evitar el encuentro con lo angustiante de sí mismo. A su vez, se observa cómo no aparecen relatos referidos a la angustia o al padecimiento de los pacientes cuando a partir de ciertos procedimientos de enfermería, aquellos sufren dolor. Se entiende que la vulnerabilidad del otro termina siendo denegada, probablemente a los efectos de no agregar padecimiento a la propia labor.

Otro elemento que compone el rol de enfermería es lo denominado desbordamiento, es decir, cuando la enfermera se ve obligada a realizar tareas para las que no se preparó, y que trascienden el rol “previsto”, aunque aparecen algunos rasgos omnipotentes, con connotaciones morales, como si dentro del rol estuviera establecido que se debe poder. El poder en su acepción de potencia se pone en juego en ese plano dado que frente al sufrimiento del otro no entra en el horizonte de posibilidades el no poder realizar el trabajo. Ocasionalmente aparece un atisbo de visibilidad sobre cómo se produce el desborde, que también se vin-

cula con la presión asistencial, que se refiere a que la enfermería soporta el contacto directo con el paciente y, por ende, su demanda. En el caso del hospital pediátrico este contacto se expande incluyendo a la familia, dado que se trata de pacientes niños y adolescentes. El estar “en la primera línea de batalla” en cuanto al contacto, en una tarea que compromete la salud de un otro (y eventualmente su vida y su muerte), agrega tensión y complejidad a la labor.

Entre lo que está establecido y el desborde también se encuentra el reconocimiento de la labor. En este tema aparecen enunciados referidos a la existencia de la falta de reconocimiento, que en ocasiones implica una desvalorización del trabajo de enfermería así como una falta de conocimiento de cuáles son las funciones a cumplir. La falta de reconocimiento no se manifiesta en las entrevistas, sino solamente en los registros de encuentros grupales. Cabría pensar entonces en el peso del espacio de conversación instalado a través del encuentro grupal, que implica un lugar de soporte, intercambio, que da pie a la enunciación de estos aspectos referidos a la falta de reconocimiento. Asimismo, se deja ver una relación entre la falta de reconocimiento al trabajo y la carencia de reglamentación acerca del ejercicio del rol y la función. Las enfermeras dan cuenta de un saber hacer, de carácter práctico, que no está escrito en leyes ni reglamentos en el tiempo en que se realizaron tanto los encuentros grupales como las entrevistas. A la vez, se observan descalificaciones a su tarea, lo que probablemente también tenga conexión con la ausencia de reglamentación, al tiempo que se dan formas de funcionamiento y organización sostenidas en ciertas prácticas autoritarias. Cuando se menciona el reconocimiento se conecta con la gratificación y posibilita una autoafirmación en el rol. Cabe destacar que dicho reconocimiento es de parte de los pacientes –y sus familias-, o un auto-reconocimiento.

La falta de reconocimiento puede acarrear consecuencias importantes para el desempeño de la función de enfermería. Por ejemplo, a nivel de lo que algunos autores como Dubar (citado por Orlando, 2010) denominan identidad social²². Este autor afirma que dicha identidad social es móvil y se transforma permanentemente en relación con la percepción que cada uno tiene de sí mismo. Dicha percepción está compuesta por la interacción con otros –dentro de los que se cuentan organizaciones- y la mirada del grupo de pertenencia. Se trata del nexo con un grupo social (que se sostiene en la pertenencia) y de la posibilidad de la diferenciación en una singularidad con componentes únicos. En esta dirección la identidad tiene que ver más con un modo de ser que con una forma esencial. Asimismo, la identidad

²² Esa idea de identidad se aleja de la identidad en sentido de cristalización “de una vez y para siempre” o clausura de los procesos. Puede pensarse en conexión con la lectura que G. Deleuze realiza de Spinoza. (2003), que apunta a cómo cada uno se define por lo que puede y no por una esencia.

social está en la base de la identidad profesional, que de alguna manera legitima el saber hacer de cualquier profesión. Si el saber hacer está en duda, la identidad profesional se va resquebrajando, con los efectos negativos tanto en la construcción de la necesaria confianza en sí mismo para trabajar, como con otras derivaciones relativas al bienestar en el trabajo y el buen relacionamiento interpersonal. Se puede decir que algo del orden del sufrimiento se va produciendo, que aleja las posibilidades de que el trabajo provoque satisfacción. En el caso específico de la enfermería hospitalaria de pediatría, que se cuestione un saber hacer comprometido con la salud de un sujeto vulnerable (tal como es un niño enfermo), socava las bases de un vínculo que, tal como está planteado en el marco teórico, posee un componente técnico y otro afectivo y relacional, en tanto su horizonte es el cuidado.

Los actores también producen discursos referidos a la autopercepción de la manera como cada uno se desempeña, que aparece teñida de la significación social del rol de enfermera, con sus conexiones entre lo organizacionalmente establecido y lo que se espera socialmente de él, por ejemplo, cuando el propio actor entiende que debe educar como parte de su trabajo. Se trasluce aquí algo de lo relativo al trabajo en su perspectiva biopolítica (Negri y Hardt, 2004), esto es cómo el trabajo se ocupa también de la producción de relaciones más allá de la materialidad. Es decir que trasciende al cuidado del enfermo y tiene efectos en el plano de lo relacional. Una suerte de conexión entre la gestión de ciertos procesos biológicos y la producción de modos subjetivos, por ejemplo, a través del educar.

La autopercepción implica también una combinación de varios elementos, desde los que tienen que ver con el gusto por la tarea hasta referencias a lo organizacional y lo institucional, es decir, a lo instituido del rol.

Los aspectos referidos a la autopercepción tienen relación con el reconocimiento, tema trabajado anteriormente. Además, pueden pensarse en relación a lo que Dejours (2009) plantea como la distinción entre el trabajo prescrito, es decir el dispuesto por la organización, y el trabajo efectivo, o trabajo vivo, que tiene que ver con lo que efectivamente compone el trabajo en lo cotidiano. Entonces, tal como se ha planteado, hay una serie de tareas dispuestas para la enfermera (aunque no estén escritas), aunque se ve enfrentada a la necesidad de realizar otras. El vínculo con el desbordamiento del rol trabajado es inevitable.

Otro plano de composición del rol de enfermería tiene relación con la maternidad. Tal como está planteado en el capítulo Relación Asistencial del Marco Teórico de la presente tesis, existe una serie de procesos sociales que están en la base de la construcción del rol de enfermera, que producen circunstancias tales como la condensación entre enferme-

ría/cuidado/madre/mujer. Dentro de dichos procesos sociales se encuentran procesos de invisibilización y naturalización de tal condensación. Dado que el personal de enfermería es principalmente femenino, se genera un deslizamiento asociado a los estereotipos de género, que devalúa el saber hacer y pone el foco en el registro del ser. Esto quiere decir que los procedimientos que producen la condensación también dejan las prácticas de cuidado sostenidas en enunciados del tipo de “las mujeres cuidamos mejor porque somos mujeres”, lo que desmerece la construcción de un *saber cuidar*. En el material aparece una serie de enunciados en esa dirección, que finalmente también son parte constitutiva del relacionamiento del personal de enfermería con el paciente, así como con los padres/madres de él.

La percepción de la maternidad, así como las vivencias particulares de las enfermeras en tanto madres, atraviesa el trabajo cotidiano y diagrama el relacionamiento con los padres y madres en el hospital, produciendo aprioris y juicios de valor, que en ocasiones dificultan la generación de un buen encuentro. Notoriamente son más los desencuentros que los encuentros, y provocan un malestar difícil de resolver. Lo anterior va junto a la evidencia de que la realidad con la que hay que trabajar es dolorosa. De los desencuentros emerge con insistencia una sensación de indefensión. En este punto es necesario interrogarse acerca de cómo articular la vulnerabilidad del otro –el paciente- y la propia. Se entiende que como estrategia de defensa se podría negar la propia vulnerabilidad, quitarle valor a la de los pacientes (por ejemplo, a través de la discriminación y el ataque a lo diferente), o identificarse con ellos, de manera tal de poder generar vínculos empáticos.

Es interesante observar cómo en el plano del relacionamiento con los padres también se pone en juego la dificultad de sostener lo diferente. Las enfermeras se ubican aquí en un lugar de superioridad con respecto a los padres, y desde allí determinan que los valores que sostienen son mejores. Amparadas por el poder del saber-hacer de enfermería terminan generando puntos de vista que tienden a la exclusión, y se ven imposibilitadas de ponerse en el lugar de esos padres. Parece estar en juego, otra vez, una forma de defenderse de lo doloroso a través de la producción de uniformidad para sí mismas, que bordea, además, cierta omnipotencia. Por otra parte, y en conexión con situaciones planteadas anteriormente, se refuerza el dualismo ellos-nosotros, donde el guión fortalece la separación.

Anudado al relacionamiento con los padres y a las perspectivas relativas a la maternidad, aparece la dimensión del género. Lo relevante en este caso es cómo en los discursos de las enfermeras se deja ver cómo el género produce impactos en las prácticas, en los relacionamientos, en el trabajo. También aparecen discursos relativos a la conexión entre el género y la obtención de privilegios. Por ejemplo, se observa una especie de valoración positiva acer-

ca del hombre en tanto trabajador, pese a que se entiende como más relevante el papel de la mujer para la vinculación con las madres. Cuando se hace referencia al desgaste, cabe la pregunta de cuál es el desgaste que se nombra. Tal como se van planteando las perspectivas de género, parecería que hay una relación entre el desgaste y el afecto; son las enfermeras las que hablan directamente del padecimiento, en tanto que los hombres se presentan como mejor instrumentados para afrontar las diversas situaciones. Se trata de una división social y sexual del trabajo que entraña, además, modos subjetivos diversos. Mientras que la mujer cuida y queda más afectada por las situaciones con las que trabaja, el hombre es más consentido, y haciendo uso de sus aspectos maternales, maneja mejor sus afectos. Es visible una significación imaginaria social acerca de que la enfermera *es mujer*, que viene de la mano de una suerte de extensión del rol doméstico asignado a la mujer como el de cuidar. Es decir, se ha producido una naturalización de la condensación mujer-enfermería con los componentes atribuidos anteriormente al procedimiento de concebir ciertos sucesos como naturales.

4.2 Análisis: proceso grupal

El proceso de análisis del material, en el encuentro con los objetivos de esta tesis muestra, por una parte, significaciones específicas a propósito de lo grupal (en el sentido de las diversas manifestaciones de lo grupal que acontecen en la enfermería) y, por otra el desarrollo de un proceso grupal. Las primeras fueron abordadas en el apartado nominado Tensión singular-colectivo.

En este capítulo se abordarán aspectos del proceso grupal, que tal como ha sido explicitado, se genera a partir de la instalación de un dispositivo de trabajo, caracterizado por²³: un encuentro semanal, de 1h 15 de duración, con la consigna de dar lugar a la circulación de la palabra, a los efectos de poner en juego las problemáticas que aquejaban a las enfermeras; una integración y participación siempre variable, con un coordinador y un observador, y una frontera difusa entre el “adentro” del espacio y el “afuera”. Esto es lo que antes fue definido como *Grupalidad disipada/disipativa*, en la dirección de considerar elementos que permanecen y otros que son inestables, cercanos a lo caótico, marcados por los diversos flujos dados tanto por la entrada y salida de diversas personas del espacio de reunión, como por la diversidad de temas que circularon por allí. Para este análisis se realizó una lectura transversal de los registros grupales, procurando identificar enunciados relativos al proceso de trabajo.

²³ Abundando en la descripción realizada tanto en el capítulo *Presentación* como en el capítulo *Características y contexto de producción del material*.

Encabezando este análisis a propósito del dispositivo interesa subrayar la propuesta de Fernández (1992), cuando plantea que el dispositivo dispone. A partir de una serie de condiciones pre-establecidas se dispone un espacio-tiempo de producción. Dentro de las condiciones pre-establecidas se encuentran un pedido que da origen al trabajo, un encuadre sostenido en ciertas constantes, por ejemplo, el día y la hora del encuentro, así como la presencia de un coordinador y un observador, y una finalidad explicitada relativa a la instalación de un espacio de conversación sobre los temas que aquejan a las enfermeras.

Con relación a la producción, se puede afirmar que es múltiple y heterogénea. En el plano dinámico, y tomando como eje los vectores de evaluación del grupo propuestos por Pichon-Rivière (1982), tanto la afiliación como la pertinencia y la pertenencia parecen observables en una lectura atenta de los registros. Por ejemplo, a través de la enunciación del sentirse parte del espacio de trabajo, así como de una idea clara de para qué se está allí. Si se avanza en el repaso de los vectores, se observará que ya no están tan a la vista. Por ejemplo, muchas veces la comunicación aparece interferida por diversos ruidos, así como se evidencia la falta de escucha. La cooperación es otro vector débil, dadas las prácticas individualistas y cierto desmerecimiento del trabajo colectivo (ejemplificado en el ítem tensión singular-colectivo). La línea del aprendizaje implica, en cambio, algo paradójal. Si se piensa en el aprendizaje desde la perspectiva del autor antes mencionado, él tiene relación con una adaptación activa a la realidad y, por lo tanto, a la posibilidad de transformación. En ocasiones en el trabajo grupal se observa cómo los aprendizajes parecen tener que ver con aprender a sobrevivir en un ambiente muchas veces hostil, y en ese sentido la interrogación va en la dirección de si se trata de una adaptación activa o pasiva. Por último, el vector telé es de amplia variabilidad, en tanto hay algunos encuentros donde se nota un buen clima, con una suerte de circulación afectiva positiva, mientras que en otros lo visible es el malestar, el enojo, la rabia, la frustración, que quedan condensados en una posición de queja. En un capítulo anterior²⁴ ya se abordó la queja como un mecanismo que sostiene la resistencia al cambio y la complicidad con ciertas formas instituidas.

En la misma línea de lo dinámico puede observarse la emergencia de ciertas ansiedades de tipo persecutorio, en algunos momentos ansiedades depresivas, así como otras ansiedades más recostadas a lo confusional. Las ansiedades persecutorias y depresivas muestran la existencia de miedos: a que lo nuevo genere un ataque por la falta de instrumentación, y a que se produzca una pérdida del equilibrio establecido. Asimismo, la ansiedad confusional da cuenta principalmente de una sensación de desorientación referida al para qué del encuentro grupal. Esto hablaría de un proceso espiralado donde se interrogan los sentidos del trabajo en grupo, así como en ocasiones algunas interpelaciones a propósito del encargo

²⁴ Ver 4.1.3 *Organización y condiciones de trabajo*, p. 77

institucional. La construcción de la confianza aparece como un eje importante del trabajo y es posible observar cómo, a medida que avanza el proceso, se pueden abordar temáticas que comprometen (afectiva e intelectualmente) a las enfermeras. En esa dirección son visibles momentos donde prima la resistencia al cambio -en la conjunción de ansiedades persecutorias y depresivas- y momentos donde la resistencia toma la forma de lo contrainstitucional, como resistencia frente a lo establecido. En términos de proceso de producción de una tarea puede verse un movimiento que comienza sostenido en la necesidad -de parte de las enfermeras- de ser escuchadas, luego la aparición de preguntas del orden de “para qué se instala un espacio así”, y posteriormente el enfoque en las problemáticas y su resolución. Estos momentos no se desarrollan linealmente sino que, en la perspectiva de lo espiralado y, al producirse cada día acontecimientos que otorgan nuevos significados al encuentro, es observable una especie de recursividad: el análisis de cada problema da lugar a nuevos problemas, cada pregunta posibilita otras preguntas, al tiempo que se va afrontando y resolviendo la resistencia al cambio.

Por otra parte, el análisis de los registros muestra muchas veces un funcionamiento estereotipado en lo referente a los procesos de asunción y adjudicación de roles (Pichon-Rivière, 1982). Se evidencia una especie de tendencia, probablemente también con propósitos defensivos, que tiene relación con que personas y lugares queden coagulados, con pocas posibilidades de movimiento, y con tendencias a la exclusión, por ejemplo, en el caso del chivo emisario. Tal como se planteó en capítulos anteriores, la depositación de la ansiedad en un chivo emisario preserva al resto, ilusoriamente, de la posibilidad de asumirla y, por tanto, del proceso de hacerse cargo de un problema colectivo. Al mismo tiempo, la depositación antes mencionada produce invisibilidad sobre las dimensiones institucionales y organizacionales que están en la base de la generación de dificultades.

Otro plano relevante de la producción es el que da lugar -en términos de discursos-, al proceso grupal. Es decir, la evidencia de que en una situación grupal aparecen relatos relativos a un posicionamiento excluyente de la diferencia, con algunas derivas extremas muy hostiles y alejadas de lo hospitalario, sobre todo cuando se refieren a los pacientes y sus familias. Se entiende que algo del soporte grupal se juega en dicho posicionamiento, que el grupo genera las condiciones para soportar un discurso de esas características. Al mismo tiempo, y tal como se planteó anteriormente, la situación grupal también habilita a un cierto anonimato cuando se concibe al grupo como un lugar amenazante para el yo en aras de su desaparición en lo colectivo (Bion, 1963). En esta dirección, esto quiere decir que habiendo un todo homogéneo que sostenga el “otro” puede ser declarado como enemigo. Tal como ya fue trabajado en el apartado *Tensión singular colectivo* la ficción de homogeneidad insiste a lo largo de los registros grupales relacionada con la ilusión de un mejor funcionamiento. Esta

manera de concebir el trabajo grupal puede vincularse con una forma defensiva, dado que un todo homogéneo, compacto, podría poseer más fortaleza para el abordaje de las situaciones habituales del trabajo, donde finalmente lo igual termina siendo más fuerte que lo diferente.

En la misma dirección de las habilitaciones e impedimentos, aparece una dimensión afectiva que tiene relación con la expresión de las diversas emociones. En el transcurso del proceso grupal, se observa con insistencia la manifestación del padecimiento, de las situaciones que provocan sufrimiento, lo que habla en un plano de cierta falta de legitimación para el planteo de lo alegre y de la potencia de la enfermería. Se entiende que esto tiene relación con la fantasía de la homogeneidad del grupo, ya que dejaría afuera cualquier posibilidad de diferencia. Además, también es posible pensar esta situación como una habilitación: como el dispositivo fue implementado a los efectos de abordar los escenarios conflictivos y problemáticos, va de suyo que será el lugar para exponer lo doloroso. Asimismo, da cuenta de que las situaciones grupales que se desplegaron oficiaron de soporte para el relato del malestar. Cabe subrayar aquí que la expresión del sufrimiento en situación grupal no hace referencia al sufrimiento “propio” o a la manifestación de sensibilidad frente al dolor del paciente, sino que es el sufrimiento compartido por las realidades que se deben afrontar. Esto tiene relación con lo anterior, ya que no es la vulnerabilidad yoica la que se evidencia grupalmente, sino que es “el todo” que padece, lo que está en consonancia con el grupo uniforme.

Interesa en este punto retomar la propuesta de Bauleo en el Simposio Internacional de Psicoanálisis, Grupos e Instituciones (Baremlitt, 1983) acerca de lo emergente. Se entiende como una cualidad que se produce en el cruce de la horizontalidad del proceso grupal y de las verticalidades de quienes participan, y que permite obtener visibilidad sobre lo que acontece. El autor plantea que si lo emergente viene es porque puede, y ese poder está rigurosamente determinado por las líneas de fuerza de los conflictos institucionales. Esto se relaciona con que es necesario tener presente que lo que se hace visible a lo largo del proceso grupal posee varias líneas de composición, a saber: las propias de los movimientos dinámicos de la situación grupal instalada, las generadas por la permeación de diversas instituciones (por ejemplo, la institución hospital, la institución trabajo, la institución Estado, la institución salud, por nombrar algunas), y otras referidas a los procesos subjetivos que hacen cuerpo singularmente. La permeación antes mencionada hace parte del texto del proceso grupal, diagramando desde lógicas de funcionamiento hasta formas de concebir los acontecimientos, pasando por la producción de afectos. Asimismo, los procesos de producción subjetiva, propios de este momento histórico, generan maneras de ser y estar que van en contra de cierto anhelo de lo colectivo recostado a lo propositivo. Es como si lo posible fuera

ser parte de un todo idéntico a sí mismo, sin lugar para lo diferente, adaptándose pasivamente a las formas establecidas y con un camino afirmado en la queja.

4.3 *Discusión*

En este apartado, en consonancia con las procedencias etimológicas del vocablo *discutir*²⁵, se pretende agitar los distintos elementos planteados en el análisis a los efectos de fortalecer su argumentación.

Si se mapearan los cuatro temas propuestos se podría visibilizar en un plano los efectos de conexión que es posible establecer entre los temas y, por tanto, entre las categorías. Es necesario tener presente que los problemas que se pretenden dilucidar en esta investigación son los relativos a la relación asistencial de la enfermería y su conexión con las grupalidades. Asimismo, cuando se distinguen cada uno de esos temas, se entiende que no pueden desligarse de que la identificación de los mismos está diagramada por el hecho de que esta investigación es consecuencia de la instalación de un modo de trabajo grupal, lo que tiñe la mirada de quien investiga y sostiene sus puntos de vista. En esa dirección interesa poner en juego la noción de dispositivo como “una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilineal. Está compuesto de líneas de diferente naturaleza (...) [y poseen diversas dimensiones tales como] curvas de visibilidad y curvas de enunciación (...) son máquinas para hacer ver y para hacer hablar” (Deleuze, 1999, p. 155). Esto significa, entre otras cosas, que cabe interrogarse acerca de lo que el dispositivo –de intervención- dispone al proponer un espacio grupal, en tanto, el objeto que queda a la vista, como plantea el autor, no existe sin el régimen de luz que lo ilumina.

A propósito de la noción de dispositivo podría pensarse que los temas son líneas de fuerza, de objetivación y de subjetivación que lo atraviesan, en el sentido de que hacen posible la relación de un punto con otro, así como es posible que den vueltas sobre sí mismas, o se escapen de lo establecido.

Se puede decir que la relación asistencial que establecen las enfermeras hospitalarias con las que se trabajó está compuesta –en tanto líneas o estrías²⁶- por el *rol de enfermería, la organización del trabajo, la tensión singular colectivo y lo sociohistórico*, que se han hecho visibles como punto de partida de situaciones grupales propiciadas por la intervención.

²⁵ Según <http://etimologias.dechile.net/?discutir>, el prefijo “dis” en latín significa separación. La palabra discutir viene del latín “*discutere*”, y éste es derivado de “*quátete*” que significa sacudir. Es decir, discutir significa sacudir algo para separarlo.

²⁶ Se propone la nominación de estría en su acepción de “Rayas en hueco” así como la acepción médica: f. *Med.* “Cada una de las líneas claras que aparecen en la piel en el embarazo y otros procesos, debidas a desgarros subdérmicos”. (Extraído de: <http://lema.rae.es/drae/?val=estr%C3%ADa>)

Así, la primera línea elegida para la discusión es el *rol de enfermería*. En una primera instancia se entiende al rol como una construcción social, históricamente producida, uno de cuyos ejes es el de la discriminación de las tareas principales de las enfermeras hospitalarias. Ahora bien, el análisis muestra varios planos en esta estría. Un primer plano es la ausencia de legislación en tal sentido, en el tiempo en el que se realizó la intervención. Esto hace que dicha discriminación se establezca, fundamentalmente, a través de la transmisión oral, lo que de alguna forma fragiliza el soporte identitario del trabajo. A lo largo del análisis se han visto ciertas dificultades en establecer con mayor consistencia el soporte antes mencionado. Sin embargo, tal falta de soporte también podría concebirse como la posibilidad de construir una forma de ejercicio de la enfermería completamente singularizada. En este punto se pone en juego la *tensión singular colectivo*, dado que si fuera posible la construcción antes mencionada, las lógicas imperantes darían como resultado un aislamiento de la enfermera, con consecuencias seguramente desafortunadas. Se retomará el trabajo sobre esta conexión más adelante.

Acerca de la falta de reglamentación del ejercicio de la enfermería, se entiende que esa ausencia genera lo que Wlosko (2009) denomina la fisura entre trabajo prescripto y trabajo real; cuando el trabajo prescripto no está escrito, el trabajo real se va componiendo de innumerables tareas, que se instituyen a través de múltiples procedimientos, que no cobran visibilidad. Esto queda a la vista cuando se entiende que se produce un desbordamiento del rol, es decir, cuando se empiezan a realizar labores que exceden completamente lo que está establecido. El desborde tiene algunas consecuencias subrayadas en el análisis; por un lado se observó un fuerte padecimiento por la desinstrumentación a la que se ven sometidas las enfermeras; por otro, parece haber una asunción de lugares de poder en el sentido del hacer. Y en esa dirección, cuanto más se hace más poder se puede ejercer. Esto vincula el ejercicio del rol con el relacionamiento interpersonal, tanto a nivel de las jerarquías del hospital como de otros actores como los médicos.

Otro plano es el de la significación imaginaria de la enfermería, que enlaza el ejercicio del rol con la mujer y su capacidad "natural" de cuidar, ligada a la maternidad, ubicando una suerte de naturalización en el ejercicio del rol. Esto genera que cuando no se cumple, es decir, cuando la enfermera no encuentra en su práctica la posibilidad de desarrollar el cuidado, se fisuran las bases del ejercicio. Asimismo, el enlace antes mencionado produce en varias direcciones: por una parte, promueve encuentros empáticos, con los pacientes, que generan afectos alegres así como el gusto por el desarrollo de la relación asistencial; y, por otra, forma sistemas de valores que separan distanciando a las enfermeras de los pacientes –y de sus padres- lo que da lugar a encuentros que ocasionan tristeza, dolor, discriminación, y que empañan aquella relación, produciendo malestar. En la misma dirección, el empeño en el

uso de la expresión “mi paciente” o “mis niños” trae a colación la idea de maternidad que, en las producciones subjetivas actuales, conecta el ser madre con el poseer algo propio. En tal sentido, el generar un vínculo empático con un niño remitiría al vínculo madre hijo cuando la enfermera se vive a sí misma como responsable de lo que le suceda al paciente.

Si bien para iniciar esta discusión se había elegido la línea del *rol de enfermería*, es posible observar cómo la línea de *lo sociohistórico* penetra, atraviesa el examen de los diversos planos asociados. Por ejemplo, las significaciones imaginarias sociales son producciones de lo sociohistórico que diagraman el ejercicio de las prácticas, entre otras, en la condensación mujer/madre/enfermera. Aunque dicha condensación no es objeto central de esta Tesis, sí hay que poder tener presente que es a partir del origen de la enfermería como profesión que se genera tal ligazón. Asimismo, el ensamble antes mencionado da forma a muchos componentes del ejercicio del rol que operan de manera inconsciente, dando lugar a una ausencia de crítica.

Lo *sociohistórico* también se enlaza con el *rol de enfermería* cuando las enfermeras construyen una percepción de los pacientes como “los otros” y los tiñen con juicios de valor que los descalifican y excluyen. Lógicas globalizantes que producen la pertenencia al mundo a través del consumo, y que dejan en los bordes a las poblaciones más desfavorecidas y vulneradas (como son la mayoría de los pacientes del CHPR), también están en la base de la relación asistencial, provocando un efecto perturbador. Si el otro es un extraño-mugriento-plancha, se reducen las posibilidades de que de esa relación emerja un encuentro que despliegue las potencias. Se trata de estar a tono con procesos de marginalización, cuyo objeto es definir tipos subjetivos dominantes que funcionen como modelos, dejando afuera a los que no se adaptan. En consonancia con la propuesta de Derrida (2006) planteada en el marco teórico, lo que queda afuera puede ser objeto de violencia, que tiene sentido en la autoafirmación del nosotros. Serían necesarias acciones de hospitalidad para poder resolver esa separación que excluye, que tiene relación de contigüidad con el hospital. A partir de esta conexión tiene lugar la pregunta de cuán hospitalario es el hospital, si al mismo tiempo que genera un espacio/lugar para atender a una población vulnerada forja prácticas de marginación en el discurso y en las acciones de sus trabajadores, tanto con referencia a los pacientes como a sus madres y padres.

Idénticas lógicas están en juego en la pretensión de establecer una frontera que delimite claramente el afuera del adentro. En la base de la frontera está la necesidad de preservarse de una realidad vivida como amenazante y peligrosa, siempre sobre el supuesto de que hay un nosotros familiar, reconocido, donde es posible ubicar algo de lo usual y esperable. En aras de sostener una mirada crítica acerca de los dualismos, se utiliza la propuesta de Fernández (1992) a propósito de la relación texto- contexto. Si bien la autora lo ubica en refe-

rencia a situaciones grupales, la idea interesa en tanto remite a entender cómo lo que es nominado como contexto²⁷ (contexto social, contexto de producción, etc.), es parte del texto en tanto lo compone. Eso está ejemplificado en el capítulo de análisis: las mismas lógicas que producen la existencia de sujetos pobres, vulnerados, marginados, operan adentro del hospital estableciendo procedimientos de discriminación y exclusión. No es contexto. La población más empobrecida y vulnerada está afuera del hospital hasta que necesita ser atendida; finalmente adentro del hospital se reproducen las mismas lógicas de exclusión. Esa realidad vivida a diario por las enfermeras, la del encuentro con una población en situación de marginación social, no solamente crea la pretensión de una separación, el establecimiento de una frontera, sino que también produce la necesidad del distanciamiento y del corte para la protección tanto del nosotros como del sí mismo, porque el encuentro antes mencionado, paradigmático de la relación asistencial, no solamente genera una intención de sostenerse en un nosotros diferente, sino que suscita afectos del orden del dolor. Otro enlace es posible en este punto: cuando la enfermera además es madre, el manejo de los afectos se complejiza dado que no siempre está la posibilidad de analizar la implicación libidinal. Frente a situaciones de ese tipo también se producen defensas, que ocasionan la pérdida completa de la distancia o su exacerbación, que a la vez deteriora la empatía necesaria para el ejercicio del rol.

Como lógica de funcionamiento, la constitución de espacios donde nosotros y ellos operan por separado parece ser habitual. Al poner el foco en la estría denominada *tensión singular colectivo* se visibiliza un plano fuerte de operación de dicha lógica, que da cuenta de producciones subjetivas de la actualidad, por una parte. En otro plano se visibilizan estrategias de sobrevivencia frente a la adversidad, como si fuera necesaria la construcción de colectivos con ciertas características, más cercanos a la idea de grupo objeto de Guattari (1976). Se trata de la constitución de “nosotros” homogéneo, donde no está permitida la diferencia, que operan soportando la jerarquización institucional y con un funcionamiento mecánico. Esto tiene relación con lo planteado anteriormente al discutir el *rol de enfermería*: parece haber escasas posibilidades de sostener líneas de fisura, mucho menos de fuga²⁸ (Deleuze y Guattari, 2005), frente al poder de la homogeneidad. Asimismo, al lado de la pretensión de homogeneidad cohesiva se observan funcionamientos estereotipados, donde se hacen fuertes procesos de asunción y adjudicación de roles que dejan poco lugar al movimiento. Dos interrogantes se pueden plantear en este plano de discusión. Una de ellas tiene relación con

²⁷ La idea de contexto remite a lo que está con, a lo que rodea, al entorno, que genera cierto nivel de dependencia. También dentro de sus acepciones se encuentra la idea de composición o tejido (Real Academia Española, 2001).

²⁸ Las líneas de fuga significan un escalón más en la posibilidad de ruptura con lo establecido, en tanto implica creación y desterritorialización. Los autores plantean que las líneas de fuga se trazan sin saber de antemano hacia dónde ir.

la dinámica grupal: cuánta ansiedad circula y no se elabora, y con qué situaciones atemorizantes es posible vincularla. Como si la opción de generar una transformación no pudiera ser concebida dentro del horizonte de posibilidades de los colectivos de enfermeras. La otra interrogante tiene que ver con la vinculación entre la rigidización de las lógicas de funcionamiento y la inflexibilidad de las formas organizacionales, es decir si los instituidos están tan enquistados que por el momento no hay opción de generar algún tipo de movimiento. Aquí es posible establecer una conexión con la estría *organización y condiciones de trabajo*.

La conexión antes mencionada permite dar cuenta cómo desde la organización se pretende introducir una serie de cambios relativos a las condiciones en que se desarrolla la labor de la enfermería. Esos cambios son resistidos, y se entiende la resistencia en dos planos: el temor a lo nuevo, y la disconformidad con la imposición de modos de trabajo. El análisis lleva a pensar que esta última significación de resistencia se pone en evidencia casi exclusivamente por intermedio de la queja. No se visualizan acciones propositivas para ir en contra de lo que se vive como impuesto; inclusive, el malestar por las prácticas que poseen rasgos autoritarios, efectuadas de parte de las jerarquías, mayoritariamente queda depositado en los cuerpos de las enfermeras, con consecuencias como ausentismo, desgano, cansancio, automatización de ciertas prácticas y padecimiento en general. Eventualmente, también es posible observar la aparición de sucesos del tipo señalado por Ulloa (1999), como encerrona trágica: esta idea tiene relación con una suerte de cultura de la mortificación, cuando alguien, para poder vivir (trabajar, recuperar la salud, etc.), necesita o depende de algo o alguien que maltrata. En el caso de la enfermería podría hacerse visible cuando existe una situación de sometimiento a la autoridad y/o a los pacientes/familiares, solamente a los efectos de mantener el trabajo y la pertenencia al hospital. Asimismo, se termina aceptando el padecimiento, se genera aislamiento en el quehacer, y quedan restringidas las opciones de acompañamiento y solidaridad entre pares. Frente a la encerrona trágica, plantea el autor, sería necesaria la aparición de un tercero de apelación, alguien o algo que permita romper el lazo establecido entre la posición del encerrado y el encerrador. A su vez, dado que es una situación que encierra -tal como la palabra lo dice- resulta ser parte central en la composición de discursos del orden de la queja sin ningún tipo de accionar crítico o autocrítico con pocas posibilidades de transformarla en protesta y mucho menos en enunciación. Desde esta perspectiva, el personal de enfermería aparece como encerrado en lo instituido.

Si se piensa desde la perspectiva pichoniana, todo cambio acarrea pérdidas y provoca inseguridad con respecto a lo por venir. Mientras se generan los procesos de institucionalización, que sostienen la realización de transformaciones, es esperable un nivel de preocupación y hasta de sufrimiento, dadas las ansiedades que se movilizan. Sucede que en el caso estudiado los cambios suponen un peso excesivo de la jerarquización institucional, con el corre-

lato de silenciamiento de la palabra de las enfermeras. Dicho silenciamiento, además, está en conexión con otros planos propios del *rol de enfermería*, como la falta de reconocimiento del trabajo o con la falta de respaldo ubicado en la estricta *Organización y condiciones de trabajo*. Estos planos, vinculados con otros antes mencionados, socavan las bases de la identidad profesional y disparan situaciones conflictivas que ocultan lo organizacional. Así aparecen mecanismos como la patologización de personalidades difíciles, fenómenos de violencia sutiles, tejidos entre las enfermeras. El otro plano que se juega aquí es el de la lógica de obediencia-mando, que parece establecerse no solamente en referencia a las jerarquías sino también entre pares. Esto se ve en la *tensión singular colectivo*, cuando insiste la producción del otro como enemigo, que tiene como corolario la finalidad de posicionarse de mejor manera frente a determinados acontecimientos, sostener puntos de vista diversos, o esquivar compromisos o exigencias. La misma lógica opera en el corte nuevos/viejos, produciendo una escotomización del colectivo que redundaría en la falta de reconocimiento de unos para con otros.

Cabe acotar que en todas las situaciones antes mencionadas se evidencia un problema cuando se ubica el ejercicio del poder en ciertas personas. Sería necesario tener presente que se trata de fuerzas que, más allá de que se encarnen en sujetos concretos, lo trascienden y son parte de los procesos institucionales, es decir, que tienen que ver con las formas que adoptan las instituciones para la subsistencia de ciertos estados de cosas, observando el cumplimiento de los objetivos implícitos. La pregunta entonces sería cuáles son esos objetivos en el caso del CHPR, y a través de qué medios pretende lograrlo. Otra interrogante que surge es cuánto de esos objetivos implícitos quedan a cargo de las enfermeras cuando sostienen relaciones asistenciales como las que se vienen caracterizando a lo largo de esta discusión. Se trataría de una especie de encargo institucional (Ardoino, 1987), esto es, de una especie de mandato encomendado por lo institucional que posibilita sostener determinados preceptos, y que es de carácter inconsciente, por ejemplo, la naturalización de la toma de decisiones -en muchas ocasiones obviando la perspectiva de las enfermeras-, la legitimación de ciertas acciones como la discriminación, la exclusión, la falta de equidad, la naturalización de las prácticas de obediencia a las órdenes, y ciertas formas de violencia reglamentaria, -aquella que se sostiene en procedimientos legales y/o reglamentados-, entre otras. Todas estas circunstancias están en relación con intereses materiales, así como con la necesidad de mantener cierto orden simbólico.

La compartimentación de los saberes y las prácticas, fundamentada en la división disciplinar, es otro plano que compone la relación asistencial. Ejemplo de ello es la dificultad en producir trabajo de equipo, así como la falta de reconocimiento del saber de unos y otros actores vinculados al trabajo en el hospital. Así aparece cada disciplina defendiendo su territorio, con

consecuencias previsibles para el paciente, que en ocasiones queda a merced de lo que el actor de turno haya resuelto. Cuando hay referencias al trabajo de equipo, aparecen como un efecto de la cohesión que las enfermeras generan entre sí para poder enfrentar de mejor manera las situaciones cotidianas y, en ocasiones, solamente como anhelo.

Un último plano para la discusión es la acción y los efectos de lo grupal. A lo largo del análisis fueron visibles distinciones acerca de lo que se dice en situación grupal y lo que se dice en el encuentro singular. Ante la insistencia de tales diferencias, y dado que se habían elegido los dos tipos de registros para poder sostener una estrategia de triangulación, se hace evidente la necesidad de pensar acerca de la potencia de la producción grupal. En ocasiones lo grupal se presenta como la ocasión para decir, el soporte para poder ponerle palabras al padecimiento, fundamentalmente, cuando se refiere al relacionamiento con otros o a las disposiciones de la organización. Es en esta superficie donde lo grupal se hace fuerte, se deja ver como un espacio de posibilidades. En esta dirección, la oportunidad de instalación de un dispositivo como el señalado²⁹ parece haber propiciado la puesta en visibilidad de tales elementos.

También lo grupal dio lugar a la aparición de un pensamiento excluyente, discriminador, con niveles de violencia simbólica para los usuarios del hospital, lo que hace pensar en cierta impunidad que se produce en tanto tales apreciaciones no provocan resistencia, excepto que en quien en calidad de investigadora leyó el registro. Irrumpe una especie de imprevisibilidad, como propone Percia (s/f, p. 9), "(...) tras la previsibilidad de los conjuntos, qué insiste como imprevisibilidad; tras el equilibrio de los colectivos humanos, qué insiste como oscilación". Lo imprevisto tiene relación básicamente con el desvío de lo previsto. Esto último va en la dirección de un apriori, que es el de que las enfermeras que trabajan con niños y adolescentes, naturalmente poseen condiciones para su labor, así como se esperan prácticas sostenidas en la empatía y la confortación. Cuando aparecen menciones ofensivas para los pacientes –y padres-, lo previsto desaparece, aunque aparece la pregunta de qué habla a través del discurso de las enfermeras.

Por otra parte, y con relación a cuando lo que acontece es lo contrario, cuando se pueden decir cosas en las entrevistas que no tienen lugar en los encuentros grupales, sería interesante pensar en qué en ocasiones lo grupal se transforma en una imposibilidad. Esto es, cuando la situación de encuentro grupal impide, no habilita, transformándose así en un espacio de clausura de la palabra. En este sentido dos perspectivas se despliegan. La primera hace referencia a la intimidad del encuentro de la entrevista, donde el "cuerpo a cuerpo, de a dos", genera confianza relativa a la privacidad; no hay allí un tercero en condiciones de ejercer un juicio crítico o censura. La otra tiene relación con otro aspecto trabajado en el análisis

²⁹ Ver 3.2.1 Características y contexto de producción del material.

sis: la vivencia de lo grupal como aquello cohesivo que implica altos niveles de uniformidad. Así entonces, el lugar para la palabra diversa, probablemente, no esté habilitado.

Dice Rodríguez Nebot (2004, p. 98) que “La acción de las grupalidades remite a la producción de múltiples sentidos”. Enlazando este enunciado con lo propuesto en el capítulo de Soporte Epistémico, será necesario considerar que los sentidos visibilizados son apenas algunos, los que el horizonte epistémico de quien escribe han hecho posibles. Esto implica una renuncia a la comprensión total y, de alguna manera, a las certezas a que dicha comprensión compromete.

Capítulo 5. Conclusiones

Al igual que cuando se inició el trabajo del Marco Teórico, al reflexionar sobre la idea de Conclusión, la referencia a las procedencias de la palabra ofrece asistencia al pensamiento. La palabra conclusión viene del latín *conclusio*, y compuesta por *conclus*, que viene de *concludere* (concluir- cerrar), y el sufijo *-io(n)*, que significa acción, efecto. Lo que llevaría a entender que concluir tiene directa relación con el cerrar. Sin embargo, se entiende este capítulo como aquel que procurará dar cuenta de los objetivos de la investigación sin caer en la pretensión de clausura, resumiendo lo principal de la discusión del capítulo anterior y en consonancia con lo planteado en el último párrafo de aquel. Hay, entonces, un cierre en el sentido de la finalización de esta tesis, al tiempo que queda abierta la posibilidad de establecer nuevas conexiones y realizar nuevos análisis. A su vez es necesario dejar planteado que las líneas de trabajo elegidas para el desarrollo de esta tesis, son parte de una elección implicada de parte de quien escribe, y en tanto ello muchas otras líneas han quedado afuera, consciente e inconscientemente.

Al pretender caracterizar y comprender la relación asistencial en consonancia con el primer objetivo general surge la idea de nudo propuesta por Fernández (1992), para dar cuenta de la situación grupal. Dicha idea refiere a la necesidad de concebir un espacio de entrecruzamiento compuesto por múltiples hilos, cada uno de los cuales tiene igual relevancia que los otros, donde lo que importa es la presencia de tales hilos así como sus cruces.

El rol de enfermería, la organización y condiciones de trabajo, la tensión singular colectivo y lo sociohistórico pueden ser pensados como los hilos principales que componen la relación asistencial. Los cruces o nudos que se producen *entre* ellos también son parte, constituyendo la relación antes mencionada. Frente a la pregunta de si lo que importa es el nudo como totalidad o cada uno de los hilos, se propone usar la perspectiva de Deleuze y Guattari (1985), que se aleja del dualismo todo-partes planteando la importancia de pensar la coexistencia de diversos órdenes en una relación de composición; el todo y las partes: “Y si encontramos una totalidad tal, al lado de partes, esta totalidad es un todo ‘de’ aquellas partes, pero que no las totaliza (...) no las unifica (...) se añade a ellas como una nueva parte compuesta aparte” (p. 47).

Los hilos, que fueron trabajados como temas emergentes, constituidos a la vez por diversos planos, al tiempo que componen la relación asistencial la diagraman generando prácticas, discursos, formas de hacer, afecciones. Es por este motivo que en el capítulo de discusión, se utilizaron los vocablos *línea/estría* para referirse a dichos hilos, entendiéndolas como marcas, hendiduras que muestran una huella, un surco por el que es necesario transitar. Esto significa que, en cierta forma, de la investigación se desprende que no parece haber

formas visibles de salirse de dichos surcos, lo que hablaría de la fuerza de los instituidos así como de la intensidad con que las lógicas globalizadas del CMI operan hasta en las relaciones más micro, en consonancia con los planteos de Deleuze y Guattari (2005).

Se entiende que la relación asistencial concebida como nudo es singular con respecto al caso estudiado. Esto significa que la caracterización que se ha realizado durante el proceso de análisis y discusión es particular del caso de la enfermería hospitalaria del CHPR, y se ha sostenido en el fundamento epistémico y en el desarrollo metodológico de la investigación. Más allá de la singularización realizada, es posible reconocer por resonancia aspectos que son característicos del momento histórico actual. La referencia al CMI en torno a la problemática de la producción de subjetividad es así ineludible. Así entonces, se puede distinguir *lo sociohistórico* como surco fundamental para entender la relación asistencial. Esto es, cómo hay determinadas producciones subjetivas que corresponden a esta actualidad, que van marcando cómo las enfermeras establecen relaciones con los pacientes, y que consideran de manera central a estos últimos como “otros”, diferentes, a partir de sostenerse ellas mismas en un nosotros que les asegura pertenencia y resguardo del sufrimiento. Cabe subrayar que la diferencia establecida no es la alteridad enriquecedora, sino la que tiene sus raíces en la concepción del diferente como enemigo. Así, el pensamiento dualista que ha impregnado durante mucho tiempo las formas de concebir la realidad, pierde fuerza en tanto las mismas lógicas que están en la base de las relaciones sociales en el “afuera”, aparecen también trazando la vinculación “adentro” del hospital.

Luego, el *rol de enfermería* suma complejidad a la relación, más allá de que aparece como un a priori obvio. Lo hace en el entendido de que aparece una dislocación, entre lo históricamente establecido y el desempeño actual del rol. Al mismo tiempo se enlaza con el rol dentro del establecimiento hospitalario y en el marco de lo organizativo, dado que de manera reiterada emerge la falta de reconocimiento del trabajo que se realiza. Asimismo, se observa un debilitamiento en la construcción de la identidad profesional, lo que va en detrimento de un mejor desempeño. Del nudo constituido por esta estría y la anterior –*lo sociohistórico*–, emergen las siguientes interrogantes: ¿cuál es el encargo social que se ha depositado en las enfermeras?, y ¿qué habla a través de su discurso?

En relación con el impacto de la *organización y las condiciones de trabajo*, las conclusiones van en la misma dirección de lo planteado en el párrafo anterior. Se entiende que el impacto es percibido mayormente como negativo, en la dirección de que plantea dificultades de articulación entre lo que se propone (desde la organización) y las posibilidades o no de su puesta en práctica. Esto va acompañado de vivencias, de parte de las enfermeras, relativas a la invisibilidad de sus planteos, y muchas veces de su escasa capacidad de enunciación. En este sentido, la tendencia más fuerte es la que mantiene a las enfermeras en condición

de “grupo objeto”, acoplándose a las lógicas instituidas y con poco espacio para la propuesta o el movimiento. Se entiende que en relación a este plano, las dos acepciones de resistencia (como resistencia al cambio y como resistencia a lo que se impone) son instrumentos para comprender lo que sucede.

Por último, poniendo el foco en la *tensión singular colectivo*, se concluye que el sentido de lo tenso tiene plena vigencia, en tanto se juega por momentos una oposición entre dos polos, y por momentos la intensificación de ciertos conflictos en referencia a lo que tiene valor para determinadas situaciones. En esa dirección, la fragmentación y compartimentación parece ser lo que prima en ocasiones, cuando se evidencia una valoración de lo colectivo como masa uniforme, con apreciaciones que tienden a disminuir el valor de la discriminación como diferenciación. En otras instancias se valora positivamente la posibilidad de constituir colectivos que brinden soporte al trabajo, sin poner el foco en la homogeneidad. La compartimentación tiene efectos también a la hora de establecer el relacionamiento entre diversos actores del hospital, donde las enfermeras se perciben a sí mismas como subestimadas. Otras consecuencias de la tensión como oposición es la relativa a la articulación entre actores del mismo estamento pero con distinta inclusión, que se observa fundamentalmente en la conflictiva entre nuevos y viejos. La pregunta que se desprende del trabajo en el cruce de estas dos últimas estrías es: ¿es viable producir equipos y trabajo de equipos en el marco del hospital, donde las enfermeras sean partícipes? ¿Cuál es la producción posible?

Con relación a los componentes de las *grupalidades*, del análisis y la discusión se desprenden algunos elementos para su comprensión. Por una parte, las grupalidades entendidas como el entramado de múltiples dimensiones, a veces ocasionan efectos de soporte, promoviendo un apoyo colectivo frente a situaciones adversas y la defensa frente al sufrimiento. En este sentido se percibe a las grupalidades como dando sustento identificadorio. De igual forma, en otros momentos se vive la grupalidad como la circunstancia para la captura y el encierro de formas de hacer, lo que de alguna manera detiene el despliegue de la diferencia y anula la singularidad, al tiempo que se convierte en una amenaza para la integridad yoica. Así, las múltiples dimensiones antes mencionadas producen lógicas contradictorias y paradójales, generando operaciones de construcción, proposición, y también de destrucción y rigidización.

Por otra parte, al entender la situación grupal propuesta en tanto dispositivo, se la piensa como aquella que permitió producir un espacio de análisis, al tiempo que dar lugar a la posibilidad de hablar, echando luz sobre las condiciones en las que se genera la relación asistencial. Asimismo, fue posible observar algunas condiciones referidas a lo procesual en la dirección de pensar sobre qué produce una situación grupal. Por ejemplo, a partir de la idea de disipación se distinguieron algunos elementos que fueron producto de la puesta en juego

del dispositivo: algunos propios de lo específicamente grupal (vectores de evaluación del grupo, ansiedades, roles, lo igual y lo diferente, circulación de afectos, entre otras), y otros relativos a la transversalidad (comunicación, analizadores, dimensiones institucionales, entre otras). La disipación antes mencionada tiene relación con las formas que adoptó la producción, con momentos de intensidad, momentos de dispersión, encuentros y desencuentros tanto entre personas como entre dimensiones de trabajo. A la vez, en términos de conclusión se entiende que la instalación de un dispositivo de trabajo singular deja ver efectos de teoría (Fernández, 2007), de tal manera que no se trata de predecir sino de estar atento a lo que se va produciendo.

En la misma dirección, dicho dispositivo permitió tener visibilidad sobre los procesos de producción de subjetividad y de subjetivación, globales y locales, de los que son parte las enfermeras hospitalarias, permitiendo asimismo la invención de líneas de significación para lo que acontece.

Por último, a partir del apriori relativo a la implicación de quien escribe, es necesario atender a las condiciones de surgimiento del trabajo realizado y dejar planteada una interrogante acerca del funcionamiento de los espacios colectivos reducidos, junto a la pregunta de cuál es el valor y la consistencia, hoy en día, del trabajo en común, y en tanto ello cuál es el horizonte de lo posible. Es decir, cómo es posible seguir construyendo y legitimando los saberes, los poderes y los quehaceres de lo grupal con los que se abordan situaciones de padecimiento, sin entrar en complicidad con el servilismo, la dominación y mistificación, para acompañar procesos de producción de nuevas subjetivaciones.

Referencias bibliográficas y documentales.

- Abraham, T. (2000). *La Empresa de Vivir*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Acevedo, M. J. (s/f). *La implicación. Luces y sombras del concepto lourauniano*. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar/ferraros/BD/mja%20la%20implicaci%F3n.pdf>
- Antón Nardiz, M. (1998). *Las enfermeras. Entre el desafío y la rutina: Una mirada al siglo XXI*. Madrid: Díaz de Santos.
- Anzieu, D. (1997). *La dinámica de los grupos pequeños*. (Trad. S. Vidaurrezaga Zimmerman). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Aquino, V., García, C. y Ruvira, C. (2012). Enfermería: ¿Déficit de identidad? ¿Crisis entre reflexión- acción? *Revista Uruguaya de Enfermería*, 7 (2), 1-7. Recuperado de <http://rue.fenf.edu.uy/>
- Ardoino, J. (1987). La intervención: ¿imaginario del cambio o cambio de lo imaginario? En F. Guattari, G. Lapassade, R. Lourau, G. Mendel, J. Ardoino, J. Dubost,...A. Levy. *La Intervención Institucional*. (Trad. R. Mier) (pp. 13- 42). México: Plaza y Valdés.
- Arias, L. (2009). Interdisciplinariedad y triangulación en Ciencias Sociales. *Diálogos, Revista Electrónica de Historia*, 10 (1), 117-136. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/6130/5834>
- Atewell, A. (1998). Florence Nightingale. *Perspectivas: Revista Trimestral de Educación Comparada.*, 28 (1), 173-189. Recuperado de <http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/nightins.PDF>
- Bachino, N., Etcheverry, G., Granese, A., Maceiras, J. y Texeira, F. (2011). Sistematizar e intervenir. Apuntes para una reflexión. En A. Cano, A. Migliaro y R. Giambruno.

Apuntes para la acción. Sisematización de experiencias de extensión universitaria.
(pp. 71- 92). Montevideo: Extensión Libros.

Ballester, E., Cantareli, M. y Lewkovicz, I. (2002). *Pausa; Notas ad hoc*. Buenos Aires: A.B.R.N. Producciones Gráficas.

Baremlitt, G. (1988). Notas acerca de un posible programa de investigación sobre el psicoanálisis y lo grupal en Argentina. En E. Pavlovsky (Coord.). *Lo Grupal* 6. (pp. 55-69). Buenos Aires: Búsqueda.

Baremlitt, G. (1992). *Compêndio de análise institucional e outras correntes. Teoria e prática*. (5ª. ed.). Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari.

Baremlitt, G. (Comp.) (1983). *El inconsciente institucional*. México: Nuevomar.

Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. (Trad. M. Rosemberg). Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. (Trad. J. Navarro, D. Jiménez y M. R. Borrás). Barcelona: Gedisa.

Beck, U. (2000). *Un nuevo mundo feliz. La precarización del trabajo en la era de la globalización*. (Trad. B. Moreno Carrillo). Barcelona: Paidós

Benelli, L., Díaz, R., Martínez, C., Pilatti, A., Princisgh, A., Suhr, E., y Taberne, C. (2010). Impacto de la reforma sanitaria sobre un efector público del primer nivel de atención del interior del Uruguay. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 5 (2), 18-36. Recuperado de http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num10/10_art_03_benelli.pdf

Bion, W. (1985). *Experiencias en grupos*. (Trad. A. Nebbia). Buenos Aires: Paidós.

Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa*. Barcelona: CEAC.

Blanch, J. y Stecher, A. (2009). La empresarización de universidades y hospitales. Informe preliminar de un estudio iberoamericano sobre cultura y subjetividad en el capitalismo

- organizacional. En T. Wittke y P. Melogno (Comps). *Producción de Subjetividad en la Organización del Trabajo. Psicología y Organización del Trabajo X.* (pp.191-209) Montevideo: Psicolibros Univesitario.
- Bleger, J. (1985). *Temas de Psicología (entrevista y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bourdieu, P. y Chamboredon, J. C. y Passeron, J. C. (2002). *El oficio del sociólogo*. (Trad. F. H. Azcurra y J. Sazbón). Argentina: Siglo XXI.
- Buss, M. y Leopardi, M. (2006). Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. *Texto contexto – enferm.*, 15 (3), 409- 417. Recuperado de <http://www.textoecontexto.ufsc.br/en>
- Butelman, I. (1991). El análisis institucional. Origen grupal y desarrollos. En M. Acevedo, J. y Volnovich. (Comp). *El espacio institucional 2.* (pp. 119- 128). Buenos Aires: Lugar.
- Carrasco, A. y Espejo, R. (2000). *Salud trabajo. Un aporte argentino- uruguayo a la enfermería frente al tercer milenio*. Montevideo: Nordan.
- Castoriadis, C. (1999) Las raíces psíquicas y sociales del odio. En *Figuras de lo pensable* (Trad. V. Gómez) (pp. 179-192). Valencia: Cátedra.
- Castoriadis, C. (2010). *La institución imaginaria de la sociedad*. (Trad. A.Vicens y M. Galmarini). Buenos Aires: Tusquets.
- Castro, S. (1995). La grupalidad en el horizonte de sucesos. En S. Castro, J. C. De Brasi, L. Elola, G. Galli, A. Lans, A. Raggio. *Dimensiones de la Grupalidad.* (pp. 5-22). Montevideo: Multiplicidades.
- Clèries, X., Raya M. A, Kronfly E., Escoda J. J, Cases C. (2002) Hacia el aprendizaje de emociones y sistemas motivacionales en la relación asistencial. *Educación Médica* 2002; 5 (3), 113-25. Recuperado de <http://www.terapiacognitiva.net/publicaciones/articulos/Emociones%20y%20Relaci%F3n%20Asistencial.pdf>

- De Brasi, J. (1986). Prólogo. En E. Pavlovsky (Coord.). *Lo Grupal* 3 (pp. 9 -11). Buenos Aires: Búsqueda.
- De Brasi, J. (1987). Desarrollos sobre el grupo formación. En E. Pavlovsky (Coord.). *Lo Grupal* 5. (pp. 33-65). Buenos Aires: Búsqueda.
- De Brasi, J. (1989). Violencia y transformación. Laberintos grupales e institucionales en lo sociohistórico. En E. Pavlovsky (Coord.). *Lo Grupal* 7 (pp. 11-31). Buenos Aires: Búsqueda.
- De Brasi, J. (1990). *Subjetividad, grupalidad, identificaciones. Apuntes meta-grupales*. Buenos Aires: Búsqueda.
- De Brasi, J. C. (1995) Grupo: Multiplicidad. En S. Castro. *Dimensiones de la grupalidad*. (pp. 91- 108). Montevideo. Multiplicidades.
- De Brasi, J. C. (1997). *Tránsitos, poéticas y políticas de la subjetividad*. Argentina: Pequeña Escuela.
- De Brasi, J. C. (2007). *La Problemática de la Subjetividad. Un ensayo, una conversación*. Buenos Aires: EPBCN – Mesa.
- De Brasi, J. y Fernández, A. (Comps.) (1993). *Tiempo Histórico y Campo Grupal. Masas, Grupos e Instituciones*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- De Felipe, V. (2001). Intervención grupal en un servicio de hemodiálisis. En *Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales* N° 8.
- De la Torre, G., Di Carlo, E., Florido, A., Opazo, H., Ramírez, Ch., Rodríguez, P., y Sanchez, A. (2010). *Teoría Fundamentada o Grounded Theory*. Facultad de Formación del profesorado y Educación. Master en Calidad y Mejora de la Educación. Métodos de Investigación. UAM. Recuperado de https://www.academia.edu/1332754/Teoria_Fundamentada_o_Grounded_Theory.

- Dejours, C. (1980). *Trabajo y desgaste mental*. (Trad. P. y G. Neffa). Buenos Aires: Humanitas.
- Delahanty, G. (2009). *Constelación y campo. Psicología de Kurt Lewin*. México: Casa Juan Pablos. Universidad Autónoma Estado de Morelos.
- Deleuze, G. (1994). De lo problemático. En *Lógica del sentido*. (Trad. M. Morey). (pp. 72-77). Barcelona: Planeta.
- Deleuze, G. (1999). ¿Qué es un dispositivo? En E. Balbier, G. Deleuze, H. L. Dreyfus, M. Frank, A. Glücksmann, G. Lebrun,...y F. Wahl. *Michel Foucault, filósofo*. (Trad. A. L. Bixio) (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (1999). Post-scriptum sobre las sociedades de control. En *Conversaciones*. (Trad. J. L. Pardo). (pp. 277- 281). Valencia: Pretextos.
- Deleuze, G. (2003). *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus.
- Deleuze, G. (2008). Los pliegues o el adentro del pensamiento. En *Foucault*. (Trad. J. Vázquez Pérez). (pp. 125-158). Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1985). *El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia*. (Trad. F. Monge). Buenos Aires: Paidós.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2005). *Mil mesetas*. (Trad. J. Vázquez Pérez). Valencia: Pretextos.
- Denzin, N. y Lincoln, Y. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. En N. Denzin & Y. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage Publications. (Trad. de Mario E. Perrone). (pp. 1-17) Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/46460284/Denzin-Inv-Cualitativa-version-reducida#download>.
- Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. OPS. MSP. Facultad de Enfermería. (2013). *Proyecto de Cooperación TC41. Censo*

de *Enfermería en el Uruguay*. Convenio APFCS –OPS–F.CC.SS. Departamento de Sociología. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/msp_enfermeria.pdf

Derrida, J. y Dufourmantelle, A. (2006) *La Hospitalidad*. (2ª ed.) (Trad. M. Segoviano). Buenos Aires: De la Flor.

Díaz, E. (1997). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Biblos.

Díaz, E. (2001) La construcción del objeto de estudio de la investigación. *Logoi, Revista de Filosofía*, 5. Recuperado de http://www.estherdiaz.com.ar/textos/investigacion.htm#_ftn6.

Díaz, E. (2007). Sobre la metodología de la investigación. Ética aplicada a la epistemología. En *Entre la tecnociencia y el deseo. La construcción de una epistemología ampliada*. Buenos Aires: Biblos. Recuperado de http://www.estherdiaz.com.ar/textos/epistemologia_ampliada.htm#_ftn9.

Díaz, E. (2012). Exigencias epistemológicas y metodológicas para una docencia futura. *Esther Díaz Doctora en Filosofía*. Recuperado de <http://www.estherdiaz.com.ar/textos/epistemologicas-metodologicas1.htm>.

Diccionario etimológico (s/f). Recuperado de <http://etimologias.dechile.net/>

Duro Martínez, J. C. (2002). El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 615- 627.

Eseverri Chaverri, C. (1992). *Enfermería Hoy. Filosofía y antropología de una profesión*. Madrid: Díaz de Santos.

Etcheverry, G. (2013). *Informe final de actividades del “Grupo de Investigación y Extensión del CHPR- Facultad de Psicología” en el ámbito de enfermería*. Abril. (Informe N° 5). Recuperado de <http://www.dropbox.com/home/CHPR/enfermer%C3%ADa>

- Fernández, A. (1992). *El campo grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fernández, A. (2007). *Las lógicas colectivas: Imaginarios, cuerpos, multiplicidades*. Buenos Aires: Biblos.
- Fernández, A. (Comp.) (1999). *Instituciones estalladas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Foucault, M. (1985). Poderes y Estrategias. En *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. (Trad. Miguel Morey). (pp. 85- 101). Madrid: Alianza.
- Foucault, M. y Deleuze, G. (1992). Los intelectuales y el poder. En M. Foucault. *Microfísica del Poder*. (Trad. J. Varela y F. Álvarez Uría). Madrid: La Piqueta. Recuperado de <http://labyrinthosdeltiempo.blogspot.com/2012/07/michel-foucault-obras-completas.html>
- Franco, S. (2010). Pensando un dispositivo grupal de atención psicológica cuando las relaciones en el mismo son de riesgo: un estudio preliminar. En: S. Franco y A. Vásquez (Eds.). *Trabajo y Gobierno de las Organizaciones: Campo de Producción y Contradicciones. Psicología y Organización del Trabajo XI* (pp. 227-238). Montevideo: Psicolibros.
- Freud, S. (1992). Psicología de las Masas y análisis del Yo. En *Obras completas* (Vol. 17, pp. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1921).
- Giorgi, V. y Gandolfi, A. (1995). Las insalubridades de la salud. En Universidad de la República, Facultad de Psicología. *Segundas Jornadas de Psicología Universitaria*. Montevideo: Multiplicidades.
- Glaser, B. G., y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 90, 41-56 Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352004000200004>.

González Menéndez, R. (2006). La relación equipo de salud-paciente-familiar. *Rev. Cubana Salud Pública*, 32 (3). Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300011&lng=es&nrm=iso

González Ortuya, P., Carrasco, A., Delfino, M. y Pi, V. (2011). El Cuidado Humano desde la perspectiva de la Enfermería en el Uruguay. En A. Carrasco, M. Delfino, P. González, M. Geysler y V. Pi. (coord.) *El cuidado humano. Reflexiones (inter)disciplinarias*. (pp. 27- 52). Montevideo: UR. FCS-DS: CSE: MSP

Grinberg, L., Langer, M. y Rodrigué, E. (1961) *Psicoterapia de grupo*. Buenos Aires: Paidós.

Guattari, F. (1976). *Psicoanálisis y Transversalidad*. (Trad. F. H. Azcurra). Buenos Aires: Siglo XXI.

Guattari, F. (1990). *Las tres ecologías*. (Trad. J. Vázquez Pérez y U. Larraceleta). Valencia: Pre-textos.

Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. (Trad. I. Argoff). Buenos Aires: Manantial.

Guattari, F. y Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: Cartografías del deseo*. (Trad. F. Gómez). Buenos Aires: Tinta Limón.

Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw Hill.

Hernández, D. y Flores, S. (2002). Relación de ayuda: intervención de enfermería para padres de recién nacidos hospitalizados en la UCIN. *Rev Enferm IMSS* 2002; 10 (3), 125-129 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim023b.pdf>

Herrera, L. y Percia, M. (1987). Prólogo. (Logos en pro de lo grupal): En E. Pavlovsky (Coord.). *Lo grupal* 5 (pp. 9-16). Buenos Aires: Búsqueda.

Infante Ochoa, I, Moret Montano, A, y Curbelo Heredia, I. (2007). Satisfacción del personal de enfermería en servicios de oncología. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21433311>

Iñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*. 23 (8), 496-502. Recuperado de <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/1+Aten+Primaria+1999.+I+C+Bases+Teoricas+y+Conceptos.pdf>

Juvé, E., Farrero, S., Matud, C., Monteverde, D., Fierro, G., Marsal, R.,...y Flores, C. (2007) ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? *Revista Nursing*, 25 (7), 50-61. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/34005>

Kaminsky, G. (1994) *Dispositivos institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. Buenos Aires: Lugar.

Lapassade, G. (1977). *Grupos, organizaciones e instituciones* (Trad. H. Acevedo). Barcelona: Granica.

Larroca, J. (2004). El lugar del diferente y el lugar para la diferencia. En F. Berriel (Comp.). *Grupos y sociedad: Intervención psicosocial y discusiones actuales* (pp. 27- 39). Montevideo: Nordan.

Lazzarato, M. (2003). Lucha, acontecimiento, media. *Transversal - eipcp multilingual webjournal*. Recuperado de <http://eipcp.net/transversal/1003/lazzarato/es>

Ledesma, M., y Rino., M. (2009). El proceso de enfermería como acciones de cuidado rutinarias: construyendo su significado en la perspectiva de las enfermeras

asistenciales. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 17(3). Recuperado de www.eerp.usp.br/rlae

Lourau, R. (1994). *El análisis institucional*. (Trad. N. Figorito de Labrune). Buenos Aires: Amorrortu.

Marqués, J. (1996). El trabajo de equipo. En Universidad de la República. Facultad de Psicología. 3as. *Jornadas de Psicología Universitaria: Historia, Violencia, Subjetividad*. (pp. 123- 126). Montevideo: Multiplicidades.

Martínez, M. (2006). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27 (2) Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s101122512006000200002yscript=sci_arttet.

Morey, M. (2008). Prólogo a la edición española. En G. Deleuze, *Foucault* (pp. 125-158). Buenos Aires: Paidós.

Negri, T. y Hardt, M. (2004). *Multitud*. (Trad. J. A. Bravo). Buenos Aires: Debate.

Nietzsche, F. (2002) *La Gaya Ciencia*. (Trad. J. Mardomingo Sierra). Madrid: Edaf. (Trabajo original publicado 1882)

Orlando, M. (2010). Reflexiones en torno al ejercicio de la enfermería en centros de atención primaria de salud desde la sociología de las profesiones. En S. Franco y A. Vásquez (Eds.), *Trabajo y Gobierno de las Organizaciones: Campo de Producción y Contradicciones. Psicología y Organización del Trabajo XI*. (pp. 212- 226). Montevideo: Psicolibros.

Percia, M. (2002). *Una subjetividad que se inventa: diálogo demora recepción*. Buenos Aires: Lugar.

Percia, M. (2009). *Notas para pensar lo grupal*. Buenos Aires: Lugar.

Percia, M. (s/f). *Lo grupal, la cuestión de lo neutro*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/140148854/LO-Grupal>

- Pichon Riviere, E. y Pampliega de Quiroga, A. (1985). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. (1982). *El proceso grupal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Prigogyne, I. (1983). *La Nueva Alianza*. Madrid: Alianza.
- Pucci, F. (2004). *Aprendizaje organizacional y formación profesional para la gestión del riesgo*. Montevideo: Cinterfor.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española* (22a ed.). Madrid: Espasa. Recuperado de <http://www.rae.es/obras-academicas/diccionarios/diccionario-de-la-lengua-espanola#sthash.CutEVFph.dpuf>
- Ricaldoni, C. A. C. y Sena, R. R. de (2006). Educación permanente: una herramienta para pensar y actuar en el trabajo de enfermería. *Rev Latino-am Enfermagem*. Noviembre-dezembro; 14(6). 837- 842. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Rodríguez Nebot, J. (2004). *Clínica móvil: el socioanálisis y la red*. Montevideo: Psicolibros-Narciso.
- Schvarstein, L. (2002). *Psicología Social de las Organizaciones. Nuevos Aportes*. Buenos Aires: Paidós.
- Simondon, G. (2009). *La individuación*. (Trad. P. Ires). Buenos Aires: Cactus/ La Cebra.
- Stake, R. (2007). *Investigación con estudio de casos*. (Trad. Filella). Madrid: Morata.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (Trad. E. Zimmerman). Medellín: Universidad de Antioquía.

- Sznelwar, L., y Uchida, S. (2004). Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *Produção*, 14 (3), 87-98. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300010&lng=en&lng=pt.10.1590/S0103-65132004000300010.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (Trad. J. Piatigorsky). Buenos Aires: Paidós.
- Tomasina, F. (2003). La salud de los Trabajadores del Sector Salud. En Red El Mundo del Trabajo, Universidad de la República. *La Práctica Multidisciplinaria en la Organización del Trabajo*. Montevideo: Psicolibros.
- Torres, M. (Comp.) (2005). Introducción. En *Niños fuera de la ley. Niños y adolescentes en el Uruguay: excusión social y construcción de subjetividades*. Montevideo: Trilce.
- Ulloa, F. (1995). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Uruguay, CONAE (2013). *Normativa de enfermería para el SNIS*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Libro-Parte1.pdf
- Uruguay, Poder Legislativo. (2007). *Ley Nº 18.131. Creación del Fondo Nacional de Salud*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Ley_N%C2%BA_18.131.pdf
- Uruguay, Poder Legislativo. (2011). *Ley Nº 18.815. Reglamentación de la Profesión de Enfermería*. Recuperado de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18815&Anchor=>
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División de Recursos Humanos del SNIS (2011). *La Enfermería en el Uruguay. Características actuales y perspectivas de desarrollo*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/LA_ENF~1.PDF

- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División de Recursos Humanos del SNIS (2012). *Dotación y condiciones de trabajo de enfermería en Uruguay*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Dotaci%C3%B3n_y_Condiciones_de_Trabajo_de_Enfermer%C3%ADa_en_el_Uruguay.pdf
- Valles, M. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Von Foerster, H. (1994). Visión y conocimiento: disfunciones de segundo orden. En D. Schnitman (Comp.). *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (Trad. L. Splizinger y L. Wolfson) (pp.91-113). Buenos Aires: Paidós.
- Wainerman, C. y Binstock, G. (1994). Género y calificación en enfermería. *Estudios del trabajo* N° 7. Recuperado de <http://www.aset.org.ar/docs/Wairnenman%20y%20Binstock.pdf>
- Webb, E. J., Campbell, D. T., Schwartz, R. D. y Sechrest, L. (1966). *Unobstrusive Measures: Nonreactive Research in the Social Sciences*. Chicago: Rand McNally.
- Wittke, T. (2002). Emergencia Móvil: control social y organización del trabajo en salud. En A. Gandolfi (Comp.). *Psicología de la Salud: escenarios y prácticas*. Montevideo: Psicolibros. Recuperado de https://www.academia.edu/1502008/Emergencia_Movil_Control_Social_y_Organizacion_del_Trabajo_en_Salud
- Wittke, T. (2009). Subjetividad: cultura organizacional y procesos identificatorios. En T. Wittke y P. Melogno (Comps.). *Producción de Subjetividad en la Organización del Trabajo. Psicología y Organización del Trabajo X*. (pp. 223-235). Montevideo: Psicolibros Univesitario.
- Wlosko, M. (2009). La construcción de la violencia y el acoso laboral: artefactos conceptuales y dispositivos ideológicos. En T. Wittke y P. Melogno (Comps).

Producción de Subjetividad en la Organización del Trabajo. Psicología y Organización del Trabajo X. (pp. 337-352) Montevideo: Psicolibros Univesitario.

Wlosko, M. (2010). Las cosas del cuidar: Relaciones de género, trabajo y enfermería. En S. Franco y A. Vásquez (Eds.). *Trabajo y Gobierno de las Organizaciones: Campo de Producción y Contradicciones. Psicología y Organización del Trabajo XI.* (pp. 241-255). Montevideo: Psicolibros.

Zarate, R. (2004). La Gestión del Cuidado en Enfermería. *Index Enferm*, 13 (44-45). 42-46
Recuperado de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100009&lng=es&nrm=iso.

Zito Lema, V. (1976). *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière. Sobre el arte y la locura.* Buenos Aires: Timerman.