



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA SALUD MENTAL**

**EL CUIDADO DEL VINCULO MADRE-HIJO
DURANTE EL PERIODO GESTACIONAL Y
PUERPERAL QUE REALZAN LICENCIADOS
ENFERMEROS EN CENTROS DE SALUD
PÚBLICOS DE MONTEVIDEO QUE BRINDAN
ATENCIÓN MATERNO INFANTIL**

Autor:

Psic. Lic. Enf. Laura Fascioli

Tutor:

Dra. Cristina Larrobla

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2004

*Dientes de flores, cofia de rocío
Manos de hierbas, tú, nodriza fina,
Tenme prestas las sábanas terrosas
Y el edredón de musgos escardados.*

*Voy a dormir, nodriza mía, acuéstame.
Ponme una lámpara a la cabecera;
una constelación; la que te guste;
Todas son buenas; bájala un poquito.*

*Déjame sola: oyes romper los brotes...
Te acuna un pie celeste desde arriba
Y un pájaro te traza unos compases*

*para que olvides...Gracias. Ah, un encargo:
si él llama nuevamente por teléfono
le dices que no insista, que he salido...*

Alfonsina Storni

Voy a dormir

(últimos versos escritos en el día de su suicidio)

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo, Pedro Oyhançabal, por su amor, su comprensión, su estímulo permanente, su apoyo y asesoramiento técnico.

A mis hijos, Andrea, Gonzalo, Ernesto y Mercedes, por su amor, su apoyo, su comprensión, su curiosidad y su ayuda técnica con la computadora.

A mi nieta Nina, porque ella es el futuro.

A mis padres, padrastro, abuelos maternos y hermanos pues les debo ser quien soy.

A mi orientadora Cristina Larrobla por su apoyo permanente, su comprensión y tolerancia.

A mis maestros V. Raggio, S. Arrambide, H. Villar, A. Carrasco, G. Boero, H. Ballesteros, S. Sanchez, E. Suna, M. Parentini, G. Picción, R. Faraone, S. Maggiolo, H. Masi, M. César, A. Ginés, E. Probst, E. López, R. Recarte, H. Apezechea, J. Samaja, M. Viñar, M. Bernard, J. Venegas, M. Firpo, L. Falcini, C. Seade y tantos otros que quizás olvide en este momento pero igual están en mí a través de sus dichos y sus hechos.

A los compañeros de la División Enfermería del Hospital de Clínicas y a su director Lic. J. Vázquez por apoyarme en ese largo trayecto que significó la realización de la maestría.

A los docentes de la maestría en salud mental por su dedicación y conocimientos.

A mis entrañables compañeros de maestría.

A los informantes clave que accedieron a colaborar brindando desinteresadamente sus conocimientos.

A los bibliotecarios del INDE y AUPCV Lics. B. Celiberti y O. Daputo por su colaboración.

A los profesionales que participaron en este trabajo por su compromiso, su colaboración y su interés: Lics. Silvia Meliá, Mercedes Pérez, Graciela Cabrera, Yocelin Acosta, Adelma Aguilar, Mariela Alvez, Macarena Barylko, Claudia Bentancourt, Ivonne Brignone, Esther Busto, Carmen Camacho, Olga Cochinello, Lilian Cohen, Isabel Couchet, Alvaro Díaz, Ana Eguía, Margarita Garay, Julio Leiva, Edith Maciel, Rubita Nesmachinow, Yolanda Pérez, Iris Pimienta, Rossana Rodríguez, Warasi Sánchez, Jaqueline Tejera, Graciela Tramujo, Carmen Zarasqueta, Gladys Martínez, Silvia Taibo, Mariela Bruno, Silvana Cardozo, Marlene Pelleteiro, Rosana Montes de Oca, Mercedes Corbacho, Geraldine Ripoll, Shirley García, Dr. Víctor Raggio y Br. Jaqueline Borba.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
Capítulo 1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
<u>Introducción</u>	7
<u>1. Surgimiento y desarrollo del campo de la Salud Mental</u>	7
1.1 Orígenes y transformaciones	
1.2. Derechos Humanos, Salud Mental y Atención Primaria	10
1.3. El campo de la Salud Mental en América Latina	11
1.4. Desarrollo del campo de la Salud Mental en Uruguay	13
<u>1. El concepto de vínculo y su influencia en el campo de la Salud Mental</u>	14
1.1. Generalidades y origen conceptual	
14	
2.2. La complejidad de lo vincular	16
2.3. Una relación particular: la de la madre con su hijo.	17
2.4. Teoría del Apego.	18
2.5. El psicoanálisis y el vínculo madre-hijo.	20
<u>2. Acerca de la teoría y práctica del cuidar</u>	21
2.1. Antecedentes conceptuales	
21	
2.2. Conceptos sobre el cuidar según algunos autores.	
23	
3.3. Diferentes abordajes de la función de cuidar	24
3.3.1. La perspectiva de las ciencias ambientales	24
3.3.2. La perspectiva cultural.	26
3.4. Desarrollo histórico de la función de cuidar.	26
3.5. El cuidar y el surgimiento de Enfermería como profesión.	27
3.6. Cuidar como propósito de la profesión Enfermera	30
<u>4. Desarrollos en Enfermería</u>	32
4.1. Antecedentes generales	
32	

4.2.	Aspectos más relevantes de la evolución de Enfermería en el Viejo Mundo	33
4.3.	Modelos de Enfermería relacionados con el cuidado del vínculo madre hijo	37
4.4.	Enfermería en Uruguay	39
Capítulo 2	SITUACIÓN ACTUAL	44
	<u>Introducción</u>	44
1.	<u>Las transformaciones económicosociales en el mundo actual</u>	46
1.1.	La globalización	46
1.2.	Fragmentación y ruptura del tejido social.	49
1.3.	Impactos en la subjetividad	52
2.	<u>Las transformaciones en la Salud: cambios y repeticiones.</u>	54
2.1	La Salud: cambios en los paradigmas y representaciones.	54
2.2	Modelos y sistemas de Atención a la Salud.	57
2.3	El sistema de atención en Uruguay	59
2.3.1.	Política sanitaria en la atención materno infantil.	59
	Programa Materno Infantil	61
	SubPrograma ADUANA	63
	Normas Nacionales de Lactancia Materna	63
	Informe “Por ellos” del MSP	64
	Programa Nacional de Salud Mental.	65
2.3.2.	Organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios asistenciales a la salud en Montevideo.	66
2.3.3.	Dependencias del Ministerio de Salud Pública	67
3.	<u>Recursos humanos en salud.</u>	69
3.1.	Datos regionales: el MERCOSUR.	69
3.2.	La situación de los licenciados enfermeros en Uruguay	72
3.3.	Instituciones de formación de Licenciados Enfermeros en Montevideo.	74

4.	<u>Producción de conocimiento.</u>	76
4.1.	Instrumentos de evaluación del vínculo madre-hijo en países anglosajones	76
4.2.	Estudios sobre la relación madre-hijo en Uruguay.	77
4.3	Trabajos de investigación de enfermería recientes en los países anglosajones y América Latina.	79
4.4.	Estudios de enfermería realizados en Uruguay.	81
Capítulo 3	OBJETIVOS.	82
	<u>Introducción.</u>	82
	<u>Hipótesis y objetivos.</u>	82
Capítulo 4	MÉTODO	84
1	<u>Delineamiento del estudio.</u>	84
1.1.	Definición de las variables consideradas	84
1.2.	Población en estudio.	86
1.3.	Instrumentos para la colecta de datos y procedimientos.	86
1.3.1.	Fuentes de información primarias.	87
1.3.2.	Fuentes de información secundarias.	87
1.3.3.	Testado de los instrumentos (Prueba Piloto).	88
2	<u>Procedimiento</u>	88
Capítulo 5	RESULTADOS Y COMENTARIOS	91
	<u>Introducción</u>	91
11	<u>Datos generales.</u>	91
11	<u>Formación académica.</u>	99
11	<u>Conocimientos.</u>	102
11	<u>Práctica profesional</u>	108
4.1	Práctica Asistencial	108

4.2	Práctica docente.	120
4.3	Práctica de investigación.	122
11	<u>Revisión de documentos oficiales.</u>	122

DISCUSIÓN	125
CONCLUSIONES	134
BIBLIOGRAFÍA	138
ANEXOS	145

ABREVIATURAS

AAPPG	Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.
APEX	Programa de Aprendizaje y Extensión
APS	Atención Primaria en Salud
APU	Asociación Psicoanalítica del Uruguay
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
AUDEPP	Asociación Uruguaya de Psicoterapeutas Psicoanalíticos
AUPCV	Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BPS	Banco de Previsión Social
CCU	Consejo Central Universitario
CEDU	Colegio de Enfermería del Uruguay
CENARU	Centro Nacional de Rehabilitación del Uruguay
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CIPFE	Centro de Investigación Franciscano Ecológico
CLAEH	Centro Latinoamericano de Economía Humana
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CPU	Coordinadora de Psicólogos del Uruguay
CSIC	Comisión Sectorial de Investigación Científica
EE.UU.	Estados Unidos de Norteamérica
EUE	Escuela Universitaria de Enfermería
EUP	Escuela Universitaria de Psicología
EUTM	Escuela de Tecnología Médica
EDUCAT	<i>Editora da Universidade Católica de Pelotas.</i>

FIMI	<i>FunkeIrbi MotherInfant Interaccional</i>
FMI	Fondo Monetario Internacional
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IMM	Intendencia Municipal de Montevideo
INAME	Instituto Nacional del Menor
INE	Instituto Nacional de Estadística
ITEM	Instituto del Tercer Mundo
MABI	<i>Mother's Assesment of the Behavior of Her Infant</i>
MEC	Ministerio de Educación y Cultura
MSP	Ministerio de Salud Pública
NCAST	<i>Nursing Child Assesment Teaching Scale</i>
NU	Naciones Unidas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PITCNT	Plenario Intersindical de TrabajadoresConvención Nacional de Trabajadores
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RRHH	Recursos Humanos
SMU	Sindicato Médico del Uruguay
SPR	<i>Society for Psychoterapy Research</i>
SSAE	Servicio de Salud de Asistencia Externa
UBA	Universidad de Buenos Aires
UDELAR	Universidad de la República (Uruguay)
UK	<i>United Kingdom</i>
UNAMEFA	Unidad Nacional Administrativa de Medicina Familiar
UNICEF	<i>United Nations International Children's Emergency Found</i>
UNLA	Universidad de Lanusse
USA	United States of América
USM	Unidad de Salud Mental
UTHC	Unión de Trabajadores del Hospital de Clínicas

RESUMEN

El interés por la importancia del vínculo madre-hijo en el desarrollo del ser humano surge casi con el nacimiento de las ciencias sociales promovido además por la situación de desamparo en que quedaron los niños en las sociedades europeas de posguerra. A partir de numerosos estudios realizados desde mediados del siglo XX se comprobó que el desarrollo de un buen vínculo entre madre y recién nacido configura una “base segura” al decir de J. Bowlby, para la constitución de la personalidad del nuevo ser lo que le ayudará a enfrentar las más o menos difíciles contingencias de la vida. También se comprobó que las distorsiones de dicho vínculo intervienen en la aparición de distintas patologías sobre todo mentales y sociales. El interés se acrecentó al constatar que los problemas de salud más acuciantes a nivel mundial en la presente fase del sistema capitalista se relacionan con el crecimiento desmedido de la pobreza y su infantilización, el recrudecimiento de la violencia social y familiar y la prostitución infantil; el rápido aumento de patologías como la depresión, suicidios, ataques de pánico y adicciones; la degradación ambiental y el desamparo de los miembros más vulnerables de la sociedad: niños, adolescentes, embarazadas, enfermos y ancianos. La OMS (1996) prevé un aumento aún mayor en los próximos años y destaca que a pesar de eso los recursos y especialmente los recursos humanos, destinados a la salud mental son mundialmente escasos y que no se posee información suficiente sobre su cantidad y nivel de formación. Agrega que los enfermeros profesionales constituyen un recurso humano de enorme valor para cuidar del par madre-recién nacido promoviendo el desarrollo de una relación sana entre ambos pero que su cantidad es altamente insuficiente y que no existen datos fidedignos sobre su capacitación en salud mental y

atención primaria. El objetivo del presente trabajo es justamente conocer, a través del relato de una muestra no probabilística de licenciados enfermeros del sector público de Montevideo de que manera atienden el vínculo madre-hijo durante el periodo gestacional y puerperal y cuales son los conocimientos que fundamentan su práctica. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo ya que no se ha encontrado información al respecto en el país. Los datos obtenidos a través de la aplicación de un cuestionario y la realización de entrevistas semiestructuradas, analizados cuanti y cualitativamente permitieron caracterizar al grupo de licenciados participantes e interpretar sus respuestas de acuerdo al marco conceptual referencial desarrollado, así como plantear en las conclusiones que se confirmaría la hipótesis inicial respecto a que el cuidado del par madre-hijo realizado por los licenciados enfermeros presenta características contradictorias ya que se debate entre las posturas de los modelos de atención preponderantes y que en este momento en ninguno de los niveles del sector público estudiado se considera el cuidado del vínculo madre-hijo durante los periodos gestacional y puerperal como una necesidad de salud de la población ni se plantea como actividad de promoción y protección desde una estrategia en atención primaria.

INTRODUCCIÓN

“La observación de que la existencia intrauterina parece relativamente más corta en comparación con los animales hace que el ser humano se encuentre más incompleto cuando viene al mundo. Esto hace aquí la influencia del mundo exterior más intensa e incrementa enormemente el valor del único objeto capaz de proteger contra esos peligros y reemplazar la vida intrauterina. Este factor biológico crea pues las primeras situaciones de peligro y la necesidad de ser amado, que ya nunca abandonará al hombre”

Sigmund Freud

El cuidado de las personas es una práctica de la humanidad tan antigua como ella misma. La inmadurez, incompletud e indefensión del ser humano al nacer lo hacen depender en forma casi absoluta de otro que lo cuide, le de amparo, le permita llegar a ser. Habitualmente es la madre biológica quien brinda los cuidados; pero no siempre es así, en su ausencia – motivada por variadas causas – la función maternizante la debe cumplir otra persona, pues de lo contrario irremediablemente el bebe humano muere. Algo similar ocurre a cualquier individuo en momentos de vulnerabilidad, de fragilidad, de desamparo, en donde la presencia de alguien que se haga cargo, que cuide, es lo único que puede satisfacer las necesidades básicas de la vida y aliviar la angustia de la soledad.

La importancia del cuidado como práctica social no necesita ser fundamentada, simplemente es indispensable. Sin embargo a lo largo de la historia se le ha dado más o menos importancia hasta el momento actual en que se la ha desvalorizado tanto que desaparece de la percepción conciente de la mayoría de las personas como trabajo: se ha

vuelto invisible. Esta situación responde a varias causas, una de las cuales tiene que ver con el lugar social ocupado por la mujer, pues en la mayoría de las sociedades y a lo largo de la historia se consideran las actividades de cuidado como tarea inherente al sexo femenino. Los trabajos de la mujer relacionados con sus “aptitudes femeninas” se consideran naturales y no se valoran en términos de dinero aún cuando quienes los realizan perciban un salario. Cuanto más se parece el trabajo de la mujer a los quehaceres domésticos menos se valoriza y remunera. Tal es el caso de las tareas de limpieza y las de cuidado de personas sanas y enfermas. No se hace un reconocimiento explícito del esfuerzo y el tiempo que esas tareas implican. Por otra parte, en el momento actual, los cambios económicosociales producto de la aplicación del proyecto neoliberal en gran parte de los países del mundo, han conducido a la fragmentación de la sociedad, el desvínculo, el individualismo, la competencia, la violencia, la alienación y la pérdida del amor y preocupación por el prójimo. Todo es considerado pasible de ser mercancía; el cuidado de la naturaleza y de las personas se realiza desde una concepción utilitaria pues se le da importancia si genera ganancia. En las últimas década, además, se ha ido introduciendo la ideología de las sociedades “*manageriales*”, con sus nociones de gestión, eficiencia, excelencia, tecnología “de punta”, en donde las personas van siendo ubicadas en lugares de perdedores (“*losers*”) y ganadores (“*winners*”), configurando así un nuevo gran grupo de excluidos sociales.

En Uruguay la desestructuración del estado benefactor que antes asumía una parte de las tareas de cuidado de las personas y grupos, ha depositado en la familia (especialmente en la mujer) la responsabilidad del cuidado y la procreación sin proveer de los recursos necesarios para que esta actividad se pueda cumplir en las mejores condiciones posibles. Al mismo tiempo los cambios económicosociales han conducido a una labilización de la estructura familiar que significa, entre otras cosas, una pérdida de la capacidad de continencia hacia sus miembros más frágiles o más necesitados de cuidado como los ancianos, los niños, las mujeres embarazadas, los enfermos. El aumento del número de horas que las personas deben dedicar a lograr su subsistencia limita los intercambios entre los miembros de la familia, debilita su estructura, y deja desprotegidos y sin guía a los integrantes en crecimiento. El descenso de los salarios y el aumento del desempleo que ha llegado en Uruguay a cifras nunca antes alcanzadas, además de deteriorar las condiciones de existencia de la mayoría de las personas, generan emigración, principalmente de los hombres jóvenes, quedando solas las

mujeres como responsables del cuidado y manutención de los hijos y de otros integrantes de la familia. El resquebrajamiento familiar, la desesperanza, la frustración y la imposibilidad de solucionar problemas cotidianos tiende a promover violencia en la que se victimiza a los miembros más débiles del grupo y genera personas frágiles, vulnerables, desamparadas, destructivas y autodestructivas.

A pesar del sistema económicosocial dominante y su ideología y tal vez a causa del mismo, las poblaciones, especialmente los sectores más desposeídos, van adquiriendo progresiva conciencia de sus derechos como seres humanos – entre ellos el derecho a la salud reclaman por ellos y generan sus propios sistemas de vida, en donde los valores comienzan a ser distintos que los impuestos por el sistema. Tratan de tejer redes solidarias entre amigos, vecinos, compañeros de trabajo en las que también participan algunos trabajadores de la salud para dar apoyo a aquel que lo necesita. Sin embargo las nuevas formas de agruparse las personas no sólo responden a valores solidarios y altruistas, en muchos casos tienden a reproducir las condiciones de existencia del sistema imperante y algunas se unen, muchas veces con formas de organización precarias, para ayudarse unos a otros en el uso de conductas delictivas que les permiten sobrevivir, siendo habitual que adopten comportamientos violentos con los otros y con ellos mismos. En los niveles sociales que poseen más recursos de todo tipo, también se producen cambios en las formas de relacionamiento que implican desvínculo, fragmentación social, resquebrajamiento familiar, desamparo afectivo. La competencia, el individualismo, la exigencia excesiva, la búsqueda de perfección, el endeudamiento consumista van ayudando a conformar un tipo de persona estresada, desafectivizada, mecanizada, sola, capturada en la fascinación de un mundo virtual, necesitada también de un cuidado del que muchas veces no es consciente.

Estos cambios del tejido social van generando transformaciones en la subjetividad. La complejidad, velocidad y masividad de los procesos no han permitido que se tenga aún una idea clara del tipo de modificaciones del psiquismo pero sí se ha constatado un aumento mundial importante de las enfermedades mentales, entre las cuales: distintas formas de depresión, intentos de autoeliminación, suicidios, adicciones, ataques de pánico, trastornos de la personalidad, enfermedades psicosomáticas, trastornos de la alimentación, etc. La situación de la salud mental de la población uruguaya no ha sido aún completamente estudiada desde una perspectiva epidemiológica y el sistema de atención hegemónico no da respuesta suficiente ni planificada al sufrimiento que

significa la enfermedad mental para las personas y los grupos. La internación y el tratamiento médico farmacológico individual siguen siendo la respuesta predominante del sistema de atención. Al producirse el retorno a la democracia, luego del periodo dictatorial, hubo un intento de conducir la atención hacia un modelo interdisciplinario y comunitario, del cual un producto fue la elaboración del Programa Nacional de Salud Mental. Pero cuando se comienza a aplicar el proyecto neoliberal y en consecuencia el Estado se va reduciendo en su lugar de garante de los derechos sociales de las personas, las políticas de salud comienzan a perderlas de vista como destinatarios lógicos de sus propósitos asistenciales y se deslizan hacia un concepto mercantil de la salud. La atención queda librada a la oferta y la demanda dentro del sector que puede pagar por ella, se configuran grupos empresariales muy fuertes que dominan el mercado de la salud y la participación del Estado se reduce a la asistencia de los llamados “indigentes”. La disminución en la entrega de recursos financieros, materiales y humanos a los organismos de salud estatales por parte del Gobierno Nacional, el surgimiento de grupos de seguros médicos privados reservados a una elite de persona con alta capacidad económica y la desfinanciación de las instituciones de asistencia médica privada, han llevado a que la distribución sea cada vez más desigual ya que un alto porcentaje de personas ha quedado sin posibilidades de recibir atención de ningún tipo; los sectores más pobres acceden a servicios pobres y los sectores más ricos acceden a servicios ricos con alta capacidad tecnológica, aunque no por ello de mejor calidad.

Por otra parte se ha vigorizado el modelo de atención a la salud dominante que se define en función de características reduccionistas, mecanicistas, biologicistas, centrado en el diagnóstico de enfermedad y en el tratamiento individual predominantemente farmacológico hegemonizado por la medicina, al cual se han agregado últimamente los criterios del “*management*” desplazando los objetivos humanitarios de atención y cuidado universales y equitativos hacia los del logro de la excelencia a través de una “tecnología de punta” para los sectores económicamente pudientes. En el campo específico de la salud mental este modelo se manifiesta por la tendencia creciente a explicar las enfermedades mentales por determinantes genéticas, perdiendo de vista la influencia social y relacional en su producción. La Declaración de AlmaAta de 1978 en cuanto a “salud para todos” y la Atención Primaria como estrategia para su logro han quedado sólo en un discurso justificador de algunas acciones fragmentarias que intentan

ser preventivas pero que se apoyan también en la mercantilización de técnicas diagnósticas cada vez más sofisticadas que permiten la detección anticipada de algunas enfermedades pero no logran la comprensión global de los complejos problemas de salud multicausados, tanto de personas como de grupos.

Dentro de este contexto, el cuidado del vínculo madre-hijo en las etapas gestacional y puerperal es una práctica de atención importante en la promoción de salud y en la prevención de enfermedades mentales. La forma en que se va desarrollando la relación temprana entre la madre y su niño es fundamental para la construcción de la personalidad, pues configura un tejido de sustentación, “una base segura” al decir de J. Bowlby, donde el niño puede apoyarse con más o menos firmeza para crecer y desarrollarse, lo cual no significa que dicha relación sea la única determinante en la complejísima y multideterminada construcción de la personalidad, pero es la base sobre la que se construyen las relaciones con los otros y la forma de instalarse en el mundo. La madre vehiculiza a través de una transcripción particular propia las prohibiciones y prescripciones sociales del momento histórico y cumple con una función contenedora, amparadora, que capta las ansiedades más profundas del niño y se las devuelve en un lenguaje comprensible y tranquilizador que le va ayudando a introducirse en el mundo humano. Cuando la madre no puede cumplir con esta función el bebé queda con un excedente de ansiedades que lo hunde en lo que W. Bion llamó “terror sin nombre” y le genera una base de sufrimiento, angustia y temor sobre la cual pueden llegar a construirse distintas patologías más o menos graves. Si la madre, que necesariamente debe amparar a su bebé para que pueda llegar a ser persona, no es a su vez amparada y cuidada en ese momento vulnerable de su vida, puede también enfermar y en muchos casos arrastrar tras ella a su hijo. Las necesidades que tienen el par madre-hijo durante la gestación y el puerperio deberían ser comprendidas no desde un modelo médico que transforma a la mujer y al niño en pacientes a ser atendidos en un medio hospitalario, sino desde un modelo sociocultural que les permita ser ellos mismos en ese momento crítico vital, en su propio contexto, en su medio familiar y desde sus propios deseos, ayudados y apoyados en su vulnerabilidad por alguien que los cuide sabiendo como hacerlo. En esa función de cuidado está Enfermería. Sin necesidad de tecnología sofisticada, con su herramienta de trabajo fundamental su propia persona y con los conocimientos teóricos y experiencia que le permiten actuar con seguridad y humanidad. En el espacio de intimidad que implica el cuidar a alguien, surge lo creativo

relacional interhumano que ayuda a construir y transformar a las personas que participan de ese momento inaugural, fundador y continuador de la vida: la madre, el niño, el padre, la familia y la persona cuidadora.

Por lo demás la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001 entiende que los trastornos mentales son responsables de una proporción considerable de las discapacidades y de la morbilidad en el mundo, que se prevé que estos trastornos aumenten en los años venideros y que pese a ello los recursos destinados a la salud mental son insuficientes en casi todo el mundo. Recomienda mejorar especialmente los recursos humanos tanto en cantidad como en calidad y agrega que para lograrlo es fundamental disponer de una información exacta acerca de los recursos existentes ya que considera paradójico que pese a contar con mucha información sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y de la carga que ellos representan para la salud mundial apenas si se tienen datos sobre los recursos disponibles para hacerles frente. Es interesante señalar que la O.M.S. (2001) expresa que aunque el 87% de los países han identificado la salud mental como una actividad de atención primaria sólo en el 59% se lleva a cabo la formación sistemática de profesionales y técnicos según esta concepción. Agrega que hay insuficiencias en la implementación de programas de salud mental, sobre todo para poblaciones especiales como niños y ancianos. El grupo de Directores de Salud Mental de los Ministerios de América Latina (1996) recomienda que hay que resaltar las acciones de promoción y prevención en salud mental, siendo una de las medidas más efectivas la educación de la mujer ya que algunos de los cambios conductuales de la población que tienen altos efectos negativos sobre la salud son el recrudecimiento de la violencia social, familiar y el desamparo de los niños, a lo cual se suma al aumento desmesurado de la pobreza. Agrega este grupo que hay algunas situaciones que se caracterizan por ser más viables de abordar y tener resultados más efectivos, como la promoción del desarrollo psicosocial infantil a través de programas de salud mental y maternoinfantiles actuando en forma conjunta y coordinada.

El presente trabajo pretende aportar datos que permitan caracterizar a los licenciados enfermeros que trabajan en centros públicos de Montevideo que brindan atención maternoinfantil; sobre las prácticas que realizan para cuidar el vínculo madre-hijo durante el período gestacional y puerperal y sobre los conocimientos teóricos que fundamentan esas prácticas, informando así acerca de una práctica de atención primaria que posee un fuerte impacto sobre la salud general y mental de la población y acerca de

un grupo de profesionales que configura un importante recurso humano para el sistema de atención de Uruguay.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Introducción

El cuidado de enfermería del vínculo madre-hijo durante las etapas gestacional y puerperal es una práctica altamente compleja de fuerte impacto en la salud y especialmente en la salud mental de las personas y grupos, para cuya realización se necesita la confluencia de varias líneas de conocimiento provenientes de diferentes disciplinas. Sin embargo en el campo de la Salud parecería no considerarse así. Comparado con otros tipos de cuidado como por ejemplo los que se desarrollan a nivel de los Centros de Cuidado Intensivo o Intermedio o en especialidades médico quirúrgicas, es entendido como un cuidado sencillo, casi hasta natural, que no necesita de instrumentos tecnológicos complejos para su ejecución ni de un ambiente especializado.

Al profundizar en el estudio de esta práctica sorprende la cantidad y complejidad de conocimientos, saberes y experiencias que la sustentan. Surgen entonces una serie de preguntas en torno a las causas que conducen a considerarla una práctica sencilla. Poder comprender porqué una práctica social se desarrolla de determinada manera hace necesario conocer sus orígenes, su evolución histórica, los conocimientos que la fundamentan, las creencias y mitos que se tejen a su alrededor, su valor como producto social, su inserción y consideración dentro de la cultura, las características como grupo social de aquellos que la realizan y el aquí y ahora en el cual se produce.

En este capítulo se analizarán en forma sumaria, los antecedentes históricos de algunos aspectos que se ponen en juego como los de salud mental, atención primaria, enfermería, el cuidar como práctica social y lo relacional en la conformación de la personalidad, lo cual significa considerar un amplio abanico de conocimientos que provienen de distintas disciplinas científicas.

1. Surgimiento y desarrollo del campo de la Salud Mental

1.1 Orígenes y transformaciones

Durante el período de auge del feudalismo, la cultura y las ciencias de Europa tuvieron un carácter marcadamente clerical aunque, a pesar de las persecuciones de que eran objeto por parte de la Iglesia, coexistían fuerzas ideológicas progresistas que luchaban por el avance científico. Habían desaparecido las matemáticas, las ciencias naturales y la filosofía, desarrolladas en la Antigüedad y la literatura se había reducido a la narración de la vida de los santos. El problema de las enfermedades mentales, que había sido abordado por los filósofos griegos (los cuales habían señalado la importancia de las emociones especialmente del amor y el odio en la conducta de las personas y sus alteraciones) fue abandonado y reaparecieron las explicaciones religiosas y espiritistas vinculadas con lo demoníaco. Cuando se inició la descomposición del sistema feudal y aparecieron las nacientes relaciones capitalistas en distintos países de Europa (los primeros fueron Italia –siglo XIV y Alemania – fines del siglo XV) las concepciones de salud y enfermedad, fuertemente impregnadas por las ideas religiosas de la época, comenzaron a cambiar, pues las nuevas formas de producción generaron un gran interés por el estudio de los fenómenos naturales que contribuyó al crecimiento de la ciencia y de la tecnología. En lucha con los dogmas de la Iglesia los científicos desarrollaron importantes conocimientos acerca de las leyes naturales afectando todas las esferas de la producción intelectual y cultural, entre ellas las vinculadas con la salud y la enfermedad. El avance del capitalismo implicó también cambios en las relaciones sociales y laborales, las que, basadas en la venta de la fuerza de trabajo y aumento creciente de la ganancia de los empleadores, promovieron el delineamiento de dos clases antagónicas: burgueses y proletarios. Estos últimos crecieron numéricamente con la incorporación de campesinos, a los cuales se les había expropiado sus tierras; artesanos, desplazados de sus formas tradicionales de trabajo y mujeres y niños provenientes de los sectores sociales más pobres, engrosando una masa de trabajadores que aumentó la oferta de

trabajo y disminuyó los salarios. Las condiciones laborales fueron empeorando lo mismo que la miseria y las enfermedades: hambre, marginalidad, hacinamiento, trabajo agobiante, malas condiciones sanitarias, aumento de las enfermedades mentales y del alcoholismo, delincuencia y prostitución. Se elevaron las tasas de mortalidad y morbilidad de la clase trabajadora y se produjo una significativa disminución de la expectativa de vida (GonzalezGrille, 19731985). A fines del siglo XVIII surgió un movimiento crítico en Europa, producto entre otras cosas de la Revolución Francesa, que marcó un punto de inflexión en la forma de concebir el mundo y los seres humanos. Se incorporó un concepto social de salud que sobrepasó las ideas y las prácticas biologicistas, idealistas y religiosas que habían predominado hasta ese momento. Sin embargo, detrás de ese progreso se encontraba el propósito de la naciente clase capitalista de proteger la salud del hombre en tanto productor de mercancía y de mercancía él mismo. Junto con el crecimiento de la producción y el desarrollo de la ciencia y la tecnología, aumentaban – como ya se mencionó la miseria y las enfermedades de los trabajadores dadas las insalubres condiciones de trabajo que se les imponía. Pero era necesario que ellos soportaran ese régimen de trabajo y para ello en casi todos los países europeos se vertebró una estructura sanitaria apoyada en acciones esencialmente curativas, en la cual los hospitales comenzaron a cumplir una función terapéutica además de asilar, que permitió avanzar en el conocimiento de las enfermedades. Se desarrolló el método clínico, basado en la observación directa de los pacientes y se comenzó a sistematizar, clasificar y describir sus distintos padecimientos. La atención a los enfermos mentales sufrió las vicisitudes de la atención a los enfermos en general, con las particularidades del tratamiento de la locura que ha tendido en las distintas sociedades del mundo occidental a la marginación y el encierro. Así los hospitales para personas con trastornos mentales presentaron características de asilo y de centro de estudio con la particularidad de ser además lugares de exclusión social. Hacia 1822 surgió el concepto de alienación mental y el alienismo como nueva disciplina que comenzó a desarrollarse dentro de los hospitales psiquiátricos, aislada del resto de la medicina y de la sociedad pero siguiendo las concepciones predominantes en ese momento: se interesaban más, desde una perspectiva biologicista, por las enfermedades y su tratamiento que por los enfermos y su cuidado. Morel (1860) introdujo el interés por el estudio de los factores hereditarios en la etiología y los datos

¹**Alienismo:** ciencia que se ocupa de la curación de las enfermedades mentales (Dic. Sopena, 1977).

obtenidos se utilizaron, unidos a los conceptos de selección natural darwiniana, para legitimar la exclusión social de los enfermos mentales y la necesidad de su encierro. Kraepelin (1880) afirmaba que las enfermedades psíquicas eran entidades patológicas definidas análogas a las enfermedades somáticas, que había una causa física que las determinaba, que tenían una evolución y un resultado y que se manifestaban a través de síntomas. Como dichas causas físicas no se podían demostrar con exámenes buscó clasificar las distintas entidades a través de los síntomas que presentaban: no buscó comprender la enfermedad mental sino describirla. Al iniciarse el siglo XX comenzó a ganar espacio una nueva línea de pensamiento en Europa y en EE.UU., el psicoanálisis, que se oponía a la línea organicista predominante. Luego de la Segunda Guerra al producirse un incremento de la producción científica y tecnológica en todas las áreas del conocimiento aumentaron los estudios acerca del impacto de la ciencia sobre la sociedad y se abrió un amplio campo de trabajo interdisciplinario cuyas reflexiones llevaron a pensar la ciencia como una práctica socialmente determinada. Las modificaciones del paradigma científico influyeron en la atención a los enfermos psiquiátricos pasando progresivamente de la descripción a la comprensión de las enfermedades mentales. Al mismo tiempo comenzó a prosperar la idea de los derechos de los enfermos psiquiátricos. Hacia 1930 un conjunto de movimientos civiles de Europa y EE.UU., a los cuales habían adherido varios grupos de países latinoamericanos, preocupados por las condiciones de vida de los enfermos mentales, propusieron sustituir el nombre de Higiene Mental por el de Salud Mental como forma de poner de manifiesto las incipientes concepciones de prevención en salud. La creciente influencia de las ideas socialistas a nivel mundial, determinaron que en la Declaración Universal de los Derechos Humanos formulada por las Naciones Unidas en 1948 se introdujeran, además de los derechos civiles y políticos (derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad, a la asociación y a la libertad de opinión), los derechos económicos, sociales y culturales (derecho al trabajo, a la salud, a la educación, a la vivienda, a un nivel adecuado de vida, etc.). Estas ideas propiciaron principalmente en los años '60 la aparición de nuevas propuestas de atención psiquiátrica basadas en el acercamiento a la comunidad y en una política de expansión de modelos asistenciales

² Ya en 1909 en Connecticut, EE.UU. un ex paciente psiquiátrico Clifford W. Beers había logrado que se discutieran una serie de reformas legislativas en favor de los enfermos mentales, las cuales expresaban los reclamos de un movimiento (Higiene Mental) que se había empezado a gestar años antes (Larrobla, 1999).

alternativos a los grandes hospitales de crónicos. Se vinculó el proceso salud/enfermedad a las condiciones de existencia de las personas y se planteó la necesidad de modificar los sistemas de atención psiquiátrica teniendo en cuenta aspectos sociales y con criterios preventivos. La Declaración de AlmaAta (1978), influyó en las nuevas concepciones orientando a los gobiernos a tomar medidas para lograr una atención basada en la promoción de salud y prevención de enfermedades con características de universalidad, accesibilidad y equidad social. De todas formas si bien se aceptaba conceptualmente la idea de prevención de la enfermedad mental, aún quedaba muy confuso lo que se relacionaba con promoción en salud mental.

1.2. Derechos Humanos, Salud Mental y Atención Primaria

Los orígenes del concepto de atención primaria hay que buscarlos mucho antes de su surgimiento como tal y en relación con el tema de los derechos humanos. Las primeras y difusas ideas aparecieron ya hacia fines de la Edad Media; al surgir el capitalismo se empezó a hablar de los derechos humanos y aunque aún no aparecía en ellos la salud como derecho, constituyeron el marco ideológico dentro del cual se llegaría a pensarla como tal. Durante la Revolución Francesa se formuló y aprobó la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, la cual establecía los sagrados derechos “naturales, imprescriptibles e inalienables” de los hombres: igualdad, libertad, propiedad, dignidad y resistencia a la opresión. Como ya se mencionó, en 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos agregó a los antedichos, nuevos derechos expresados en 30 artículos divididos en dos categorías: una que contenía los civiles y políticos (derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad, a no padecer tortura, a participar en el gobierno, a la libertad de opinión, de conciencia, de asociación y de reunión) y otra inspirada en las ideas socialistas que comprendía los derechos económicos y sociales relacionados con el trabajo, con el poseer un nivel adecuado de vida, con la salud, la educación, la alimentación, la vivienda y la libre participación en el movimiento cultural de la sociedad (Gonzalez, Grille, 1973 1985). El considerar a la salud como un derecho universal fue un gran avance ideológico y ayudó a que en la década de los '70 la O.M.S. convocara a celebrar el Primer Congreso Mundial de Atención Primaria. Ciento cuarenta representantes de distintos países aceptaron la convocatoria y se reunieron en 1978 en AlmaAta (Unión Soviética). De dicha reunión

surgió una Declaración³ que proponía como objetivo “Salud para todos en el año 2000” y la atención primaria como estrategia para lograrlo. Es importante destacar que ni en la definición de atención primaria, ni en el resto de los artículos de la Declaración de AlmaAta, se consideró la atención primaria en salud mental. Pero a pesar de que no hubiera una referencia específica a ella, los conceptos fundamentales influyeron notablemente en la atención de los enfermos psiquiátricos y en el desarrollo del campo de la salud mental.

1.3. El campo de la Salud Mental en América Latina

Desde la época de la conquista hasta mediados del siglo XX la asistencia de los enfermos mentales en América Latina estuvo bajo la influencia de las concepciones y prácticas ejercidas en Occidente, en particular Europa y dentro de ella principalmente España y Portugal. Durante la colonización, en los territorios pertenecientes a España, el cuidado de los enfermos mentales era realizado por Órdenes religiosas y por particulares con fines filantrópicos⁴. En este sentido los españoles se caracterizaron por una actitud frente a la dignidad del ser humano a la cual consideraban otorgada por Dios muy relacionada con la beneficencia⁵ y la caridad⁶, que influyó en el cuidado de los enfermos mentales y en la creación de los primeros hospitales en América Latina. A partir de la Segunda Guerra Mundial la práctica psiquiátrica comenzó a ser influida por las nacientes ciencias sociales y cobraron fuerzas las concepciones norteamericanas, el hospital se consideró como inadecuado, inoperante y deshumanizado y se comenzó a ver que el modelo asilar atravesaba todas las prácticas de atención psiquiátrica (Galende, 1996). Hasta inicios de los '80 la situación se mantuvo más o menos

³ Se definió en esa Declaración la Atención Primaria como: “(...) la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”

⁴ **Filantropía:** (del griego *philos* = amor y *antropos*= hombre) se relaciona con el amor del Hombre por el ser humano, por la humanidad. “En el sentido más restringido, se constituye en el sentimiento, en la preocupación del que es favorecido hacia el que no tiene nada” (Mestriner (2001: 14).

⁵ **Beneficencia:** Virtud de practicar el bien o de hacer obras útiles en provecho del prójimo. Diccionario Sopena, 1977.

⁶ **Caridad:** “Virtud teologal que consiste en amar a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como a nosotros mismos. Limosna, socorro, auxilio al necesitado” Diccionario Sopena, 1977.

incambiada caracterizándose por una asistencia centrada en el macro hospital, baja proporción de profesionales en relación al número de internados, y pésimas condiciones de alojamiento, de higiene, de comida y de vestuario (Larrobla, 1999). En los países del Cono Sur se prolongó esa situación por el *impasse* producto de los procesos dictatoriales que sufrieron durante las décadas de los '70 y '80. En 1984 y 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso una serie de medidas para la reestructuración de la salud mental en los países en desarrollo entre las cuales se destacan integrar la asistencia psiquiátrica a la asistencia general, orientar a los profesionales a trabajar a nivel de atención primaria, hacer énfasis en la prevención y orientar las acciones hacia la comunidad (Larrobla, 2000). En Argentina a la salida del período dictatorial, V. Galli (1986) planteó una definición de salud mental ⁷ señalando que forma parte de la salud general y que al configurarse como un campo interdisciplinario debe entenderse por cuidado de la misma a las actividades que apoyadas en un conjunto de variados conocimientos culturales y científicos se dirigen a fomentar, proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de las personas y los grupos humanos.

En 1990, distintas organizaciones, autoridades y profesionales de la salud mental reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructura de la Atención Psiquiátrica, formularon la Declaración de Caracas, en la cual se instaba a los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, a los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de Servicios a que apoyaran dicha reestructura siguiendo los ejes de la atención primaria y permitieran el desarrollo de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

1.4. Desarrollo del campo de la Salud Mental en Uruguay

En 1880 se creó el Hospital Asilo de Alienados, luego Hospital Vilardebó, el cual fue un representante característico de la atención psiquiátrica de la época basada en tratamientos con muy escasos recursos terapéuticos y estrategias de asistencia sustentadas en el aislamiento y la reclusión. Sin muchas variantes en esa concepción se fue avanzando desde principios del siglo XX con algunas mejoras debido a la aparición

7

“Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progredientes, con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social” (Galli, 1986).

de consultorios privados, el uso de psicofármacos, el desarrollo de la psicología y del psicoanálisis. Esta situación se deterioró durante el período de dictadura (1973-1984) por el mantenimiento de criterios obsoletos y la reducción de recursos humanos y materiales, al punto de llegar a una situación de emergencia sanitaria. En ese contexto deficitario, y en el marco de los cambios en salud mental que se estaban produciendo en América Latina, el Ministerio de Salud Pública (MSP) recogió la solicitud de un conjunto de instituciones y técnicos involucrados en la atención a enfermos mentales e inició el análisis de la situación creando para ello una Comisión Nacional de Salud Mental⁸ de características multidisciplinarias con el cometido de elaborar un Programa Nacional de Salud Mental. Este fue aprobado en 1986 y en agosto de 1987 el MSP resolvió crear una Comisión para estudiar la integración de la salud mental en la atención primaria. En el programa elaborado se planteó la transformación del modelo de atención en salud mental a través del desarrollo de una asistencia centrada en la comunidad que terminara radicalmente con la marginación del enfermo mental y se basara en el trabajo de un equipo interdisciplinario conformado por lo menos con médico psiquiatra, psicólogo, enfermera y asistente social. Desde esa fecha se ha venido desarrollando el Programa en Uruguay con avances y retrocesos, tanto en las prestaciones como en la formación de recursos humanos, cuyos resultados aún no han sido suficientemente evaluados (Larrobla, 2001). Algunos cambios comenzaron a producirse a fines de la década de los '80, como por ejemplo los producidos en el Hospital Vilardebó. Se comenzó también la instalación de Unidades de Salud Mental (USM.) en hospitales generales de todo el país. La primera se creó en el Hospital Maciel y la segunda en el Hospital Pasteur. La del Hospital Maciel (MSP) se concibió como una sala de internación para enfermos psiquiátricos de corta estadía y para pacientes fármacodependientes o consumidores de sustancias psicoactivas. Aún sigue en funcionamiento pero ha perdido las características de USM. con las cuales se había iniciado. En el Hospital de Clínicas (UDELAR) un equipo interdisciplinario elaboró su propio Programa, siguiendo los lineamientos generales, pero no pudo llegar a implementarlo⁹.

⁸ En esa Comisión participaron además de los jerarcas designados por el MSP., representantes del Sindicato Médico del Uruguay, de las Cátedras de Psiquiatría y de Psiquiatría Infantil de la Facultad de Medicina, de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, de las Escuelas Universitarias de Enfermería, Psicología y Servicio Social, de la Sociedad de Psiquiatría y del Patronato del Psicópata

⁹ García, M. Probst, E. Ginés, A. Palleiro, E. Fascioli, L., 1991. Programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas. Universidad de la República. Montevideo. Elaborado por un equipo multidisciplinario integrado por psicóloga, psiquiatras y licenciada enfermera.

1. El concepto de vínculo y su influencia en el campo de la Salud Mental

1.1. Generalidades y origen conceptual

En 1845, en la sexta de sus “Tesis sobre Feuerbach”, Marx conceptualizaba la importancia fundamental de lo relacional para el ser humano, al decir que “(...) la esencia humana no es algo abstracto inherente a cada individuo. Es en su realidad, el conjunto de las relaciones ¹⁰ sociales”. A partir de esta aseveración, que señalaba la aparición de nuevas tendencias en el conocimiento acerca del ser humano, se comenzó a pensar en la importancia que tienen sobre la conducta individual las relaciones que se mantienen con los otros. Esa línea de pensamiento se fue profundizando y a fines del siglo XIX se produjo una extensa e intensa polémica centrada en la relación existente entre Individuo y Sociedad, la cual contribuyó a fundar la aparición de un nuevo campo del conocimiento humano: las ciencias sociales. Sus exponentes más representativos fueron el psicólogo Tarde y el sociólogo Durkheim, quienes sostenían posturas opuestas, reflejo del pensamiento de la época. Para Tarde la única realidad la constituían los individuos; las prácticas e instituciones sociales eran producto de motivaciones individuales y por lo tanto se estudiaban a través de los postulados de la psicología individual. Para Durkheim sólo la sociedad era lo real y el individuo era una abstracción. La sociedad debía estudiarse como realidad especial con leyes diferentes a las de la psique individual. Por primera vez se produjo una interrogación teórica sobre los grupos humanos que más tarde, sería retomada por G. Le Bon, S. Freud ¹¹ y G. Mead (L’Hoste, 1995). Alrededor de 1920 surgió la psicología social, la cual se desarrolló especialmente en Europa y EE.UU. después de la Segunda Guerra Mundial, interpelada desde la sociedad para dar respuesta a una cantidad de preocupaciones acerca del ser humano y su ubicación en el mundo de ese momento. Sus seguidores se dedicaron a estudiar a las personas, no ya como individuos, sino como integrantes de relaciones con otros en la vida familiar, en el trabajo y en las instituciones. Se consideró el grupo como totalidad compleja con su propia dinámica de funcionamiento. El primer campo de estudio fue el del trabajo y varios investigadores norteamericanos (Mayo, 1920,

¹⁰ **Relación:** conexión, correspondencia, enlace entre dos cosas. Diccionario Sopena. 1977.

11

Freud planteaba que “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” (Freud, 1943 :9).

McGregor, 1957, Herzberg, 1966 y otros) analizaron los vínculos que se producían entre los trabajadores de una empresa, de que manera influían en el rendimiento laboral y como podían modificarse a través de una intervención profesional para lograr una mejor eficiencia. Las experiencias de Mayo de 1932 permitieron descubrir que existe un factor de rendimiento que se relaciona con las formas de pertenencia a un grupo de trabajo. Lewin (1944) propuso el término dinámica de grupos, la idea del grupo como una estructura (una *gestalt*) y la concepción del individuo actuando dentro de un medio que lo circunda; Homans (1950) introdujo el interaccionismo, es decir la participación activa de cada uno de los miembros en una relación considerada como estructura en intercambio permanente con el medio. Ninguno de los investigadores de ese primer período tomaron en cuenta los procesos inconscientes grupales, aspecto que en la década de los '40 comenzó a estudiar el psicoanalista inglés W. Bion, quien mostró interés por la relación entre la construcción de la subjetividad, la influencia de la realidad externa y los intercambios inconscientes que se producían en los pequeños grupos. Propuso una serie de consideraciones teóricas sobre una relación particular, la de la madre con su hijo en los primeros años de la vida y la influencia de los intercambios inconscientes entre ambos en la construcción de la personalidad del niño. Un poco antes, en la década del '30, también en Inglaterra, M. Klein había desarrollado en el campo de la psicología individual los conceptos de posición, paranoide y depresiva, que concibió como modalidades de relación de objeto específicas del primer año de vida. En sus propuestas teóricas estaba presente lo relacional desde el inicio de la existencia pero pensado desde las relaciones objetales.¹² En Francia, a fines de 1960, un equipo de investigadores (Missenard, Pontalis, Anzieu, Kaës y otros) comenzó a investigar sobre las fantasías conscientes e inconscientes que se producían en los pequeños grupos. Kaës (1984) tomó de Freud el concepto de apuntalamiento¹³ y de Pichón Rivière, el concepto de grupo interno,¹⁴ los reelaboró y amplió relacionándolos

¹² Relación objetal o de objeto: término del psicoanálisis usado para designar el modo de relación del sujeto con su mundo, el cual es el complejo resultado de una determinada organización de personalidad, de una aprehensión más o menos fantaseada de los objetos y de tipos de defensa predominantes (Laplanche, Pontalis, 1981).

¹³

S. Freud había hablado del apuntalamiento – *anlhenung* como pasaje entre lo biológico y lo psíquico, lo cual remite a un apoyo del psiquismo sobre las funciones corporales. R. Kaës amplía el concepto y habla de apuntalamiento múltiple pues se produciría también sobre el grupo, sobre la cultura y sobre el propio aparato psíquico. Destacó particularmente y en primer lugar el apuntalamiento sobre los representantes más cargados de significación: la familia, y la madre (Coco, Fascioli, 1996).

¹⁴ Pichón Rivière definía grupo interno, para dar cuenta de “(...) la existencia de objetos internos, múltiples imagos, que se articulan en un mundo construido según un progresivo proceso de

con la constitución del psiquismo humano. Destacó del entramado relacional que es basamento de la personalidad, la importancia y significación de los vínculos del sujeto con miembros de su familia, especialmente con su madre.

2.2. La complejidad de lo vincular

El concepto de relación se fue ampliando y complejizando con los aportes de numerosas investigaciones realizadas por distintas disciplinas avanzando hacia la concepción de vínculo y de configuración vincular como forma más acabada de expresión en tanto permite incorporar las nociones de tiempo, espacialidad, lugares, relaciones entre lugares, diacronía y movimiento en espiral dialéctica. Al principio se fue afianzando la idea que la subjetividad¹⁵ de las personas dependía de aspectos innatos pero también de aspectos relacionales con otras personas y con instituciones sociales. Se introdujo luego la noción de tiempo y con él se incorporó lo histórico; un vínculo no podría ser entendido sólo en el aquí y el ahora de su producción sino en la diacronía, o sea en su ocurrencia a lo largo del tiempo. La clínica y la epidemiología aportaron datos que permitieron comprender que la pertenencia a determinada clase social y determinada cultura favorecía la producción de algunas enfermedades generales y mentales, tanto a nivel individual como poblacional. Pampliega (1987) planteó que se puede considerar vínculo a una estructura interaccional compleja que incluye dos sujetos y su mutua interrelación efectivizada en procesos de comunicación y aprendizaje y que se desarrolla en dos dimensiones en relación dialéctica: la intersubjetiva y la intrasujetal (mundo interno) en que se inscribe esa red interaccional. En la década de los '90 Berenstein, Puget, Bernard y otros psicoanalistas argentinos reconsideraron el concepto de vínculo¹⁶, agregando las ideas de ligadura estable y de la existencia de tres áreas: una de la intrasubjetividad, caracterizada por las relaciones de objeto; otra de la intersubjetividad, que implica una ligadura entre dos yoes y por último una donde se encontrarían las representaciones inconscientes socioculturales que llamaron área de la transsubjetividad. En lo que se refiere a la forma como se produciría el intercambio con

internalización". Kaës define los grupos internos como "(...) formaciones intrapsíquicas dotadas de una estructura grupal y cumpliendo funciones de ligazón en el aparato psíquico" (Bernard, 1995:67 y 71).

¹⁵ J. Puget define subjetividad como "el ser en la relación con el otro, como algo que se construye a lo largo de un proceso vincular en el cual el vínculo es la unidad necesaria para que haya sujeto" Para Larroca "la subjetividad se construye, no se nace con ella y en el origen de la misma se nos revela asociada a la presencia de otros que la fundan (como fundación y como soporte)" (Rev. Tramas, 1995, T1 N°1: 25 y 80).

¹⁶ Vínculo: del latín *vinculum*, que proviene de *vincire*: atar. Deriva de lo que ocurre con los tallos rastreros de las plantas que se enredan entre sí. Diccionario de etimología Corominas (1973).

los otros y con el contexto son importantes los aportes de Kaës (1994) al señalar que los individuos no internalizan directamente lo que proviene de la inter y trans subjetividad, sino que realizan una transcripción activa de sus experiencias, lo cual hace de cada uno una persona única e irrepetible.

2.3. Una relación particular: la de la madre con su hijo.

Hasta fines del siglo XIX se creía que las conductas de las personas (niños y adultos) con trastornos mentales era producto de una disposición innata y que por lo tanto eran en su esencia inmodificables. Pero a medida que se fue profundizando en el conocimiento de la importancia de las relaciones interpersonales en la configuración de la personalidad ¹⁷ se comenzó a comprender que el crecimiento y el desarrollo son procesos multideterminados, altamente complejos y que en la génesis de la mayoría de los trastornos se encuentran distorsiones vinculares entre las cuales las que se producen durante el primer año de vida cobran singular importancia. Se vio que dada la inmadurez del niño al nacer, su crecimiento y desarrollo dependían de la existencia de cuidados maternos que permitieran el desenvolvimiento de las potencialidades personales. A través de numerosos trabajos realizados a lo largo de todo el siglo XX por varios investigadores, principalmente psicoanalistas europeos, norteamericanos y latinoamericanos (Freud, Spitz, Bowlby, Gessell, Mahler, Winnicott, Bion, Pichón Riviére, Cramer y otros) (Ver tabla de autores en Anexos) se comenzó a constatar que las relaciones entre padres e hijos – principalmente entre madre e hijo en los primeros años del niño – tenían una gran incidencia en la formación de la personalidad, que el desarrollo de buenos vínculos entre ellos constituía una base fundamental para la salud mental de individuos y poblaciones y que las alteraciones mentales también tenían que ver con las formas de interrelación. El trabajo clínico con las madres y sus bebés y la observación de como interactuaban se convirtió en un campo en expansión ya que se consideraba que esta primera relación era el prototipo de todas las formas de intercambio posteriores de la persona (Kimura, 1996). Al mismo tiempo que desde el

17

Se puede considerar personalidad, al conjunto de pautas de conducta que adopta una persona a lo largo de su vida y que la caracteriza. Desde el momento de la fecundación hasta que se alcanza la adultez cada individuo transcurre por procesos complejos de crecimiento y desarrollo. Sus tendencias biológicas son influidas y modificadas por sus vivencias y resultan de la particular forma de relación con el entorno histórico (ambiental, socioeconómico y cultural) del que es parte y de las relaciones que establece con los demás. Los sucesivos momentos de la personalidad pueden desarrollarse en forma armoniosa hasta el final de la vida resolviendo el individuo en forma exitosa los diferentes problemas que se le presentan o bien pueden alterarse por la interconurrencia de factores emocionales, relacionales y/o ambientales (Noyes y Kolb, 1969).

campo de las ciencias sociales se señalaba la importancia de lo relacional, el paradigma científico hegemónico influía en los modelos de atención a la salud, apoyándose en la disociación cartesiana mente-cuerpo y destacando los aspectos biológicos como únicos determinantes de la enfermedad. Así los adelantos científicos del siglo XX produjeron, en casi todos los países, una marcada reducción de la morbilidad materno infantil, pero “el afán de poner en práctica los nuevos conocimientos condujo a una institucionalización y profesionalización de la asistencia obstétrica y neonatal que interrumpió el íntimo contacto de madre e hijos y con el resto de la familia”(Klaus y Kennell, 1978: 8). En la década de los 40, a raíz de la gran morbilidad de pacientes hospitalizados que contraían enfermedades infecciosas, se tomaron estrictas medidas de aislamiento, las cuales trasladadas a los hospitales de niños y maternidades provocaron una separación injustificada de los padres y sus hijos: “(...) como el enemigo eran los microbios, los padres y sus familiares no podían entrar” y sólo se permitían visitas de 30 a 60 minutos por semana (Klaus y Kennell, 1978: 19). Pero “(...) el creciente aislamiento de los recién nacidos con respecto a sus madres y de las madres y sus niños con respecto al resto de la familia cuando justamente estaba ocurriendo un gran acontecimiento, suscitó inquietud entre progenitores y profesionales y se emprendió una revisión crítica de estas prácticas”(Klaus y Kennell, 1978: 8).). La situación de separación de padres e hijos institucionalizada en los sistemas de atención, llevó a que numerosos investigadores de diversas disciplinas se dedicaran a estudiar con minuciosidad el proceso de establecimiento del vínculo madre-hijo y a describir los desastrosos efectos que la separación prolongada produce sobre el desarrollo psicofísico del niño. Se constató que las experiencias que rodean a los dos acontecimientos vitales más importantes del ser humano (nacer y morir) habían sido despojadas de los ritos y costumbres tradicionales, resquebrajando los sistemas de apoyo sociales que durante siglos se habían dado las familias trasladándose los mismos al hospital el cual determinaba los procedimientos que debían realizarse en el nacer y el morir (Klaus y Kennell, 1978).

2.4. Teoría del Apego.

Otro fenómeno social impulsó también al estudio del efecto sobre la psiquis humana de la separación entre padres e hijos, el cual fue la cantidad de huérfanos resultado de las Guerras Mundiales. En ese contexto desde unos años antes de 1950 el psicoanalista

inglés John Bowlby ¹⁸ se dedicó a estudiar los fenómenos vinculados con la relación entre padres e hijos, especialmente entre madre ¹⁹hijo y los efectos de su carencia y distorsión. En una reunión de las Naciones Unidas (1948) en la que se resolvió evaluar las necesidades de los niños sin hogar (principalmente producto de las Guerras), la O.M.S. ofreció contribuir con un estudio sobre salud mental. Bowlby se hizo cargo de ese estudio realizando una revisión de los trabajos de investigación existentes hasta 1950 respecto a los efectos de la privación de cuidados maternos, presentándolos en un libro publicado en 1954 ²⁰. Los datos obtenidos los presentó separados en dos grupos: estudios directos, surgidos de la observación de los efectos negativos que producía en los niños pequeños la carencia de cuidados maternos y estudios retrospectivos surgidos del análisis de la situación de niños y adolescentes delincuentes habituales y las perturbaciones que presentaban en relación al tipo de cuidado materno recibido durante la primera infancia. Los estudios del primer grupo permitieron comprobar que el desarrollo de los niños puede verse afectado en sus aspectos somáticos, intelectuales, emotivos y sociales cuando hay carencias de cuidados maternos; que los niños más vulnerables parecen ser los menores de 7 años y que los efectos de las carencias de cuidados pueden observarse desde las primeras semanas de vida. Los del segundo grupo aportaron datos en cuanto a que la mayoría de los niños delincuentes provenían de hogares deshechos; que no habían tenido relaciones normales en los primeros años de su vida; que habían tenido insuficientes cuidados maternos durante la primera infancia o habían estado separados de sus madres durante lapsos prolongados y que presentaban un cuadro clínico caracterizado por trastornos emotivos, falta de capacidad para amar, impulsividad, dificultad para mantener relaciones afectivas de amistad y en algunos casos tendencia al robo. Estos trabajos y otros realizados por él mismo lo llevaron al convencimiento de que la necesidad afectiva de establecer vínculos estables con sus progenitores es una necesidad primaria en la especie humana y que la naturaleza de los cuidados proporcionados por los padres al niño en su infancia es de fundamental significación en el futuro de su salud mental. En una de sus conferencias (1958) señaló que si bien ya se había reconocido que “el niño es el padre del hombre” y que el amor

¹⁸ Bowlby inició sus trabajos tomando como marco teórico el psicoanálisis pero luego adoptó una serie de principios derivados de otras fuentes de conocimiento principalmente la etología y la teoría del control.

¹⁹ Bowlby aclaró que cuando hablaba de “madre” se refería a la madre biológica o a quien la sustituyera en forma estable durante lapsos prolongados.

²⁰ “Los cuidados maternos y la salud mental”, O.M.S., 1954

que la madre da a su hijo permite desarrollar en el niño algo que le es indispensable para su vida, ese tema no había sido investigado antes de Freud y que justamente fue él quien insistió acerca del hecho de que las raíces de la vida emocional del ser humano se encontrarían situadas en la lactancia y la primera infancia. Agregó que a través de los distintos estudios realizados se llegó a comprobar que es esencial para la salud mental del recién nacido y del niño, el calor, la intimidad y la relación constante con su madre y que esa relación debe brindar satisfacción y goce a ambos para que se pueda hablar de relación sana. El establecimiento de una relación madre-hijo con esas características permitiría la introyección²¹ de una matriz vincular en el niño basada en la confianza y la satisfacción mutuas lo suficientemente buena como para convertirse en una base sólida sobre la cual se iría construyendo la personalidad del nuevo ser. Dados los muy variados acontecimientos de la vida no siempre la relación madre-hijo se puede desenvolver en las mejores condiciones originándose formas más o menos distorsionadas que pueden ir desde los más simples desencuentros afectivos hasta la falta total de interrelación, contribuyendo al surgimiento de patologías de la personalidad más o menos graves en el niño y el adulto. A medida que fue avanzando en sus investigaciones, Bowlby (1983) amplió sus primeras propuestas, que estaban centradas principalmente en la relación madre-hijo y formuló su Teoría del Apego²² entendiendo por apego cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido. Insistió en darle importancia prioritaria a la relación madre-hijo, apoyándose en el principio biológico que explica que los efectos nocivos de una perturbación orgánica tienen mayor alcance e incidencia en el futuro cuando la influencia se produce en las primeras etapas del desarrollo.

2.5. El psicoanálisis y el vínculo madre-hijo.

Ya desde las primeras décadas del siglo XX, los teóricos del psicoanálisis habían propuesto hipótesis sobre la naturaleza de las relaciones normales entre la madre y su bebé, surgidas de las reconstrucciones realizadas a partir de la narración de pacientes

²¹ **Introyección:** “Proceso puesto en evidencia por el psicoanálisis en el cual el sujeto hace pasar, en forma fantaseada, del “afuera” al “adentro”, objetos y cualidades inherentes a estos objetos. Guarda íntima relación con la identificación”. Laplanche, Pontalis. *Diccionario de Psicoanálisis*, 1981.

²² Otros autores como T. Brazelton y B. Cramer (1988) definieron el apego como un proceso que se desenvuelve a través de la interacción recíproca entre la madre y su hijo. El comportamiento de uno promovería la respuesta del otro, la que a su vez actuaría como estímulo para el primero. Klaus y Kennell (1993) consideraron al apego como una relación específica y duradera entre dos personas y señalaron una diferencia entre lo que sería el apego y las conductas de apego: besar, acariciar, mirar, mimar, cantar.

analizados en los cuales existían distintos trastornos de personalidad. Por otro lado la observación directa del recién nacido y sus conductas permitió comprender mejor la importancia de la relación con su madre. Más adelante al investigar acerca del proceso intersubjetivo, del aquí y ahora relacional, se describieron las conductas desarrolladas por la madre y el recién nacido en interacción desde el momento del nacimiento pero partiendo del supuesto de que estas ya se producían durante el embarazo. Los desajustes en dicha interacción si no se modificaban en un sentido positivo, conducían habitualmente a trastornos en el niño manifestados a través de síntomas en el dormir, en la alimentación y en el relacionamiento con otras personas. Los trabajos basados en las reconstrucciones de pacientes y la observación de los procesos interactivos madre-hijo promovieron la idea de que la madre era responsable de muchas de las patologías del niño al transmitirle sus propias fantasías, emociones, vivencias y deseos pero al irse comprendiendo la complejidad de los procesos vinculares se fue aceptando que el nuevo ser no es un pasivo receptor de las influencias externas sino un activo transcriptor de sus propias experiencias lo cual llevó a que la madre perdiera protagonismo en cuanto a las posibilidades de ser ella el sujeto único de determinación de la subjetividad de su hijo. Se limitó también la importancia de su participación (consciente e inconsciente) al reconocerse que también intervenía en el vínculo como transmisora y mediadora de los aspectos provenientes del macrocontexto (social, cultural, familiar, ambiental). En la relación concreta madre-hijo pensada desde la complejidad de lo vincular intervendrían entonces múltiples variables que comprenden aspectos de lo intrasubjetivo de la madre (sus fantasías, deseos, emociones, vivencias de su actualidad vital, experiencias pasadas, etc.), de lo intersubjetivo resultado de la interacción con su hijo (desde la etapa gestacional), de lo transubjetivo, espacio que ella transmitiría de acuerdo a sus propias vivencias; b) aspectos intrasubjetivos del niño: (carga genética; lo adquirido en el vínculo gestacional con su madre, la transcripción de sus experiencias), e intersubjetivos posteriores al nacimiento; c) aspectos de la realidad concreta en la cual se está desarrollando la relación (experiencias del momento del nacimiento; vínculo con el padre; vínculo con otros integrantes de la familia; prescripciones y prohibiciones sociales; contextos económico, cultural y ambiental) d) aspectos de lo histórico familiar y social (ubicación de clase, pertenencia a distintos grupos religiosos, raciales o políticos, historia familiar, etc.). Las múltiples variables participantes harían de cada niño de cada futuro adulto una persona única e irrepetible, que a pesar de ello,

compartiría con los integrantes de su grupo social la historia colectiva, los mandatos, creencias, valores, prohibiciones, mitos, etc. que los organiza. Cada recién nacido, como nuevo miembro de un grupo existente en determinado momento histórico-social, aseguraría la permanencia y continuidad del mismo cumpliendo con lo que P. Aulagnier (1977) llamó “contrato narcisista”²³, el cual significaría obligaciones pero también pertenencia, derechos y cierto grado de protección.

2. Acerca de la teoría y práctica del cuidar

2.1. Antecedentes conceptuales

Entendemos importante prestar atención al significado de algunos conceptos que tienen un lugar de destaque en el presente trabajo, verbigracia: **cuidar**, el cual – según el Diccionario Sopena (1977) se define como: “poner diligencia, esmero y solicitud en la ejecución de una cosa; asistir, guardar, conservar; discurrir, pensar”. A su vez **discurrir** significa: “reflexionar, pensar, inferir, conjeturar y también andar, caminar, transcurrir, tener curso el tiempo”, y **conjeturar**, “juzgar por indicios y observaciones”. Estas definiciones ponen de manifiesto un aspecto del cuidar que generalmente no se tiene en cuenta y que se relaciona con el pensar, el reflexionar y el obrar según observaciones e indicios. Lo habitual es que se utilice este verbo haciendo preponderar en él los aspectos de la acción más que de la reflexión. A lo largo de la historia de la civilización occidental, en especial a partir de la Era Cristiana, las ideologías dominantes en las sucesivas formaciones sociales conceptualizaron los cuidados en forma disociada haciendo prevalecer los aspectos del actuar y muchas veces como un actuar pasivo, sometido. El idioma inglés señala a través de la existencia de dos verbos las diferencias conceptuales de **cuidar** de acuerdo a la evolución histórica de sus prácticas. Es así como encontramos: *to care*: cuidar de, ocuparse de y *to cure*: curar, reseca, tratar suprimiendo el mal. La primera forma se relaciona con los cuidados habituales que tienen que ver con las funciones de conservación y de continuidad de la vida. La segunda forma se relaciona con los cuidados de curación o sea aquellos capaces de

²³ Kaës (1994) ampliando la idea de Freud de que el individuo es su propio fin y al mismo tiempo miembro de una cadena generacional a la que está sometido – expuso la noción contractual de Aulagnier diciendo que a cada recién nacido se le asigna la misión de asegurar la continuidad narcisista de la generación a la que pertenece y por lo tanto tiene que cargar al conjunto como portador de la continuidad y recíprocamente, con esta condición, el conjunto sostiene un lugar para él, como nuevo integrante del mismo.

detener todo lo que obstaculiza la vida (Collière, 1982). Las prácticas de cuidado son actividades altamente complejas que encierran las dificultades de estar íntimamente relacionadas con las cuestiones fundamentales que se plantea el ser humano como la vida, la muerte, los afectos, los cambios, la naturaleza, el tiempo y los efectos de su transcurrir en el individuo, en la especie y en el medio. Son actividades, siempre presentes – si bien se concretizan y singularizan en forma diferente en cada formación social y de las cuales el ser humano no puede sustraerse: los cuidados son imprescindibles para el desarrollo de la vida. La sobrevivencia individual y de la especie dependen de la presencia de otros semejantes que cuiden a cada persona con mayor o menor intensidad desde el nacimiento hasta la muerte, que cuiden a los grupos y poblaciones y cuiden el medio ambiente en que habitan. Los cuidados que necesita una persona son variables según los momentos vitales y las circunstancias particulares por las que transcurre. Normalmente son muy altos durante la infancia y adolescencia, disminuyen con la edad adulta (salvo interurrencias) y vuelven a tornarse importantes en la vejez. Se vuelven imprescindibles para poder continuar con las actividades diarias ya que tratan de satisfacer necesidades básicas como beber, comer, evacuar, higienizarse, movilizarse, desplazarse, relacionarse con otros, expresar afectos y emociones, etc. Algo similar ocurre con los grupos humanos y con el medio ambiente: los tipos de cuidado son variables de acuerdo a las necesidades y circunstancias. Los procedimientos para satisfacer las necesidades de cuidado pueden ser realizados por distintas personas según las circunstancias, pero necesitan de un conocimiento que fundamente sus acciones. En muchos casos es suficiente el autocuidado, pero este también necesita de un cierto aprendizaje a través de alguien con experiencia y conocimientos. En determinadas situaciones la continuidad de la vida encuentra obstáculos en cuyo caso es necesario utilizar además de los cuidados habituales, cuidados específicos destinados a tratar lo que está enfermo o alterado.

2.2. Conceptos sobre el cuidar según algunos autores.

Para Collière (1982) el principal objetivo del cuidado es contribuir a todo lo que pueda promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y los grupos y por eso lo considera una actividad social primordial e imprescindible. Sostiene que es la práctica más antigua del mundo y que va muy unida a la alimentación y a los ritos que suelen realizar los distintos pueblos en torno a la concepción, el nacimiento y la fecundidad. Por esta razón se encuentra muy ligada a la naturaleza, al cuerpo y a las

actividades femeninas. Los primeros cuidados que recibe un ser humano al nacer (y los últimos al momento de su muerte) son cuidados corporales generalmente brindados por una mujer²⁴. Agrega que la función de cuidar ha ido cambiando a lo largo de la historia, que en este momento se encuentra en una situación crítica observándose una desvalorización social tanto de la función como de quienes la practican en tanto los cuidados como actividad esencial se han deshumanizado y su práctica ha cambiado siguiendo las pautas de un modelo sanitario dominante mercantil, tecnificado y superespecializado cuyo objetivo principal es curar y no promover y preservar la salud de individuos y poblaciones.

Bowlby (1983) considera al cuidado como una conducta complementaria a la del apego y sostiene que contribuye a la supervivencia del individuo al mantenerlo en contacto con quienes se lo brindan, en tanto que Leininger (1988) lo define como acciones dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo (o grupo) para aliviar o mejorar su situación humana o modo de vida (MarrimerTomey, 1994). Para Orem (1993) la función de cuidar (utiliza en su idioma el verbo *to care*) es un conjunto de acciones realizadas para velar por alguien, ser responsable de proveer, encargarse de una persona o cosa. Por su parte Russell Hochschild (1995) considera el cuidado como un vínculo emocional que se produce entre el que brinda cuidados y el que los recibe; un vínculo por el cual el que brinda el cuidado se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad. Sería el resultado de muchos pequeños y sutiles actos conscientes y/o inconscientes en los cuales se sintetizan conocimientos y sentimientos y en los que se invierte un tiempo considerable. Fassler (2000) entiende como cuidados al conjunto de prácticas y saberes a través de los cuales se brinda atención a una persona que, coyuntural o permanentemente, no puede gestionar por sí misma su bienestar. Implica no sólo cumplir con las demandas explícitas sino tener la capacidad de detectar necesidades no formuladas, anticipándose a los requerimientos para evitar o disminuir el malestar y aumentar el confort de la persona necesitada.

²⁴ Collière (1982) señala que las actividades de cuidado (propio y de otros) se observa en los animales y ya en ellos reviste un carácter diferente en la hembra, la cual en la mayoría de las especies y principalmente en los mamíferos es la que prodiga cuidados corporales y la que se encarga de proporcionar el alimento.

3.3. Diferentes abordajes de la función de cuidar

3.3.1. La perspectiva de las ciencias ambientales

Los autores antes citados han centrado sus trabajos en torno al cuidado como interacción entre personas; no hacen referencia al cuidado del medio ambiente, tanto como cuidado particular de él o como parte del cuidado de las personas. A partir de la década de los '60 aparece con fuerza en el panorama científico el tema del cuidado de la naturaleza al comprobarse la rápida y en muchos casos irreversible destrucción de la misma. Al quebrarse los equilibrios fundamentales de la biosfera se pone en juego también la supervivencia humana ²⁵ (Deléage, 1991). Toda especie viva, en su afán por reproducirse y expandirse, transforma el medio ambiente que habita de acuerdo a sus necesidades y puede ser origen de crisis ambientales para su propia especie. Ninguna especie no humana, ha llegado a tener conciencia de la necesidad de cuidar su entorno como forma de preservar su existencia. Sin embargo esta conciencia parece haber estado presente desde sus orígenes en el ser humano, lo cual se conoce a través de los mitos y ritos de distintos pueblos. En las últimas décadas se ha comprendido que no se puede considerar a la naturaleza como “externa” al ser humano, como ente separado con el cual se relaciona. La sociedad humana es parte de la naturaleza y está sujeta a su dinámica más amplia. Al mismo tiempo, al actuar, provoca cambios en ella y se modifica a sí misma ²⁶. Esta comprensión del ser humano como parte de la naturaleza es nueva para la civilización occidental actual pero muchos pueblos, entre ellos los indígenas de las Américas basaban sus creencias, sus saberes y sus prácticas en ella ²⁷. Por otra parte se sabe que desde los orígenes de la humanidad en prácticamente todos los pueblos del mundo ha sido la mujer quien ha realizado, mayoritariamente, las

²⁵ En las últimas décadas se ha constatado una gran crisis ambiental y se ha ido pasando de problemas a nivel local (polución del aire o ríos contaminados) a problemas a escala planetaria, como el calentamiento global, la reducción de la capa de ozono y la pérdida de la biodiversidad. Sus causas son múltiples y complejas, pero en general los científicos ambientalistas coinciden en reconocer que la actividad humana es altamente responsable de la falta de cuidados y del deterioro gradual y sostenido de la naturaleza (Foladori, 1999).

²⁶ Foladori (1999) sostiene que la relación de las sociedades humanas con su medio natural no es una relación homogénea y global sino que es particular de cada grupo humano en cada momento histórico, de acuerdo a la pertenencia a cada clase social y de acuerdo a los intereses económicos y a las posibilidades particulares según niveles de poder.

²⁷ En 1854 el Jefe Seattle de la tribu Squamish de EE.UU. escribía que: “La tierra no pertenece al hombre, el hombre pertenece a la tierra. El hombre no tejó la tela de la vida, no es más que una hebra de ella. Lo que a la tela le hace, a él mismo se lo hace”. Citado por Foladori, 1999:100.

actividades vinculadas con la conservación de la naturaleza, el cuidado de seres humanos y la reproducción de ambos.

En las últimas décadas, en el campo de las ciencias de la salud, se volvió a considerar al ser humano como parte de su contexto natural y se comenzó a plantear la necesidad de atender la salud desde dos perspectivas simultáneas: la atención a las personas y la atención al medio en que ellas se encuentran. Sin embargo esta reubicación del ser humano en su contexto fue elaborada desde un modelo de atención hegemónico super especializado, mercantilizado y centrado en la enfermedad, el enfermo y la curación médica, lo cual ha llevado a una contradicción entre el discurso el cual destaca los aspectos de promoción y protección de la salud de individuos, poblaciones y entorno natural a través de una intervención interdisciplinaria y la práctica, en la que dominan los lineamientos del modelo antedicho. Los intentos por acercar la práctica al discurso han fracasado en la mayoría de los casos, provocando sufrimientos tanto en los que necesitan recibir cuidados como en quienes los brindan. Sin embargo es necesario señalar que las enfermeras, aún influidas por el modelo médico, en su quehacer cotidiano actúan sobre aspectos de los contextos familiar, socioeconómico, cultural y medioambiental para cuidar a las personas. Ya en 1859 Nightingale señalaba la importancia del entorno en el cuidado de las personas y sostenía que existen 5 factores esenciales para asegurar la higiene de las casas: aire puro, agua pura, alcantarillado adecuado, limpieza y luz. Consideraba parte del entorno a todos los elementos que afectaban la salud de las personas incluyendo desde los alimentos hasta las interacciones verbales y no verbales de la enfermera con el paciente (MarrinerTomey, 1994). Prácticamente todas las teóricas de Enfermería han definido un concepto de entorno. Peplau (1952), Barnard (1979), y Roy (1984) lo consideraban integrado por todas las experiencias que vive una persona en el contexto de una cultura, las cuales afectan al desarrollo y comportamiento de los individuos o de los grupos. Mercer (1986) no definió el entorno, pero hacía referencia a él al considerar en su teoría la cultura del individuo, la pareja, la familia y las redes de apoyo (MarrinerTomey, 1994).

3.3.2. La perspectiva cultural.

Pese a que el estudio de la cultura data ya de bastante tiempo (a fines del siglo XIX aparece la concepción científica de cultura con la definición de Taylor²⁸), las

²⁸ “La cultura o civilización (...) es aquel complejo conjunto, aquella totalidad que comprende el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, la costumbre y cualquier otra capacidad y hábito adquirido por el hombre en cuanto miembro de una sociedad” (Taylor, 1871 en: Vidart, 1997: 317).

investigaciones en torno a la función de cuidar en las diferentes culturas son recientes. En 1988 Leininger inició estudios al respecto haciendo particular referencia a la forma en que influyen las variaciones culturales de los pueblos sobre las prácticas de los cuidados. Señaló que los cuidados son un fenómeno universal pero que sus procesos y expresiones varían de una cultura a otra. Habló de una “universalidad de los cuidados”, entendiendo por tal los significados, patrones, valores o símbolos similares que las culturas establecen para la salud, el modo de vida o la forma de enfrentarse a la muerte y de una “diversidad de los cuidados” refiriéndose a lo que cada cultura hace para lograr el bienestar de la población. Agregó que los cuidados poseen una dimensión biofísica, cultural, psicológica, social y ambiental y que el concepto de cultura proporciona la más amplia forma de conocer y entender los cuidados. A partir de numerosas investigaciones antropológicas realizadas por ella y sus colaboradores donde estudiaron en profundidad 12 culturas importantes y realizaron estudios etnográficos y etnológicos referidos a enfermería, encontraron que los valores económicos, políticos, religiosos, de parentesco y culturales ejercen gran influencia sobre la práctica de los cuidados y se pueden usar para predecir el bienestar de la población. A su vez plantearon que cuanto mayor es la dependencia de la tecnología mayores son los signos de despersonalización y deshumanización y que los cuidados etnológicos ritualizados que reportan beneficios para las personas son poco conocidos y valorados por los médicos y enfermeros occidentales. Esta autora resalta que la ceguera cultural, la imposición y el etnocentrismo reducen el descubrimiento de aspectos importantes en las prácticas de cuidado y en consecuencia disminuyen la calidad de las prestaciones (MarrinerTomey, 1994).

3.4. Desarrollo histórico de la función de cuidar.

Collière (1982) plantea que la historia de los cuidados se organiza en torno a dos orientaciones que buscan asegurar la continuidad de la vida y enfrentar la muerte. La primera de ellas busca asegurar la supervivencia de los seres vivos y sus prácticas han sido realizadas a lo largo de la historia mayoritariamente por mujeres. Desde la Antigüedad los ritos de distintas culturas acerca de la concepción, el nacimiento y la muerte se han elaborado alrededor de la mujer –símbolo de la fecundidad – pues al mismo tiempo que ella trae al mundo a su niño le señala el inicio de su vida que avanza

Cultura, etimológicamente deriva de la voz latina *colere*, que significa cultivar, pero si se remonta a su raíz indoeuropea *Kw el*, indica algo de forma circular. Se refiere a los ciclos, al desplazamiento circular, a dar vueltas en torno de algo, implica un orden que se destruye para instaurar otro.

hacia la muerte. La evolución de esta orientación fue dando origen a saberes referidos al cuidado corporal y al de las plantas para obtener alimentos y medicinas. Las personas poseedoras de tales conocimientos y que potencialmente podían ejercer su práctica fueron primero las mujeres que habían dado a luz (tenían un conocimiento surgido de su propia experiencia que podían transmitir y aplicar a otras mujeres) y luego las matronas; las curanderas; las nodrizas; las parteras; las enfermeras.

La segunda orientación – enfrentar la muerte – surge del temor que ella promueve como experiencia desconocida e inevitable, más allá de las creencias y prácticas que cada grupo humano construye y aplica para aceptarla con menor o mayor sufrimiento. Se apoya en las constataciones que hacen hombres y mujeres al descubrir el universo en que viven y todo lo desconocido que en él existe prodigioso y amenazante – que les provoca miedo. Collière (1982) considera que las vivencias buenas y malas de las situaciones por las que han ido pasando, se fueron simbolizando progresivamente en “fuerzas del bien y fuerzas del mal”, las cuales, más adelante, volvieron a concretizarse en cosas buenas o permitidas y cosas malas o prohibidas que se debían aceptar como prescripciones y prohibiciones para la sobrevivencia de la especie. Los estudios antropológicos han permitido conocer que, por lo menos hasta ahora, en las distintas culturas ha existido siempre una función social de mediación entre las fuerzas benéficas y maléficas que en un inicio fue ejercida tanto por hombres como por mujeres, pero que luego fue siendo monopolizada por hombres: los chamanes, los magos y los sacerdotes. Dicha función trata de rechazar el mal y lograr el bien a través de ofrendas, sacrificios, hechizos, ritos y encierra un poder social que permite a quienes la ejercen no sólo señalar y rechazar el mal sino también designar a aquellos que son portadores de lo malo, generalmente personas o grupos “cabeza de turco” cuya eliminación o marginación social aseguraría el alejamiento del mal: herejes, brujas, gitanos, mendigos, locos, prostitutas. Con el paso del tiempo la función de mediación fue siendo adoptada por los médicos, especialmente a partir de fines del siglo XIX cuando comenzaron a producirse los grandes adelantos científicos (Collière, 1982).

3.5. El cuidar y el surgimiento de Enfermería como profesión.

Hasta la aparición de los cuidados de enfermería tal cual los conocemos hoy en el mundo occidental, fueron concebidos de distintas formas según los distintos momentos históricos. Como se mencionó en el punto anterior, durante un largo período, los cuidados – vinculados con el cuerpo y la alimentación a través del ejercicio de prácticas

rituales apoyadas en los ciclos de la Naturaleza eran prodigados por mujeres y se transmitían oralmente de generación en generación. El valor social de los conocimientos que poseían esas mujeres les permitía tener un cierto lugar de poder dentro del grupo (Colliére, 1982). Pero a partir del medioevo, con el afianzamiento de la religión judeo cristiana, la situación comenzó a cambiar ya que la Iglesia desaprobó y condenó las prácticas religiosas que no aceptaban un único Dios. Los invocados hasta ese momento y las prácticas sociales relacionadas, se consideraron demoníacas y sus fieles seguidores, paganos. Los cuidados instaurados en torno a la fecundación, la fertilidad y los alimentos realizados por mujeres, hicieron aparecer a estas ante los ojos de la Iglesia como vehículo de creencias y ritos paganos por lo que fueron consideradas culpables de idolatría y despreciadas por ocuparse del cuidado de lo corporal (que implicaba el sexo). El cristianismo contraponía el alma al cuerpo, considerando a este último como impuro, como el obstáculo que impedía el avance del alma hacia lo divino. La única realidad verdadera del hombre era su alma y lo despreciable era el cuerpo, especialmente el sexo. De ahí que se exaltó la virginidad y la castidad, condenando a la mujer como símbolo de impureza y de fornicación hasta ser un pecado por sí misma. Todo lo referente a la naturaleza y a la maternidad llegó a convertirse en objeto de aversión, considerándose incluso el amamantamiento como un acto de voluptuosidad capaz de debilitar a los niños. La Iglesia, al negar la unidad cuerpoespíritu y considerar aquel fuente de impurezas, de fornicación y maleficio; dio origen a una nueva concepción de los cuidados en la que el cuerpo debía redimirse a través del dolor y el sufrimiento. Una de las consecuencias de esta postura fue el debilitamiento de los hábitos de higiene que contribuyó al recrudecimiento de las enfermedades infecciosas y epidemias características de ese período histórico. La medicina estaba supeditada a los mandatos de la Iglesia y su práctica era realizada por monjes médicos, luego por sacerdotes y clérigos, quienes finalmente dieron paso en el siglo XVI a los primeros estudiantes de medicina y las primeras facultades. De todas formas el ejercicio profesional médico siguió sometido a las prescripciones de la Iglesia. En ese contexto se negó todo el saber adquirido por las curanderas y se proclamó que “toda mujer que osara dispensar cuidados sin haber hecho estudios médicos ²⁹ era bruja y debía morir” (Colliére, 1982: 37). Las mujeres principales poseedoras de los conocimientos de cuidados – y por lo tanto en el imaginario social poseedoras también de un poder sobre la vida y la muerte

²⁹ La entrada a las Escuelas de Medicina estuvo prohibida a las mujeres hasta finales del siglo XIX.

igual a Dios – se convirtieron en el blanco del ataque y la represión de la Iglesia, incluso hasta su condenación y muerte por brujería. La bruja, la mujer con conocimientos que le permitía cuidar a otros seres humanos en salud o enfermedad se transformó en “cabeza de turco” del mal. Desde finales del siglo XIV hasta principios del XVIII, en Europa Occidental se efectuó en forma drástica la llamada “caza de brujas”. Hubo hombres también dentro del grupo perseguido (magos, hechiceros, adivinos), pero el 80% fueron mujeres, especialmente de más de 50 años y viudas. De todas maneras, a pesar de la represión intensa, los saberes y prácticas adquiridas por esas mujeres se siguieron transmitiendo en forma subterránea, sobre todo en el medio rural y especialmente en relación con la atención de los partos y el cuidado de los recién nacidos.³⁰ Algo similar ocurrió con las plantas medicinales cuya utilización por las mujeres fue prohibida y sin embargo ellas las siguieron usando en preparaciones caseras. Al mismo tiempo que degradaba a la mujer, la religión judeocristiana, la ensalzaba en su condición de madre pura y le reconocía ser capaz de vencer las necesidades del cuerpo, de renunciar al matrimonio, de elevarse espiritualmente y consagrarse a Dios. En ese momento, en que predominaba el derecho romano, el cual no reconocía derechos a la mujer, escapar al matrimonio se convirtió en una forma de emancipación femenina. Al no tener la carga de un hogar, las vírgenes y también algunas viudas, dedicaron su tiempo y su vida a Dios y al cuidado de los pobres y desamparados. La consagración implicaba la voluntad de renuncia de sí misma, la alienación de su persona sometándose a Dios y a sus representantes en la Tierra: obispo, sacerdote, abad, que por supuesto eran hombres. (Collière, 1982). Se estimuló la actividad permanente y se consideraron el ocio y el reposo como pecados³¹. A finales del siglo XI aparecieron las monjas Beguinas y las Agustinas; cuyas reglas influyeron notablemente en la concepción de las prácticas curativas y de cuidados. En el siglo XVII se forman las Salesas, Hermanas de la Caridad que eluden la clausura y se instalan en distintas zonas “entre el pueblo”, lo mismo que las Hijas de La Cruz, las Hermanas de SaintPaul y las Hijas de la Sabiduría. La

³⁰ A pesar de los avances de la obstetricia, los cuidados de las parturientas y sus bebés eran evitados por los médicos. La estrategia usada para no tener que ocuparse personalmente de ese tipo de cuidados, fue la de instruir a algunas matronas convirtiéndolas en comadronas ayudantes con instrucción médica (Collière, 1982)

³¹ Estas prescripciones que encarnaron con fuerza en las religiosas, hicieron que ellas constituyeran una fuerza de trabajo irremplazable, que los poderes políticos estuvieron interesados en restablecer después de la revolución francesa. De ahí la multiplicación enorme de las congregaciones religiosas en el siglo XIX: se calcula que había unas 10.000 religiosas durante la Revolución Francesa que llegaron a 140.000 en 1880 (Collière, 1982: 44).

importancia de estos grupos radicó en el hecho de haberse instalado directamente en la comunidad, lo cual cambió el sentido de los cuidados, pues las hermanas de clausura sólo ejercían dentro de los hospitales, que además en ese momento pasaban por una situación deplorable. Las religiosas se ocuparon de administrar los hospitales y de cuidar a los enfermos hasta la Segunda Guerra Mundial. Con la desacralización progresiva del poder político, que dio origen a la separación de la Iglesia y el Estado – lo cual se produjo primero en Inglaterra y los países anglosajones – aparecen las primeras enfermeras laicas, que relevaron a las religiosas continuando la atención de pobres, enfermos y desamparados pero basándose en sus mismos valores. A mediados del siglo XX surgieron las mujeres enfermeras como auxiliares del médico. La ampliación del campo de la medicina, debido al desarrollo científicotecnológico, obligó al médico a tener un ayudante a quien delegar las tareas rutinarias, que ya no deseaba hacer, como tomar temperatura, realizar exámenes de orina, aplicar cataplasmas y lavativas. Estos ayudantes fueron las enfermeras³². Se puede decir que la enfermera se constituyó a partir de dos fuentes que actuaron (y aún actúan) en forma constante interaccionando recíprocamente, la filiación conventual y la filiación médica, a las que habría que agregar la influencia militar surgida de la participación en las ramas femeninas de las Órdenes que actuaron durante las Cruzadas y profundizada con la importante participación de las enfermeras en forma aislada o como parte de organizaciones durante las Guerras. Enfermería como profesión se constituyó entonces, en torno al servir y no al cuidar, servir a los enfermos, a los médicos y a las instituciones.

3. Cuidar como propósito de la profesión Enfermera.

El cuidar de enfermería cambia en su concepción de acuerdo a los modelos de atención a la salud existentes. Para Collière (1982) hoy coexisten varios aunque tiende a afianzarse el que ella llama “corriente centrada en el desarrollo de la salud”.

Uno de ellos, vinculado a la tecnología y centrado en la enfermedad surge a fines del siglo XIX con el desarrollo de las ciencias exactas. Al tener a su disposición conocimientos y técnicas cada vez más precisos, la medicina profundizó el enfoque analítico y reforzó la concepción ideológica basada en la disociación cuerpoespíritu. El

³²“Las enfermeras son una verdadera bendición para estos doctores solicitados por todas partes; tienen a su disposición una mano de obra médica que no se interesa ni por la práctica en sí misma ni por las ideas de la Medicina y que parece no tener en la vida más que una única vocación, la de servir” (Collière, 1982: 61).

enfermo desolidarizado de su enfermedad es considerado no como una persona enferma sino como una “enfermedad” que hay que identificar y eliminar, restableciendo la mecánica normal del cuerpo. En ese contexto, en los hospitales la cantidad y calidad de enfermeros que se necesitan para la asistencia se determinan en torno al acto médico. Las instituciones de formación de enfermeras no enseñan a cuidar como función profesional, sino que educan mujeres para “ser” enfermeras ³³, para cumplir con las prescripciones médicas a través de técnicas y procedimientos curativos. El hospital es el centro de aprendizaje y también el centro de la vida de la futura enfermera, lo cual acota su visión del mundo e influye en la forma de utilizar el tiempo ya que debe hacer un uso juicioso de él y no favorecer la ociosidad. Así aprende desde estudiante a no criticar ni pensar en sus funciones sino en aceptar las normas impuestas por la institución, a ser parte de ella. Con el encierro institucional y el uso del tiempo sin dejar espacio para el ocio ni para la iniciativa personal, enfermería en lugar de ser una disciplina independiente, se transforma en una práctica ajustada a una exigencia social: ser servidora (Collière, 1982). De esta situación da cuenta el imaginario social al construir un “personaje enfermera” apoyado en dos ejes principales, la mujer y la disciplina, claramente expresado en la foto que aparece aún hoy en casi todos los centros de atención donde se observa el rostro de una mujer con su toca de enfermera pidiendo silencio con un dedo vertical delante de su boca: nada en esta imagen se identifica con el cuidar. El “personaje enfermera” aparece en algunos casos con una jeringa en la mano, lo cual permite percibir la introducción del elemento técnico en la función ³⁴.

Otro modelo es el que surge con el desarrollo de las ciencias sociales, las cuales comenzaron a explorar las conductas y las relaciones entre personas. Los cuidados de enfermería se modifican y se valoriza un enfoque relacional que persigue, entre otros, el objetivo de conocer a la persona cuidada devolviéndole su status de sujeto. En 1968 este modelo comienza a introducirse en las escuelas de enfermería centrándose el

³³ Esta es posiblemente una de las causas por las cuales enfermería encuentra serias dificultades para definir sus funciones y su esencia profesional (no así para describir sus actividades). Tampoco otros trabajadores de la salud o los propios usuarios pueden decir que “es” enfermería. Sin embargo “saben” durante la hospitalización que cosas pueden solicitarle a las enfermeras que hagan. Las propias enfermeras no saben delimitar exactamente sus obligaciones (aunque estén especificadas en las descripciones de cargo) y siempre hacen más de lo que tienen que hacer, realizan actividades que corresponden a otros trabajadores en detrimento de las propias o permiten que otras profesiones absorban sus funciones.

³⁴ Collière (1982) dice que la evolución de los cuidados de enfermería puede seguirse a través del “personaje enfermera” existente en el imaginario social a través de las representaciones de la enfermera y la bacinilla, la enfermera y el termómetro, la enfermera y la jeringa, la enfermera y la sala de reanimación.

cuidado en las necesidades del enfermo ³⁵, rebasando de esta forma la simple ejecución de prescripciones médicas. Aparece la historia clínica de enfermería que permite dar continuidad a los cuidados y evaluar lo que se realiza y se crean los planes de cuidado, favoreciendo todo esto el desarrollo del registro escrito, de la investigación y de las publicaciones de enfermería.

Un tercer modelo – de aparición reciente – se basa en la idea de que las personas poseen en sí mismas un potencial saludable y que los trabajadores sanitarios sólo tienen que ayudar a que se realice. Se considera el proceso salud/enfermedad como resultado de un conjunto de dimensiones económicas, sociales, culturales y políticas donde los distintos tipos de enfermedad responderían a las condiciones de existencia de las personas, a su ubicación de clase, al tipo de trabajo que desarrollan, al nivel de educación que poseen y al sistema cultural al que pertenecen. Se señala que el proceso salud/enfermedad es un hecho de expresión individual (la persona enferma), pero también grupal, comunitario y social y se plantea la necesidad de volverlo a pensar como un fenómeno dinámico de lucha y adaptación activa continuas ³⁶. Se resalta el trabajo comunitario y en atención primaria y se proponen cuidados de enfermería a domicilio. En esta concepción la práctica enfermera avanza desde el cumplimiento de una prescripción médica hacia el diagnóstico de una situación a través de la información que la enfermera obtiene acerca de la persona, su familia y su entorno cuando realiza la visita domiciliaria. Su función no termina en el diagnóstico sino que interviene a través de acciones en las que involucra también a la/s persona/s cuidada/s. Los cuidados recuperan su dimensión social en el sentido que afectan y conciernen al bien público. Distintos movimientos cívicos a nivel mundial adhieren a este modelo como el movimiento feminista, los grupos de autogestión, los movimientos ecologistas, las asociaciones de consumidores, etc. (Collière, 1982).

5. Desarrollos en Enfermería

4.1. Antecedentes generales.

Si bien las prácticas de enfermería y su valor social, como se ha mencionado en los puntos anteriores, han ido cambiando a lo largo de la historia, hay aspectos de su

³⁵ En 1962 el C.I.E. planteó formalmente la importancia de lo relacional en los cuidados enfermeros con la publicación del libro de Virginia Henderson “Principios fundamentales de los cuidados de Enfermería”.

³⁶ Históricamente esta corriente comienza a constituirse hacia 1950 con los planteos de H. Selye sobre el stress que abre una perspectiva de pensamiento hacia los procesos de adaptación y hacia las relaciones del ser humano con otros seres y con su entorno.

identidad como profesión que se mantienen y que de alguna forma quedan expresos (en español) a través de sus dos principales formas de denominación: nurse y enfermera. Etimológicamente *nurse* es una palabra inglesa que significa nodriza y que deriva del latín *nutrix*, *nutrire*, teniendo como significado la mujer que amamanta, que nutre a un niño (Parentini, 2002). El término enfermero/a – “persona destinada a la asistencia de los enfermos” según el Diccionario de la Real Academia Española, 1970 – refleja el cambio en el sentido de la función pues al mismo tiempo acota y amplía el significado que encierra la palabra *nurse*: se aparta del cuidado de los niños en cuanto actividad universal de conservación y preservación de la vida, muy unida a lo femenino (nodriza) y se vuelve específica del cuidado a un sector humano más amplio (los enfermos, tanto niños como adultos) pero también más estrecho en cuanto se refiere sólo a aquellos que padecen una desorganización temporal de su equilibrio en salud. Conceptualmente se adecua más al modelo que privilegia la atención a lo enfermo que la preservación de lo sano. Es interesante destacar la definición de enfermero/a que da el Diccionario Kapeluz (1979): “Persona que asiste a los enfermos y ayuda a los médicos”, la cual pone de manifiesto el modelo asistencialista centrado en la enfermedad y en la enfermera como auxiliar del médico. La diferencia de género también aparece entre los dos términos: *nurse* (nodriza) se vincula más con lo femenino que enfermera. Este último tiene su correspondiente masculino enfermero; en tanto que *nurse* se usa igual para ambos sexos. Cuando el término *nurse* comienza a usarse desde una perspectiva profesionalizada señala diferencias de clase social y de nivel educativo: en la escuela de enfermería del Hospital Santo Tomás, fundada por Nightingale en Inglaterra en 1860, escuela que ha dejado su impronta en el desarrollo y la identidad de enfermería hasta la actualidad se llamaba *lady sisters* a las alumnas procedentes de la clase social más encumbrada que tenían mejor nivel de educación previa y se reservaba el término *nurse* para aquellas que procedían de niveles socioeducativos más bajos y tenían limitadas posibilidades de pagar su matrícula (Parentini, 2002).

4.2. Aspectos más relevantes de la evolución de Enfermería en el Viejo Mundo

En la Antigüedad, principalmente en Grecia, como las mujeres no podían ser iniciadas en los “misterios” de ningún arte, las tareas de enfermería eran cumplidas por hombres, pero esclavos. Las mujeres circunscribían sus tareas de cuidado a la atención de niños y mujeres embarazadas: eran ayas, amas de cría y parteras, pero dado que estas eran actividades “propias” de su sexo se consideraban gratuitas y obligatorias. Durante

la Edad Media, en Europa, las guerras, el crecimiento impetuoso y desordenado de las ciudades (que promovía hacinamiento y propagación de enfermedades) y la concepción de la caridad cristiana, llevaron a que algunas personas y grupos se encargaran de socorrer a los enfermos, los pobres, los heridos y los desamparados. Al principio, ese cuidado era practicado por cualquier creyente hombre o mujer sin necesidad de tener preparación técnica alguna; se visitaba a los enfermos en sus casas y a veces se utilizaba el hogar de los cuidadores como lugar de alojamiento (Donahue, 1985). Entre los siglos I al V d. C. comenzaron a aparecer Órdenes religiosas, principalmente cristianas cuyo objetivo era la ayuda a los necesitados. Algunas mujeres de las clases altas se convirtieron al cristianismo y como parte de su deber religioso ingresaron a dichas Órdenes dedicándose al cuidado de enfermos y pobres ³⁷. No formaron parte del clero y se llamaron diaconisas ³⁸. Lentamente las Órdenes se convirtieron en eclesiásticas y sus integrantes pasaron a ser todos monjes y monjas. Hacia el siglo IX d.C. aparecen los monasterios que eran centros de la Iglesia en los cuales se concentraban escuelas, hospitales, comedores y tierras de cultivo (en ellas se plantaban hierbas medicinales). Los enfermos eran atendidos en los hospitales por médicos y enfermeros, estos últimos carecían de una formación específica, pero tenían conocimientos prácticos que adquirirían de la transmisión entre generaciones y de documentos antiguos sobre el tema. Las mujeres eran cuidadas por monjas y los hombres por monjes. La aparición de las Cruzadas hizo necesaria la organización de grupos para cuidar a los heridos y a los peregrinos enfermos dando origen a las Órdenes militares integradas por hombres (caballeros, sacerdotes y sirvientes). Entre las que se dedicaron especialmente a la enfermería estaban las Órdenes de los Caballeros Hospitalarios, de San Juan de Jerusalén, de los Caballeros Teutónicos y de los Caballeros de San Lázaro, las cuales se organizaban con gran severidad, fundando su accionar en la obediencia y el respeto por los rangos y jerarquías. Algunas crearon ramas femeninas subordinadas, como la Orden Femenina de los Caballeros de San Juan de Jerusalén. Otro tipo de Órdenes que aparecieron entre los siglos XI y XII fueron las mendicantes, que obraban con los fondos obtenidos a través de la mendicidad. De ellas se destacan por la participación

³⁷ Una de ellas fue **Febes**, quien es considerada la primera enfermera de la Historia. Otras fueron, **Fabiola**, quien creó el primer hospital cristiano de Roma organizándolo en su propia casa y **Marcela y Paula**, matronas romanas que dedicaron su vida a la atención de los enfermos (Parentini, 2002).

³⁸ Su nombre proviene del hecho de que trabajaban junto a los diáconos, los cuales eran en sus orígenes, los ayudantes de los apóstoles. Diácono significa servidor.

que tuvieron en el cuidado de enfermos las de los Dominicos (de origen español) y de los Franciscanos (de origen italiano), las ramas femeninas de esta última fueron las Clarisas y las Beguinas. Durante toda la Edad Media se fundaron hospitales que poseían una marcada impronta militar: respeto por las jerarquías y los rangos, obediencia y disciplina estrictas y especificación de funciones según pertenencia a distintas clases sociales. Algunos brindaban servicios de enfermería durante las 24 horas, pero en general eran concebidos para dar albergue y protección en el desamparo: se recibían no sólo enfermos, sino también niños abandonados y mujeres solteras en trance de ser madres. Los hospitales para enfermos mentales aparecieron recién a fines del medioevo teniendo que enfrentar una grave dificultad que fue la escasez de personas preparadas para cuidar enfermos, lo cual obligó a cumplir dicha tarea con cualquier individuo – tuviera o no preparación lo cual fue conduciendo a una importante decadencia de enfermería que se produjo simultáneamente con un crecimiento y desarrollo del saber médico³⁹ (Parentini, 2002). En el Renacimiento diversos factores llevaron a que se profundizara la declinación de enfermería, entre los cuales el cambio del rol femenino. La naciente burguesía fomentó, en las mujeres de las clases privilegiadas la frivolidad y ociosidad, el gusto por el lujo, la opulencia y la riqueza, fueron perdiendo las conductas vinculadas con la abnegación, la caridad y el sacrificio por el prójimo. Las mujeres de las clases trabajadoras, comenzaron a ser incorporadas como fuerza de trabajo y exigidas de la misma forma que los hombres de su misma clase social, padeciendo como ellos la miseria, la explotación y el desamparo. En los países donde prosperó el Protestantismo las religiosas hospitalarias fueron sustituidas por mujeres laicas que no tenían preparación ninguna y que provenían predominantemente de dos sectores: mujeres con condenas carcelarias a las cuales se les trocaba el cumplimiento de su pena por trabajo en los hospitales y mujeres necesitadas de trabajar pero que no conseguían empleo en las fábricas (Parentini, 2002).

Recién a fines del Renacimiento se comenzaron a vislumbrar mejoras en la situación de enfermería relacionadas con el surgimiento de nuevas Órdenes religiosas, entre las que es importante destacar la de las Hermanas de Caridad o Vicentinas⁴⁰, las

³⁹ Es en ese momento que la medicina y la enfermería habrían comenzado a separarse (Jamieson et al. 1968).

⁴⁰ Esta Orden fue fundada por Vicente de Paul, sacerdote franciscano, quien solicitó ayuda para organizar a las hermanas a una viuda conocida luego como Santa Luisa de Marillac. Ella estableció requisitos para el reclutamiento de las futuras hermanas: debían ser solteras, preferentemente campesinas, poseer cierto nivel intelectual y tener interés en trabajar con enfermos. Desde la selección de quienes iban a ser

diaconisas, que resurgieron en Alemania desde posturas religiosas protestantes. Ambos tipos tuvieron importante actuación en las colonias y se instalaron inicialmente en EE.UU. lo cual ayudó a mejorar las condiciones de atención y la formación profesional de las enfermeras. Es en este contexto que aparece Nightingale quien ayudó en forma decisiva a cambiar muchos aspectos de enfermería al lograr que disminuyera la subordinación a los médicos, que se obtuviera un grado de independencia favorecedor de la identidad profesional y que se reconociera socialmente la importancia de su labor⁴¹. Sus aportes teóricos y metodológicos influyeron en muchos países de Europa y las Américas, sin embargo varios de los que adoptaron sus bases, al aplicarlas, distorsionaron sus principios (Parentini, 2002).

En el siglo XX las guerras mundiales influyeron notablemente en el desarrollo de enfermería y en algunos países las reformas en la práctica y en los planes de estudio se iniciaron después de la Primera Guerra ⁴². La Cruz Roja Internacional, fundada por iniciativa del suizo H. Dunant, en 1864, se preocupó por impulsar la formación de personas preparadas en cuidado de enfermos e intervino de distintas maneras en casi todos los países de Europa financiando, fundando escuelas e iniciando cursos para graduadas⁴³. La colonización propició que el desarrollo de enfermería en las Américas siguiera los modelos europeos⁴⁴, los cuales contribuyeron a adoptar una definición profesional en donde el centro era la relación entre personas ⁴⁵. En EE.UU., Nueva York, en 1658, colonos holandeses fundaron el primer hospital, el *Bellevue*, en el cual se

enfermeras se determinaba su pertenencia a las clases bajas, que no estuvieran contaminadas por “las necesidades del cuerpo” y que no tuvieran otras responsabilidades sociales que les impidiera dedicarse por entero a su trabajo

⁴¹ Entre otras cosas señaló que el conocimiento médico es diferente al de enfermería; estableció las bases de esta sustentadas en conocimientos teórico prácticos; preconizó la enseñanza sistematizada y creó el primer modelo de enfermería con énfasis en la atención del enfermo, la prevención de enfermedades y recuperación de la salud. Fundó una escuela de enfermería: Escuela del Hospital de Santo Tomás, modelo de futuras escuelas de enfermería.

⁴² La influencia de las guerras se puede observar ya desde el siglo XIX, por ejemplo la de la guerra de Crimea (1854-1856), en la cual participó F. Nightingale y la de la guerra Civil norteamericana (1861-1865).

⁴³ En 1924 había más de 60 escuelas a cargo de esta institución en toda Europa. Los cursos, que seguían el modelo inglés, duraban entre un año y medio y dos, las escuelas estaban dirigidas por enfermeras y generalmente estaban asociadas a un hospital (Parentini, 2002).

⁴⁴ En Canadá las escuelas de Enfermería crecieron en cantidad y calidad. En 1909 había 70 con cursos de 2 y 3 años de duración, las que luego pasaron a ser universitarias y en algunos casos facultades. Enfermeras canadienses contribuyeron asesorando y organizando escuelas en EE.UU. y Sudamérica (Parentini, 2002).

⁴⁵ Nightingale sostenía que para el paciente sería muy bueno que hubiera al menos una persona con quien se pudiera hablar con sencillez y franqueza y destacaba la importancia de una relación enfermerapaciente que fuera más allá de la aplicación de una técnica señalando la importancia de la palabra entre ambos, de la comunicación.

cuidaba a los internados con personas que no tenían ninguna preparación en enfermería. Recién en 1771 se reconoció la necesidad de formar a los cuidadores y se iniciaron para ello cursos de corta duración. Las primeras enfermeras se graduaron en 1873 y entre 1880 y 1900 se crearon la Cruz Roja Americana, la Liga Nacional para la Educación de Enfermería, se comenzó a editar regularmente la revista “*American Journal of Nursing*” y se produjo un gran crecimiento de escuelas de formación, incorporándose en 1909 por primera vez una de ellas a la Universidad (Minessotta). En ese entonces las enfermeras norteamericanas se encontraban muy interesadas en el mejoramiento de la salud pública, razón por la cual crearon en 1912 la Organización Nacional para Enfermería en Salud Pública, que contó con el apoyo de la Cruz Roja Americana. En 1918 la Fundación Rockefeller⁴⁶ financió un comité permanente para el estudio de la educación de las enfermeras ya que se entendía que un curso de tres años era insuficiente para que pudieran actuar adecuadamente tanto a nivel de los hospitales como en Salud Pública. También financió cursos para obtener el grado de maestría en ciencias de Enfermería en las Universidades de Yale y de Cleveland (Parentini, 2002). En lo que se refiere específicamente a salud mental, en 1920, la enfermera norteamericana Effie Taylor se pronunció a favor de la atención integral rechazando la teoría predominante en esa época del dualismo mentecuerpo y May Kennedy señalaba que la enfermería psiquiátrica debía ser parte de la enfermería general (Travelbee, 1982). Durante la primera cuarta parte del siglo XX predominó en la práctica de la enfermería psiquiátrica una concepción basada en el modelo médico dominante, fuertemente biologicista, descriptivo y centrado en el tratamiento de la “mente enferma”, en el que se daba primacía al encierro en instituciones y se excluía al enfermo mental del resto de la sociedad, pero lentamente las enfermeras pasaron de aplicar los tratamientos indicados por los médicos aislamiento, baños continuos y envolturas frías a tratar de comprender al paciente y sus reacciones. Se analizaban ellas mismas y estudiaban la interacción entre ellas y sus pacientes. La más destacada de las enfermeras precursoras

⁴⁶ La Fundación Rockefeller es una organización norteamericana privada creada en 1913 a partir de la unión de juntas filantrópicas patrocinadas por la familia Rockefeller. Hasta el inicio de la 1ª Guerra Mundial su actuación se dirigía principalmente a fomentar y financiar acciones en salud pública, educación, economía y relaciones industriales y luego concentraron su interés en la educación médica y salud pública. Su actuación es considerada fundamental en la implantación de algunas áreas de investigación como la biología molecular. Junto con la Corporación Carnegie fueron las principales fuentes de recursos que permitieron la traslación del centro de producción científica de Europa hacia EE.UU. Interviene en la producción científica de varios países y sus actividades a través de trasnacionales como la Standard Oil y el National Citybank. se han asociado a la expansión mundial de los intereses económicos de los EE.UU. (Marinho, M., 2001)

de esta propuesta fue H. Peplau, quien elaboró una teoría basada en la relación enfermerapaciente. Sus propuestas significaron, entre otras cosas, el desplazamiento de enfermería desde “un actuar sobre” el paciente a “un estar con” él. (Travelbee, 1982). A partir de 1960 los logros obtenidos se acrecentaron, las intervenciones se apoyaban en los conocimientos psicológicos y psicoanalíticos, los fármacos usados facilitaban el acercamiento con los pacientes y las enfermeras se fueron trasladando desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad. Esos cambios permitieron observar que la atención de enfermería residía “en” la relación: ella constituía su campo de acción y su laboratorio clínico. Sin embargo el desarrollo en ese sentido no fue general, hubo muchas enfermeras que prefirieron seguir en los hospitales realizando tareas técnicas ya que entendían que su labor dependía de la dirección de otros profesionales de la salud (Travelbee, 1982).

4.3. Modelos de Enfermería relacionados con el cuidado del vínculo madre hijo.

Dentro del grupo de enfermeras que han propuesto teorías y modelos de enfermería se analizaron en este trabajo las propuestas de las enfermeras norteamericanas R. Mercer y K. Barnard por la aceptación y utilización que han tenido sus planteos a nivel internacional, porque se refieren especialmente al vínculo madre hijo y su relación con la salud mental y porque ambas son seguidoras de las propuestas de Peplau y de Travelbee en cuanto a la importancia de la relación persona a persona en el proceso de enfermería.

Ramona Mercer obtuvo su *Ph.D* en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburg en 1973 y desde entonces ha investigado las conductas de las madres y sus bebés en situaciones normales y en situaciones de enfermedad de la madre y discapacidad del niño durante el puerperio. Estudió a madres de diferentes edades, especialmente adolescentes y añosas, en el contexto de sus interrelaciones familiares. Los referentes teóricos que le sirvieron de base fueron la teoría interaccionista de Mead (1934); la teoría general de sistemas de Bertalanffy (1968) y los conceptos de Reva Rubin (1967) sobre adopción del rol maternal. Algunos de sus trabajos se centran en las estrategias para facilitar las interacciones precoces entre padres e hijos y favorecer su competencia en situaciones de riesgo para el bebé. En sus investigaciones utilizó distintos tipos de encuestas para evaluar el vínculo madrebebé en el posparto inmediato y a lo largo del primer año. Definió su teoría de Adopción del Rol Maternal como

proceso interactivo y evolutivo producto de un período en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados y experimenta placer y gratificación en su rol. Mercer (1986) entiende que el vínculo se puede considerar como un proceso en el cual se crea un compromiso afectivo y emocional duradero y que las situaciones que causan separación del niño de su madre interfieren con el proceso relacional (MarrimerTomey, 1994).

Kathryn Barnard obtuvo un *Ph.D.* en Ecología del Desarrollo durante la Primera Infancia, en la Universidad de Washington en 1971 y luego de muchos años de investigaciones en torno a la relación madrebebe propuso un modelo de enfermería que ella llamó de Interacción padrehijo. Las bases teóricas de sus propuestas se apoyan en los trabajos de estudiosos del comportamiento y desarrollo infantil como Piaget, Bruner y Brazelton y en los aportes de la enfermera F. Blake quien consideraba que la principal función tanto de los padres como de los enfermeros era la capacidad para establecer y mantener relaciones constructivas y satisfactorias con los demás y que era fundamental para enfermería comprender e intervenir en situaciones tan importantes como la relación madre hijo y la separación del niño de sus padres. Barnard creó un sistema de valoración de enfermería de la situación de salud en los niños al que llamó *Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCAST)* que le sirvió para construir la base de la teoría de la interacción. Con él valoró longitudinalmente a 193 niños y las relaciones que desarrollaban con sus padres en seis momentos diferentes prenatal, postnatal, primer mes, cuarto mes, octavo mes, al año estableciendo así elementos que permitirían detectar una distorsión del desarrollo infantil antes de que se produjera ⁴⁷. El centro de sus trabajos es la elaboración de instrumentos para evaluar la salud del niño, su crecimiento y desarrollo, considerando a este y sus padres un sistema interactivo en un entorno. Para eso, define en forma precisa los tres elementos de su teoría: niño, madre y entorno. Para describir al primero, emplea las conductas del recién nacido: patrones de alimentación y sueño, apariencia física, temperamento y capacidad para adaptarse a su cuidador y su entorno. En lo que respecta al segundo (la madre) se refiere

⁴⁷ Otros investigadores norteamericanos utilizaron el *NCAST*: Ruff (1987) lo empleó para valorar la interacción entre las madres solteras adolescentes y sus hijos; Farrel et Al. (1991) lo utilizaron para valorar la interacción entre niños de alto riesgo y sus madres determinando así la necesidad de intervención de enfermería. En Canadá, Harrisson et Al. (2001) estudiaron la interacción entre 49 niños de 1 año con sus padres (varones) quienes realizaban su cuidado directo. Los resultados los compararon con los obtenidos de la aplicación del *NCAST* a 164 niños de la misma edad y sus madres (Marrimer Tomey, 1994).

a sus características más importantes las cuales incluyen sus condicionamientos psicosociales, sus preocupaciones y expectativas acerca del niño, su propia salud, el grado de cambio que ha sufrido en su vida, su estilo de maternidad y su capacidad adaptativa. En relación al último elemento, (el entorno), considera tanto el del niño como el de la madre, incluyendo aspectos del entorno físico de la familia, la implicación del padre y el grado de acuerdo entre los padres con respecto a la educación del niño (MarrimerTomey, 1994).

4.4. Enfermería en Uruguay

La mezcla de saberes y prácticas curativas de indígenas y conquistadores que se desarrolló entre los siglos XVII y XIX, fue considerada por Sánchez Puñales (2002) característica de un período inicial de la historia de la enfermería uruguaya. Los religiosos dedicados a tareas de cuidado, en su mayoría jesuitas, realizaban prácticas que no se diferenciaban entre medicina, enfermería, cirugía, barbería, botica y otras. En cada pueblo preparaban a tres o cuatro indios para que los ayudaran a los que llamaron *curuzuyaras*, pues eran portadores de una cruz (*curuzú*). Estos primeros enfermeros que ocupaban un lugar de subordinación respecto a los religiosos aprendían a cuidar enfermos, preparar sus medicinas y alimentos, realizar sangrías, enemas y pequeñas cirugías, mezclando prácticas de cuidado con prácticas curativas⁴⁸. A la idea de enfermedad como producto de la influencia de espíritus malignos que “poseían” al enfermo, de origen indígena se unía la concepción del conquistador en cuanto a que el riesgo de enfermar y morir era voluntad de Dios, todo estaba definido y el objetivo era salvar el alma (Romero, 1990). Existía una especie de fatalismo en ambas concepciones que ubicaba a quien atendía enfermos en un lugar de “aliviador” más que de “curador” ya que se buscaba disminuir el dolor más que curar, acción que en última instancia estaba más allá del poder humano. Se daba mucha importancia a la experiencia del cuidador al haber transitado por situaciones similares a las que debía tratar, lo cual era habitual entre las mujeres al atender a otras en situaciones críticas normales como

48

En ese entonces en Europa, mientras que los barberos, boticarios, herbolarios y sangradores se organizaban en gremios – lo cual les posibilitaba espacios de aprendizaje de sus especialidades – las personas dedicadas a la enfermería se agrupaban en Hermandades, las cuales poseían una dimensión exclusivamente espiritual, sin posibilidades ni de aprendizaje ni de retribución económica. Así, las personas que se dedicaban a la atención de enfermos, no se diferenciaban tanto por la práctica que realizaban sino por la remuneración y las posibilidades de aprendizaje (Sanchez Puñales, 2002).

embarazo, parto, puerperio, menarca, menopausia⁴⁹ Aún a mediados del 1800, se consideraba en relación a los partos, que “(...) cuando no eran naturales, se atendían con las comadronas, ya que en la opinión común cualquier mujer que haya pasado por ese trance puede ayudar a salir de él” (Barrán, 1994, T1:34). Los curanderos eran tanto hombres como mujeres pero los médicos, formados en Europa o en el Uruguay con el paradigma europeo, fueron siempre hombres⁵⁰. La familia era el ámbito natural en el cual se hacía el primer tratamiento de la enfermedad, pero “la mujer tenía allí el papel protagónico pues era la depositaria del saber popular, de las recetas transmitidas de generación en generación (los remedios caseros), de las intervenciones de pequeña cirugía que arrasaban con los forúnculos” (Barrán, 1994, T1:36).

Hacia fines del siglo XVIII la práctica de la medicina comenzó a normatizarse y diferenciarse de otras prácticas asistenciales a través de los Protomedicatos⁵¹, organismos creados por las autoridades españolas con el fin de fiscalizar todo lo que tenía relación con la materia médica. No sucedió lo mismo con enfermería. No se han encontrado registros que den cuenta de que se hubiera intentado normatizar o delimitar sus prácticas, si bien en las ordenanzas del primer hospital de San José y Caridad de Montevideo (1796) se establecieron algunas tareas que debían cumplir los enfermeros⁵². La Hermandad de Caridad que se fundó en Montevideo en 1775 por iniciativa de Maciel y su esposa, estaba constituida por diez piadosos vecinos que se nombraban anualmente en la ciudad y extramuros para visitar a los enfermos en sus casas y socorrerlos. No se sabe si tenían algún tipo de formación, pero sí se sabe que dentro de la cofradía actuaban un médico y 18 enfermeros y 15 enfermeras (De María, 1957).

49

El reconocimiento social de los cuidados brindados por mujeres se basaba en la experiencia interiorizada y vivida en su propio cuerpo; de ahí la matrona, la que se ha hecho madre al dar a luz y que será admitida para ayudar a otras mujeres, iniciándolas en el cuidado de los niños. Sólo *la Maïa* es decir la abuela, podía convertirse en mujer ayudante o podía ser designada como Saga, la Comadrona, puesto que era necesario, haber tenido niños, haber realizado un ciclo biológico completo (Collière, 1982).

50

Recién en 1908 se recibió la primera médica mujer: la Dra. Paulina Luisi (Rev. Noticias, 2000).

⁵¹ . Los primeros se instalaron en México y Perú; el del Río de la Plata se creó en 1799 y tenía su sede en Buenos Aires. A pesar de su interés en delimitar las prácticas médicas, las autoridades habían permitido a los curanderos ejercer bajo determinadas condiciones, dada la escasez de médicos (Larrobla, 1999).

52

“(...) el enfermero hará que los sirvientes compongan y asean todos los días las Camas de los Enfermos, que barran y sacudan la pieza o sala de Enfermería (...)”. “El Enfermero Mayor tendrá un libro donde asentará el Nombre, origen, edad, estado y Padres del Enfermo, el día en que entró a curarse o del que salió o falleció (...)”. En el Hospital administrado por la Hermandad de San José y Caridad, “por el desempeño de sus funciones los enfermeros ganaban una quinta parte de lo que ganaban el médico o el cirujano” (Sánchez Puñales, 2002: 33,34).

Dado que la población iba creciendo y aumentaba también el número de pobres y enfermos, Maciel resolvió habilitar en 1787 una casa de su propiedad para hospital, con 12 camas, que fue el primer Asilo de Caridad. En 1788 el Cabildo hace entrega del Hospital de Caridad a Maciel y se trasladan a él los enfermos del Asilo que eran todos hombres (De María, 1957). Recién un año después se comienzan a admitir mujeres (Sánchez Puñales, 2002) y a partir de 1813 se nombraron hermanas y “zeladoras” para cuidar mujeres⁵³. En 1822 se suprimió el Protomedicato y se creó una Comisión de Higiene Pública para mantener la salud pública, tutelar el ejercicio de la medicina y controlar a los curanderos. En 1892 se constituyó el Consejo Nacional de Higiene compuesto por 7 médicos que puso en evidencia el poder conquistado por estos profesionales. La idea de sanar, con todo su contenido cientificista, fue creciendo frente a la idea menos específica de cuidar⁵⁴. En ese contexto surgieron, en 1860, el Asilo de Mendigos (luego Asilo Piñeyro del Campo), el Manicomio Nacional (después Hospital Vilardebó), el asilo de huérfanos y expósitos en 1875 y un lazareto para pacientes infectocontagiosos en 1890 (Sánchez Puñales, 2002). En ese momento la encargada de la administración de los hospitales del Estado era la Comisión de Caridad y Beneficencia Pública, presidida por un católico de renombre, quien convocó a Hermanas de Caridad (las primeras fueron genovesas) para esa tarea y delegó muchos aspectos de su poder en ellas; la supervisora era de hecho la directora de los establecimientos hospitalarios (Barrán, 1994). Las Hermanas administraban las actividades de enfermería, controlaban medicamentos y materiales y supervisaban las tareas de los sirvientes (Sánchez Puñales, 2002). Entre 1875-1876 se funda la Facultad de Medicina y en 1894 se presentó un proyecto para crear una Escuela Uruguaya de Enfermeros y Enfermeras que comenzó a funcionar en 1905 en la órbita del Hospital de Caridad con el propósito de formar auxiliares competentes para cuidar enfermos. Un poco después el director general de la Asistencia Pública Nacional (APN), propuso la formación de una Escuela de Nurses que siguiera el sistema de F. Nightingale y permitiera lograr un cuidado más inteligente, hábil, humano y abnegado. En 1911, el

53

De la “Instrucción para Nuestras Hermanas Enfermeras” se extrae lo siguiente: “(...) para su elección debe tenerse mucho zelo, para que el nombramiento recaiga en persona de integridad, virtud y respeto (...) pues a ellas les incumbe visitarlas, consolarlas y ver si están bien cuidadas y por los sirvientes se les procurará atender en lo necesario” (Sánchez Puñales, 2002: 34).

⁵⁴ .El proceso de legitimación del poder médico se vincula a los cambios producidos en la sociedad uruguaya al ingresar a la modernidad (Sanchez Puñales, 2002).

Poder Ejecutivo creó por decreto la Escuela de Nurses y nombró al Dr. Nery como director⁵⁵. Este médico que conocía los servicios de enfermería de hospitales británicos decidió contratar como primeras docentes a cinco nurses inglesas. Para la enseñanza práctica se anexó a la Escuela un pabellón considerado como un hospital general para mujeres y niños, una escuela de enseñanza para nurses y un hogar (*home*) para alumnas y docentes (Sanchez Puñales, 2002). En su concepción no se siguieron las recomendaciones de Nightingale, pues no fue una escuela independiente del hospital y además estaba dirigida por un médico. Las primeras nurses aprendieron cuidando mujeres y niños ya que en el hospital de la Escuela sólo se admitían mujeres, excepcionalmente algún hombre. A mediados del siglo XX se inició un movimiento tendiente a que la formación de las nurses debía ser universitaria. El reconocimiento internacional de Enfermería como una profesión científica, la necesidad de nurses formadas con un enfoque de salud preventivo, la necesidad de contar con enfermeras altamente capacitadas para inaugurar el Hospital de Clínicas y la presión de EE.UU., a través de la Fundación Rockefeller⁵⁶, llevaron a un grupo de médicos de la Universidad a elevar al Poder Ejecutivo un proyecto para crear una nueva Escuela de Nurses dependiente de Facultad de Medicina. En 1947, el Consejo Central Universitario (CCU) aprobó la creación de la Escuela Universitaria de Enfermería (EUE), dependiente de Facultad de Medicina y dirigida por una nurse titulada. Desde su creación hasta 1974 – año en que las autoridades de la dictadura la clausuraron – la EUE renovó los planes de estudio de pregrado en 1950, 1954, 1961 y 1971. En 1954 se modificó el programa de tercer año y se unificaron algunos módulos de enfermería psiquiátrica con los cursos de enfermería pediátrica y obstétrica. En 1956 se incorporó un curso dedicado a la relación enfermerapaciente y se contrataron enfermeras extranjeras capacitadas para enseñar

55

Es interesante destacar algunos aspectos del reglamento aprobado por el Poder Ejecutivo, pues ponen de manifiesto el espíritu original con que se concibió la formación de las nurses: la escuela tenía por finalidad “preparar personal auxiliar de asistencia especialmente apto para el cuidado de los enfermos y capaz también de auxiliar en la administración hospitalaria”. “La enseñanza será esencialmente práctica sin descuidar los conocimientos teóricos necesarios y se hará a la cabecera de los enfermos, por las Nurses, bajo la dirección y control del Director de la Escuela” (Sánchez Puñales, 2002: 53). Se destacan de estos párrafos del Reglamento, los aspectos de subordinación al médico, las características de profesión auxiliar y la primacía de la práctica sobre el aprendizaje teórico.

⁵⁶ Según palabras del Dr. Chifflet en una sesión del CCU (27/6/47), “(...) la Fundación Rockefeller condicionó la ayuda económica a la Escuela de Nurses estableciendo que la haría efectiva para el caso (...) de que fuera establecida bajo la dependencia de la Facultad de Medicina”. Dicha Fundación “contribuiría con 25 o 30.000 dólares anuales y también se cuenta con el apoyo financiero del Servicio Interamericano de Salud Pública” (Sanchez Puñales, 2002:105).

enfermería psiquiátrica, las chilenas R. Schaft y T. Mendoza, quienes en 1960 fundamentaron la importancia que debía darse a la salud mental. La Enfermera Universitaria uruguaya A. Carrasco se capacitaba en ese momento en la *Wayne University* y desde entonces enseña enfermería en salud mental a nivel de pre y posgrado en la EUE, luego Instituto Nacional de Enfermería (INDE) (Sánchez Puñales, 2002). Al finalizar el período dictatorial y desde que se reiniciaron los cursos en la EUE, los esfuerzos de las enfermeras se dirigieron a diagnosticar la situación de aquellas que trabajan en salud mental en todo el país y en reorganizar la enseñanza teniendo en cuenta el avance conceptual hacia la atención en salud mental y la estrategia en atención primaria. En 1984, la Asociación de Nurses del Uruguay (ANU), luego CEDU, propició la realización de Jornadas de Enfermería en Salud Mental, de las cuales surgió un grupo de enfermeras que comenzó a trabajar en torno a las dificultades asistenciales y laborales de quienes se desempeñaban en ese área. En 1985 se realizó el 1er. Encuentro Nacional de Enfermería en Salud Mental; la EUE creó el departamento de Enfermería en Salud Mental (ENSAME) con características interdisciplinarias; se propuso sustituir la materia enfermería psiquiátrica por varios cursos de salud mental desarrollados a lo largo de toda la carrera y los enfermeros profesionales comenzaron a participar en distintas comisiones interdisciplinarias como el Programa Nacional de Salud Mental; el de Atención Integral a la Drogadicción e Intergremial de Salud Mental.

CAPÍTULO 2

LAS CONDICIONES DE PRODUCCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE ENFERMERIA

Introducción

Como sostiene Cheroni (1994) es de reciente data la revelación que la producción de conocimiento no es un acto puramente especulativo sino que es la expresión concentrada de complejas interrelaciones sociales. Hoy se entiende que no se pueden comprender los desarrollos de ningún área de conocimiento si no se analizan desde una perspectiva histórica y considerando como es su dinámica interna, su ubicación dentro

de un paradigma científico y los procesos económicos sociales y culturales en que se producen⁵⁷

El momento histórico por el que se transcorre está signado – como nunca antes – por transformaciones vertiginosas. Ellas ocurren también dentro del campo de la salud y no sólo en los sistemas de atención sino también en las representaciones simbólicas, en las prácticas sociales, en la producción de conocimiento y en las características de las profesiones que lo integran. Enfermería participa de dichas transformaciones al mismo tiempo que se transforma a sí misma, complejizándose. Comprender la pertinencia de los cuidados que brinda, analizar sus prácticas y producir conocimientos, obliga a conocer el contexto en el que está inserta así como los aspectos que delimitan su propia identidad.

Al considerar el estado de la salud hoy, se observa a nivel mundial un panorama en el cual abundan contradicciones e inequidades, increíbles avances científicos y técnicos que han posibilitado, entre otras cosas, un aumento de la esperanza de vida, disminución de la tasa de mortalidad infantil, erradicación de enfermedades infecciosas tan devastadoras como la viruela, pero dentro de un marco de desigualdad social donde se constata que 826 millones de personas padecen hambre, 1200 millones son pobres en extremo y 600 millones no tienen acceso a los servicios de salud básicos⁵⁸. Se puede decir, parafraseando a Carrasco (2000), que el principal problema de salud actual del planeta es la pobreza.

Una mirada superficial conduciría a pensar en una crisis que parece ser esencialmente de los sistemas de atención al no poder satisfacer las demandas de los distintos grupos poblacionales. Sin embargo al profundizar se observa que la crisis es más amplia e implica cambios que trascienden a los sistemas de atención y se expresan a través de los diferentes modelos, representaciones sociales y prácticas de salud. Esas transformaciones no se producen en forma aislada y caprichosa sino que están íntimamente ligadas a los cambios económicos, sociales, ambientales, culturales y de la

⁵⁷ AnderEgg (1996) expresa esa complejidad del conocimiento al decir que el carácter histórico de la producción científica revela un triple condicionamiento en cuanto producto cultural: a) la situación contextual que comprende las circunstancias históricas, sociales, económicas, culturales y políticas; b) los marcos referenciales apriorísticos o sea las opciones científicas e ideológicas desde las cuales se aborda la realidad y c) los factores personales en cuanto a posición de clase y características psicológicas.

⁵⁸ En 1997 murieron 10.000.000 de niños menores de cinco años (el 97% en los países pobres) a causa de diarrea, neumonía y desnutrición, situaciones todas evitables con los recursos existentes si ellos estuvieran distribuidos con un mínimo de equidad y de justicia social (Briceño et Al., 2000).

subjetividad que están ocurriendo en una gran cantidad de países del mundo occidental. En América Latina, especialmente en los países del Cono Sur, dichas modificaciones presentan una característica especial que es la de producirse sobre un entramado social desarticulado, con marcadas rupturas producto de los procesos dictatoriales ocurridos en las últimas décadas del siglo XX. Estas rupturas han tenido un efecto devastador sobre las personas y su psiquismo, sobre los grupos y sobre las instituciones, que no se reduciría al momento de producirse la violencia de Estado, sino que se extendería en el tiempo transmitiéndose sus consecuencias a las generaciones siguientes. De esta forma se busca aniquilar las instituciones y los sistemas imaginarios y simbólicos sociales, pero como no existe sociedad ni grupo humano que pueda mantenerse fragmentado o dividido se desarrolla un proceso de elaboración social tendiente a mantener la continuidad de la vida que implica un trabajo de memoria y de construcción reconstrucción de vínculos, creencias, prácticas, ritos, saberes que les fueron propios. En esos movimientos de elaboración histórica se introducen nuevas formas de percibir, de creer, de sentir y de pensar las instituciones, las cuales finalmente se configuran conservando parte de las viejas estructuras e integrando dimensiones novedosas que contienen al mismo tiempo aspectos ideológicos progresistas y retrógrados. La institución Salud – y no sólo el sistema de atención – es fuertemente sacudida por los cambios y se resquebraja de la misma forma que el tejido social del cual es parte. En los huecos, en las brechas, en los vacíos de significado, producto de ese resquebrajamiento han comenzado a crecer sin orden y sin propósito aparente nuevas formas de pensar y de vivir la salud. Así, hoy, ella aparece como un *collage* de sentidos y significados que se construye con la coexistencia de grupos que sostienen distintas ideologías de “lo saludable”. En cuanto al modelo biomédico, que impera desde el siglo XIX hasta el momento actual como eje conceptual de los sistemas de atención (modelo definido por algunos autores como mecanicista,⁵⁹ reduccionista⁶⁰, cartesiano⁶¹, centrado en la

⁵⁹ Mecanicismo: concepción del mundo que explica el desarrollo de la naturaleza y la sociedad con las leyes de la forma mecánica de movimiento de la materia, que se califican de universales y se extienden a todas las variedades del movimiento material. Su surgimiento y expansión estuvieron asociados a las realizaciones de la mecánica clásica de los siglos XVII y XVIII (Galileo, Newton y otros) (Diccionario de Filosofía, 1984).

⁶⁰ Reduccionismo: concepción que afirma que es posible la reducción completa de los fenómenos superiores a los inferiores básicos. Aunque las formas superiores de desarrollo de la materia crecen de las inferiores y las conservan metamorfoseadas son irreducibles a estas últimas. El reduccionismo se afana en considerar lo psíquico sólo como resultado de procesos fisiológicos y en biologizar los fenómenos de la vida social (Diccionario de Filosofía, 1984).

⁶¹ Lo cartesiano (de René Descartes, filósofo y matemático francés, 1596-1650) se considera en este caso como un aspecto de las varias modificaciones que significó la filosofía de Descartes, que se relaciona con

enfermedad, el diagnóstico, la cura y el médico como responsable principal de su implementación), se encuentra en una amplia y profunda crisis, con contradicciones marcadas entre un discurso que tiende a ser humanista, solidario y protector de la salud y una práctica fragmentada, superespecializada, apoyada en los desarrollos tecnológicos “de punta” y sujeta a los movimientos de mercado, que cada vez más deja sin asistencia a amplios sectores de población.

La vertiginosidad de los cambios socioeconómicos afecta de manera especial al psiquismo humano no sólo en relación a la cantidad y calidad de las patologías que genera, sino también en lo referente a las transformaciones en la subjetividad. Es en este aspecto donde el vínculo madre-hijo cobra significativa importancia dado que es un articulador entre sociedad e individuo. El desarrollo científico en el campo de las relaciones y los vínculos ha llevado a que ya no se considere al ser humano como un individuo independiente de sus condiciones de existencia y pone en evidencia una de las contradicciones del momento actual: la ideología dominante propende al individualismo, la competencia, el exitismo, la superficialidad, el consumismo y la laxitud de los vínculos, en tanto que el ser humano se revela como ser vincular, producto de sus relaciones con otros y necesitado de esas relaciones para vivir.

1. Las transformaciones económicas y sociales en el mundo actual.

1.1. La globalización

La aplicación del proyecto neoliberal impuesto por las más poderosas organizaciones financieras transnacionales a la mayoría de los países del mundo, significa, según Laurell (2000) no sólo un cambio en la política económica sino una reorganización amplia y profunda de toda la sociedad basada especialmente en los principios del mercado. A este proceso, se le llama “globalización”, del anglosajón *globalization*. Si bien esta palabra es un término introducido recientemente en el lenguaje cotidiano y popularizado especialmente a través de los medios masivos de comunicación generando la falsa idea de que “se sabe a que se refiere”, no se utiliza con clara conciencia de su significado. Galeano (1999) sostiene que es una nueva forma lingüística para designar al imperialismo⁶². Olesker (2000) plantea que es una nueva fase del sistema capitalista que

la ruptura de la tradición aristotélica al negar la unidad sustancial del ser humano y disociarlo en cuerpo y espíritu (dualismo). Diccionario de Filosofía, 1984.

⁶² Imperialismo proviene del latín *imperium* y significa poder, dominación. En relación al capitalismo“(…) es la fase de desarrollo en que ha tomado cuerpo la dominación de los monopolios y del

comenzó a desarrollarse a partir de la crisis de los años 60 y que ha permitido un aumento importante de la tasa de ganancia a nivel mundial, lo cual se ha logrado en base a una profunda conversión tecnológica en especial de los países centrales y un deterioro de las condiciones de trabajo en todos los países, particularmente en los dependientes. Agrega que lo más característico de esta fase es una profundización y mundialización de las relaciones de dominación en donde las empresas transnacionales se consolidan como articuladoras de la generación y apropiación de valor y que en este momento EE.UU. ocupa el lugar de potencia imperialista hegemónica mundial, lugar que en las décadas de los años 70 y 80 compartía con Japón y Alemania ⁶³, absorbiendo más de la mitad del comercio global y controlando el 65 % del comercio de las Américas. En este contexto el 95 % de la actividad económica es de tipo financiero; existe en un mundo virtual de órdenes de compra y venta de valores o de monedas y apenas el 5% de la economía mundial se destina a la producción de cosas concretas (Ramonet, 1997). Según Harnecker (2000) el capital hoy, se traslada a los lugares más alejados de la Tierra y es capaz de ser transferido en segundos a través de circuitos electrónicos – resultado de las nuevas tecnologías en información y comunicación que unen el mundo de las finanzas. La enorme cantidad de capital movilizado en lapsos brevísimos permite a los especuladores financieros desarrollar poder económico y político suficiente como para intervenir en los planes de los distintos países de acuerdo a su propia conveniencia. Para asegurar ese dominio se presenta a la globalización como un proceso económico evolutivo, casi natural, sin reconocer que es consecuencia de las decisiones políticas de los grupos más poderosos (Laurell, 2000). La implementación del modelo económico neoliberal se sustenta en un proyecto social, político e ideológico que busca la fragmentación de la sociedad (en tanto una sociedad dividida es la mejor fórmula para el control social y la reproducción del sistema) para lo cual fomenta el aislamiento y enfrentamiento entre grupos sociales; la desarticulación de las conquistas logradas hasta el momento por los trabajadores; la desestabilización de sus organizaciones de clase (sindicatos, gremios, etc.) y la modificación de las condiciones

capital financiero, ha adquirido señalada importancia la exportación de capitales, ha empezado el reparto del mundo por los trusts internacionales y ha terminado el reparto de toda la Tierra entre los países capitalistas más importantes” (Diccionario de Filosofía, 1980)

⁶³Ramonet (1997) dice que existen tres polos dominantes en la economía mundial en este momento: América del Norte, Europa y la zona AsiaPacífico y que en cada uno de ellos existe un grupo dominante con un entorno de países que constituyen su periferia. Uruguay pertenece a los países del entorno de los EE.UU.

de trabajo a través del desempleo, disminución de salarios, eliminación de beneficios sociales e inestabilidad laboral (Binder, 1992). Otra forma de ejercer poder y dominio es mantener paralizadas a las personas en sus respuestas sociales a través del consumismo⁶⁴, acerca del cual Rifkin (1996) hace notar que no es un fenómeno que se haya producido espontáneamente ni que haya surgido como consecuencia de una naturaleza humana insaciable, sino que fue la comunidad empresarial norteamericana la que se propuso cambiar radicalmente la psicología de las personas en cuanto al uso de los productos de mercado. Cada uno de los países en los cuales se ha impuesto el modelo neoliberal ha ido instrumentando los cambios de acuerdo a sus particularidades nacionales, pero todos han seguido un conjunto de políticas dirigidas a redefinir las relaciones entre trabajo y capital modificando los vínculos laborales pero también los sociales, familiares, de salud, de educación y de seguridad social existentes. Esos cambios – y la velocidad con que se producen – han transformado profundamente las condiciones de existencia de las personas, grupos y poblaciones y también su salud.

La aplicación por parte de Uruguay del proyecto neoliberal significó, según estudios realizados, generar una situación de crisis económica muy importante⁶⁵. Hasta hoy no se han producido modificaciones sustanciales en la política económica del país habiéndose acordado (febrero 2003) una nueva carta de intención con el Fondo Monetario Internacional (FMI) similar a la del año 2002. Esta situación se mantiene igual un año más tarde, según Informe de Coyuntura 2003 del Instituto CostaDuarte⁶⁶.

⁶⁴ Moulian (1997) define el consumismo como el consumo que sobrepasa las posibilidades salariales de la persona y la obliga a acudir al endeudamiento. Para ello se hizo necesario ir cambiando la cultura del consumidor y transformando lo que antes era un lujo en una necesidad aún para las personas de menores ingresos. Con la compra a plazos se creó un nuevo mecanismo de domesticación por el cual se somete al trabajador a sus deudas, pues, un trabajador sometido a la inestabilidad de su empleo y al cumplimiento religioso del pago de sus cuotas de crédito pierde su capacidad de participación y de movilización social.

⁶⁵ La crisis se expresa a través de un aumento del 9,7% de la deuda externa bruta, caída de la actividad económica, disminución de las exportaciones, importante reducción de las exportaciones de servicios turísticos, caída de la producción del sector agropecuario, caída de la industria manufacturera, caída muy significativa de la construcción, reducción del sector comercial, restaurantes y hoteles, aumento de la tasa de desempleo, descenso del salario real, y una disminución significativa del ingreso real medio de los hogares (Instituto de Economía, UDELAR, 2002).

⁶⁶ El Instituto CuestaDuarte es el Instituto de Investigación del Plenario Intersindical de Trabajadores Convención Nacional de Trabajadores (PITCNT), Uruguay. El Informe plantea que no se vislumbran salidas a corto plazo y que desde el punto de vista productivo la economía sigue en recesión; el nivel de desempleo oscila entre el 18 y 20%, y los salarios siguen cayendo, lo cual ha dado como resultado que el 31% de los uruguayos a fines del 2002 se encontraran en situación de pobreza y que se haya producido un profundo deterioro del capital humano y productivo del país. Todo ello ha tenido una clara repercusión social que se manifiesta por una agudización de los problemas ya existentes, aumento de la pobreza, especialmente de mujeres y niños, aumento de la emigración, incremento de la marginalidad, aumento de la violencia e incremento de la segmentación y fragmentación social. Agrega que los principales

1.2. Fragmentación y ruptura del tejido social.

Como ya se expresó en párrafos anteriores, el modelo neoliberal compromete las esferas económica, social, política e ideológica. En lo que atañe a lo social puede resumirse en el logro de la fragmentación de los diferentes grupos sujetos a relaciones contradictorias para desorientar en la búsqueda de objetivos comunes e imposibilitar las luchas colectivas (Harnecker, 2000). Se intenta desorganizar la sociedad, limitando la construcción de un concepto de mayoría, preparando así el terreno para la formación de una democracia restringida (Binder, 1992). Las personas van perdiendo, además del acceso a los bienes materiales, la posibilidad de encontrar un lugar de trabajo, en el espacio público y las instituciones, en otras palabras, son privados de cualquier posibilidad de inserción social, quedan excluidos. A partir de esa desvinculación del mundo de las relaciones sociales, “de la ausencia de inscripción del sujeto en una estructura que tenga un sentido, se entra en una trayectoria hecha de una serie de rupturas con relación a estados de equilibrios anteriores más o menos estables o inestables” (Mestriner, 2001: 31). Se instala así un fenómeno en el que aparece la rotura de vínculos sociales, comunitarios y familiares que concluye en una ruptura con las raíces, con la cultura, con los valores propios de una sociedad. El aumento de la marginación se produce en varios países de América del Sur sobre una base social que ya había sido desmembrada, por los procesos dictatoriales que se produjeron en las décadas de los años 70 los cuales no fueron ajenos a la necesidad de aplicar el proyecto neoliberal. Los efectos de la tortura, las desapariciones, la cárcel y el exilio no se limitan a aquellos que las sufrieron directamente sino a su familia, a la comunidad y a las generaciones siguientes, rompiendo con el tejido social y los significados de este. Para Stolkiner (1994: 27) el modelo neoliberal se pudo aplicar en América Latina sólo después de la desarticulación social de los años 70, en donde “al terror de Estado se sumó el terror económico bajo la forma de escaladas hiperinflacionarias que operaron de hecho como mecanismo de traslación de ingresos de abajo hacia arriba (...) el terror tiene una operatoria que trasciende los límites temporales de su aplicación. Se invisibiliza en formas de aparente consenso pasivo o indiferencia y opera en las subjetividades y en los funcionamientos institucionales (...) Los procesos de ajuste, a

excluidos del mercado de trabajo son las mujeres y los jóvenes y que 1 de cada 3 jóvenes menores de 25 años que quiere trabajar, no puede. Para el año 2002 la tasa de desempleo para los menores de 25 años era de 39.9% y para los mayores de 25 años era de 12.3%; para los hombres era del 14.1% en tanto que para las mujeres era del 20.4%

veces llamados estructurales, promueven una fragmentación social seguida de reagrupamientos parciales”⁶⁷. Araújo et Al. (2002) llaman la atención acerca de los cambios que se están produciendo en la sociedad desde los años 90 a punto de partida de la introducción de la llamada “sociedad del *management*”⁶⁸ en la cual las viejas relaciones entre trabajadores y capitalistas cambian hacia una nueva forma que si se la analiza superficialmente parece distinta pero que conserva las mismas características de explotación. Los objetivos económicos basados en la contradicción capital/trabajo se profundizan tratando de aumentar las ganancias para lo que buscan lograr la mayor productividad desarrollando actividades altamente rentables, de excelencia y con tecnología de punta a cualquier costo. Esta nueva forma de organización es esencialmente inhumana, pues las personas comienzan a ser calificadas y clasificadas (se les llama “evaluadas”) tanto en los trabajos que están desarrollando como en el caso de presentarse para conseguir uno, de tal forma que los que no reúnen las características necesarias o la imagen más atractiva quedan rotundamente fuera del sistema. Así los nuevos vínculos sociales se rigen esencialmente por dos paradigmas, uno, el utilitario (para existir socialmente hay que probar que se es útil o sea que se es capaz de conquistar un lugar de ganador *winner* a nivel del mercado) y otro institucionalista (para existir socialmente hay que ser reconocido por una institución o empresa que de además de un salario de un lugar). Los que no pueden lograr ese lugar quedan excluidos socialmente – muchas veces en un total desamparo formando parte del grupo de los perdedores – los *losers*. Los cambios en las formas laborales (desempleo y precarización del empleo), la introducción de la llamada “sociedad *managerial*”, la migración y la exclusión rompen con los ejes centrales de la organización social y familiar, se atomizan las relaciones entre las personas y aparecen formas particulares de malestar y sufrimiento. Una institución utilizada como herramienta fundamental para instrumentar dichos cambios es la educativa. Massera et Al. (1991) señalaron que a

⁶⁷ V. Galli (1985) señaló que uno de los modelos inducidos desde el Estado durante el proceso dictatorial en la Argentina fue el modelo del cáncer: este tenía que ser eliminado aunque para ello hubiera que extirpar tejido sano; extirpación hecha con dolor, agresión, desidentificación, destrucción de los valores, desinformación para el cuerpo social y pauperización creciente de grandes sectores de población, especialmente infantil. Esta situación sirvió de base para la aplicación de la política económicasocial neoliberal de las dos últimas décadas.

⁶⁸ La función primordial de la organización *managerial* es producir organización. La gestión (el *management*) conlleva una cultura empresarial, valores que buscan ser la plataforma común de los trabajadores de una empresa para lo cual hay que lograr su adhesión articulada en creencias y principios tales como la legitimidad del beneficio, el logro de la excelencia, la sintonía entre progreso social y económico, la búsqueda a cualquier costo de la calidad (Aubert y De Gaulejac, 1993 en: Araújo et Al., 2002:27).

través de la investigación realizada por ellas acerca de la ideología y educación que comenzó a implantarse durante la dictadura en Uruguay, se ha podido comprobar que se utilizó el sistema educativo como instrumento de cambio social dirigido a promover pobreza conceptual, falta de crítica y disminución del grado de elaboración intelectual. Ello significó una pasivización en los análisis y respuestas de los educandos, ayudando a generar una ruptura con las tradiciones y la mentalidad liberal y democrática del país.

Probablemente de las instituciones que están siendo afectadas por la fragmentación social – especialmente en los países del tercer mundo – la que tal vez muestre en forma más transparente las modificaciones es la familia. Un dato importante del cambio familiar es el aumento considerable de mujeres jefes de familia ⁶⁹, hecho que se observa especialmente en los sectores de menor ingreso económico y que reproduce las condiciones de pobreza en tanto la mujer trabaja mayoritariamente en sectores informales y su salario es menor que el del hombre aún para las mismas funciones. El entramado familiar que surge a raíz de estas transformaciones es sumamente complejo y aunque aún no está bien estudiado se sabe que entre otras cosas repercute en el cuidado de los hijos quienes crecen sin las figuras de la madre y del padre, muchas veces bajo la responsabilidad de hermanos mayores y cuya formación se apoya en los medios masivos, en las instituciones y en lo que aprenden en la convivencia en la calle con sus coetáneos. La falta de cuidados en la niñez (la pobreza en los cuidados) es una forma de violencia social que ayuda a la reproducción de pobrezas de todo tipo. Las familias que aún pueden mantener la organización típica también se ven afectadas por la crisis económica, pues el salario se ha reducido notoriamente así como la capacidad de compra. Se hace necesario el multiempleo, en muchos casos de ambos miembros de la pareja, para poder mantener la subsistencia familiar, de manera que el aumento global de horas dedicadas a la subsistencia restringe el intercambio dentro del grupo y disminuye la disponibilidad para el cuidado entre sus miembros, en un contexto en que el apoyo social también se debilita. El consumismo tiene el mismo efecto fragmentador al mantener al padre y a la madre muchas horas fuera del hogar para obtener “siempre más”, por encima de sus posibilidades económicas, pasivizados en sus interacciones políticosociales por la sujeción a las deudas y limitando los intercambios afectivos

⁶⁹ En Buenos Aires, en el sector con necesidades básicas insatisfechas, casi el 45% de las familias tienen por jefe a una mujer. Parece que se tendiera a una nueva configuración familiar que tiene a una mujer como cabeza y soporte económico en tanto el hombre ocupa un lugar periférico, circunstancial o directamente no está (entre otras cosas por la migración) (Stolkiner, 1994)

intrafamiliares en cantidad y calidad (Stolkiner, 1994). Por otra parte la reforma del Estado en los países en los que se aplica el modelo neoliberal ha llevado al desplazamiento de la responsabilidad de cuidado de la población hacia los particulares quienes deben asegurar por sí solos el bienestar de sus integrantes. Se trasladan a las familias las tareas de cuidado necesarias para algunos de sus miembros pero no se crean medidas económicas que posibiliten su implementación. Dado el empobrecimiento de gran parte de la población y el debilitamiento estructural de la familia estos cambios significan una sobrecarga económica y social que muchos no pueden sostener concluyendo en una pérdida seria de la calidad de vida, especialmente de sus miembros más vulnerables (niños, adolescentes, embarazadas, ancianos, enfermos, etc.). Dice Fassler (2000) que el gran déficit de cuidados que padecen los pueblos, especialmente los de Latinoamérica, se expresa en los niños en la calle, los ancianos abandonados y los pacientes mal atendidos.

El desmembramiento familiar y su abandono por parte del Estado al restringir políticas sociales de protección y ayuda, promueve la formación de subjetividades desintegradas, desamparadas y coloca en un primer plano la necesidad de cuidar el vínculo primario entre madre e hijo dada su vulnerabilidad y su repercusión en la salud poblacional.

1.3. Impactos en la subjetividad.

Cada época histórica favorece determinadas formas de subjetividad⁷⁰, de relacionamiento y de organización de las instituciones sociales. Estas últimas y en especial la familia sobre todo al inicio de la vida, son las encargadas de ir construyendo el tipo de sujeto necesario al momento históricosocial. Sin embargo la persona no es determinada en forma absoluta ya que la transmisión no se produce mecánicamente sino que se va configurando con los distintos discursos y prácticas sociales existentes transcritos por cada uno de manera distinta. PichónRivière (1977) dice que cada individuo representa internamente su mundo de acuerdo a una fórmula personal, lo que lleva a que cada persona sea única e irrepetible a pesar de

⁷⁰ Subjetividad surge de sujeto y este, que proviene de **sujetar**, significa someter al dominio de alguien. Desde el punto de vista de la psicología, la subjetividad individual surge multiapuntalada en las funciones biofisiológicas, en el grupo y en las instituciones (Kaës, 1992). Puget (1995) define subjetividad como el ser en relación con otro a lo largo de un proceso en donde el vínculo es la unidad necesaria para que haya sujeto.

que comparta aspectos comunes con los otros de su generación. Freud ⁷¹ ya había señalado en 1916 que el individuo lleva una doble existencia en tanto él es para si mismo su propio fin pero al mismo tiempo es un miembro de una cadena intergeneracional a la cual está sujeto contra su voluntad o por lo menos sin la intervención de esta. En un trabajo de 1994, Kaës hace notar que la persona se atribuye a si misma la representación de ser un individuo único y autónomo, pero en realidad es tributaria de un vínculo con otro y su propio inconsciente es presencia inconsciente del inconsciente del otro. Este planteo permite comprender de que manera los cambios sociales producen modificaciones en la subjetividad, en la mayoría de los casos sin que el propio sujeto se percate de ello. Varios autores que vienen estudiando sobre el tema, como Sternbach (1992), Galende (1997), Restrepo (1998), Morin (1998), Araújo (2002) destacan que la subjetividad actual tiende a empobrecerse desde el punto de vista vincular y que muchos de los nuevos síntomas son expresión de la rotura de los lazos sociales. La fragmentación social y familiar tiende a generar sujetos internamente pobres, superficiales en su percepción de la vida y en sus concepciones, aferrados a lograr cosas materiales que les ayuden a llenar el vacío interior: tener para poder sentir que son. La impronta del consumo es hoy central en la transmisión del código social y pasa a formar parte de las redes identificatorias del sujeto; afecta en forma diferente a los distintos grupos sociales pero pueden observarse aspectos que se dan de la misma forma en todos ellos: culto a la inmediatez; pragmatismo – se descrece de los proyectos a largo plazo y se privilegia el aquí y ahora concreto; desinvestidura del futuro; atrapamiento en la fascinación inmediata de la imagen; necesidad de una enorme profusión de objetos, informaciones, imágenes que aunque no puedan ser realmente utilizadas son siempre potencialmente consumibles. Galende (1997) hace notar que el desempleo, que se va haciendo progresivamente estructural, pone en crisis el mayor soporte de la identidad y afecta a uno de los mayores dadores de integración social; se van perdiendo los intercambios personales entre los individuos y van siendo sustituidos por la ubicación pasiva de las personas como espectadoras frente a los medios masivos de comunicación. La capacidad reflexiva y la autonomía para el despliegue imaginativo van siendo suplantados por los nuevos valores culturales que se centran en la aceptación pasiva del modelo hegemónicos impuesto y pueden ser resumidos en el

⁷¹ Freud, 1916: “Lecciones de Introducción al Psicoanálisis”

consumismo, mercantilismo, individualismo, competencia ⁷² y división de la sociedad en dos grupos, ganadores/perdedores. Todos estos cambios en la sociedad y la cultura están produciendo subjetividades de un nuevo tipo caracterizadas principalmente por el miedo, la violencia, indiferencia social, aislamiento, desconfianza e individualismo y llevan progresivamente al aumento de patologías como adicciones de todo tipo, trastornos del comportamiento, trastornos en las conductas alimentarias, violencia familiar, maltrato de niños, hipocondría, y depresiones. Fernandez (1997) dice que es la era de los ataques de pánico, las enfermedades autoinmunes y las tendinitis, las cuales se relacionan con la sensación permanente de desamparo, miedo e inseguridad con que viven las personas. En el mismo sentido Araújo et Al. (2002) plantean que la incertidumbre laboral aparece como un fantasma cotidiano y actúa a través de mecanismos conscientes e inconscientes vinculados con sentimientos de miedo (a la pérdida del empleo, a la pérdida del lugar social, a no poder mantener el ritmo de la excelencia y a que el otro lo supere y conquiste su lugar), de inseguridad (agresividad, violencia) y de stress (cansancio frente a la lucha constante para sostener la imagen propia, cansancio frente al panóptico institucional). Según Kristeva (1994) ⁷³ si la melancolía vuelve a ser el mal del siglo y si crece el número de depresiones, es porque ocurre en un contexto social en que se han cortado los nexos simbólicos y en el que se vive una fragmentación social.

2. Las transformaciones en la Salud: cambios y repeticiones.

2.1. La Salud: cambios en los paradigmas y representaciones.

⁷² Carrasco (2000) destaca – apoyándose en Galende (1997) – que los rasgos de la subjetividad actual pueden agruparse en: pasividad, se refuerza en el individuo su condición de espectador, se debilita la función de la palabra y el diálogo; saturación del yo, las personas son sometidas a estrategias de información donde predomina tal cantidad de datos que se sienten saturadas de información al tiempo que vacías de significado, no pueden llegar a reflexionar acerca de los datos con que son bombardeadas cotidianamente; superficialidad de los afectos, las relaciones tienden a ser intensas y fugaces y la falta de perspectivas de futuro hace que las personas se vean obligadas a vivir en un aquí y ahora sin posibilidades de construcción de vínculos con aspiraciones de permanencia; compulsión a hacer, se tiende a tener actividades constantes y planificadas (hasta en lo recreativo) con características similares a la adicción: si fallan o desaparecen esas actividades el individuo cae en una vivencia de vacío; predominio de la virtualidad y de la imagen que llevan a la pérdida del análisis de la realidad.

⁷³ J. Kristeva en: Stolkner (1994:31)

La clásica definición de la O.M.S. sobre Salud de 1946: “estado de completo bienestar físico mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”, ha sido objeto de múltiples críticas, sin embargo tiene un gran valor en cuanto modifica la disociación sano/enfermo y enfatiza la triple dimensión de sus componentes. Se la puede considerar una meta hacia la cual tender pues al tratarse de un proceso (salud/enfermedad) no se puede hablar de un “estado de salud completa”. Briceño (2000) considera que la idea de “completo bienestar” introduce la noción de normalidad en salud, la cual es difícil de establecer y genera el riesgo de excluir por considerar enfermos a quienes se salgan del patrón de normalidad. Agrega que además la idea de bienestar debe ser interpretada históricamente, pues depende de los recursos y saberes existentes en el momento para lograrlo y la equidad con que ellos se distribuyen pues hoy existe una gran oferta tecnológica pero son muy pocos los que pueden acceder a ella dado su elevado costo.

Para San Martín (1985) el proceso salud/enfermedad no puede basarse en abstracciones sino que habría que pensarlo ligado a la evolución biológica y socio cultural del ser humano en un ambiente determinado como el resultado dinámico, variable y permanente, individual y colectivo de todas las influencias ambientales, genéticas y sociales que se originan en las formaciones sociales en las que existe y se reproduce el ser humano. La situación de salud de un individuo o de una comunidad sería el resultado de las reacciones adaptativas (adaptación ecológica: orgánica, mental, social) de los individuos y grupos frente a la composición y variación del ambiente total. Agrega que se podría considerar entonces a la salud, como un proyecto social, un plan de vida que cada sociedad ofrece a sus miembros, con más o menos riesgos, con mejor o peor nivel de vida.

Villar y Capote (Villar, 2003: 34) entienden que la Salud es “un derecho humano fundamental, una categoría biológica y social en unidad dialéctica con la enfermedad, resultado de la interrelación entre los individuos y su medio, que condiciona niveles de bienestar físico, mental y social, permite desarrollar plenamente una actividad social económicamente productiva, está condicionada a cada momento histórico del desarrollo de la sociedad y constituye un inestimable bien social”. Esta definición, que destaca a la salud como “un derecho humano fundamental”, es de suma importancia en este momento, ya que se la está tratando de transformar en una obligación individual de las personas. El pasaje de la salud de derecho a obligación se promueve a través de los cambios en las representaciones sociales y en la imposibilidad práctica de ejercerla

como tal. Se pierde el derecho a ser sano y también el de estar enfermo ya que enfermarse puede significar para muchos perder el empleo o caer en la pobreza, lo cual es aún más grave en los países dependientes, pues al no existir políticas que protejan al trabajador, este y su familia quedan en un absoluto desamparo.

El contexto descrito hasta el momento junto al avance de los conocimientos de las ciencias sociales han contribuido a que distintos grupos de la sociedad, los trabajadores y profesionales del campo sanitario busquen formas distintas de mantener y recuperar la salud, de tal manera que en el momento actual coexisten una gran diversidad de formas de lograr esos objetivos en una especie de “*collage*” con una pluralidad de sentidos y significaciones⁷⁴. El modelo médico – que aún es hegemónico –, es un tipo de modelo biomecánico fundamentado en la física newtoniana, en la disociación cartesiana y en la metáfora del cuerpo como una máquina dirigida por la mente. Autores como Foucault (1963), Illich (1975), Attali (1979), Collière (1982), Barrán (1994) destacan el carácter socialmente invasor y estrechamente ligado al orden económico y político que posee la medicina nacida de la revolución industrial. Así mismo coinciden en señalar que el modelo médico ha tenido un efecto de control e impregnación social (medicalización de la sociedad) ya que diversas funciones que antes eran controladas por otras instituciones sociales pasaron a ser regladas por la medicina. La representación de salud se relaciona desde entonces con la capacidad o incapacidad para trabajar y no tanto con otras posibilidades como la disposición para disfrutar de la vida o sentir alegría (Luz, 2000). En el momento actual estaría surgiendo un nuevo mandato social de carácter normativo, en el sentido de que todo el mundo debe tener salud, y está obligado a “mantenerse en forma”. Este mandato amplía la versión médica, pues ya no se refiere sólo al hecho de conservar la salud evitando la enfermedad, sino a la necesidad de mantener un estilo de vida saludable, responsabilidad que recae sobre las personas, sin tener en cuenta si existen las posibilidades para que las efectivicen o no. Sería uno de los aspectos que pone de manifiesto el pasaje de la salud de derecho social a obligación individual, pues ningún sistema de atención podría asegurar que las personas practiquen o no hábitos saludables (Luz, 2000). En este sentido, en la concepción de estilo de vida saludable,

⁷⁴ Luz (2000), plantea la hipótesis de que existen varios paradigmas (entendidos como estructuras modelo, simbólicas, interiorizadas y practicadas por los sujetos) subyacentes al término global salud, que pueden reunirse en dos grandes paradigmas que atraviesan las prácticas y representaciones y que son el de la normalidad/patología, anclado en el saber biomédico del último siglo aún hegemónico y el de la vitalidad/energía, ligado a tradiciones y saberes médicos y no médicos, occidentales y no occidentales.

subyace la idea de medida, en el sentido de no cometer excesos que dañen o perjudiquen la salud y ahí también se vuelve a la responsabilidad individual y la obligación personal de mantenerse sano, de ser medido, equilibrado. La salud, desde esta perspectiva, sería percibida como “vitalidad” y estaría muy relacionada con el concepto de “calidad de vida”, expresión surgida en los años 80 que encierra la idea de que es necesario realizar ejercicios físicos, practicar regímenes alimentarios, evitar el stress y asumir una actitud positiva frente a los problemas cotidianos para mantenerse sano. El campo de la medicina hegemónica parece haber incorporado esta nueva forma de percibir la salud adecuando algunas de sus intervenciones pero sin superar su paradigma tradicional que es el de la normalidad/patología. A partir de la interiorización del mandato antedicho los diversos grupos de la sociedad comienzan a sostener una multiplicidad de modelos, discursos, prácticas y representaciones que aúnan concepciones médicas tradicionales con prácticas y saberes religiosos de origen popular. En dichos modelos se cuecen otras representaciones sociales no relacionadas directamente con la salud, derivadas de los valores dominantes en la sociedad actual como el individualismo, la competencia, el consumismo y el cultivo del cuerpo. Estos valores, que están fuertemente impregnados por lo estético y que incluyen imágenes de juventud, belleza y fuerza, penetran las representaciones de la salud y generan un nuevo tipo de excluidos: los que no pueden alcanzar esos ideales ya sea por razones de constitución somática, por razones económicas o por edad⁷⁵. Los excluidos de este paradigma buscan otras alternativas para cumplir con el “mandato” de mantenerse sanos. Si tienen posibilidades económicas se acercan a prácticas como el yoga, hidrogimnasia, ejercicios de estiramiento, danza. Cuando aparecen disfunciones recurren a las llamadas medicinas alternativas, como la homeopatía, acupuntura o terapias basadas en vegetales o minerales. Las personas de estratos socioeconómicos más bajos también cultivan el mandato de mantenerse sano, pero los recursos y posibilidades son menores. Cuando se trata de personas en las que el

⁷⁵. Luz (2000) plantea como ejemplo el caso de las mujeres maduras (más de 40 años) que concurren a gimnasios y que se sienten desplazadas o inferiores por la depreciación de su cuerpo y por su imposibilidad de seguir el ritmo de los nuevos estilos gimnásticos (del tipo aeróbico) que practican (pueden practicar) algunas de las mujeres más jóvenes. Agrega esta autora que el paradigma de salud centrado en lo estético y que implica el objetivo de “producir” un cuerpo ágil, fuerte y bello, en poco tiempo, para ser utilizado como instrumento de obtención de puestos de trabajo o de ascenso laboral o social o para el logro de una pareja conveniente, se observa principalmente en los jóvenes de las clases media y alta urbanas y está asociado a la industria del vestuario, los cosméticos, los alimentos y los fármacos. Los ejercicios “saludables” que realizan estos jóvenes constituyen un tipo de actividad individualista (se puede practicar solo, hasta sin profesor en el caso de los gimnasios de pesas) y fuertemente competitiva.

modelo médico es un elemento muy fuerte en sus representaciones de salud, recurren por una diversidad enorme de dolencias físicas no bien especificadas, a servicios públicos y privados de atención y a grupos religiosos o no de sanación.

2.2. Modelos y sistemas de Atención a la Salud.

Pese a los múltiples modelos y representaciones de salud existentes en la actualidad, se delinean básicamente dos tendencias que pugnan por imponerse: por un lado el modelo médico descrito anteriormente y por otro lado una concepción históricosocial, procesual, dinámica, compleja, multicausal, interdisciplinaria y participativa, que concibe al ser humano como ser biopsicosocial complejo, natural, relacional, racional e irracional, existiendo en un contexto económicosocial, cultural y ambiental, que toma como objeto de atención los individuos y los grupos desde su ubicación de clase y está centrada en la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud (tabla 2.1).

Es necesario tener en cuenta que los desarrollos sociales son conflictivos, contradictorios y responden a la lucha de intereses de los distintos grupos y clases. Así, si bien por un lado se trata de imponer un modelo de atención que siga los lineamientos dominantes, por otro, los distintos grupos poblacionales van tomando conciencia de su derecho a estar sanos y tratan de ejercerlo presionando de distintas formas. Pese a que el modelo médico clásico no contaría con una adhesión social completa ha cobrado mucha fuerza en la actualidad ya que el sistema económico propende cada vez más a un modelo curativo, tecnológico, basado en actos médicos de alta rentabilidad que exigen inversiones en edificios, equipos, medicamentos, etc., asegurándose de esa forma un crecimiento importante de ganancia a grupos de poder relacionados con la salud. Según San Martín (1985) esta orientación, se confunde con el llamado progreso técnico que puede ser eficaz en determinadas actividades como puede ser la curación de algunas enfermedades pero no para el amplio campo de la prevención, protección y promoción de la salud de la mayoría de la sociedad.

Villar (2003) plantea que a partir de la década de los años 80, los organismos financieros internacionales (F.M.I., B.M., B.I.D.) ⁷⁶ comenzaron a tener una injerencia cada vez mayor en el campo de la salud hasta llegar a definir las políticas que los

⁷⁶ FMI: Fondo Monetario Internacional. Organismo de la ONU, con sede en Washington, creado en 1945, para estimular la cooperación monetaria internacional y fomentar la expansión y el intercambio del comercio. BID: Banco Interamericano de Desarrollo. Organización fundada en 1960 para ayudar a los países subdesarrollados. Sede en Washington. BM: Banco Mundial. Organismo de la ONU cuyo objetivo es la ayuda a los países concediendo préstamos a los gobiernos o empresas privadas. Sede en Washington.

gobiernos debían aplicar en cada país pero que al mismo tiempo se fue avanzado en la comprensión de la salud como un derecho y como un bien social. Agrega que actualmente las concepciones más progresistas en materia de salud quedan invisibles o inmovilizadas en el discurso, impedidas de ser llevadas a la práctica por la presión de los organismos de poder que las combaten duramente dado que no responden a su objetivo de crecimiento de la ganancia.

Tabla 2.1 – Modelos de Atención a la Salud.

Criterio	Modelo 1	Modelo 2
Concepto de ser humano	Natural, predominantemente racional, disociado mente cuerpo, ahistórico, de funcionamiento mecánico	Natural y relacional, bio psicosocial, racional e irracional, con aspectos conscientes e inconscientes, histórico, dinámico, altamente complejo, conflictivo y contradictorio, integrante inseparable de su contexto económico, social, cultural y ambiental, determinado por las condiciones de la formación social en la que existe, creador y transformador de su medio y de si mismo.
Concepto de Salud enfermedad	Mecánico, reduccionista, biologicista, mocausal, centrado en la enfermedad	Histórico, social, distinto según clases sociales, dinámico, complejo, multicausal, centrado en la preservación de la salud
Objeto de atención	El individuo	Individuos o grupos en su contexto social, económico, cultural y ambiental
Acción predominante	Diagnóstico y tratamiento	La promoción, protección y prevención
Complejidad	Complejo, pero de base mecánica	Complejo, contradictorio y conflictivo
Campo de estudio y acción	Unidisciplinar	Interdisciplinar (integra también disciplinas que no son específicas del campo de la Salud)
Conducción	Directiva	Participativa (intervienen además de los agentes de salud, los receptores de las acciones de salud y los

		miembros de la comunidad que lo deseen)
--	--	--

Actualmente en las Américas, si bien hay características particulares para cada país, existen algunas pautas de organización comunes a los sistemas de atención que permiten definir una situación predominante⁷⁷ caracterizada por una gran desorganización donde conviven servicios con diferentes finalidades, políticas, estructuras de organización y formas de financiamiento, donde predomina la competencia y coexisten el derroche con la miseria. Junto a la multiplicidad y superposición innecesaria de los recursos más sofisticados que utiliza una reducida parte de la población se observan graves insuficiencias en los recursos de menor complejidad, que servirían para asegurar la asistencia de la población (Villar, 2003).

2.3. El sistema de atención en Uruguay.

En términos generales se puede decir que comparte las características del resto de los países americanos. La situación se ha vuelto crítica y se ha acentuado la inequidad en la atención por varios factores, algunos de los cuales son la creciente mercantilización de los servicios, la instalación de empresas médicas privadas con fines de lucro; una clara diferencia entre los pocos y poderosos médicos dueños de empresas y un gran grupo de médicos que se han transformado en asalariados, a veces con salarios muy bajos; la reducción al mínimo de los profesionales y trabajadores del campo de la salud necesarios para brindar atención en los servicios públicos y privados; la reducción del Estado al mínimo en su responsabilidad de atención limitándola a los llamados indigentes; la existencia de una gran masa de población que por motivos económicos abandona la asistencia en las Instituciones privadas de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y se transforma en usuaria de la red pública y la marcada disminución de la compra de insumos en general ⁷⁸. Concomitantemente aparecen formas de atención a través de seguros privados, algunos norteamericanos, con costos muy altos a los que

⁷⁷ La excepción la constituye la república de Cuba, que ha desarrollado un Servicio Nacional de Salud el cual asegura atención integral en forma gratuita a toda la población a través de una red organizada de servicios financiados por el presupuesto del Estado. El grado máximo de baja eficacia y baja eficiencia lo constituye el sistema de salud de EE.UU., que se organiza de acuerdo a un estricto modelo de mercado: es el que gasta una mayor proporción de su Producto Bruto Interno (P.B.I.) en salud pero no asegura cobertura a toda la población (la proporción de norteamericanos sin seguro de salud era de un 16.1% en 1997) (Villar, 2003).

⁷⁸ Esta situación se da en forma más acentuada en los servicios públicos, en los cuales faltan los recursos más elementales como medicamentos, material blanco, ropa de cama, alimentos, instrumentos para medir signos vitales, etc. La reducción más notoria es en la cantidad de trabajadores de la salud.

sólo pueden acceder pocas personas y también el aumento incoordinado de consultorios médicos privados que ofrecen servicios de diagnóstico o de tratamiento de alta tecnología a elevados costos junto con la aparición de las llamadas “emergencias móviles” sistemas privados de atención a domicilio en situaciones de urgencia. Al mismo tiempo el modelo de atención hegemónico se ha vigorizado y el colectivo médico avasalla el campo de otras profesiones del área de la salud, absorbiendo muchas de sus funciones y actividades (Villar, 2003).

2.3.1. Política sanitaria en la atención maternoinfantil.

Antes de adentrarnos en lo que atañe a la política sanitaria del país respecto a la atención maternoinfantil consideramos necesario tomar en cuenta algunos datos generales que tienen un peso considerable en el tema. Uruguay, según el M.S.P. (2001)⁷⁹, cuenta con una población de 3.322.141 habitantes (1.609.199 son hombres y 1.712.942 son mujeres), de los cuales 1.380.962 se concentran en Montevideo. El 95% de la población de Montevideo cuenta con saneamiento, el 90% con agua potable y el 85% con electrificación. El 18% de los hogares urbanos del país presentaba en 1998 al menos una carencia crítica y el 8,8% de la población total del país, también para 1998, no tenía cobertura médica (M.S.P. 2001). Los indicadores demográficos que se presentan en las siguientes tablas aportan otros datos que permiten tener una idea de la situación sanitaria general del país.

Tabla 2.2 – Esperanza de vida al nacer para todo el país, 2000.

Esperanza de vida al nacer	
Total	75.13
Hombres	71.12
Mujeres	71.20

Fuente: M.S.P. (2001).

Tasa bruta de natalidad	15,9 o/oo
Tasa bruta de mortalidad	9,2 o/oo
Tasa de mortalidad infantil	14,1 o/oo

Fuente: M.S.P. (2001).

⁷⁹“La Salud del Uruguay en cifras”. Departamento de Estadística del M.S.P.

Tabla 2.3 Datos sobre pobreza ⁸⁰ para todo el país.

Tasa de pobreza	25.2
Nº de personas pobres	840.924

Fuente: P.N.U.D⁸¹. (1999).

Tabla 2.4 Porcentaje de personas pobres por tramos de edad para todo el país, 1997.

Tramos de edad	% de personas pobres
0 a 5 años	46.5
6 a 29 años	68.4
30 a 64 años	19.6
65 años y más	8.3

Fuente: M.S.P. (2001)

Tabla 2.5 Tasas de mortalidad infantil (Período 1998-2000).

	Uruguay	Montevideo	Tasa más alta	Tasa más baja
Tasa de Mortalidad Infantil	15 o/oo	15,7 o/oo	19 o/oo Rivera	10,2 o/oo Colonia
Tasa de Mortalidad Infantil neonatal	8,4 o/oo	8,8 o/oo	11 o/oo – Salto	5,2 o/oo Río Negro

Fuente: M.S.P. (2000).

Tabla 2.6 Niños con bajo peso al nacimiento, año 1999.

Montevideo	9,5 %
Uruguay	8,1 %

Fuente: M.S.P. (2001).

Tabla 2.7 Niños con bajo peso al nacer discriminados por Instituciones de Asistencia en Montevideo, 1999.

Banco de Previsión Social (B.P.S.).	8,3 %
Hospitales Militar y Policial	10,3 %
Hospitales Pereira Rossell y Clínicas	11,9 %
Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (I.A.M.C.) ⁸² .	7,5 %

Fuente: M.S.P.(2001).

⁸⁰ Para el Banco Mundial la línea de pobreza se establece en 2 dólares diarios per cápita de ingresos; la extrema pobreza se establece en 1 dólar diario per cápita (Stolowicz, 2002)

⁸¹ P.N.U.D. (O.N.U.) Desarrollo humano en Uruguay., 1999.

⁸² Las I.A.M.C.s son instituciones de asistencia médica privadas.

Tabla 2.8 Porcentaje de embarazos de riesgo ⁸³ y de madres adolescentes para todo el país, 1998.

Embarazos de riesgo	26,8%
Madres adolescentes (<20 años)	17,3%

Fuente: M.S.P. (2001).

El gasto en salud que realizaba Uruguay para 1998 era del 10,26% del P.B.I., del cual el 46,4% se destinaba al sector público y el 53,6% al sector privado (M.S.P. 2001)⁸⁴.

Para cumplir con sus objetivos estratégicos⁸⁵, el M.S.P. ha elaborado una serie de normas y programas, de los cuales consideraremos, a efectos del presente trabajo, los que se relacionan con la atención maternoinfantil y la atención en salud mental.

Programa Materno Infantil.

En 1987 el M.S.P. estableció un Plan de Salud MaternoInfantil dentro de los Programas de Atención a la Salud de las Personas con el objetivo de brindar al binomio madre niño una correcta asistencia durante embarazo, parto y puerperio que permitiera un descenso de los índices de morbilidad materna, perinatal y pediátrica. Para ello, entre otras cosas, era necesario adiestrar al personal en el manejo y cuidado de los equipos destinados al control del embarazo y parto; en la realización de técnicas apropiadas en el seguimiento y registro de las variables del parto y en la preparación psicoprofiláctica de la pareja parental. Se elaboraron normas con un plazo para comenzar a implementarse que fue para Montevideo el 30/12/87.

Las Normas de Atención Prenatal, establecen que es necesario educar a la embarazada y sus familiares en cuanto a la conducta a seguir durante la gestación, parto, puerperio, atención del recién nacido, lactancia natural, interacción madre niño,

⁸³ El M.S.P. considera embarazo de riesgo a aquel que no ha tenido ningún control a lo largo del mismo o que se ha controlado la madre sólo a partir del 3er. trimestre (Departamento de Estadística del M.S.P. , 2001)

⁸⁴ Según un informe del Rectorado de la Universidad de la República, el gasto público en salud es para setiembre 2004 del 5,1% del PBI (Torello, M. Documento de trabajo del Rectorado N° 23, UDELAR 2004).

⁸⁵ El M.S.P. “es responsable de velar por el estado de salud de la población y de recuperar a la misma en caso de enfermedad; formular las políticas y estrategias de salud a nivel nacional y garantizar un nivel adecuado de asistencia a la población. Fortalecerá la acción normativa, de control, prevención y promoción de salud; focalizará la asistencia médica gratuita hacia los sectores de población indigentes y carentes de recursos, promoviendo la reforma gradual de gestión de las prestaciones de los Hospitales Públicos, fundado en la descentralización operativa que tienda a un mejor aprovechamiento de las capacidades humanas y hospitalarias” (M.S.P. Viva la Salud. Informe 2001).

importancia de las inmunizaciones y controles periódicos. Dicen que es necesario realizar la detección del embarazo de alto riesgo basándose en los antecedentes obstétricos, patológicos personales y familiares de la paciente así como en su nivel socio cultural y económico. Los objetivos de estas normas son la promoción de salud, prevención y/o detección precoz de complicaciones perinatales; promoción de un parto confortable, mejoramiento del cuidado del recién nacido y promoción de un acercamiento temprano entre la madre y su hijo. En el Esquema de Centro Obstétrico ⁸⁶ se dice que el mismo se planificó en el entendido que durante el parto la madre debe estar acompañada por uno (o más) familiares y que la interacción entre madre y recién nacido (incluyendo succión del pecho) debe comenzar enseguida del nacimiento. En las Normas de Atención del Periodo Neonatal Precoz y del Recién Nacido Normal hasta los 28 días de vida, se señala que es necesario estimular a la madre para que colabore en la asistencia de su hijo, favorecer la relación entre ambos, estimular los lazos afectivos padremadrehijo y preconizar la alimentación natural inmediata al nacimiento. En las Normas de Control Periódico del Niño, se establece que se realizará una evaluación de riesgo de su salud física o mental por causas sociales y biológicas y una identificación de factores de riesgo tales como bajo nivel de instrucción de la madre, que ella sea adolescente o añosa, que tenga antecedentes de pérdidas reproductivas, uso de psicofármacos y patologías previas al embarazo; que existan antecedentes de hermanos fallecidos, prematuros o con bajo peso al nacer. Se agrega que la clasificación de riesgo se realizará desde el nacimiento para intervenir con acciones de educación integradas con el Programa de Atención a la Salud Mental y que se tendrán en cuenta la adecuación de la relación madre hijo; las características del amamantamiento apreciando la actitud de la madre e identificando causas cuando hay destete precoz, la existencia de carencias psicoafectivas, de maltrato y de abandono, la estructura, condición socioeconómica y funcionamiento de la familia y la aceptación o rechazo del niño. Se realizará educación continua de las madres y las familias en domicilio sobre puericultura básica, promoción de la lactancia natural y estimulación temprana.

⁸⁶ “El Centro Obstétrico es el sector del Servicio de Maternidad destinado a la asistencia de los distintos períodos del trabajo de parto y la atención inmediata del recién nacido” (M.S.P., 1987).

En 1999 se procedió a una reformulación de las normas antedichas, en la cual no aparece más la necesidad de cuidado del vínculo madre-hijo ni en la etapa gestacional ni en la puerperal, tal como había sido formulada en 1987⁸⁷.

SubPrograma ADUANA.

Es un subprograma del Programa Materno Infantil creado para disminuir los índices de morbilidad infantil mediante la captación y seguimiento de recién nacidos, lactantes y embarazadas. La población objetivo es la formada por los recién nacidos y lactantes de madres residentes en Montevideo nacidos en los Hospitales de Clínicas y Pereyra Rossell. Se basa en un sistema de referencia y contrarreferencia entre los hospitales antedichos y los centros de salud del M.S.P. para que los recién nacidos y sus madres sean atendidos y controlados en su zona de residencia. En 1971 se elaboró un subprograma en los hospitales Pereyra Rossell y Pedro Visca, implementado por un equipo de enfermería para coordinar el alta de puerperas y recién nacidos derivándolos a 4 centros de salud y 10 centros del Consejo del Niño. Luego del cierre del hospital Pedro Visca en 1983, se incorporó el Hospital de Clínicas y en 1995 comenzaron a participar las Policlínicas zonales de la I.M.M. En la actualidad al ser dados de alta el recién nacido y su madre de los hospitales Pereyra Rossell o Clínicas son referidos al centro de salud más cercano a su lugar de residencia, el cual se encarga de captar al recién nacido entre el séptimo y décimo día del alta y de realizar un especial seguimiento de los menores de 1 año considerados de alto riesgo ⁸⁸ (Buenavida et Al. 2001).

Normas Nacionales de Lactancia Materna.

⁸⁷ En 1999 tomando como documento base las Normas Materno Infantiles publicadas en 1987, el Proyecto “Fortalecimiento del Área Materno Infantil y Regionalización de la Asistencia de la Embarazada, del Parto y del Recién Nacido” utilizó la estrategia de normatización de la O.P.S./O.M.S. para lo cual se establecieron talleres de discusión del documento en Montevideo y el Interior del país. Las normas fueron aprobadas por la Comisión Honoraria Materno Infantil del M.S.P. la cual estaba integrada por 10 miembros: 8 médicos, una licenciada enfermera y una obstetra. Se publicaron en un librito que lleva el nombre de Normas de Atención Materno Infantil. Sección Perinatal. (M.S.P. Viva la Salud. Montevideo. Uruguay. 1999).

88

Los puntos 2,7,9,10 y 12 de los criterios de alto riesgo infantil (1995) hacen referencia a: no amamantamiento; destete precoz; maltrato; madre adolescente y/o sola y/o analfabeta; severísimo riesgo social; vivienda muy precaria; falta de agua potable y embarazo no controlado.

En 1998 se dan a conocer las Normas elaboradas por la Comisión Nacional de Lactancia Materna del M.S.P. cuya política es la de que todas las mujeres puedan ejercitar el derecho de amamantamiento y todos los lactantes puedan ser alimentados exclusivamente a pecho desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad. En ellas se estimula a practicar el alojamiento conjunto dejando que los recién nacidos estén junto a sus madres las 24 horas y a seguir amamantando al menos hasta el año de edad del lactante. Se considera importante orientar a la madre durante el embarazo y detectar precozmente a las mujeres con antecedentes desfavorables para la lactancia. Se hace referencia a la técnica de amamantamiento y sus problemas más comunes, como dolor al amamantar, grietas del pezón, congestión mamaria, micosis, mastitis, reflejo de eyección excesivo, disfunción motora oral en el bebé, inadecuado incremento del peso y crisis transitoria de la lactancia. Se normatizó también respecto a la comercialización y publicidad de sucedáneos de la leche materna⁸⁹ y se recordaron los derechos de la mujer que amamanta establecidos en la legislación uruguaya, tales como reducción de la jornada de trabajo, interrupciones para amamantar, beneficios en dinero y derecho a recibir complemento alimentario.

Informe “Por ellos” del M.S.P.

De acuerdo a este Informe – que evalúa lo realizado por el M.S.P. entre 1995 y 1999 la reproducción de la sociedad uruguaya descansaba en gran parte en los sectores más pobres y más vulnerables que carecían de sistemas sociales de protección y apoyo, los cuales mostraban una tasa de natalidad mayor que la media nacional y una tasa muy superior de morbilidad perinatal y neonatal. El 99% de los partos eran institucionales con un porcentaje de cesáreas de 23.1% con una clara diferencia entre el sector público (16.7%) y el privado (35.7%). Luego del descenso de la tasa de mortalidad infantil de 28 por mil (1990) a 20,4 por mil (1994) se mantuvo estancada hasta 1996 en 19.6 por mil, con diferencias entre los sectores público (22.6) y privado (11.7). En el mismo período, con respecto a los componentes de la tasa de mortalidad infantil, la porción neonatal era de 10.8 por mil y la post neonatal de 8.8 por mil. Las principales causas de muerte infantil a nivel nacional relacionadas con dificultades en el control del

89

De acuerdo al Código Internacional de Sucédáneos de la Leche Materna de la OMS/UNICEF (incluido en el Reglamento Bromatológico Nacional aprobado por Decreto 315/94 del Poder Ejecutivo y vigente desde el 14/7/94) se define como sucedáneo de la leche materna a “todo alimento comercializado o presentado como sustituto parcial o total de la leche materna sea o no adecuado para este fin” (M.S.P. Uruguay. Normas Nacionales de Lactancia Materna, 1998: 2).

embarazo, del parto y del recién nacido eran las afecciones perinatales y neonatales. En el período post neonatal primaban las infecciones respiratorias agudas y la muerte súbita. El Informe destaca que desde 1984 existían normas de atención a la embarazada, el parto y el recién nacido, pero que el sector público no había podido aplicarlas por la situación de los recursos humanos, físicos y administrativos. Los niños no controlados en los 30 días siguientes a su nacimiento en los centros de salud del M.S.P. eran el 25%, mientras que en el sector mutual eran el 1.2%. El porcentaje de recién nacidos de bajo peso para todo el país era del 7.3% (10% atendidos en el M.S.P. y 5% atendidos en el sector privado). En 1995 el Uruguay era el único país de América Latina que aún no contaba con maternidades acreditadas como “Hospital Amigo del Niño” (iniciativa de O.M.S. y UNICEF). Una encuesta realizada en 1992 mostraba las cifras más bajas de duración de la lactancia registradas a lo largo del siglo y ponía en evidencia la posibilidad de extinción de esta práctica ya que en 1916 era de 152 días y en 1992 era de 57 días. Entre ambos datos, en los años 1940-1950 era de 126 días; en 1976-77 era de 75 días y en 1989 era de 72 días. El promedio de hijos por mujer variaba entre 3.3 en las mujeres sin instrucción y 1.5 en las que tenían educación superior. El 40% de los niños y niñas nacían en hogares con necesidades básicas insatisfechas y la fecundidad adolescente registraba un aumento muy significativo ⁹⁰. La antedicha realidad nacional llevó a la creación del Departamento MaternoInfantil, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de las embarazadas, recién nacidos y contribuir en la disminución de la morbilidad materno infantil con énfasis en las áreas de extrema pobreza.

De acuerdo a datos aportados por informantes clave desde que comenzó la reestructuración de distintos organismos del M.S.P. (*circa* 1996), el Programa de Atención MaternoInfantil no se está implementando ni utilizando como referencia nacional. A pesar de ello los servicios de enfermería públicos siguen adoptando las Normas de Atención MaternoInfantil de 1987-89.

Programa Nacional de Salud Mental.

En 1985, el MSP creó una Comisión encargada de la elaboración de un Programa Nacional de Salud Mental, a solicitud de la cual se amplía integrando delegados del Sindicato Médico del Uruguay, la Coordinadora de Psicólogos, la Escuela Universitaria de Enfermería, la Escuela Universitaria de Servicio Social, la Escuela de Sanidad, el

⁹⁰ Mientras en 1985 se producían 62 nacimientos por cada mil mujeres en edades entre 15 y 19 años, esta cifra se elevaba a 76 para el período comprendido entre mayo de 1995 y mayo de 1996.

Departamento Central de Enfermería del MSP, la Escuela Universitaria de Psicología y la Facultad de Medicina. La Comisión recomendó para la ejecución y permanencia del Programa, que se integrara el Departamento de Salud Mental a la estructura ejecutiva del MSP y que dicho Departamento contara con un director de una de las profesiones del área de la salud mental con experiencia en administración de servicios de salud. A su vez se designó una Comisión Asesora Técnica Permanente del Departamento de Salud Mental integrada por miembros de las instituciones que formaban parte de la Comisión elaboradora del Programa, representantes de las IAMC y de la comunidad. El MSP aprobó el Programa Nacional de Salud Mental en noviembre de 1986 y en 1987 resolvió la creación de un grupo de trabajo con representantes del MSP y de Facultad de Medicina con el cometido de estudiar la integración de la Salud Mental en APS y la creación de una comisión mixta MSPFacultad de Medicina para establecer Unidades de Salud Mental en los Hospitales Generales de todo el país. La Comisión designada para estudiar la inserción de la Salud Mental en la Atención Primaria (1987) señalaba que la salud mental es un componente del proceso de salud y que debe ceñirse a las definiciones y recomendaciones de Alma Ata , extendiendo la cobertura de servicios a toda la población. En una primera etapa proponía integrar las acciones de salud mental con el Programa MaternoInfantil pues permitiría abordar la salud de la mujer, pareja y familia implementando acciones tendientes a fomentar la protección de la salud emocional de la población. El Programa está dividido en subprogramas, uno de los cuales es el de Atención Infantil que en su introducción subraya la necesidad que la atención sea ofrecida por un equipo básico interdisciplinario integrado por psiquiatra y psicólogo infantil, enfermera especializada y asistente social; que la prevención se haga en estrecha coordinación con el Programa MaternoInfantil y en el niño mayor con la enseñanza preescolar. Se proponen como objetivos, ofrecer programas de preparación para el parto que contemplen los aspectos psicológicos del mismo; favorecer el apego materno infantil en el período peri natal y captar y diagnosticar precozmente patologías físicas, psíquicas y sociales maternas como madres que golpean y distrofian, madres en situación de deprivación socioeconómica o con enfermedad mental. Agregan que deben crearse en los tres grupos etarios planes para evitar secuelas psíquicas invalidantes en situación de enfermedad crónica y que debe realizarse prevención terciaria en estrecha colaboración con distintos grupos civiles.

2.3.2. Organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil que prestan servicios asistenciales a la salud en Montevideo.

Los cambios en las prácticas y paradigmas de salud, junto con las transformaciones del Estado y el traspaso de responsabilidades de cuidado a la sociedad civil, han complejizado los vínculos entre el sector público y privado del sistema de atención. Algunas organizaciones de la sociedad civil, que se definen como organizaciones sin fines de lucro, asumen una parte de las responsabilidades sociales y de atención sanitaria abandonadas por el Estado, por ejemplo, Organizaciones no gubernamentales (ONGs) de ayuda y asistencia a la mujer y a niños en situación de calle; grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, Adictos Anónimos, Cazabajones (grupo de atención a personas deprimidas), Gordos Anónimos, etc. También se localizan policlínicas de asistencia que surgen por convenios entre organizaciones barriales y la Universidad de la República (UDELAR); guarderías y comedores infantiles barriales; Programas de Extensión de la UDELAR en convenio con otros sectores como el Programa de Aprendizaje y Extensión (APEX); Programas de ayuda social y de atención sanitaria temporarios, como el Programa “Frío Polar”; grupos religiosos, que atienden sobre todo problemas sociales, como el Centro de Investigación Franciscano Ecológico (CIPFE), etc. Como se observa existe una vasta y compleja red de organizaciones que intenta dar respuesta a necesidades de la población que antes asumía el Estado y que actúan sin planificación común y sin un estudio global previo. Sin embargo, pese a esa falta de coordinación, al buscar solución a problemas puntuales surgidos de las demandas de la población, por su cantidad y en muchos casos por la calidad de la atención que brindan genera una red asistencial que provee de ayuda eficaz a muchos grupos necesitados.

Dentro de la esfera pública se encuentran organismos que plantean dentro de sus objetivos el prestar algún tipo de atención a la salud, tales como los Ministerios de Salud Pública, de Defensa Nacional, del Interior, de Educación y Cultura, de Trabajo y Seguridad Social; el Banco de Previsión Social (BPS), Intendencias Municipales, Universidad de la República (UDELAR), Servicios Descentralizados, Entes Autónomos y Docencia Pública.

En la siguiente tabla se exponen los integrantes del Sector Público de Montevideo que interesan al presente trabajo.

Tabla 2.9 . Algunos organismos públicos que prestan servicios asistenciales de salud en Montevideo.

Dependencia	Organismo público
ASSE	MSP
División Salud	IMM
Hospital de Clínicas	Universidad de la República
Programas de Extensión	Universidad de la República
Gerencia de Salud	BPS
Hospital Central de las Fuerzas Armadas	Ministerio de Defensa Nacional

2.3.3. Dependencias del Ministerio de Salud Pública.

Dada la importancia que tienen los organismos del M.S.P. no sólo en cuanto a las prestaciones sino también en lo que tiene que ver con la regulación y normatización se considera relevante presentar una breve descripción de algunos de ellos relacionados con el tema del presente trabajo.

La Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), fue creada en 1987 como un organismo desconcentrado del MSP con el cometido de administrar los Servicios de Salud del Estado y administrar los establecimientos de atención médica del MSP Las unidades de atención a la salud que dependen de este organismo. están agrupadas por categorías que consideran a los hospitales (generales y especializados) y a los servicios de atención ambulatorios (centros de salud, policlínicas, consultorios y puestos de salud) según tamaño y complejidad.

Los Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) dependen de ASSE y están siendo reorganizados en este momento. Debido a esta reestructura, la sensación que tienen sus funcionarios, sobre objetivos y planes es confusa ⁹¹. Se han elaborado 12 Programas de Atención prioritarios que se implementan o no de acuerdo a la existencia de recursos humanos y materiales en el momento. Dentro de sus cometidos se encuentra la administración de los centros de salud. En relación a esto no se ha podido obtener información actualizada sobre la población que se asiste en dichos centros, ya que está siendo procesada por los estadígrafos del SSAE, ni se han obtenido datos precisos sobre

⁹¹ Datos aportados por Informantes Clave.

la extensión de las áreas geográficas que pertenecen al radio de acción de cada centro, pues sus límites cambian de acuerdo a los criterios de cada Director y de acuerdo a la velocidad con que surgen nuevos asentamientos en las distintas zonas de Montevideo. Cada uno de los centros de salud administra policlínicas que se distribuyen en el área geográfica que les corresponde. Algunos cuentan con un servicio de emergencia. La atención se realiza a través de un Equipo Técnico, gestionado por un Director Médico, dentro del cual se encuentra el Servicio de Enfermería.

Actualmente existen 11 centros de salud en Montevideo y todos brindan atención materno infantil. Ellos se detallan en la tabla 2.10 junto con las policlínicas dependientes, servicios de emergencia y equipo técnico de enfermería. Como se puede observar en todos los centros desempeñan funciones auxiliares de enfermería, pero sólo en algunos lo hacen licenciados enfermeros. Para el Programa Aduana están destinados 4 auxiliares de enfermería y participan los 9 licenciados enfermeros de los centros de salud, pero ninguno de ellos es responsable de la coordinación del Programa. Dos de los Centros de Salud (Santa Rita y La Cruz de Carrasco) se encuentran ubicados en las llamadas zonas rojas o zonas de alerta.

Las Áreas Específicas de Atención de ASSE son responsables de la administración de: atención psiquiátrica, asistencia odontológica, programas especiales, medicina familiar, emergencia y catástrofes. De ellas interesa resaltar para este trabajo, el área de medicina familiar y el área de asistencia psiquiátrica. La primera de ellas, Unidad Nacional administrativa de Medicina Familiar (**UNAMEFA**), funciona desde 1987 con el objetivo de brindar atención en el primer nivel. Se delimitan zonas urbanas, suburbanas o rurales asignadas a un médico de familia, que se vincula con el MSP bajo régimen de contrato (no se rige por el estatuto del funcionario público). En 1995 existían 122 médicos actuando en el país: 58 en Montevideo y 64 en el Interior, distribuidos en un 10% en zonas urbanas; 48% en zonas suburbanas y 42% en zonas rurales. En cuanto al área de **Asistencia Psiquiátrica**, contaba en 1991 con más de 10 formas organizativas, lo cual generaba una gran desorganización de funciones y responsabilidades, así como también, confusión en los distintos niveles de atención, lo que llevó a que en 1993 se creara el Departamento de Psiquiatría como medio de coordinación entre los distintos establecimientos asistenciales. Desde entonces se han sucedido una serie de cambios, entre ellos, reducción de la población de internados en hospitales psiquiátricos, redefinición del Hospital Vilardebó, creación de una nueva

unidad ejecutora, el Centro Nacional de Rehabilitación del Uruguay (CENARU), destinado a centro residencial para pacientes drogodependientes y se inició un proyecto de internación psiquiátrica para niños en coordinación con el Instituto Nacional del Menor (INAME). que para 1995 aún no se había podido implementar.

Tabla 2.10 Centros de salud de Montevideo dependientes del M.S.P. que prestan atención materno infantil (2002). Fuente: tabla elaborada en base a los datos aportados por la Jefe del Área de Enfermería Lic. S. García.

Centro de Salud	Policlínicas dependientes	Servicio de Emergencia	Lics. Enf.	Auxs. Enf.
Cerro	4	Si	1	36
Giordano	No	No	1	13
Unión	No	No	1	7
Sayazo	3	No	1	12
CRAPS (Ex Filtro)	No	No	1	12
La Cruz de Carrasco	2	No	1	16
Jardines del Hipódromo	1	Si	1	20
Monterrey	1	Si	0	11
Piedras Blancas	3	Si	1	19
Santa Rita	2	No	1	8
Maciel	No	No	0	s/d
Totales	16	4	9	154

s/d – sin dato.

4. Recursos humanos en salud.

3.1. Datos regionales: el MERCOSUR.

Las primeras acciones del MERCOSUR⁹² en lo que se refiere a integración de recursos humanos se produjeron en el campo de la Salud ya que se consideró a esta como factor central en el proceso de desarrollo humano. En ese sentido se han generado

⁹² En 1986 los presidentes de Brasil y Argentina dieron inicio a un proceso de integración entre ambos países en los planos político, económico y social, al que luego se adhirieron Uruguay y Paraguay. En 1991, en la ciudad de Asunción, Paraguay, los presidentes de los cuatro países firmaron un tratado para la constitución de un mercado común, al que llamaron tratado de integración del MERCOSUR.

un conjunto de compromisos entre los países signatarios en relación a la formación de recursos humanos para ese sector ⁹³ que ha comenzado a tener consecuencias no sólo en los aspectos organizativos del mismo sino también en cuanto a la creación de un mercado secundario de ofertas educativas para la región. Rodríguez (1995) sostiene que es preciso tener en cuenta que el acuerdo de integración traduce las tendencias de los grandes grupos económicos para ampliar sus mercados y que los factores económicos, territoriales y de concentración de consumidores que sustentan el crecimiento productivo de dichos grupos tendrán impacto diferente según los sectores sociales y las áreas que queden incluidas o excluidas en la nueva dinámica de mercado. En ese contexto la descentralización de los servicios de salud hace correr el riesgo de profundizar la marginalización de localidades pequeñas y medianas de la periferia de los países miembros y de acentuar desigualdades e injusticias existentes. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS/OMS. viene promoviendo desde hace unos años una serie de estudios referidos a la situación de los mismos en el MERCOSUR dando importancia central a los sistemas de formación profesional en los países miembros. Se sabe (Campos et Al., 1995) que las Universidades públicas de los cuatro países se enfrentan a graves dificultades en lo que respecta a escasos recursos presupuestales⁹⁴, masificación estudiantil, infraestructura insuficiente, disminución de los cargos docentes, incremento de la carga horaria, marcada reducción de los salarios docentes, todo lo que conlleva a la pérdida de la calidad de la formación.

En lo que respecta a Enfermería es un grupo profesional crítico en los cuatro países del MERCOSUR, tanto en cantidad (gran escasez con tendencia decreciente), como en calidad por tratarse, entre otras cosas, de un grupo profesional desvalorizado socialmente, integrado en su amplia mayoría por mujeres (83% en Argentina; 95% en Brasil, 96.9% en Uruguay), con muy bajos salarios, amplios niveles de multiempleo y sub empleo y con una práctica de naturaleza subordinada que se desarrolla en ambientes que presentan muy malas condiciones de trabajo (Campos et Al. 1995). A ello se agrega

⁹³ R. Rodríguez (1995) señala que se identifica al sector Salud como el conjunto de recursos humanos, materiales y económicos que las sociedades destinan principalmente a la atención de enfermedades y en menor escala a la prevención de las mismas. Aunque hay una tendencia a modificar la concepción basada en la enfermedad, aún subsiste sobre todo entre aquellos que tienen como función el planeamiento económico del desarrollo, una visión fundamentalmente asistencialista del sector con tendencia a tratarlo de forma desagregada ignorando la naturaleza compleja y multifacética del conocimiento en esa área.

⁹⁴ Según un informe del Rectorado de la Universidad de la República, el gasto público de Uruguay en todos los niveles educativos fue para el período 1999-2001 del 2,5% del PBI, el más bajo de todos los países del MERCOSUR. (Torello, M. Documento de trabajo del Rectorado N° 23, UDELAR, 2004.

el desarrollo desigual de la disciplina en los cuatro países y la existencia de distintos niveles de formación ya que todos presentan nivel universitario (licenciados) y nivel auxiliar (auxiliares y técnicos). En Brasil existían en 1992, 102 programas universitarios para la formación de enfermeros de los cuales 44% eran privados. En la Argentina, que es uno de los países con menor proporción de enfermeros por habitante (el otro es Uruguay) y con una mayor descalificación de la disciplina, existían 95 instituciones de formación en 1992 de las cuales sólo 21 eran de nivel universitario (Campos et Al., 1995).

Aunque no se dispone de cifras exactas de los países del MERCOSUR se sabe que la cantidad de auxiliares es superior a la de licenciados y que en algunos países llega a ser el doble. En Uruguay se estima que existen 18000 auxiliares de enfermería (Cabrera et Al., 2003) y según datos del MSP (2001) para 1999 existían 2572 licenciados enfermeros (de ellos 1913 se encontraban en Montevideo).

Como se puede observar en la tabla 2.11 la relación entre el número de enfermeros y los habitantes es muy baja en los cuatro países del MERCOSUR ⁹⁵, siendo la más baja la de Uruguay. En relación al número de médicos por habitantes, de acuerdo a las reglas internacionales que señalan que es necesario que existan 3 enfermeros por médico para brindar una adecuada atención de salud (Abramzon, 1995), debería triplicarse el número de enfermeros profesionales en Uruguay para alcanzar esa relación.

Tabla 2.11 Recursos Humanos en Salud en el MERCOSUR, 1992.

	Argentina	Brasil	Paraguay	Uruguay
Nº de Médicos	88 800	208 966	3 161	9 789
Médicos/ 10.000 habitantes	26	13	8	31
Nº de Enfermeros	22 000	57 047	1 375	2 319 ⁹⁶
Enfermeros./10.000 habitantes	2,5	2,7	4,3	2,4

Fuente: Campos et Al. (1995: 36)

Respecto a la muy escasa cantidad de enfermeros profesionales en América Latina Cabrera, A. et Al. (2003: 9) expresan que “en un artículo científico publicado por el CLAP, en diciembre de 2001, se realizó un estudio comparativo entre países de América Latina y países desarrollados con economías consolidadas. Los indicadores referidos a recursos para la salud no presentaban diferencias significativas, a excepción

⁹⁵ A los efectos de este trabajo sólo se han tomado las cifras que corresponden a médicos y enfermeros.

⁹⁶ Se incluyen en esta cifra las parteras.

de los índices de enfermería disponible en América Latina, los que demuestran ser muy inferiores a los países desarrollados, alcanzando una diferencia de 92% en la disponibilidad de enfermeros cada 10.000 habitantes”.

A nivel mundial y especialmente en América Latina los organismos rectores de Enfermería plantean que dadas las condiciones de salud existentes es necesario cambiar el modelo de Enfermería tendiendo a desarrollar el primer nivel de atención y a optimizar los recursos del segundo y tercer nivel (Cabrera, A. et Al. 2003).

3.2. La situación de los licenciados enfermeros en Uruguay

Antes de aportar datos acerca de la situación de los licenciados enfermeros en el país, es necesario definir desde que concepción de Enfermería se está trabajando. A través de la revisión bibliográfica realizada se observa que no se ha llegado aún a un concepto universal de Enfermería aceptado por el colectivo profesional, por lo tanto, para este trabajo se ha tomado como definición la que ha surgido de distintas discusiones realizadas en Uruguay luego de la salida de la dictadura y que se ha explicitado en el Plan de Estudios de la Licenciatura de Enfermería del INDE, 1993, la cual plantea que se entiende por Enfermería a “una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia, grupos, población). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio en el medio. Es una respuesta individual o grupal frente a las alteraciones biopsicosociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria”.

En base a los datos aportados por el 1er. Censo Nacional de Enfermería Profesional (1995)⁹⁷ se sabe que para 1993 los enfermeros profesionales de Uruguay constituían un grupo formado por 1559 personas en actividad, de las cuales el 96,9% eran mujeres, en su mayoría casados (62%) y con hijos (media de nº de hijos 1.18), provenientes del Interior del país en forma mayoritaria (64.1%), con una media de edades de 38 años y una moda de 37,5 años. En lo que se refiere a cargos existentes en 1993 para el sector

⁹⁷ Este Censo se realizó a instancias del CEDU y de la EUE (hoy INDE) entre los meses de noviembre y diciembre de 1993. La dirección del Proyecto estuvo a cargo del Prof. Agr. Lic. M. Meni y contó con un comité coordinador integrado por las Lics. M. Patiño y V. D’Íñigo por el CEDU y los Bachs. G. Chirione e I. Furtenbach. Los ejecutores del Censo fueron los estudiantes de la generación 89 del INDE.

público de Montevideo, se observó que se concentraban en el MSP (10,5%) y en el Hospital de Clínicas (9,2%).

En lo que se refiere a la continuidad de la formación luego de graduarse, se encontró que en todo el país el promedio de cursos de posgrado realizados por los enfermeros profesionales era de 1.2. En Montevideo el 45.9% no había realizado ningún curso de posgrado; de los cursos realizados en Montevideo el 60.1% eran de orientación médico quirúrgica y el 3% eran de salud mental. No aparecen datos sobre cursos ni en el área maternoinfantil ni en el área comunitaria. Los motivos por los cuales los enfermeros profesionales de Montevideo expresaron no haber realizado más cursos fueron preponderantemente de orden laboral (39,3%) y familiar (27,7%), si bien un 17,1% señaló que le había faltado información respecto a la existencia de cursos de posgrado y un 14,7% planteó problemas de índole económica para realizarlos.

En cuanto a la situación actual en el país, se puede decir que según el MSP (2001) existían para 1999, 2.572 licenciados enfermeros y 12.357 médicos; para el mismo año se estima que existían 18.000 auxiliares de enfermería (Cabrera, A. et Al. 2003). Esto hace una relación de profesionales por 10.000 habitantes que puede observarse en la tabla 2.13. La relación de licenciados enfermeros/ habitantes es la más baja de la región.

Tabla 2.13 – Relación de profesionales médicos y de enfermería por 10.000 habitantes.

Lic. Enf./10.000 hab.	1,6
Médicos/10.000 hab.	3,7

Fuente: Cabrera, A. et Al. (2003).

En lo que tiene que ver con las condiciones de trabajo, uno de los aspectos a destacar en primer lugar es que no existe legislación para el ejercicio de Enfermería en el país. Se elevó un Proyecto de Ley de Enfermería al Poder Legislativo en 1993, que aún se encuentra en estudio. Una de las consecuencias de la ausencia de legislación es que la práctica enfermera queda desprotegida dando lugar al intrusismo de otros profesionales en el quehacer propio. Ejemplos de esto son la sustitución de licenciados enfermeros de los niveles de decisión institucional por otros profesionales, generalmente médicos, la pérdida de cargos de licenciados⁹⁸ por transformación para otros profesionales o

⁹⁸ La pérdida de cargos de licenciados ya había comenzado en el MSP. durante el período dictatorial “(...) en la órbita del MSP. (durante el período de dictadura) se produce la ocupación de cargos de nurses por parte de auxiliares de enfermería y transformación de cargos de nurses para dichos auxiliares u otros trabajadores de la salud (...)” (Sanchez Puñales, 2002: 216).

auxiliares y la absorción de tareas específicas de enfermería relacionadas con el cuidado directo por practicantes de medicina y otros trabajadores del campo de la salud. Lo que sí ha hecho Uruguay respecto a las condiciones de trabajo de enfermería es ratificar en 1980 el convenio N° 149 (1977) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En cuanto a la regulación de los servicios de Enfermería, ellos se rigen en el país por leyes, decretos y reglamentos que varían según pertenezcan al sector público o privado (Cabrera, A. et Al. 2003).

Dentro del contexto crítico por el que transcurre el sistema de atención en Uruguay, enfermería es de las profesionales del campo de la salud una de las más perjudicadas. La fuerte presión de los grupos médicos empresariales, la política de reducción del Estado y el avasallamiento del campo propio por otros profesionales, han generado condiciones laborales muy desventajosas para los licenciados enfermeros, lo cual se ha manifestado por pérdidas de cargos, disminución marcada del salario, pérdida de beneficios sociales, irregularidades en la carga horaria y en las dotaciones así como desaparición de la mayoría de los departamentos de enfermería del sector público ⁹⁹ o la designación de otros profesionales – generalmente médicos – para dirigirlos. La drástica disminución de licenciados ha llevado, entre otras cosas, a que la atención directa de los usuarios se haya desprofesionalizado, ya que este tipo de cuidado se ven obligados a realizarlo los auxiliares de enfermería con escasa o ninguna supervisión de licenciados, asumiendo tareas y responsabilidades que están fuera de su competencia y formación ¹⁰⁰ (Cabrera, A. et Al. 2003). Las difíciles condiciones de trabajo, especialmente las que tienen que ver con la disminución marcada de la dotación de licenciados y el desestímulo por la desvalorización institucional han generado un aumento del ausentismo por causas médicas, aún no bien estudiado, pero que a partir de la observación cotidiana, se relaciona con el stress laboral.

En lo que tiene que ver con la formación, la Universidad de la República ha jugado un papel muy importante tanto en la capacitación en servicio realizada sobre todo en la División Enfermería del Hospital de Clínicas, como en la profesionalización de auxiliares de enfermería y el desarrollo de cursos de posgrado, especialidades y maestrías por parte del INDE (Cabrera, A. et Al. 2003).

⁹⁹ En el caso del M.S.P., por ejemplo, el Departamento de Enfermería se había creado en 1963 por un Decreto Ley y quedó derogado al cesar el mismo (Cabrera, A. et Al. 2003).

¹⁰⁰ Esta situación ya había sido planteada en 1989 por Parentini, M. y Verde, J. en un trabajo sobre “Situación de Enfermería en Instituciones Asistenciales de Montevideo” (Cabrera, A. et Al. 2003).

3.3. Instituciones de formación de Licenciados Enfermeros en Montevideo.

Dado que ninguno de los Licenciados Enfermeros de la muestra es egresado de institutos de formación privados, se consideró el Plan de Estudios y los Programas del INDE., UDELAR. A ese respecto no se tuvo acceso a los Planes de Estudio de la ex Escuela de Enfermería Dr. Carlos Nery ni a los de la EUE.

El Plan de Estudios del INDE en vigencia desde 1993 es un rediseño que corresponde a un modelo de currículo integrado a desarrollar en 9 semestres. Plantea en su Marco Conceptual los conceptos de Hombre, Proceso SaludEnfermedad, Enfermería, Atención Primaria de Salud e Integración Docente Asistencial. En el concepto de Hombre se destacan los aspectos de integralidad del ser humano (ser biopsicosocial), su historicidad, su relación dialéctica con el medio y su capacidad transformadora. En cuanto al Proceso SaludEnfermedad se plantea que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el Hombre se encuentra; que este puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional; que la Salud es un derecho inalienable que debe ser asegurado por el Estado a través de políticas eficaces y que es importante la participación de la población y del equipo de salud promoviendo la autogestión de los grupos. Define a la Atención Primaria como una filosofía que orienta estratégicamente para enfrentar los problemas de salud de las poblaciones y que se enmarca en principios esenciales de justicia social; igualdad; autorresponsabilidad, solidaridad internacional y aceptación de un concepto amplio de salud. En lo que se refiere a la definición de Enfermería ya fue expresada en la página 72 de este trabajo.

En su estructura el Plan de Estudios ¹⁰¹, comprende 5 años de carrera divididos en cuatro ciclos, lo cual significa un total de 4870 horas curriculares, incluyendo un 9no.

¹⁰¹ En relación al tema que estamos considerando, el Plan de Estudios integra en el Primer Ciclo, que corresponde a Enfermería en el Proceso SaludEnfermedad, el concepto de ser humano como ser biopsicosocial (total 120 horas) y se dedican 15 horas al estudio de salud mental. Los dos últimos módulos enfocan a los grupos poblacionales en su expresión biopsicosocial y como experiencia de aprendizaje se plantea estudiar la influencia de los riesgos ambientales, socioeconómicos y culturales en la situación salud/enfermedad. El Segundo Ciclo analiza el proceso salud/enfermedad en los diferentes grupos etarios. El módulo I dedica 680 de sus 900 horas totales a la atención de enfermería en el adulto y el anciano desde un enfoque integral y el módulo II, con un total de 450 horas, considera la atención de enfermería desde un enfoque preventivo de la embarazada, recién nacido, puérpera y núcleo familiar y los problemas más relevantes por su morbilidad y riesgos. Las experiencias educativas se plantean para realizar en los ámbitos hospitalario, policlínica, centros de salud y domicilio. El Tercer Ciclo incluye Enfermería en la Atención de Pacientes con Estados Críticos de Salud y Grupos de Población. El Cuarto Ciclo comprende el Internado (practicantado obligatorio).

semestre de 36 horas semanales que corresponde al internado obligatorio. En el programa del curso “Proceso de Atención a embarazadas, puérperas, recién nacidos y núcleo familiar” (Plan 93, año 2003), se establece que los contenidos temáticos fueron determinados en forma integral entre las diferentes áreas implicadas: Educación, Salud Mental, Nutrición, Obstetricia, Neonatología y Enfermería. En dicho programa, con un total de 380 horas de teoría y práctica, se dedican 110 horas a contenidos teóricos, de las cuales 18 corresponden a enfermería en salud mental. Dentro de los puntos desarrollados en esta última se dedican 2 horas teóricas a los temas abandono, interacción temprana, apego y factores de promoción y protección. En la bibliografía imprescindible no hay indicación de ningún texto referido específicamente al tema del cuidado del vínculo madre-hijo y en la complementaria se señalan como textos: “La relación madre-hijo” de Klaus y Kennell y “Estimulación temprana y observación de conductas” de Maciel y Maciel.

4. Producción de conocimiento.

4.1. Instrumentos de evaluación del vínculo madre-hijo en los países anglosajones.

A partir de la década de los años 70 los trabajos de investigación que se venían desarrollando en los países anglosajones en torno a la relación madre-hijo se centraron en el estudio de las conductas interactivas del binomio, es decir en el aquí y ahora relacional expresado en las diferentes formas de comportamiento. Interesaba encontrar patrones de conducta normales a partir de los cuales se pudieran determinar las distorsiones y patologías, por lo que se comenzó describiendo las conductas interactivas normales de madre-recién nacido y más adelante algunos investigadores construyeron instrumentos de evaluación que permitirían saber como se estaba desarrollando el proceso relacional. Los más utilizados son:

- la escala **FIMI** (*FunkeIrbi MotherInfant Interactional*) elaborada por J. Funke y M. Irbe, en EE.UU., 1978, permite medir la interacción entre madre y recién nacido a través de conductas de alimentación, movimiento y acarreo, limpieza, caricias y comunicación verbal y no verbal (Dickanson, 1998)

- la escala **MABI** (*Mother's Assessment of the Behavior of Her Infant*) elaborada por Fields et Al. en EE.UU., 1978 permite evaluar las conductas del recién nacido a través de las respuestas que da la madre (Dickanson, 1998).
- la escala **NCAST** (*Nursing Child Assessment Teaching Scale*) creada en la década de los años 70 por K. Barnard en EE.UU. permite valorar la relación del bebe con sus padres en las etapas pre y postnatal (MarrimerTomey,1994).
- la **Escala de MassieCampbell** (*The Massie Campbell scale of motherinfant attachmente indicators during stress*) creada por H. Massie y K. Campbell en EE.UU., 1983 fue concebida como una guía estandarizada para observar la interacción madrebebé y diseñada para ser usada de forma rápida por pediatras y profesionales de la salud mental a fin de detectar en forma temprana patrones anormales en la relación (Altmann, 2000). Incluye seis variables que son el Sostén o Holding: acomodamiento mutuo de la madre y el bebe mientras este es sostenido en brazos; Mirada: contacto ojo a ojo y su mantenimiento; Vocalización: emisión de sonidos entre madre y bebe; Tacto: contacto piel a piel madre y bebe; Afecto: expresiones faciales que señalan estados emocionales; Proximidad: lugar físico que ocupa cada uno en la cuna (Gril et Al. 2000)

4.2. Estudios sobre la relación madre hijo en Uruguay.

El tema específico de la relación madre hijo es abordado en Uruguay por varios núcleos de investigación, algunos de características multidisciplinarias, desde la década de los años 80 ¹⁰². Díaz Rosselló et Al. (1982, 1988, 1991), Bernardi et Al. (1982) y Freire de Garbarino et Al. (1992) centraron sus estudios en los comportamientos vinculares y los ritmos y sincronías que se producen normalmente en la relación temprana madre hijo – especialmente durante el amamantamiento así como en los desencuentros entre ambos en el inicio del vínculo y su repercusión en el desarrollo del nuevo ser. Observaron y describieron los comportamientos de madre e hijo en los días posteriores al nacimiento, lo cual les permitió comprobar el rol activo del bebé que muchas veces modifica la conducta materna. En el análisis de las observaciones no se

¹⁰² En 1984 se constituyó en Montevideo, en el Centro Latinoamericano de Perinatología (C.L.A.P). un grupo de estudio acerca de la relación temprana madre y bebe, pero los trabajos de investigación habían sido comenzados antes por Díaz Rosselló en EE.UU. en la Universidad de *Case Western Reserve* con Klaus y Kennel (Díaz Rosselló et Al., 1991).

tuvo en cuenta la historia personal de las madres y sus fantasías pues se privilegió el aquí y ahora comportamental con el objetivo de encontrar parámetros interactivos comunes en las díadas madre-hijo. De todas maneras pudieron comprobar que las madres reviven experiencias infantiles relacionadas con el vínculo con sus propias madres y fantasean al respecto. Ese proceso estaría en la base de su preparación para captar las necesidades del bebé, interactuar con él y desarrollar progresivamente un vínculo afectivo perdurable. La forma como sostiene la madre a su hijo se caracteriza por la proximidad corporal que ayuda a aminorar la separación física posterior al nacimiento. El bebé en brazos de su madre la percibe a través de diferentes sensaciones táctiles, cenestésicas, visuales, auditivas, gustativas, de tal forma que esta proximidad materna “envuelve” al bebé brindándole la seguridad que necesita su desvalimiento. Mientras la madre toca y acaricia la piel de su bebé, lo mira y con frecuencia le habla, le canta y le hamaca, así se ensamblan dos sistemas de comunicación entre ambos: uno verbal y otro pre verbal. La mirada de la madre, que se encuentra con la de su hijo, ayuda a cumplir una función de control vital, pues al mirarlo la madre comprueba que su bebé está vivo; una función de separación, ya que a pesar de la ambigüedad inicial en la que la madre aún siente a su hijo como parte de sí misma, se da cuenta también que está separada de él y al mirarlo puede asimilar este hecho; una función de discriminación, pues al mirarse ambos aprenden a reconocerse como seres separados; una función de vínculo: ambos interactúan a través de la mirada transmitiéndose sentimientos y emociones; y una función de espejo, pues la madre a través de su mirada transmite al bebé los sentimientos que él despierta en ella y permite que esta actúe como un espejo donde el niño aprende a verse a sí mismo. Un aspecto importante que estos autores introducen es el tema de los ritmos: la existencia del ser humano está pautada por ritmos caracterizados por una función gratificante; la observación de las madres con sus recién nacidos permitió comprobar la existencia de varios tipos de ritmos entre los cuales los táctiles son los más frecuentes. El bebé cuando está tenso se calma por medio de actividades rítmicas propias, como el chupeteo, o maternas como el hamacado o los cantos. El inicio del lenguaje estaría relacionado con los ritmos pues la madre desarrolla una forma de hablar a su recién nacido característica con un vocabulario restringido, añinado, repetitivo, con muchas interjecciones y onomatopeyas; el ritmo es más lento con pausas bien netas. La percepción auditiva comienza ya durante la vida fetal y el ambiente sonoro rítmico en el cual se encuentra el bebé está conformado por los ruidos

fisiológicos de la madre especialmente el latido cardíaco y los ruidos digestivos. La gratificación en la relación, el placer, estarían dados por un encuentro de ritmos en que madre e hijo quedan ensamblados ya que ambos conocen el ritmo, tiempo y secuencia de los movimientos del otro y cada uno señala sus expectativas y responde a las del otro. Cuando esto falla, surge la insatisfacción. Durante el amamantamiento existe una sincronización de ritmos adecuándose las acciones de la madre a la succión. Ambos pasan de un estado de tensión a uno de placer, saciedad y distensión. Los investigadores consideran que las sincronías madrebebé constituyen una estructura básica que tal vez funcione como matriz relacional en los vínculos adultos.

Altmann et Al. (1998) investigaron uno de los aspectos del ritmo en el vínculo madre hijo: el canto. Realizaron un estudio acerca de la relación madrebebé a través de la canción de cuna, de la Nana ¹⁰³, a la que definen como un fenómeno vincular, como una forma de comunicación por la vía del afecto, una zona de encuentro entre madre y bebé, íntima, que pone en juego sincronías y ritmos y en la que se intercambian angustias, depresión, alegría. Cada momento entre madre e hijo es una transformación mutua que agrega experiencia y significación. La canción de cuna transmite un mensaje que combina lo personal y familiar con la expresión cultural del grupo de pertenencia que va modificándose generación a generación. La madre acaricia y envuelve a su bebé con su tono de voz y le transmite su historia familiar, cultural, sus valores, ideales y representaciones. La canción de cuna podría funcionar como un posible recurso profiláctico y cumplir una función reguladora del equilibrio de la interacción madre bebe en niños con padecimientos psicosomáticos.

Díaz Rosselló et Al. (1988), Ulriksen de Viñar (1988), Freire de Garbarino et Al. (1992), Coco, A Fascioli, L. (1996) consideran que se pueden detectar precozmente factores de riesgo en las relaciones madrebebé y se pueden diagnosticar los síntomas de un vínculo perturbado que puede evolucionar más tarde hacia trastornos más o menos

¹⁰³ Nana, etimológicamente significa mujer casada, madre, abuela y también el canto con que se arrulla a los niños. Los autores explican que las canciones de cuna existentes en nuestro medio se remontan a las tradiciones europeas llegadas en la época de la Colonia y que poseen bases religiosas. Dicen que la conocida canción de cuna Santa Ana, sobre la misma tonada que el arrorró, remite a la abuela universal católica. En el vínculo con su hijo y por falta de una función decodificadora, la madre recurre a su propia madre (Santa Ana, madre de la Virgen María) para que la ayude a entender el llanto del niño. Santa Ana responde que es un llanto de hambre y de dolor por la pérdida, para lo cual ofrece dos soluciones diferentes: los discrimina (“una para el niño y otra para vos”) al mismo tiempo que plantea una regresión (“vaya Ud. a mi casa”) útil para que la madre pueda recibir la manzanacasapecho de su propia madre, que le permitirá a su vez investir su propia función materna y develar el sentido del pedido de su hijo. La canción de cuna dice: “Señora Santa Ana ¿por qué llora el niño? / Por una manzana que se le ha perdido / Venga Ud. a mi casa, yo le daré dos: / Una para el niño y otra para vos” (Altmann et Al. 1998)

severos del desarrollo de la personalidad del niño, del adolescente y del adulto. Desde esta perspectiva se investigó sobre el desencuentro vincular primario entre madre hijo y el desamparo del niño en la producción de trastornos graves de personalidad; sobre la interacción temprana de la díada madre hijo cuando aparecen trastornos del sueño en el bebé entre los tres meses y el año de edad y sobre los desencuentros vinculares primarios en la génesis de algunos tipos de depresión. Algunos de dichos grupos de investigadores amplían el aspecto intersubjetivo del aquí y ahora interaccional madre bebé, agregando la intrasubjetividad materna y la transsubjetividad del contexto históricosocial.

Díaz Rosselló et Al. (1983,1984) estudiaron la ayuda doméstica perinatal a través de la función *doula* en dos poblaciones de diferente nivel socioeconómico. Definen a la *doula* – del griego *doula*, sirvienta femenina – como la persona que cumple la función de cuidar a la madre. Analizaron las características del apoyo hogareño que reciben las madres durante el período perinatal en dos grupos de diferente nivel socioeconómico cultural y las características de la lactancia en madres con y sin apoyo durante el mismo período.

Altmann et Al. (2000), Gril et Al. (2000) estudiaron el vínculo no verbal entre la madre y su bebé tomando como referencia la teoría del apego y los indicadores de la Escala de MassieCampbell. Observaron los indicadores de sostén, mirada, vocalización, tacto, afecto, proximidad, sincronía y reciprocidad en la relación y utilizaron los aportes de las investigaciones en psicoterapia para comprender las variables que intervienen en los procesos terapéuticos de las díadas madrebebé.

4.3 Trabajos de investigación de enfermería recientes en los países anglosajones y América Latina.

Los últimos trabajos publicados por enfermeros en los países anglosajones que se relacionan con la interacción madrebebé y los efectos sobre la salud mental encontrados en la revisión bibliográfica realizada, son los de: Huckabay (1999), en el cual la autora estudió los resultados de una intervención de enfermería en una unidad de cuidado intensivo neonatal que consistió en tratar de mejorar el vínculo madre hijo mostrando fotos de sus bebés a madres separadas de los mismos por ser estos prematuros; Rafferty (2000), quien realizó una revisión bibliográfica acerca del conocimiento que poseen las enfermeras de los conceptos de holding y handling planteados por Winnicott y de cómo lo utilizan en su práctica; Kearney et Al. (2000) los

cuales efectuaron un estudio sobre 20 intervenciones de enfermería en domicilio a familias con recién nacidos en situación de vulnerabilidad por pobreza y riesgo social y analizaron las interacciones entre madres y bebés en su particular entorno familiar, considerando las posibles consecuencias en el desarrollo del niño; Dombrowski et Al. (2001) estudiaron las características de una intervención de enfermería realizada a una madre que sufría una fuerte depresión post parto y se encontraba en rehabilitación por uso abusivo de drogas, observando que los cuidados brindados al bebé y a su mamá disminuyeron los riesgos que se esperaba aparecieran en la relación entre ambos debido a la depresión materna; Pridham et Al. (2001) analizaron la relación del modelo interno de alimentación que poseían 99 madres, de que manera éste influía en la forma de alimentar a sus bebés y como la intervención de enfermería ayudó a armonizar la relación entre ambos haciendo que el proceso de alimentación se desarrollara con conductas de afecto más positivas.

En cuanto a los trabajos publicados por enfermeros latinoamericanos los que se encontraron en la revisión bibliográfica fueron realizados en Brasil.

Monticelli et Al. (1989, 1991, 1997), utilizando como referencia la teoría de Leininger, estudiaron las acciones de enfermería en relación a la cultura de distintos grupos de mujeres, las creencias y temores de estas respecto al cuidado del recién nacido y su cordón umbilical e identificaron el soporte social que significa para las puerperas, la ayuda dada por las suegras, madres, hermanas, amigas y vecinas. Dichas autoras plantean que el nacimiento es un momento de excepción en la vida de la mujer y de la familia que rompe con la rutina cotidiana promoviendo la necesidad de una reorganización vital y que enfermería debería estudiar y profundizar acerca de los ritos de cuidado de la vida especialmente los que se producen en torno al nacimiento, pues son muy importantes para brindar una adecuada atención en salud y porque enfermería ha investigado muy poco al respecto. Con estudios de este tipo, dicen las autoras, se podría contribuir a la profundización de los conocimientos enfermeros desde un abordaje que permita percibir al nacimiento como un hecho que va más allá del modelo médico centrado en la institución maternidad¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Monticelli (1997) señala que la mayor parte de la bibliografía indicada en los cursos de enfermería y medicina enfoca al nacimiento desde el modelo biomédico vigente en el mundo occidental. Agrega que Bauer (1990) llama la atención acerca de que en este modelo el nacimiento es considerado un evento médico que necesita ser controlado por medios tecnológicos y quirúrgicos y que no se trata incluyendo valores, creencias y experiencias de las mujeres.

Kimura et Al. (1996) y Ferreira et Al. (1998) han investigado sobre el apego durante las etapas gestacional y puerperal, realizando una revisión bibliográfica sobre el tema y destacando la importancia del mismo para enfermería a fin de que con sus acciones ayuden al desenvolvimiento social y emocional del niño.

Tsukuda Ichisato et Al. (2002) investigaron en torno a la importancia del amamantamiento para reducir la morbilidad infantil. Realizaron una revisión bibliográfica acerca del destete precoz y señalaron que este es socialmente construido y determinado y que la mujer para mantener la lactancia necesita del soporte familiar y social así como del apoyo gubernamental.

4.4. Estudios de enfermería realizados en Uruguay.

En relación a las publicaciones de Uruguay no se encontraron trabajos de enfermería acerca del cuidado del vínculo madre-hijo. Sin embargo, en los últimos 10 años se han producido estudios que si bien no se refieren específicamente al tema, se relacionan con él.

Acosta et Al. (1991), Canetti et Al. (1993) resaltan la importancia de la promoción y la protección específica del binomio madre-hijo así como la necesidad de fortalecer la relación temprana y de realizar intervenciones psicoterapéuticas tendientes a favorecer el vínculo durante el embarazo. Cuello et Al. (2000) realizaron un estudio descriptivo de las características socio culturales y biológicas del binomio madre adolescente con hijo de 1 año de edad, en un centro de salud de Montevideo y midieron el crecimiento ponderoestatural en el grupo de estudio delimitado. Buenavida et Al. (2001) se refieren a la importancia que tiene la visita domiciliaria realizada por el licenciado enfermero en la evaluación y seguimiento del binomio madre-hijo. Baez et Al. (2001, 2001a) trabajaron en torno a la importancia de la participación de los padres en los programas de cuidado de recién nacidos críticos durante el proceso de internación. Elaboraron un formulario de enfermería neonatal (FEN) como instrumento de registro adaptable a la situación particular de la población asistida (recién nacidos de alto riesgo y su familia) con un enfoque integral biopsicosocial.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS

Introducción.

En los capítulos anteriores se trató de mostrar en forma sucinta, como se ha ido modificando el conocimiento respecto a los temas del presente trabajo hasta el momento actual en que tiende a preponderar el paradigma de la complejidad, la multicausalidad, lo procesual, lo dinámico, lo relacional y la interdisciplinaridad. A ello ha contribuido el surgimiento del campo de las ciencias sociales que puso de relieve, entre otras cosas, la importancia de los vínculos en la comprensión de las distintas manifestaciones de lo humano. En la transición hacia las nuevas formas, que surgen íntimamente ligadas a las transformaciones económicosociales del sistema capitalista, se inscriben los temas vinculados con este trabajo sufriendo las vicisitudes que los momentos de cambio significan. Así el campo de la salud se ve sacudido por las contradicciones entre los modelos que tratan de preponderar y se asiste, como ya quedo expresado en los capítulos anteriores, a grandes avances científicos y tecnológicos aplicables en una inequidad nunca antes padecida sólo a un sector muy reducido de la población mundial, al mismo tiempo que millones de personas quedan sin asistencia de ningún tipo o sometidos a una mala calidad de atención. Todo ello enmarcado en una concepción mercantilizada y deshumanizada de la salud y en el reclamo que ello suscita en los pueblos, cada vez más conscientes de su derecho a estar sanos y a preservar su medio ambiente.

Hipótesis y objetivos.

La hipótesis planteada es que el cuidado de enfermería del binomio madre hijo se debate entre los dos modelos preponderantes y que se construye a partir de la disociación del vínculo ya que se atiende a la madre y al niño por separado, aún durante el embarazo. Por eso se consideró interesante realizar un estudio exploratorio descriptivo a través del relato de los licenciados enfermeros de la muestra acerca de la forma en que dicen realizar dicho cuidado y de los conocimientos que expresan poseer al respecto. Se ayuda a la comprensión de los relatos contextualizándolos en el momento histórico, social e institucional en que se producen y caracterizando la muestra de respondientes.

La escasa investigación existente en Uruguay en relación a los temas antedichos dio origen a las siguientes preguntas, ¿el cuidado del vínculo madre hijo durante el período gestacional y puerperal es considerado como un aspecto a tener en cuenta en el sistema de atención a la salud en Uruguay?; ¿se considera ese cuidado desde una estrategia en Atención Primaria? ¿se entiende la importancia que tiene para el cuidado de la salud mental del binomio madre hijo, de la familia y la población en general?, ¿se encuentra normatizado?, ¿existen programas específicos al respecto?, ¿se ocupan los licenciados enfermeros del cuidado del vínculo madre hijo en su práctica cotidiana?, ¿lo consideran una actividad propia?, si lo hacen, ¿en qué conocimientos fundamentan sus acciones?, ¿qué modelos de atención subyacen a sus prácticas?.

En la búsqueda de respuestas a dichas interrogantes surgieron los objetivos de este trabajo.

A nivel general:

Estudiar la forma en que llevan a cabo los cuidados del vínculo madre hijo durante el período gestacional y puerperal los licenciados enfermeros que trabajan en centros de salud públicos que brindan atención materno infantil en Montevideo y en que conocimientos fundamentan sus prácticas.

A nivel específico:

- Caracterizar a los profesionales de la muestra que desarrollaron su actividad en los centros de salud públicos seleccionados durante el período marzo noviembre 2003.
- Estudiar cuales son los conocimientos en que dichos profesionales fundamentan las prácticas que realizan y de que forma los adquirieron.
- Conocer a través de su relato como llevan a cabo las prácticas de cuidado del vínculo madre hijo durante el período gestacional y puerperal.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

1 Delineamiento del estudio.

A través de la revisión bibliográfica realizada se observó la ausencia de una serie de datos considerados fundamentales para el tema abordado en el presente trabajo presentándose como un obstáculo considerable para los investigadores en general. Dicha situación surge de la no localización de datos oficiales que den cuenta del número exacto de licenciados enfermeros que trabajan en los centros de salud públicos que brindan atención maternoinfantil en Montevideo, hecho que se acompaña de una ausencia de información que permita conocer la forma en que realizan las prácticas de cuidado del vínculo madre-hijo durante el período gestacional y puerperal dichos profesionales. A su vez se detectó, la ausencia de datos que den cuenta de los conocimientos en que fundamentan esas prácticas.

La situación descrita en los párrafos anteriores hace que el presente trabajo sea el primero en recolectar, articular y analizar información acerca de una práctica de importante impacto sobre la salud de la población – especialmente de la salud mental que lo define como un estudio de tipo exploratorio descriptivo.

Se considera que un **estudio exploratorio** es “un tipo de investigación no experimental enfocada a obtener información relacionada con el *status quo* de una

situación, a menudo por medio de la interrogación directa de una muestra de respondientes. Es un estudio preliminar diseñado para crear o definir hipótesis o para probar y refinar los métodos de obtención de datos. Responde a las preguntas del tipo: ¿cuál es la naturaleza global del fenómeno? ¿qué está ocurriendo? ¿qué factores se relacionan con el fenómeno?” (Polit Hungler, 1996).

Un **estudio descriptivo** es “el que tiene como principal objetivo la representación precisa de las características de individuos, situaciones o grupos y expresa la frecuencia con que determinados fenómenos ocurren” (PolitHungler, 1996).

1.4. Definición de las variables consideradas

Cuidar: acciones dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo (o grupo) que presenta necesidades reales o potenciales a ser satisfechas, a fin de aliviar o mejorar su situación humana o modo de vida (Leininger, 1988 en MarrimerTomey, 1994). Implica la existencia de un vínculo emocional entre el que brinda cuidados y el que los recibe por el cual el que brinda el cuidado se siente responsable del bienestar del otro y hace un esfuerzo mental, emocional y físico para poder cumplir con esa responsabilidad (Russell Hochschild,1995).

Vínculo madre hijo: Relación compleja, configuración vincular, que incluye dos sujetos –madre, hijo – y la interacción entre ambos desplegada en un contexto relacional económicosocial, ambiental, familiar y cultural que la condiciona. Es una relación asimétrica que compromete a madre e hijo en forma diferente ya que la madre actúa desde su compleja organización como ser social transmitiendo a su hijo consciente e inconscientemente sus propias vivencias, fantasías y expectativas y las de su grupo familiar, así como las prescripciones, prohibiciones, representaciones y significaciones de su contexto sociocultural. El hijo se gesta en este entramado transcribiendo de acuerdo a sus propias condiciones biológicas lo que intercambia con su madre. A través de esta relación fundante, base de toda otra relación posterior, el niño va adquiriendo su propia organización somatopsíquica.

Período gestacional: lapso que se extiende desde el momento de la fecundación hasta la producción del parto.

Período puerperal: “Período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hace regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se opera por un proceso de involución hasta casi restituirse a su estado primitivo. Sólo la

glándula mamaria hace excepción a lo expresado puesto que alcanza gran desarrollo y actividad. La duración del puerperio se ha fijado en aproximadamente 60 días” (Schwarcz et Al. 1995: 457). El límite de 60 días es muy impreciso ya que está marcado por el retorno de las reglas. Corresponde a la mujer que amamanta (Schwarcz et Al. 1995).

Licenciado Enfermero: Profesional universitario que ha recibido título de tal luego de haber cumplido con todas las obligaciones correspondientes a su plan de estudios de grado.

Centro de salud: Unidad ejecutora asistencial cuyo objetivo es brindar atención integral ambulatoria tomando como eje a la familia y extendiendo su influencia fuera del ámbito institucional a través de la visita domiciliaria y la coordinación con otros organismos del área. Sus acciones se dirigen a promover y proteger la salud y recuperar patologías de poco riesgo (Margolis, Piazza, 1989).

Montevideo: ciudad capital de la República Oriental del Uruguay

1.5. Población en estudio.

La muestra seleccionada para este trabajo, constituye lo que se denomina muestra no probabilística de tipo intencional que Padua (1987:82) define como “producto de la selección de casos según el criterio de algún experto; por medio de estos se seleccionan algunos casos que resultan ser típicos. Estas muestras aunque no generalizables (...) resultan de gran importancia en las etapas exploratorias de la investigación, sobre todo si se utilizan esos casos como (...) elementos que permitan comprender fenómenos y situaciones específicas”. Se emplean cuando el propósito es hacer formulaciones acerca de una población muestreada y los métodos de selección se sirven del criterio del investigador o entrevistador en cuanto a los individuos a incluir o casos a considerar. En algunas situaciones se permite que los individuos de la muestra se seleccionen sobre alguna base no fortuita. La lógica subyacente a este tipo de muestra es la selección de casos que puedan poner de manifiesto intensamente el fenómeno en estudio y que sea prolífica en información para un posterior estudio en profundidad (Paton, 1991).

Tomando en consideración lo mencionado en los párrafos anteriores se pasó a la elección de las instituciones, visitándose un total de 17 centros de salud: el Servicio de Atención MaternoInfantil del Hospital Militar; la Policlínica de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Clínicas; 5 Centros de Salud pertenecientes al M.S.P.; 6

Policlínicas pertenecientes a la Intendencia Municipal de Montevideo (I.M.M) y 4 Centros de Atención MaternoInfantil pertenecientes al Banco de Previsión Social (B.P.S). Los centros de salud seleccionados fueron:

MSP	IMM	BPS
Centro de Salud Cerro	Policlínica Barrio Sur	Centro Materno Infantil N° 1
Centro de Salud Giordano	Policlínica Luisa Tiraparé	Centro Materno Infantil N° 3
Centro de Salud La Cruz	Policlínica Buceo	Centro Materno Infantil N° 5
Centro de Salud Santa Rita	Policlínica Colón	Centro Materno Infantil N° 6
Centro de Salud Jardines del Hipódromo	Policlínica Lavalleja	
	Policlínica de La Teja	

1.6. Instrumentos para la colecta de datos y procedimientos.

La elección de las herramientas para la recolección de los datos se realizó teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos tanto humanos como materiales. Se utilizaron tres fuentes de información:

1.3.1. Fuentes de información primarias:

Entrevistas – Las entrevistas realizadas fueron semi estructuradas ¹⁰⁵, ya que las mismas posibilitan a los entrevistados expresarse con libertad sobre el tema pero con una cierta guía de preguntas que impide que la narración se desvíe del objetivo central. Al ser un instrumento flexible posibilita cambiar o esclarecer las preguntas cuando el entrevistado lo necesita y permite que el investigador capte la situación como un todo,

¹⁰⁵ Entrevistas flexiblemente estructuradas en que entrevistador y entrevistado se encuentran cara a cara y en las que aquel orienta al respondiente mediante una serie de preguntas usando el tema a modo de guía. (PolitHunger, 1996)

perciba conductas, tonos de voz, gestos y actitud general del entrevistado en relación al tema. Hay que tener en cuenta que el investigador puede influir sobre las respuestas del entrevistado pero esta desventaja puede disminuirse si el entrevistador se mantiene alerta y se esfuerza por ser neutral. Se realizaron entrevistas a:

- Informantes clave¹⁰⁶ □ (anexo 1)
- La Profesora de la cátedra de Salud Mental del I.N.D.E. □ (anexo 2)
- La Profesora de la cátedra MaternoInfantil del I.N.D.E. □ (anexo 3)
- La Presidenta del C.E.D.U. □ (anexo 4)
- La muestra de Licenciados Enfermeros seleccionados para este trabajo □ (anexo 5)

Cuestionario. Se confeccionó un cuestionario (anexo 6) para ser aplicado a la muestra de licenciados enfermeros a fin de obtener respuestas más precisas sobre aspectos definidos de la investigación referidos a su caracterización como grupo profesional.

Se entiende por tal un “instrumento de recolección de datos constituido por una serie ordenada de preguntas que deben ser respondidas por escrito y en la realización del cual no es imprescindible la presencia del entrevistador” (AndradeLakatos, 1999). Se tuvo en cuenta que podía llegar a presentar desventajas en el caso de que no fuera contestado en el tiempo y forma requeridos, por esta razón se resolvió que fueran aplicados por la entrevistadora en el mismo encuentro fijado para realizar la entrevista.

1.3.4. Fuentes de información secundarias:

Literatura. Se realizó una búsqueda por Internet de material vinculado directa e indirectamente al tema específico de la investigación disponible en la Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), la Biblioteca Nacional de Medicina (BNAME), el Centro Nacional de Documentación e Información en Medicina y Ciencias de la Salud (CENDIM), el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud con consultas a los programas LILACS y SCIELO, la Biblioteca Virtual en Salud (República de Cuba) y la *National Library of Medicine* con acceso a PUBMED.

Se revisó literatura en bibliotecas públicas y privadas de Montevideo: Biblioteca Nacional, bibliotecas del Instituto Nacional de Enfermería (I.N.D.E.), de la Facultad de

106

Se llama Informante Clave a una persona experta en el fenómeno de interés para la investigación y que está dispuesta a compartir su información y conocimientos con el investigador (PolitHungler, 1996).

Psicología, de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, de la Facultad de Medicina, de la División Enfermería del Hospital de Clínicas, de la Asociación Uruguaya de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares (AUPCV) y de la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP). Se consideró importante que la revisión abarcara un período de los últimos 10 años, teniendo en cuenta publicaciones a nivel nacional e internacional. Incluyó publicaciones realizadas por enfermeros universitarios de países anglosajones y latinoamericanos. Se eligieron los países anglosajones pues en ellos es donde se han realizado más estudios sobre el cuidado del vínculo madre-hijo; se han elaborado instrumentos de evaluación del desarrollo vincular; los autores que han investigado sobre el tema son los que más han sido utilizados como referentes teóricos por los enfermeros universitarios latinoamericanos y porque en esos países se han propuesto modelos de atención de enfermería relacionados con la asistencia materno-infantil.

Se revisaron documentos oficiales de organismos internacionales y nacionales (gubernamentales y no gubernamentales) referidos a Normas, Ordenanzas y Reglamentos relacionados con el cuidado del vínculo madre-hijo durante el período gestacional y puerperal; se revisaron el plan de estudios de la Licenciatura en Enfermería (INDE, 1993) y los programas vigentes del INDE. de las Cátedras de Atención Materno-Infantil y de Salud Mental.

1.3.5. Testado de los instrumentos (Prueba Piloto).

Los instrumentos utilizados entrevista y cuestionario fueron puestos a prueba a través de una experiencia piloto que se realizó en el piso de Internación de la Clínica Obstétrica y Ginecotocológica del Hospital de Clínicas durante el mes de noviembre de 2002, dado que ella reúne características generales similares a las de los centros públicos con los que se trabajó después. Esta instancia permitió corregir imperfecciones de las herramientas que podían dificultar la obtención de datos.

2 Procedimiento

Se inició el procedimiento enviando notas a las instituciones seleccionadas, solicitando autorización a sus autoridades para realizar las entrevistas y aplicar el cuestionario (anexo). Una vez recibidas las respuestas con las correspondientes autorizaciones se enviaron notas a cada uno de los licenciados enfermeros seleccionados explicando las

características del trabajo y solicitando su colaboración con el mismo (anexo). Ninguno se opuso a participar.

En noviembre 2002 se implementó la prueba piloto durante un mes y se corrigieron algunas preguntas del cuestionario que no habían sido claramente formuladas.

A partir de marzo 2003 se inició la aplicación de los cuestionarios y la realización de las entrevistas semiestructuradas a la muestra de licenciados enfermeros, durante 9 meses hasta noviembre 2003. Las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo de los licenciados pues así se pudo observar el contexto en el cual desarrollan su práctica. Hubo una excepción en el caso de uno de los centros de salud del MSP. ubicado en zona roja¹⁰⁷ al cual la entrevistadora no concurrió en acuerdo con el licenciado de dicho Centro. Todos los cuestionarios y entrevistas fueron realizados por la investigadora.

Simultáneamente se comenzaron las entrevistas a los informantes clave, a las profesoras de las Cátedras de atención maternoinfantil y salud mental del INDE. y a la presidenta del Colegio de Enfermeros del Uruguay (CEDU).

Una vez obtenidos los datos se comenzó un análisis cualicuantitativo de los mismos. La elección de este tipo de análisis se hizo porque la combinación de instrumentos de recolección de datos de tipo cuantitativo y cualitativo, como son las entrevistas y los cuestionarios, permiten dos acciones fundamentales en cualquier proceso: el planeamiento y la flexibilidad. Una vez establecido el plan, la flexibilidad de los instrumentos permite reajustes en el cronograma, cambios en la estrategia, selección de información (agregados o anulación de entrevistas), etc. (Valles, 1997). A ese respecto Miles & Humberman (apud Valles, 1997) dicen que las muestras en los estudios cualitativos pueden evolucionar una vez comenzado el trabajo de campo, aumentando las elecciones iniciales de informantes ya que el observar un tipo de suceso lleva a la comparación con otros y la comprensión de una relación clave en un contexto revela aspectos a estudiar en otros. Por lo demás los análisis cuali y cuantitativo son complementarios, es decir que cada uno aporta lo que le falta al otro, permitiendo un conocimiento más amplio y profundo de los temas en estudio. Los estudios cuantitativos no permiten capturar todo el contexto de la situación y al reducir las complejas experiencias humanas a números pueden superficializar el análisis. A su vez los

¹⁰⁷ Se consideran **zonas rojas** barrios de Montevideo que por la existencia de violencia social importante en ellos ponen en riesgo la seguridad de los trabajadores de la salud ya que pueden ser agredidos.

estudios cualitativos permiten comprender la naturaleza de los fenómenos complejos a través de una información más profunda.

Luego de recolectados los datos de los cuestionarios y el material de las entrevistas, se realizó un primer ordenamiento de la información a través de un análisis primario y categorización del contenido de las entrevistas y una clasificación de los datos del cuestionario. La información estaba completa; no hubo necesidad de volver al trabajo de campo.

Una vez ordenados, depurados y analizados los datos cuantificables, se procesaron sistematizándolos a través de la utilización de dos programas informáticos:

- Microsoft Excel 97
- Estadística 98 edition, 1984-1998.

La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

El análisis del material obtenido de las entrevistas se realizó siguiendo los lineamientos que se desprenden de los objetivos del trabajo. Algunos de los datos surgidos de las entrevistas fueron analizados cuantitativamente y procesados con los programas informáticos estadísticos señalados pero otros fueron sometidos a un proceso de análisis de contenido, el cual se realizó a través de tres pasos:

- detección de unidades de análisis¹⁰⁸ significativas
- síntesis
- interpretación de acuerdo al marco conceptual referencial desarrollado.

En cuanto al análisis de contenido puede considerarse que se trata de una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cualicuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación, es decir que describe las características del contenido del mensaje según el material narrativo y permite cuantificar. Las unidades de análisis se ordenaron por temas, lo cual requirió que se leyera el material tres veces, en algunos casos más, para comprender el significado de la comunicación de forma más amplia. De todas maneras la riqueza del material obtenido de las entrevistas es tan rico que permite profundizar aún más desde otras perspectivas o marcos referenciales, lo cual puede ser motivo para nuevas investigaciones.

¹⁰⁸ Una unidad de análisis puede ser una frase, oración o párrafo que engloba ideas o hace afirmaciones con respecto a algún tópico (Polit-Hungler, 1996).

CAPÍTULO 5

RESULTADOS Y COMENTARIOS

Introducción

En este capítulo se presentan y analizan los datos obtenidos del formulario aplicado y de las entrevistas semiestructuradas realizadas a una muestra de 25 licenciados enfermeros que trabajaron en centros de salud públicos de Montevideo que brindan atención maternoinfantil durante el período marzonoviembre 2003. En base a ellos, a la revisión de normas y documentos y a las apreciaciones surgidas de las entrevistas a informantes clave se caracteriza la muestra, se describen las prácticas que relatan realizar y los conocimientos que manifiestan son su sustento. Se consideró importante también, tomar como referencia para el análisis lo aportado por el 1er. Censo Nacional de Enfermería Profesional de 1993.

1. Datos generales.

Los datos recabados permiten caracterizar a los licenciados de la muestra expresando que predomina ampliamente el sexo femenino pero hay un porcentaje sensiblemente mayor de personas del sexo masculino en comparación con el Censo. Es posible que ello se deba al aumento de personas de sexo masculino integradas a la profesión Enfermera desde la realización del Censo, pero también puede relacionarse con los cambios económicosociales del campo laboral. En la siguiente tabla pueden observarse las modificaciones a que hacemos referencia.

Tabla 5.1 – Comparación entre porcentajes de enfermeros profesionales del sexo femenino y masculino de la muestra y del Censo de 1993 para Montevideo.

Sexo	% Censo	% muestra
Femenino	96.9	88
Masculino	3.1	12

En su mayoría los licenciados de la muestra provienen del Interior del país, aunque actualmente todos residen en Montevideo. Uno solo procede del extranjero. Comparando datos entre la muestra y el Censo se observa una similitud entre el porcentaje de los nacidos en el Interior del país (68% para la muestra; 64.1% para el Censo) y en Montevideo (28% para la muestra; 34.1% para el Censo).

Tabla 5.2 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra nacidos en Montevideo, en el Interior del país y en el extranjero.

Lugar de nacimiento	Nº	%
Montevideo	7	28
Interior	17	68
Extranjero	1	4

La mayoría de los licenciados (60%) estaban casados en el período investigado, en tanto que un 20% permanecían solteros; un 12% estaban divorciados, un 4% habían establecido unión libre y un 4% eran viudos. Estos valores son muy similares a los del Censo, en tanto por ejemplo, en este último el 62% de los enfermeros profesionales estaban casados. Algo similar ocurre con el número de hijos. El 72% de los licenciados de la muestra tenían hijos en el lapso investigado, siendo la media de 1.6 hijos por licenciado (la media del Censo es de 1.18 hijos). La mayoría (44%) tenían dos hijos, como puede observarse en el gráfico 5.1.

Respecto a la edad el 44% de los licenciados de la muestra se encontraba durante el período investigado en edades entre los 50 y 60 años, con una media de 48 años y una moda de 57.5. Se observa en el gráfico 5.2 que la distribución de edades se desvía a la derecha. Este dato, junto con el aumento de la media y la moda en relación al Censo de 1993 para Montevideo (tabla 5.4), habla de un envejecimiento de la fuerza laboral de

licenciados en enfermería en los centros de salud públicos que puede deberse a varias causas y que merecería ser motivo de investigación.

Tabla 5.3 – Rangos de edades, porcentaje, media y moda de los Licenciados de la muestra en el período investigado.

Años	Nº	%
2024	1	4
2529	2	8
3034	3	12
3539	2	8
4044	3	12
4549	2	8
5054	4	16
5559	7	28
6064	1	4
Media		48 años
Moda		57.5

Gráfico 5.1 Cantidad de hijos de los licenciados de la muestra en el período investigado.

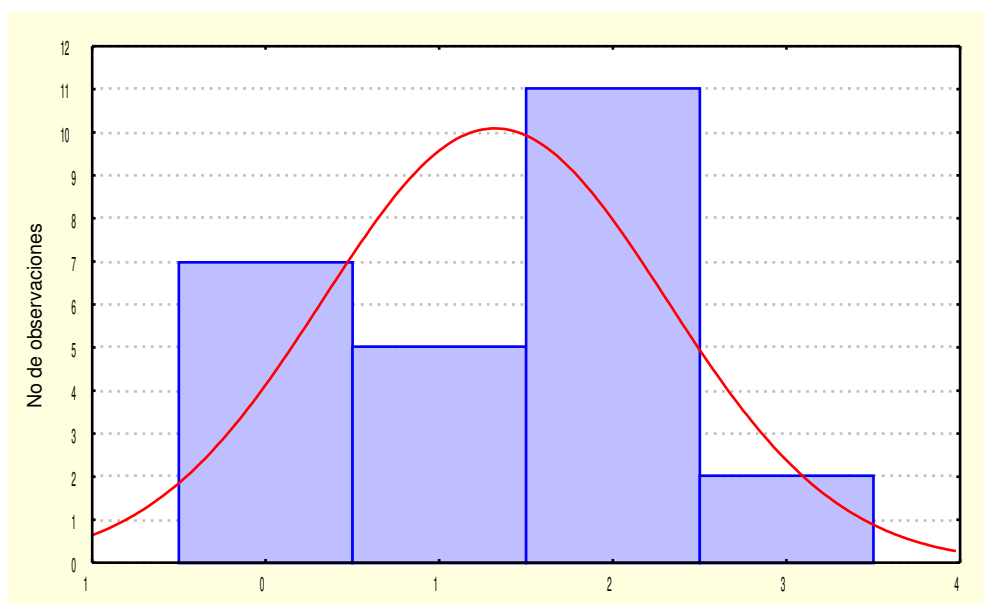


Gráfico 5.2 – Edades de los licenciados de la muestra en el periodo investigado.

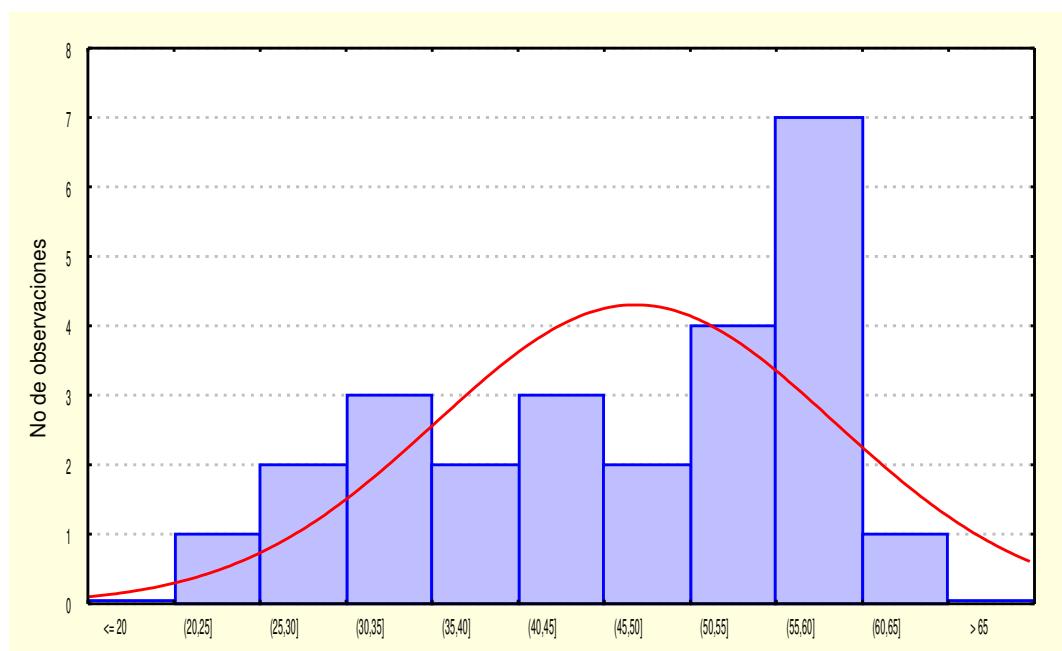


Tabla 5.4 – Valores de la media y moda de edades de licenciados de la muestra y de enfermeros profesionales del Censo de 1993 para Montevideo.

	Censo	Muestra
Media	38	48
Moda	37,5	57,5

Entre las posibles causas se podrían plantear, emigración de los jóvenes; política de reducción del Estado con poco o ningún ingreso a nuevos cargos en el sector Salud, eliminación de cargos de licenciados en el M.S.P. durante la dictadura, nueva Ley jubilaria que posterga la edad de retiro, política de salud del Gobierno nacional que en la actualidad no se orienta al crecimiento de los recursos humanos, modelo de salud que no considera la necesidad de licenciados enfermeros en sus programas.

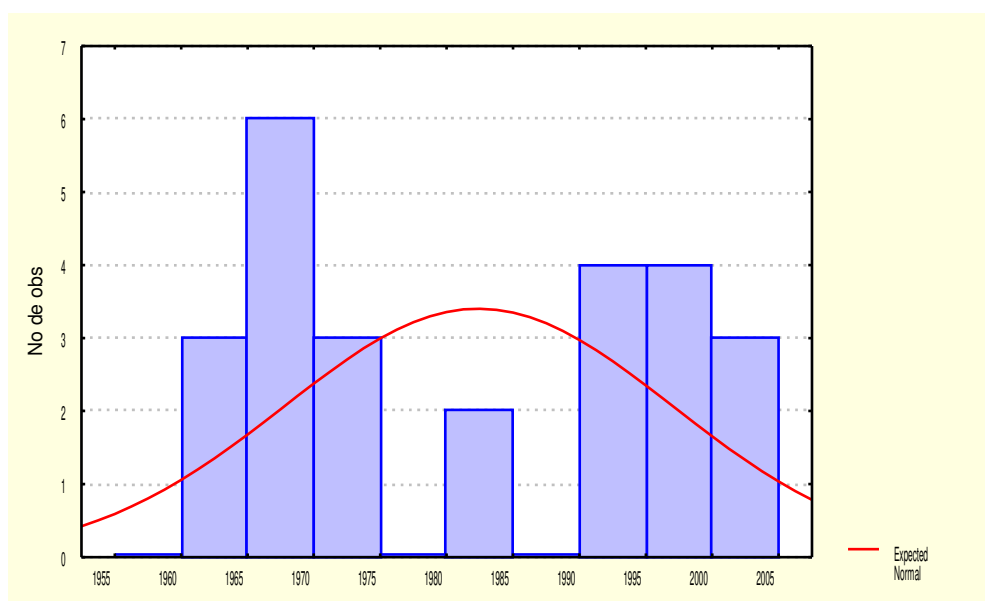
Se observa además, una depresión central de la curva en las columnas correspondientes a las frecuencias de edades entre 35 y 49 años. Un descenso similar se observa en la gráfica de edades de enfermeros profesionales de todo el país del Censo de 1993 para el grupo de edades de 40 a 49 años. Lo mismo sucede con la

gráfica de edades de Montevideo (ver anexos), acentuándose la caída entre los 45 y 49 años. La diferencia con la gráfica de la muestra es que en ambas gráficas del Censo (Montevideo y todo el país) las curvas desvían hacia la izquierda.

Al observar el gráfico 5.3 que corresponde al año de ingreso al cargo se observa que en la distribución de valores la mínima cantidad de ingresos – 2 que corresponde al 8% se produjo entre los años 1975 y 1990 y la máxima cantidad 6 (24%), se produjo entre los años 1965 y 1970. Se observa también una depresión central que señala que entre los años 1975 y 1979 no se produjeron ingresos; entre 1980 y 1984 se produjeron 2 ingresos y entre 1985 y 1990 no se produjeron ingresos¹⁰⁹.

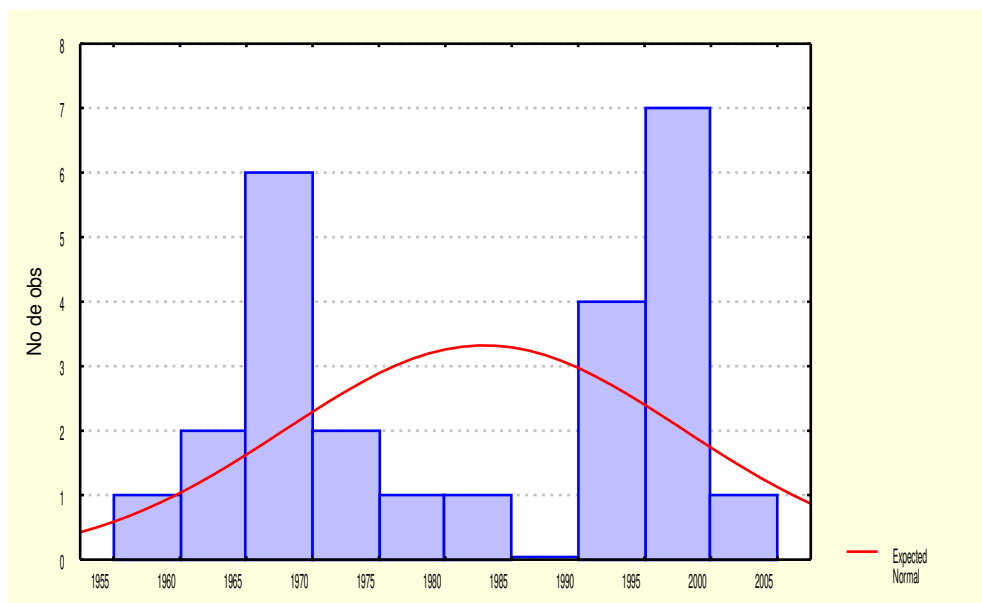
En lo que tiene que ver con el año de egreso de grado de la institución formadora se observa (gráfico 5.4) que entre 1970 y 1989 se produjeron 4 egresos (16%); entre 1985 y 1989 no se produjo ningún egreso y la mayor cantidad de ellos se produjo entre los años 1995 y 1999 (28%) y entre 1965 y 1969 (24%). Si se comparan los gráficos 2, 3 y 4 se observa una depresión central similar en las tres curvas, la cual corresponde al período entre los años 1975 y 1990, años del proceso dictatorial en Uruguay. Se puede pensar que la escasez de licenciados de la muestra en la franja etaria 35-50 años puede estar relacionada con dicho proceso y con el exilio económico, exilio político, prisión, destituciones, exoneración de la función pública y cierre de la E.U.E.

Gráfico 5.3 – Año de ingreso al cargo de los licenciados enfermeros de la muestra



¹⁰⁹ En relación al ingreso a cargos es necesario destacar que este estudio toma como muestra a licenciados del ámbito público y que “(...) en la órbita del M.S.P. (durante el período de dictadura) se produce la ocupación de cargos de nurses por parte de auxiliares de enfermería y transformación de cargos de nurses para dichos auxiliares u otros trabajadores de la salud (...)” (Sanchez Puñales, 2002: 216).

Gráfico 5.4 – Año de egreso de la institución formadora de los licenciados de la muestra.



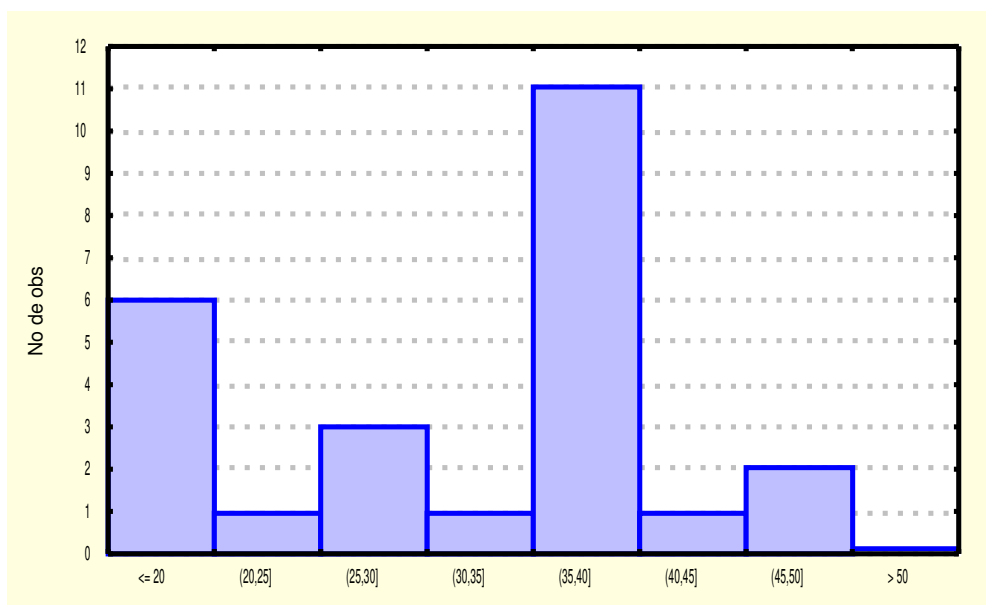
El 44% de los licenciados de la muestra se encontraba trabajando, en el momento del estudio, entre 35 y 40 horas semanales en el área materno-infantil, con una media de 33 horas semanales. Se consideraron las horas de trabajo en el cargo del centro donde se realizó la entrevista y otro cargo que desempeñaran en igual área, pero había un porcentaje que cumplía una carga horaria semanal mayor que no aparece en este trabajo ya que sólo se contabilizó el número de horas que trabajaban en la especialidad materno-infantil y muchos de ellos cumplían funciones en otras especialidades. No se tuvo en cuenta la realización de horas extras. Esta cifra coincide bastante con los datos del Censo de 1993 ya que en él, el 40.6% de los enfermeros profesionales trabajaba entre 35 y 40 horas semanales (sin incluir horas extras).

Tabla 5.5 – Cantidad y valor medio de horas semanales que trabajaban los licenciados de la muestra en el área materno-infantil durante el periodo investigado.

Horas semanales	Nº	%
20	6	24
24	1	4
25	3	12
34	1	4
36	6	24
40	5	20
45	1	4

50	2	8
Media		33 horas semanales

Gráfico 5.5 – Horas de trabajo semanales en el área materno infantil de los licenciados enfermeros de la muestra.



Las instituciones seleccionadas no tienen todas la misma cantidad de cargos para licenciados enfermeros, lo cual se relaciona con la cantidad de población atendida, con la complejidad sanitaria de los usuarios, con la existencia de departamento de enfermería y con su organización pero también con la política de cada una de ellas en lo que respecta al grado de profesionalización que consideran necesario para brindar una atención de enfermería de calidad. El MSP. designa un licenciado por centro en un único turno de 5 ó 6 horas diarias, con horario flexible, pero como ya se expresó en el capítulo 2 no todos los centros cuentan con licenciados enfermeros. Los sistemas de la IMM y del BPS. son similares al del MSP. ya que mayoritariamente también designan un licenciado por centro con la misma cantidad de horas diarias de trabajo, pero el BPS en algunos casos designa más de un licenciado por centro. En el Hospital de Clínicas y en el Hospital Militar, dada la existencia de una estructura de enfermería organizada como departamento (H. Militar) o división (H. de Clínicas), además de los licenciados operativos ejercen sus funciones en la atención materno infantil, jefes de servicio (supervisores) y en el caso del Clínicas, también un director de departamento. En el Hospital Militar el director del departamento de enfermería es un médico. La IMM y el BPS no cuentan con departamentos de enfermería; los licenciados y auxiliares dependen administrativamente del servicio de atención a la salud (IMM) el cual está dirigido por

un médico o de una gerencia de salud (BPS) dirigida también por un médico. El MSP., durante el período estudiado se encontraba en vías de transformación, se anuló el departamento de enfermería y los integrantes de éste que estaban trabajando en los centros de salud pasaron a depender administrativamente de un director médico del Servicio de Asistencia Externa (SAE).

Por lo demás los tipos de cargo que estaban ocupando los licenciados de la muestra eran en su amplia mayoría (68%) cargos de base (cargos de ingreso). En este porcentaje se consideró un licenciado que ocupaba un cargo de auxiliar de enfermería pero cumplía funciones de licenciado y los cargos de coordinador que son también cargos de base (por su salario y ubicación escalafonaria) aunque varían algunas funciones. Los cargos de ascenso (supervisor y director de departamento) los ocupaban el 32% de licenciados de la muestra. Estas cifras son similares a las del Censo, como se puede observar en la tabla 5.7, ya que para Montevideo los cargos de base correspondían a un 59.5%, en tanto los de ascenso a un 28,4% (considerando todos los escalafones y grados).

Tabla 5.6 – Porcentaje de cargos de base y de ascenso de los licenciados enfermeros de la muestra y de los enfermeros profesionales del Censo 1993 para Montevideo.

Cargo	% Censo	% muestra
Cargos de base	59.5	68
Cargos de ascenso	28,4	32
Total	87,9	100

Los licenciados enfermeros que estaban trabajando en dos instituciones en el período investigado representan un 52% del total de la muestra, lo cual es un porcentaje significativamente mayor al que aparece en el Censo, como puede observarse en la tabla 5.7. Del 52% que trabajaba en otra institución, el 28% lo hacía en una institución pública (tabla 5.8) y el 20% ocupaba cargos docentes, 12% en una institución pública y 8% en una institución privada (tabla 5.9).

Gráfico 5.6 – Porcentaje de licenciados enfermeros de la muestra que ocupaba distintos tipos de cargo en las Instituciones seleccionadas durante el período investigado.

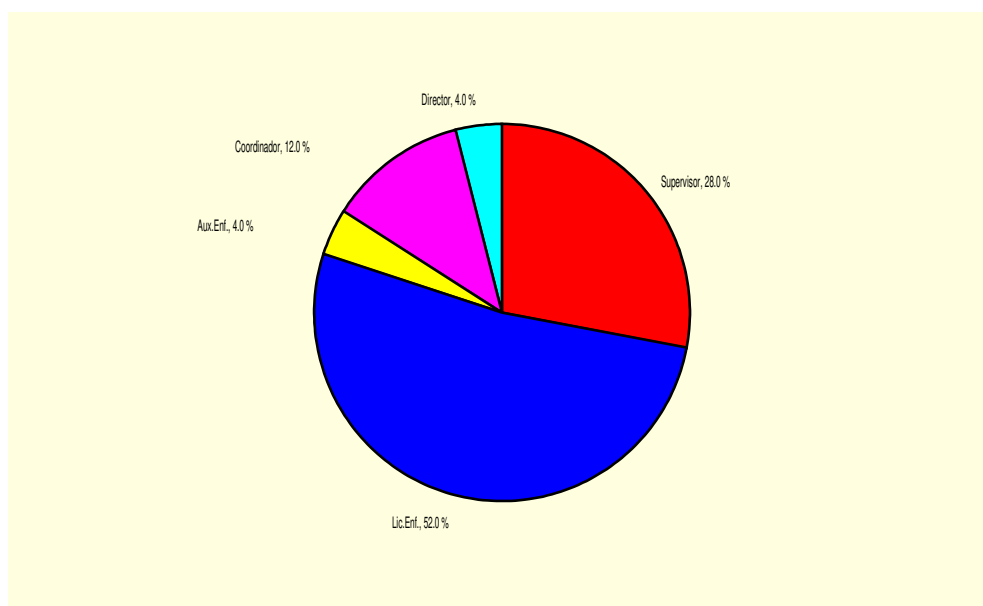


Tabla 5.7 – Porcentaje de licenciados enfermeros de la muestra y del Censo 1993 que trabajan en dos instituciones.

	% muestra	% censo
Trabajan	52	33.2
No trabajan	48	

Tabla 5.8– Número y porcentaje de los 13 licenciados de la muestra que trabajaban en otra institución en el período investigado, agrupados según fueran ellas públicas o privadas.

Institución	Nº	%
Privada	6	24
Pública	7	28

Tabla 5.9 – Número y porcentaje de licenciados enfermeros de la muestra que trabajaban en otra institución pública o privada y ocupaban cargos docentes durante el período investigado.

Institución	Nº	%
Docente Pública	3	12
Docente Privada	2	8
Total cargos docentes	5	20

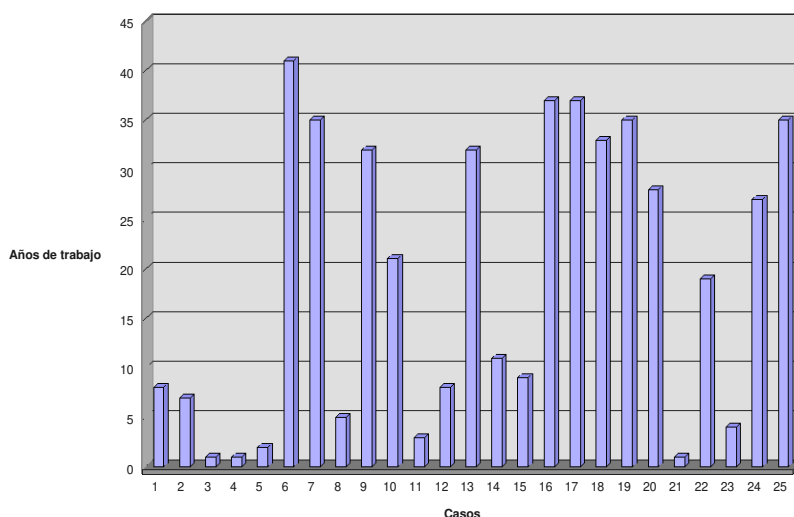
Con respecto a la cantidad de años que llevaban trabajando en la institución investigada, la media se ubica en 18.88 años y la mediana en 19 años. Agrupados en

rangos de cantidad de años de trabajo, el mayor porcentaje de licenciados (44%) se ubica en el grupo 1 a 10 años; luego le sigue el grupo 30 a 40 años (32%) y un licenciado hacía más de 40 años que estaba trabajando.

Tabla 5.10 – Cantidad de años de trabajo de los licenciados enfermeros de la muestra.

Años de trabajo	Nº	%
1 a 10 años	11	44
10 a 20 años	2	8
20 a 30 años	3	12
30 a 40 años	8	32
Más de 40 años	1	4
Media		18.88
Mediana		19

Gráfico 5.9 – Cantidad de años de trabajo de los licenciados de la muestra.



2 Formación académica.

En lo que tiene que ver con la formación de grado el 44% obtuvo al egresar el título de licenciado enfermero y el 56% obtuvo otros títulos: 36% de nurse y 20% de enfermero universitario. Esta variación en los tipos de título se debe a la existencia simultánea de la EUE y de la escuela de nurses Dr. Carlos Nery antes del período

dictatorial; el cierre de la EUE. y la creación de la Escuela Universitaria Dr. C. Nery durante la dictadura y la reapertura de la EUE, luego INDE. al retornar el sistema democrático de gobierno. Los tipos de título y la institución formadora de egreso son otros datos que permiten pensar en el envejecimiento de la fuerza laboral de enfermería profesional en los centros de salud públicos; aunque también podría interpretarse como resultado de la estabilidad en los cargos y de la política de reducción del Estado al no generar nuevos ingresos. Es un dato a tener en cuenta al analizar el nivel de formación de los licenciados de la muestra. En lo que se refiere al tema en estudio es importante señalar que todos los licenciados realizaron cursos de grado referidos a salud mental, ginecoobstetricia y salud pública.

Tabla 5.11 – Título obtenido al egreso profesional por los licenciados enfermeros de la muestra.

Título	Nº	%
Licenciado Enfermero	11	44
Nurse	9	36
Enfermero Universitario	5	20

Tabla 5.12 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra egresados de las distintas instituciones de formación

Institución	Nº	%
EUE.	4	16
Escuela Carlos Nery	9	36
Escuela Universitaria Carlos Nery	1	4
INDE	11	44

En cuanto a la formación de posgrado, el 64% de los licenciados de la muestra realizó diversos tipos de cursos: el 40% cursos relacionados con atención primaria y el 8% cursos de salud mental. Un licenciado estaba realizando Maestría en Salud Mental, otro realizaba Maestría en Administración y ninguno había realizado o realizaba Maestría en Atención Primaria. El porcentaje que realizó cursos de posgrado en salud mental y atención primaria es mayor que en el Censo (tabla 5.14), lo cual podría ser explicable por la inserción laboral de los licenciados de la muestra en un área que corresponde al primer nivel de atención, probabilidad de que exista una mayor oferta de cursos en la actualidad, aumento de problemas de salud mental y porque probablemente haya cierta

tendencia del colectivo de enfermería a comprender la importancia de la atención primaria en la atención a la salud.

Tabla 5.13 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra que realizaron cursos de posgrado.

Cursos Posgrado	Nº	%
Realizaron	16	64
No realizaron	9	36

Tabla 5.14 – Porcentaje de licenciados de la muestra y de enfermeros profesionales del Censo que realizaron cursos de posgrado en atención primaria y salud mental.

Posgrados	% Censo	% muestra
Atención Primaria	10,4 (Salud Pública)	40
Salud Mental	3	8
Maestría Atención Primaria	0	0
Maestría en Salud Mental	0	4

En lo que tiene que ver con cursos de posgrado vinculados con atención primaria, salud mental, atención de niños y ginecoobstetricia realizados por los licenciados de la muestra se observa que el porcentaje mayor (24%) accedió a los de esta última especialidad. En la tabla 5.15 se pueden observar los distintos cursos realizados y el porcentaje de licenciados que realizó cada uno de ellos. Las instituciones organizadoras de dichos cursos fueron muy variadas por lo que se explicitan en la tabla 5.16. Por lo demás los licenciados realizaron otros cursos no relacionados directamente con el tema en estudio en el presente trabajo los cuales se detallan en la tabla 5.17 junto con las instituciones que los organizaron.

En cuanto a trabajos de investigación el 12% de los licenciados enfermeros de la muestra participó en alguno en los últimos 10 años. De ellos el 8% tenía cargos docentes en otra institución además de la estudiada. El 12% mencionado participó en 4 trabajos de investigación en ese lapso de los cuales 2 fueron publicados. Ninguno estuvo relacionado con el cuidado del vínculo madre-hijo. Es de hacer notar que el Censo no ofrece datos acerca de investigación en Enfermería.

Tabla 5.15 – Cursos de posgrado relacionados con el tema en estudio y número y porcentaje de licenciados de la muestra que los realizaron.

Nombre del curso	Nº	%
Enfermería en Ginecología y Obstetricia	3	12
Metodología de Investigación en Perinatología	3	12
Enfermería Comunitaria	2	8
Salud Integral de la Mujer	2	8
Recién nacido crítico	2	8
Actualización en Ginecoobstetricia	1	4
Educación sexual	1	4
Salud mental del niño y su familia	1	4
Lactancia materna	1	4
Violencia familiar	1	4
Salud y antropología	1	4
Enfermería en Salud Mental	1	4

Tabla 5.16 – Instituciones en las que se organizaron los cursos de posgrado vinculados con el tema en estudio, realizados por los licenciados de la muestra y número de cursos por institución.

Institución	Nº
Hospital de Clínicas División Enfermería	3
Hospital Militar	1
M.S.P.	2
I.N.D.E.	7
Facultad de Psicología	1
Facultad de Humanidades	1
Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)	3
Sociedad Uruguaya de Sexología	1
Facultad de Medicina – Clínica de Psiquiatría Infantil	1

Tabla 5.17 – Cursos de posgrado realizados por los licenciados de la muestra no relacionados directamente con el tema en estudio en este trabajo.

Curso	Institución	Nº
Gestión en enfermería	INDE	1
Maestría en Administración	Facultad de Medicina	1
Alta Dirección en Enfermería	INDE.	1
Informática	BPS	1
Metodología de la investigación	INDE.	1
Promoción de Salud	IMM.	1
Administración en Salud	Hospital de Clínicas	1
Programación en Salud Comunitaria	Educación a distancia Internet	1
Metodología de Enseñanza	INDE	1

3 Conocimientos.

Los licenciados de la muestra expresaron poseer conocimientos teórico-prácticos respecto al tema del cuidado del vínculo madre-hijo adquiridos en su formación de pre y posgrado y durante su experiencia laboral, pero dijeron no poder utilizarlos en la elaboración de procesos de atención de enfermería¹¹⁰ ni acrecentarlos pues no tienen tiempo de leer ni de estudiar.

Al preguntarles acerca de si podían definir lo que es un modelo de enfermería, el 56% pudo hacerlo expresando un concepto claro y preciso, mientras que un 4% dio un concepto incompleto y un 40% no pudo conceptualizar lo que es. Fueron varios los modelos nombrados y no hubo una preferencia clara por ninguno, aunque el 32% expresó aplicar en su trabajo los lineamientos del Modelo de Dorothea Orem, como se puede observar en la tabla 5.17.

Tabla 5.18 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra que consideraron modelos de enfermería y nombre de los mismos.

Nombre del Modelo	Nº	%
Dorothea Orem	8	32
Florence Nightingale	3	12
Hildegard Peplau	2	8
Virginia Henderson	1	4
Callista Roy	1	4
Joyce Travelbee	1	4
Madeleine Leininger	1	4

¹¹⁰ Los procesos de atención de enfermería (PAE) son procesos de trabajo específicos de la profesión. Un proceso de trabajo es una serie de operaciones realizadas para transformar diferentes elementos de la materia con la ayuda de instrumentos para conseguir un objetivo determinado. En ese proceso se transforma la materia pero también se transforma el ser humano que lo desarrolla. Un trabajo puede identificarse cuando se puede describir planteando: lo que se pretende conseguir, que elementos intervienen en el proceso, que instrumentos son necesarios para su realización y que conocimientos lo sustentan. A pesar de ello siempre existe algo imprevisible, algo que no se puede apreciar ni delimitar. Collière (1993) señala que el PAE. es un proceso de elucidación-acción entre dos interlocutores con competencias diferentes y complementarias, dirigido a encontrar su forma de realización a partir de las capacidades y los recursos de cada uno en un contexto dado. El PAE requiere identificar los elementos que participan en su construcción: a que conocimientos se ha recurrido; que tecnología se utiliza y cuáles son las creencias y valores sobre los que se apoya. La adquisición de competencia profesional requiere un dominio previo o paralelo de los fundamentos teóricos de la actividad que se realiza o la función que se cumple.

En cuanto a conocimientos sobre literatura específica expresaron desconocer o no recordar autores uruguayos o extranjeros que hubieran estudiado el tema del vínculo temprano madre-hijo. Dos nombraron autores extranjeros y uno a un investigador uruguayo (tablas 5.19 y 5.20). Estos tres licenciados ejercían cargos docentes públicos además del cargo en el centro de salud por el cual fueron entrevistados para este estudio.

“Tengo un modelo comprendido y que uso pero que no lo sé explicar muy bien. Entiendo al ser humano como un todo, cada acción de Enfermería que hago la realizo englobando toda la personalidad”

“Mirá, conocimientos sobre el vínculo entre la madre y el hijo tengo, porque además es un tema fundamental, pero si me preguntás que leí al respecto o autores no se decirte. Además cuando empezás a trabajar tiempo de leer francamente no tenés...”

“Autores relevantes no me acuerdo. Lo que sé, surgió de las discusiones grupales en el área maternoinfantil del INDE, sobre todo lo del apego, cuando era estudiante.”

“No tengo un modelo específico, lo que sé, lo sé de trabajar. Además no tengo mucho tiempo de leer con dos trabajos y tres hijos como tengo. Pero entiendo que el tema del vínculo entre la madre y su bebé es fundamental, es de lo más importante.”

“No tengo un modelo definido, me baso mucho en Virginia Henderson. He leído pero no me acuerdo. El tema este es fundamental, porque desde edades muy tempranas influye en el futuro del niño”

“Se lo que nos han enseñado y lo que aprendí trabajando, pero la verdad no me acuerdo ni de autores ni de trabajos”

“No tengo un modelo definido, pero me baso en el autocuidado, en el enfoque de género y en el intercambio horizontal. He leído libros de autores argentinos que tratan el tema pero no me acuerdo bien de los nombres. Eso sí, el cuidado del vínculo madre-hijo es fundamental, todas las palabras son pocas para decir lo importante que es”

“Leer, no tengo tiempo de leer mucho, sólo los folletos que trae la asistente social del Instituto del Niño”

“Tengo unos artículos sobre apego, pero no me acuerdo bien de los autores. Después que me recibí lo único que he podido leer es a Dickanson, que es un libro de maternidad y es bastante completo y ahí también se habla del apego”.

“Son muchos los libros que uno lee en la carrera, pero no se decirte bien autores que hayan tratado el tema”

“He leído, si, en la carrera leí mucho, pero no me acuerdo. Creo que las licenciadas del ENSAME han escrito sobre el tema ¿no?, Silvia Meliá, Alma Carrasco...”

Tabla 5.19 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra que expresaron conocer autores que habrían trabajado sobre el tema del vínculo temprano madre-hijo.

Autores	Nº	%
Extranjeros no Enfermeros	8	32
Extranjeros Enfermeros	1	4
Uruguayos no Enfermeros	1	4
Uruguayos Enfermeros	2	8

Al tratar de estudiar cuales eran los conocimientos específicos sobre el tema que relataban poseer, se encontró que el 32% de los licenciados poseía un concepto claro y completo acerca de lo que se considera vínculo madre-hijo, en tanto que un 48% dio un concepto incompleto y un 20% expresó no saber definirlo. Los porcentajes fueron similares en lo que se refiere al concepto de apego, ya que el 36% pudo definir con precisión lo que es, en tanto el 52% dio una definición incompleta y el 12% no supo definirlo. Ninguno hizo referencia a la Teoría del Apego de J. Bowlby.

Tabla 5.20 Autores extranjeros y uruguayos nombrados por los licenciados enfermeros de la muestra

Ext. No Enfermeros	Ext. Enfermeros ¹¹¹	Uruguayos No Enfermeros	Uruguayos Enfermeros
D. Winnicott		J. L. Díaz Rosselló	Silvia Meliá
T. Brazelton		Mary Maciel	Alma Carrasco
B. Cramer			Edith Maciel
Klaus y Kennell			Lilian Cohen
F. Espasa			
J. Manzano			

En lo que tiene que ver con la formación de la personalidad el 60% conocía de manera incompleta como ella se constituye, el 12% no lo sabía y un 28% pudo expresar

¹¹¹ El nombre del autor extranjero enfermero no fue recordado por el licenciado que lo mencionó.

con claridad de que manera se va configurando. Sin embargo la mayoría (68%) le confirió una importancia fundamental al vínculo madre hijo en la construcción de la personalidad del niño; un 12% señaló que es muy importante; un 20% lo consideró importante y ninguno expresó que el vínculo no sea importante.

Cuando se les preguntó sin conocían las manifestaciones conductuales normales de la interacción madre recién nacido, el 60% dijo no conocerlas y el 40% que sí las conocía. Sin embargo al preguntarles que conductas normales observaban que se producían entre la madre y su hijo todos nombraron por lo menos una como se puede observar en la tabla 5.21 y en el gráfico 5.10.

Tabla 5.21 Conductas normales entre madre hijo que los licenciados de la muestra expresaron observar.

Conductas	Nº	%
Intercambio de miradas	7	28
Intercambio gestual	6	24
Mimos	4	16
Sonrisas	3	12
Caricias	6	24
Juegos	1	4
Tocarse entre ambos	8	32
Cantos de la madre	1	4
Gorjeos del bebe	1	4
Hamacar la madre a su bebe	2	8
La madre le habla a su bebe	3	12
Lactancia	12	48

Los comportamientos interactivos más frecuentemente nombrados fueron los que se relacionan con las actividades proximales (tabla 5.22).

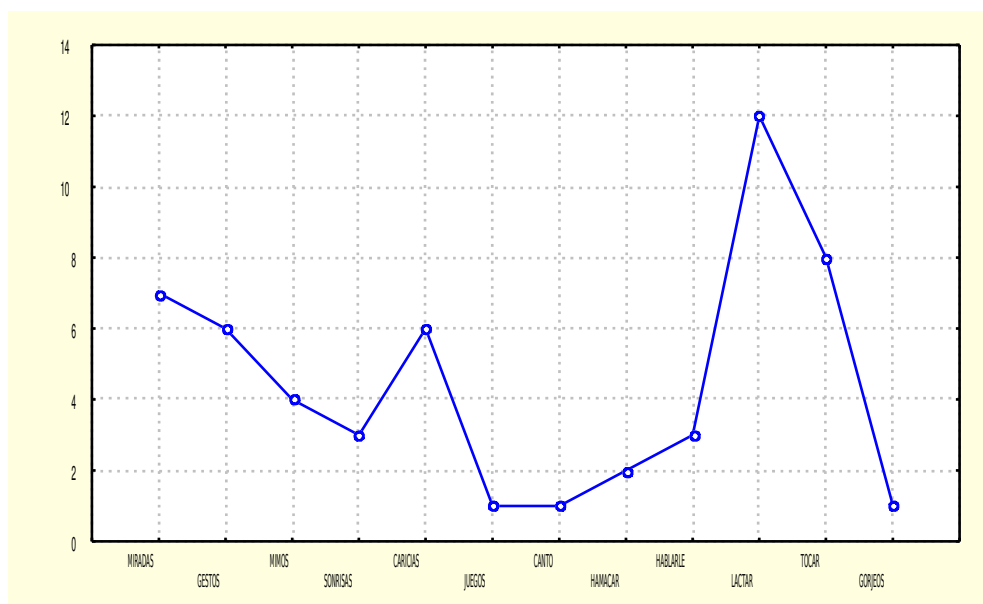
Tabla 5.22 – Conductas normales entre madre hijo que los licenciados de la muestra nombraron con más frecuencia.

Conducta	%
Lactancia	48
Tocar la madre a su bebe	32
Intercambio de miradas	28
Acariciar la madre a su bebe	24

De acuerdo a su relato la mayoría de los licenciados de la muestra (88%) no conocería conductas ni de la madre, ni del niño, ni del binomio que pudieran estar

expresando la existencia de una distorsión vincular entre ambos. El mismo porcentaje (88%) tampoco conocería manifestaciones de conducta de la embarazada que pudieran estar señalando la presencia de una alteración en el vínculo con su hijo. Un 8% expresó que la no aceptación del embarazo podría significar un rechazo del bebe después del nacimiento, con la consiguiente alteración del vínculo entre ambos. Sin embargo este relato de desconocimiento sobre el tema no es concordante con lo que contaron respecto a las actividades de cuidado que realizan, entre las cuales está la observación de conductas que podrían poner de manifiesto la existencia de una distorsión en el vínculo madre-hijo. El 52% expresó observar la evolución del vínculo en su actividad diaria y el 60% detectar distorsiones vinculares. En este sentido el 68% expresó conocer patologías en salud mental y salud general en el niño y el adulto relacionadas con una alteración temprana de dicho vínculo. Las patologías más nombradas fueron: las dificultades afectivas, la agresividad y el abandono del niño (desamparo), como puede observarse en el gráfico 5.10 y la tabla 5.24.

Gráfico 5.9 Conductas normales entre madre-hijo que los licenciados enfermeros de la muestra expresaron observar.



A pesar de lo que relatan que hacen en su actividad diaria el 84% considera que el cuidado del vínculo madre-hijo no sería una actividad de promoción en salud mental a realizar para proteger la personalidad en formación del niño; el 60% no lo considera

como práctica propia de Enfermería (tabla 5.23) y el 64% expresa que no lo evalúa explícitamente como parte del PAE

Tabla 5.23 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra que consideran el cuidado del vínculo madre hijo como práctica propia de enfermería

Cuidado del vínculo MH	Nº	%
Es cuidado de Enfermería	9	36
No es cuidado de Enfermería	15	60
Es tarea del psicólogo	1	4

Gráfico 5.10 Patologías del niño y del adulto en cuya producción consideran los licenciados enfermeros de la muestra interviene la distorsión vincular temprana madre hijo.

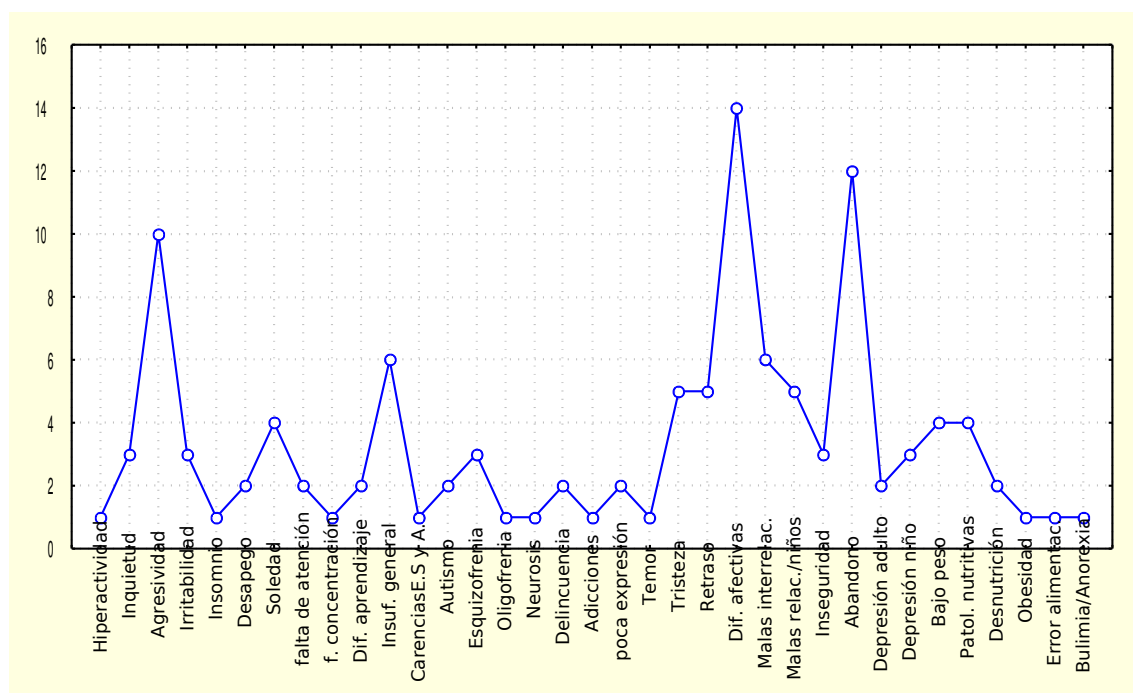


Tabla 5.24 – Respuestas acerca de patologías del niño y del adulto en cuya producción consideran los licenciados enfermeros de la muestra interviene la distorsión vincular temprana madre hijo

Patología	Nº	Patología	Nº
Hiperactividad	1	Escasa expresividad	2
Inquietud	3	Temor	1
Agresividad	10	Tristeza	5
Irritabilidad	3	Retraso	5
Insomnio	1	Dificultades en la afectividad	14
Desapego	2	Malas interrelaciones	6
Soledad	4	Malas relaciones con otros niños	5
Falta de atención	2	Inseguridad	3
Falta de concentración	1	Abandono	12
Dificultades de aprendizaje	2	Depresión en el adulto	2
Insuficiencia general de desarrollo	6	Depresión infantil	3
Carencias económicosociales y afectivas	1	Bajo peso	4
Autismo	2	Patologías nutritivas	4
Esquizofrenia	3	Desnutrición	2
Oligofrenia	1	Obesidad	1
Neurosis	1	Errores alimenticios	1
Delincuencia	2	Bulimia/anorexia	1
Adicciones	1		

En lo que se refiere al uso de instrumentos de evaluación del vínculo madre hijo, el 92% dice no utilizarlos y el 84% expresa que el método para evaluar más usado en su práctica diaria es la observación. Dos licenciados (de la IMM) hicieron referencia a instrumentos de evaluación que relatan fueron elaborados por psicólogos y aplicados tanto por estos como por enfermería pero que ya no se usan. Uno de los licenciados dijo

haberse interesado por el tema y haber elaborado un instrumento que nunca pudo aplicar por falta de tiempo y de recursos.

“la IMM tiene un instrumento pero redactado por los psicólogos. A enfermería no le dieron participación”

“en este Centro hay un instrumento que trata de evaluar si la relación madre hijo es buena o no que elaboré yo misma pero que no lo puedo aplicar porque estoy sola”

“como instrumento se usa un formulario elaborado hace varios años y que se incluye en la Historia Clínica. Lo aplican enfermería y psicología”

4. Práctica profesional

4.1 Práctica Asistencial

Si bien el 60 % de los licenciados expresó no considerar el cuidado del vínculo madre hijo como función de enfermería, el 92% dijo que desarrolla actividades dirigidas a realizar dicho cuidado. Dentro de dichas actividades las que expresaron realizar con más frecuencia son el fomento de la lactancia natural (92%), control de la evolución del vínculo, fomento de la interacción madre recién nacido y familiar recién nacido, fomento de la participación del padre y los hermanos en el cuidado del bebé y de la integración de la abuela. Algunos señalaron la necesidad de limitar el rol de la abuela, pues entienden que impediría a la madre asumir su función (Gráfico 5.11 y tabla 5.25).

El 60% expresó que no conoce las conductas normales de la interacción madre hijo en el vínculo temprano, sin embargo todos (100%) nombraron por lo menos una conducta (especialmente la lactancia – 92%) que regularmente evalúan durante el cuidado que realizan a la madre y al niño. En el ítem 3, referido a conocimientos, se dijo que el 88% de los licenciados enfermeros había expresado que no conocía manifestaciones de conducta de la madre y/o del bebé que señalaran la presencia de una distorsión vincular, pero el 60% expresaba que detecta distorsiones del vínculo madre recién nacido en su práctica profesional. Al solicitarles que nombraran las conductas que toman en cuenta para diagnosticar una alteración del vínculo, señalaron por separado conductas en la madre y conductas en el bebé. Un solo licenciado expresó que evaluaba si aparecían alteraciones en la sincronía vincular. La conducta de la madre que más se tomó en

cuenta para detectar una posible alteración vincular fue el rechazo de la lactancia (Tabla 5.26 y Gráfico 5.12) y en el bebe el escaso crecimiento pondoestatural (Tabla 5.27 y Gráfico 5.13). Es así que las conductas que consideraron con más frecuencia como indicadores de alteración vincular son las de expresión somática relacionadas con la alimentación (rechazo de la lactancia en la madre y escaso desarrollo pondoestatural en el bebe)

Gráfico 5.11 Actividades de enfermería que los licenciados de la muestra expresaron realizar para cuidar el vínculo madre-hijo.

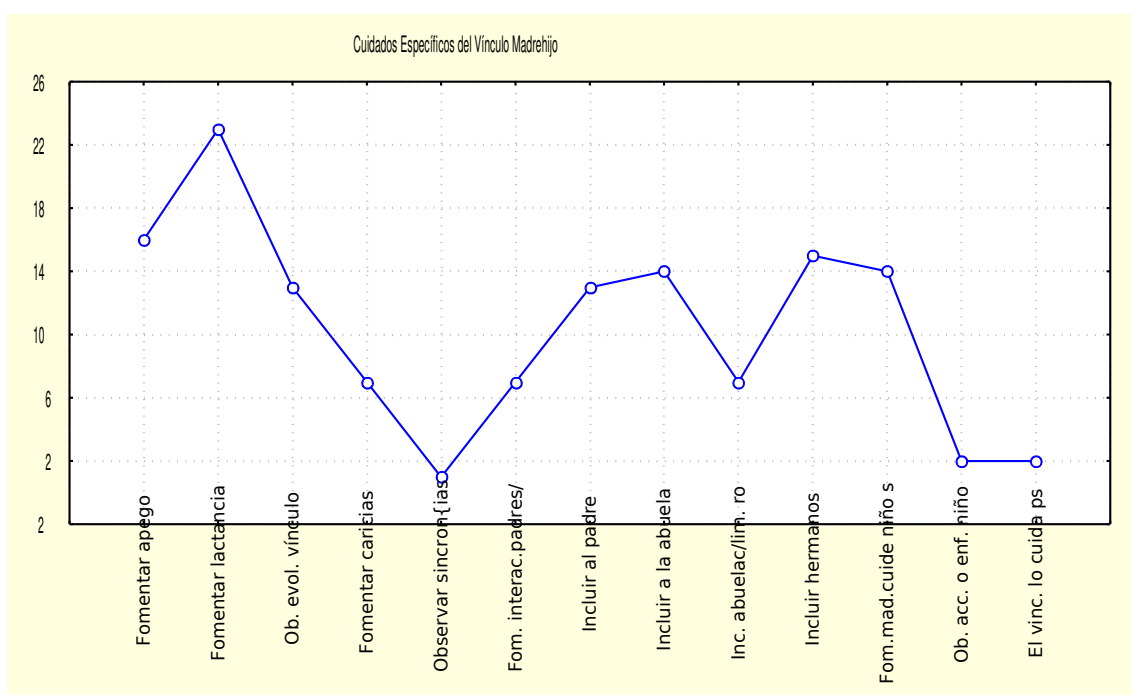


Tabla 5.25 – Respuestas acerca de las actividades que los licenciados de la muestra expresaron realizar para cuidar el vínculo madre-hijo.

Actividad	Nº	%
Fomentar la lactancia natural	23	92
Observar la evolución del vínculo	13	52
Enseñar a la madre a que cuide el bebe por si misma	14	56
Fomentar la participación del padre en el cuidado del bebe	14	56
Fomentar la participación de los hermanos	14	56
Fomentar la participación de la abuela	13	52
Fomentar la participación de la abuela limitando su rol	7	28
Fomentar que la madre acaricie a su bebe	7	28
Propender a que ambos padres cuiden del bebe	7	28
Observar si el bebe está bien alimentado e higienizado	7	28
Observar si aparecen enfermedades en el bebe	2	8
Observar si el bebe sufre accidentes	2	8

Observar si aparecen desincronías entre madre y bebe	1	4
No se hace, es tarea del psicólogo o el pediatra	2	8

Gráfico 5.12 – Conductas de la madre que los Licenciados de la muestra expresan tomar en cuenta para diagnosticar una alteración vincular.

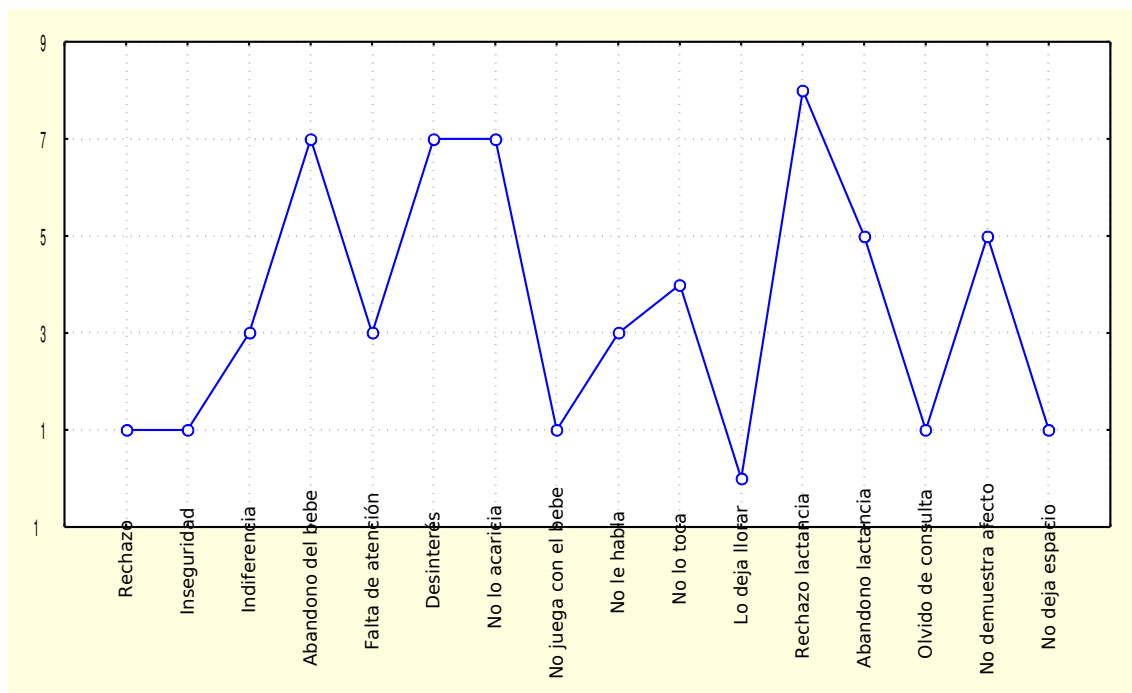


Tabla 5.26 – Respuestas acerca de conductas de la madre que los licenciados de la muestra expresan tomar en cuenta para diagnosticar una alteración vincular.

	Nº
Rechazo del bebe	1
Inseguridad	1
Indiferencia hacia el bebe	3
Abandono	7
Desinterés	7
Falta de atención	3
No acariciar al bebe	7
No jugar con el bebe	1
No le habla al bebe	3
No toca a su bebe	4
Deja llorar al bebe y no lo atiende	1
Abandono de la lactancia	5
Rechazo de la lactancia	7
Olvido de las fechas de consulta del bebe	1
No le demuestra afecto	5
Lo sobreprotege y no le deja espacio	1

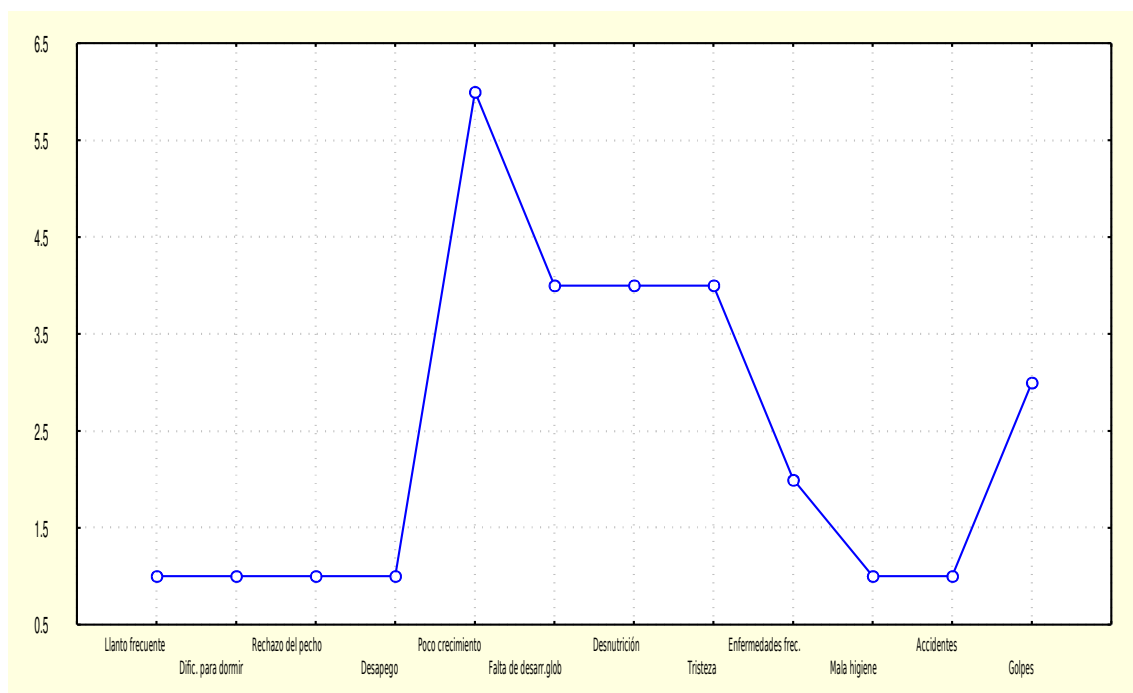


Gráfico 5.13 – Conductas del bebe que los licenciados de la muestra expresan tomar en cuenta para diagnosticar una alteración vincular.

Tabla 5.27 – Respuestas acerca de conductas del bebé que los licenciados de la muestra expresan tomar en cuenta para diagnosticar una alteración vincular.

	Nº
Llanto muy frecuente	1
Dificultades para dormir	1
Rechazo del pecho materno	1
Desapego	1
Escaso crecimiento	6
Falta de desarrollo global	4
Desnutrición	4
Tristeza	4
Presencia de enfermedades recurrentes	2
Mala higiene	1
Accidentes	1
Golpes	3

En cuanto a factores de riesgo que contribuyen a que aparezca una alteración vincular, el 88% de los licenciados expresaron identificar varios de ellos al realizar la evaluación y el cuidado del binomio madre-hijo. Los dos factores considerados con más frecuencia fueron las presiones sociales (88%) y las presiones económicas (64%).

Los factores de riesgo que aparecen en los documentos del M.S.P revisados, destacan los aspectos biológicos y los que se relacionan con enfermedades de la madre; no hacen referencias al contexto económico, social, cultural, ambiental y familiar en el que se produce el embarazo y en el que se desarrolla la interacción madre-hijo. En cambio los licenciados de la muestra destacaron los aspectos contextuales como más riesgosos, en especial los económicos y sociales pero también los relacionales y familiares como la falta de apoyo familiar, el abandono afectivo del niño por sus padres, la existencia de padres separados, de mujeres solas ya fuera porque eran solteras, abandonadas por su pareja o porque debían asumir el lugar de jefes de familia (tabla 5.28 y gráfico 5.14). Pero además el 76% de los licenciados señaló la existencia de grupos de riesgo tanto en la etapa gestacional como en la puerperal. El porcentaje más alto 76% entiende que el grupo de riesgo más importante es el que está constituido por las madres adolescentes con presiones económicas y sociales. Señalan que la madre adolescente no constituye un grupo de riesgo sólo por su edad, sino por las condiciones sociales y económicas en las que aparece y se desarrolla su embarazo y el nacimiento de su hijo. Le siguen en importancia las madres sin apoyo familiar 64% y las que pertenecen a familias de bajos ingresos 52% (tabla 5.29 y gráfico 5.15).

Tabla 5.28 – Factores de riesgo que los licenciados de la muestra consideran que inciden en la aparición de alteraciones del vínculo madre-hijo.

	Nº		Nº
Presiones económicas	15	Mujer sometida a su pareja	2
Presiones sociales	22	Desempleo de la pareja	8
Violencia familiar	1	Multitempleo de la pareja	2
Carencias nutricionales	5	Desempleo del padre	7
Ausencia del padre	6	Bajo salario del padre	6
Padre violento y castigador	2	Falta de apoyo familiar	14
Embarazo por violación	3	Demasiados hijos	6
No transmisión de conocimientos de madres a hijas	1	Cansancio de la madre	2
Ignorancia	6	Psicosis puerperal	1
Embarazo no deseado	4	Depresión puerperal	1
Rechazo del feto	5	Abandono afectivo de la madre	14
Embarazo no controlado	2	Abandono socioeconómico de madre y	12

		niño	
Embarazadas adictas	5	Maltrato infantil	9
Embarazadas prostitutas	3	Pobreza extrema	8
Embarazadas con SIDA	1	Nomadismo	1
Rechazo de la lactancia	4	Falta de valores	1
Padres separados	12	Síndrome de Münchhausen	1
Mujeres solas	11		

Tabla 5.29 – Grupos de riesgo considerados por los licenciados enfermeros de la muestra.

	Nº
Madres adolescentes	19
Madres adolescentes con presiones sociales y económicas	19
Madres sin apoyo familiar	16
Familias de bajos ingresos	13
Grupos de población con presiones socioeconómicas	4
Parejas inestables	11
Madres abandonadas por sus parejas	7
Madres con muchos hijos	11
Madres solas	6
Madres que trabajan fuera del hogar	2
Madres con trastornos mentales	3
Madres prostitutas	5
Madres adictas	3
Madres que fueran abandonadas ellas mismas siendo niñas	2

Respecto a la existencia de normas y programas de atención, el 68% de los licenciados de la muestra contestó que no existen normas de atención materno-infantil en el Servicio en que trabajan; en algunos casos siguen las normas del M.S.P. y en otros actúan de acuerdo a sus conocimientos profesionales o a las indicaciones médicas. La afirmación de que no existen normas de atención materno-infantil podría deberse a desconocimiento de las mismas, por lo que se les preguntó al respecto. Un 76% de los licenciados contestó que no conocía las normas de su Servicio, de los cuales el 68% dijo que sabía que existían pero que no las conocía. Por lo demás el 64% respondió que no

conocía las Normas de Atención MaternoInfantil del M.S.P., pese a que sabía que existían. En cuanto a normas específicas para el cuidado del vínculo madrehiijo en las etapas gestacional y puerperal, el 72% respondió que ellas no existen en el M.S.P. y el 96% que no existen en el Servicio en que trabajan. En aquellos Servicios en los que los licenciados contestaron que existen Normas de Atención MaternoInfantil propias (no sólo las del M.S.P.), el 92% expresó que no colaboraron en la elaboración de las mismas pues no fueron convocados para ello.

Gráfico 5.14 – Factores de riesgo que los licenciados de la muestra consideran pueden incidir en el surgimiento de una alteración vincular madrehiijo en las etapas gestacional y puerperal

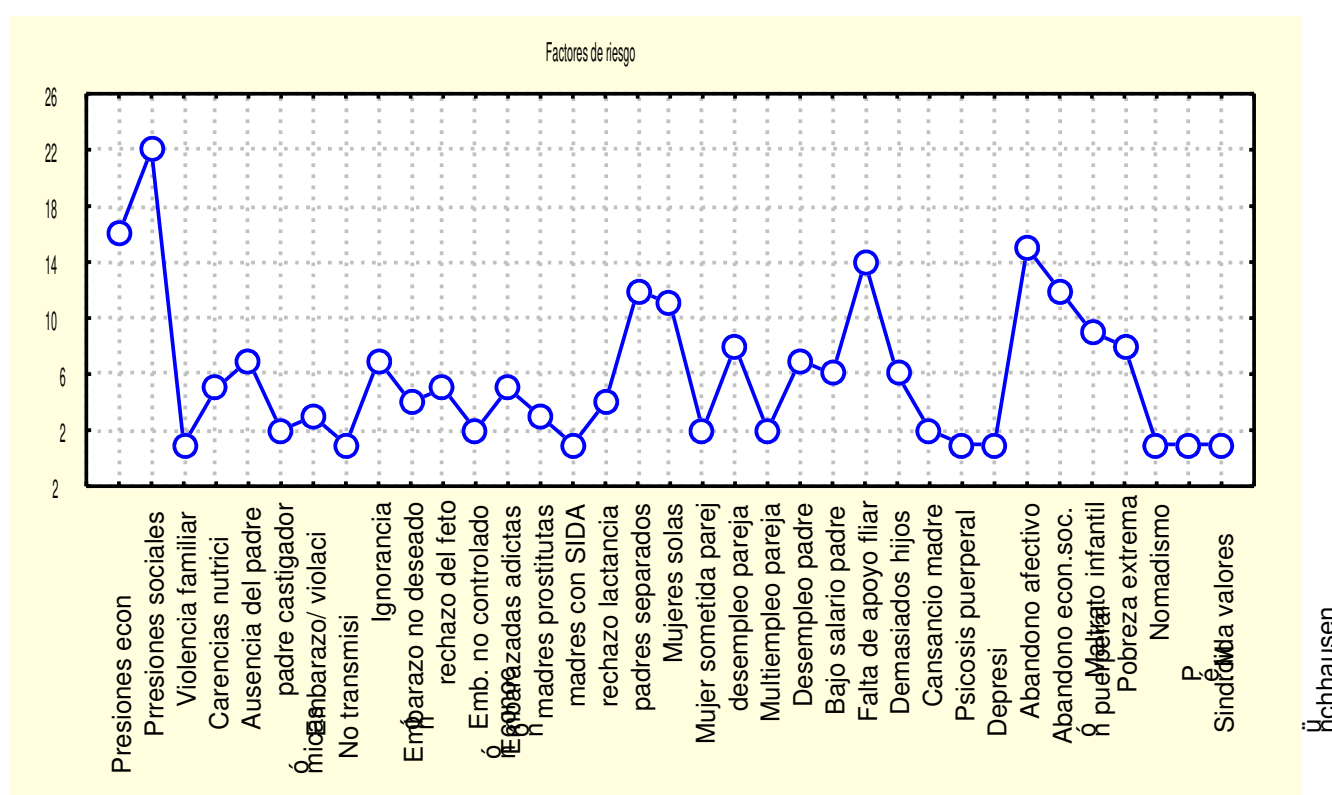
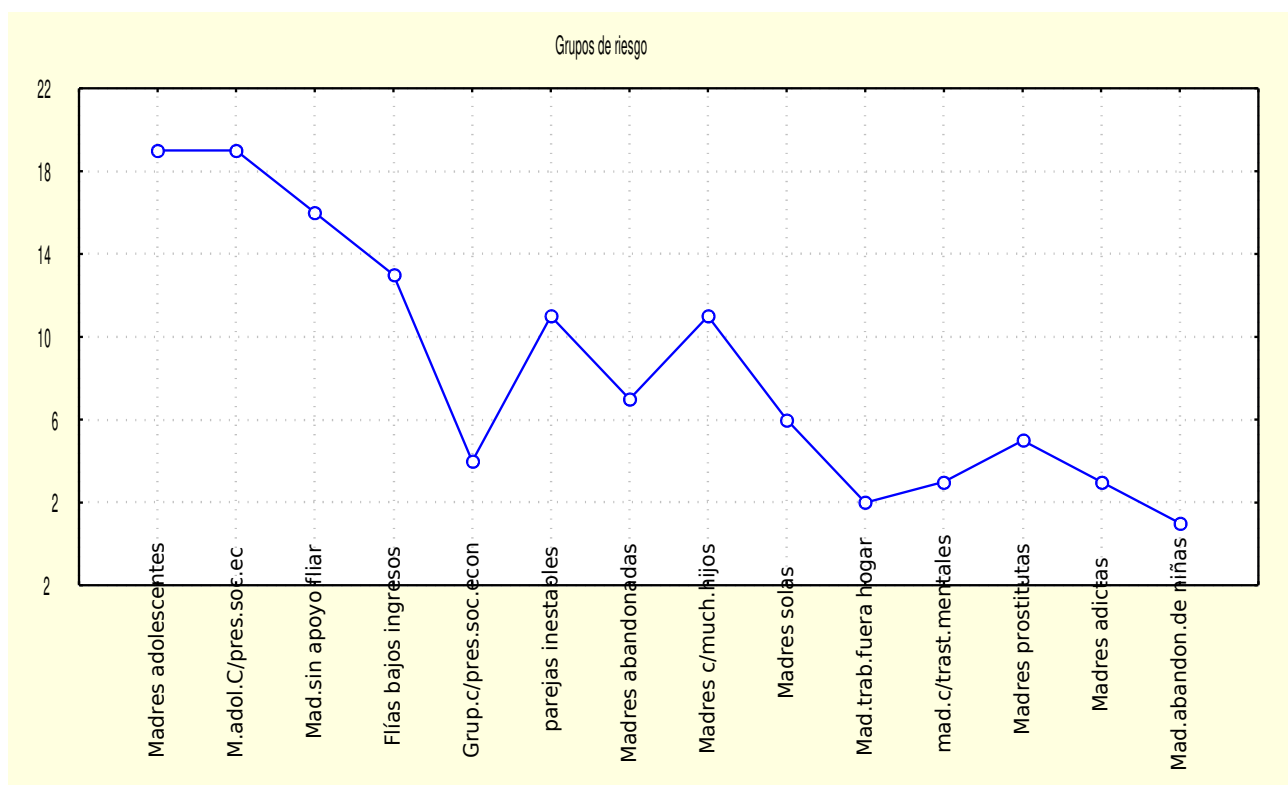


Gráfico 5.15 – Grupos de riesgo considerados por los licenciados enfermeros de la muestra.



En cuanto a las actividades asistenciales que expresaron desarrollar los licenciados de la muestra se encontró que el 100% dijo realizar actividades de coordinación; el 92%, actividades educativas (educación incidental y programada a usuarios y su familia); el 76%, expresó realizar actividades para administrar su servicio; el 36% dijo que realizaba visitas domiciliarias y el 28% consultas de enfermería. El 36% señaló el diálogo como actividad que realiza principalmente para cumplir con su función; el 32% señaló la escucha y la observación y el 24% la orientación. Finalmente el 16% expresó realizar cuidados directos¹¹².

¹¹² Dado que en este trabajo no se pretende delimitar los cuidados directos que se realizan, ellos no fueron estudiados particularmente. De las entrevistas se desprende que algunas de las actividades que se consideran como cuidados directos para la madre y el hijo son: anamnesis, evaluación de signos vitales, medición de talla y peso, palpación abdominal, control de latidos fetales, medición de perímetro craneano, evaluación y cuidado de los senos, evaluación y cuidado de genitales antes y después del parto, evaluación del estado general y nutricional, evaluación del estado de la boca, administración de medicamentos por las distintas vías. El diagnóstico y resolución de los problemas que plantea puntualmente cada usuario (individual o grupal) y que necesitan de la intervención de Enfermería son considerados también cuidado directo por los Licenciados de la muestra, aunque ello demande otras actividades como las educativas, de orientación, derivación y apoyo emocional.

Tabla 5.30 Número y porcentaje de licenciados de la muestra que expresan realizar cuidados directos.

	Nº	%
Realiza	14	16
No realiza	5	20
Realiza a veces	6	24

Dado que en la atención de enfermería en el primer nivel, la consulta, la visita domiciliar y el cuidado directo son actividades particularmente importantes, se estudiaron con más detalles. Las respuestas obtenidas permitieron concluir que el 64% de los licenciados no realiza consulta de Enfermería (tabla 5.30). El 92% reconoció que es una actividad fundamental pero que no pueden cumplir con ella como desearían, la mayoría de las veces por causas institucionales.

Tabla 5.31 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra que expresaron realizar consulta de enfermería.

.	Nº	%
Realiza	7	28
No realiza	16	64
Realiza a veces	2	8

“Yo trato de hacer la Consulta de Enfermería, pero hago lo que puedo, algunos problemas que traen las madres puedo resolver.”

“No hago consulta de Enfermería porque no está instituida”

“Lo que pasa es que no tenemos Departamento de Enfermería. Estamos muy solos y haciendo cualquier tipo de trabajo. No hacemos Enfermería, menos hacemos consulta de Enfermería. No tenemos poder de decisión. Se ha ido perdiendo con el tiempo. Estamos obligadas a hacer cualquier tipo de trabajo que nos mandan. Yo que soy supervisora tuve que ir a cubrir al auxiliar de farmacia varios días porque no venía...”

“Necesitamos una organización de Enfermería, que plantee Programas con los cuales trabajar. Ahí sí te podes plantear hacer consulta de Enfermería. Pero ahora tenemos que hacer el trabajo como venga, tapamos agujeros”

“La Consulta de Enfermería me parece que es lo fundamental. A mi es lo que más me gusta hacer. Pero acá es imposible. Tengo todo el Centro para administrar yo sola y este Centro tiene una gran área de influencia. Atendemos a 32 asentamientos y tenemos 3 policlínicas

asociadas. Soy la única Licenciada Enfermera para todo. Acá tengo 2 Auxiliares pero en las policlínicas no hay auxiliares de Enfermería.”

“No realizo Consulta de Enfermería, porque no existe acá, pero los niños que tienen problemas con la lactancia me son derivados por el pediatra.”

“La Consulta de Enfermería es lo más importante, ahí te das cuenta que cada persona y cada pareja es un mundo. El solo hecho de que te sientes y de que los escuches es super importante para ellos, hace que agradezcan cuando se van. Lo que pasa es que este trabajo, encarado así, con la falta de recursos, sobre todo humanos que tenemos, no se ve. O se pierde lo que hacés. Además te piden que hagas de todo. Cuando recién vine me pedían que me ocupara de todo, las cosas materiales, los pedidos, los ventiladores. Tuve que poner un límite porque no me dejaban hacer lo mío. Y aún así, todavía no lo he logrado”

En cuanto a las visitas domiciliarias el 56% de los licenciados expresó que no las realizaba (tabla 5.32). Igual que la consulta de Enfermería, la visita domiciliaria es reconocida por la mayoría como actividad fundamental del licenciado enfermero, pero encuentran límites institucionales para desarrollarla. Por lo demás la mayoría de las veces deben realizarlas solos. En la tabla 5.33 se ofrecen datos acerca de los profesionales y técnicos que suelen acompañar a los licenciados en las visitas.

Tabla 5.32 Número y porcentaje de licenciados de la muestra que expresaron realizar visita domiciliaria.

	Nº	%
Realiza	9	36
No realiza	14	56
Realiza a veces	2	8

Tabla 5.33 – Número y porcentaje de profesionales con quienes los licenciados de la muestra realizan la visita domiciliaria.

	Nº	%
Solo	4	16
Con Asistente Social	5	20
Con Auxiliar de Enfermería	3	12
Con Partera	1	4
Con Asistente Social y Psicólogo	1	4
Con Asistente Social, Partera y Auxiliar de Enfermería	1	4
Con Médico	1	4

“Las Licenciadas no hacemos visita domiciliaria porque no nos dejan pero deberíamos hacerla”

“Tendríamos que hacer visita domiciliaria porque ahí estás más en la realidad y se puede comprender mejor el problema de la familia o de la persona: en el contexto de la situación. Pero no se puede, no hay ni gente ni tiempo”

“No hay una política definida en cuanto a la visita domiciliaria. Nosotras entendemos que tenemos que hacerla, pero acá mandan a la Asistente Social”

“Enfermería no hace visitas domiciliarias porque la Institución no se lo permite, pero en realidad es una tarea bien nuestra.”

“Hago visitas domiciliarias sola y la gente las acepta muy bien. Es más, esperan que llegue. Me han dicho: “estoy esperando que vengas”. ”

“No se pueden hacer visitas domiciliarias porque es zona roja. Es una zona muy violenta, muy agresiva. Son agresivos con los otros, con nosotros y con ellos mismos también. A las 17 horas cerramos y nos vamos, porque después de esa hora ya no se puede transitar”

“Las visitas domiciliarias las hago con la Asistente Social. Como todo no podemos hacer, vemos a los niños de riesgo o seguimos familias de contexto crítico. A veces hacemos visitas a familiares de fallecidos. Las visitas, al M.S.P. le sirven para obtener datos estadísticos, pero a nosotros nos sirve para conocer el medio familiar y como funciona la familia allí. Eso te cambia las perspectivas y se las cambia ellos también respecto al Centro y lo que pueden esperar de nosotros”.

“Si, visitas domiciliarias se hacen. Pero yo soy el único Licenciado Enfermero para este Centro, que tiene varias policlínicas periféricas además, tengo mucho trabajo de coordinación, así que mando a los Auxiliares de Enfermería. A veces voy yo. Salimos con la Asistente Social y vamos a buscar a las madres o a los niños que no se controlan, a ver que pasa que no vienen”

“Acá en el Hospital no se hacen visitas domiciliarias porque no está previsto en la política del Hospital y además no hay recursos pero se trabaja en coordinación con el Programa Aduana”

El 16% de los licenciados enfermeros de la muestra dijo realizar cuidados directos y el 24% expresó realizarlos a veces. Las motivos que señalan para no realizarlos son también de índole institucional¹¹³.

“Los Licenciados Enfermeros ya no cuidamos, somos administradores de empresas”

“Es muy difícil para mi hacer cuidados directos. Desde unos años para acá se desdibujaron los objetivos del Centro por la cantidad de usuarios que hay que atender. Han crecido notablemente, vienen muchos más, gente que antes era de las mutualistas, sobre todo niños. Es imposible que los pueda atender a todos, más en las condiciones económicas y sociales en que están que necesitan de todo tipo de atención. Lo que hago es delegar en los Auxiliares y a veces superviso y a veces no”

¹¹³ Es necesario tener en cuenta que en la muestra de licenciados enfermeros con los que se trabajó, el 68% ocupaba cargos de nivel operativo (de base) y por lo tanto el cuidado directo es un aspecto esencial de su función:

“Yo no puedo mucho porque soy el único Licenciado que hay y tengo que ocuparme de la coordinación de todos los Programas y de supervisar a los Auxiliares. Tengo 7 Auxiliares en el Centro.”

Como ya se había dicho en párrafos anteriores, los licenciados relatan que en la planeación de los cuidados de enfermería se debe considerar el contexto del usuario pues es un factor muy importante para comprender la situación de salud y para ofrecer una atención adecuada. Al preguntarles si podían cumplir con los lineamientos de esa idea en su práctica diaria, el 80% contestó que toman en cuenta el contexto familiar de la mujer que consulta y el 60% el contexto socioeconómico (tabla 5.33 y gráfico 5.16). Es en estos dos contextos donde detectan el mayor porcentaje de factores de riesgo para la aparición de distorsiones en el vínculo madre-hijo (tabla 5.28 y gráfico 5.14). Los entornos cultural y ambiental no son prácticamente tomados en cuenta. Sólo uno de los licenciados de la muestra los considera desde el punto de vista teórico (nombra el modelo de M. Leininger y destaca sus aspectos más importantes) pero expresa no poder tomarlos en cuenta para la planeación de los cuidados en su práctica cotidiana (tabla 5.33).

Tabla 5.34 – Número y porcentaje de licenciados de la muestra que expresa considerar los distintos contextos del binomio madre-hijo en la planeación y realización del proceso de atención de enfermería.

	Nº	%
No considera ningún contexto	5	20
Considera el contexto familiar	20	80
Considera el contexto socioeconómico	15	60
Considera los contextos socioeconómico, familiar, cultural y ambiental	1	4

“El entorno familiar a veces no lo conoces porque no se hacen seguimientos domiciliarios, pero si podes conocerlo lo tenés en cuenta”

“Si uno conoce bien el medio familiar donde está inserta la mujer y donde estan sus hijos, la podes orientar mejor, decirle que cosas puede hacer con los recursos que en realidad tiene”

“En todas las clases sociales se ven grupos de riesgo, pero se ven más en la franja más carenciada, porque hay falta de todo, de conocimientos también. Ahí, conociendo como es el medio de la mujer podés hacer algo. Enseñarle algo de anticoncepción por ejemplo, cual es el número de hijos que pueden tener bien, según como viven. Porque si no les enseñas al poco tiempo vuelven embarazadas otra vez y muchos hijos que no se pueden atender es una de las cosas que no permite establecer un buen vínculo madre-hijo”

“Como entorno familiar entiendo lo que pasa en la casa de ella; pero también el lugar de internación para tener su hijo es entorno y ahí también tenemos que intervenir y cuidar”

“Enfermería desde su formación tiene muy en cuenta el entorno familiar, social y económico de la mujer y del niño. Tenemos muy en cuenta donde vive, como vive, con quien vive, cuantas personas son en una misma habitación, el hacinamiento, que privacidad puede tener la madre para estar con su bebe, cuantos hermanitos hay, si cohabitan. Todo eso sale en las entrevistas pero mejor lo ves en la visita domiciliaria. Acá vienen estudiantes de medicina y se asombran cuando ven la realidad. Creen que las madres tienen todo, no conocen la realidad, hay que verles la cara de sorpresa frente a algunas cosas. A Enfermería no le pasa porque estamos en contacto antes con la realidad”

“Si tendremos en cuenta el entorno familiar! Acá hay muchas mujeres solas, muchas jefas de familia. A veces no han podido construir su propia vida y tienen que vivir con sus padres, sobre todo con su propia madre, porque pasa mucho que la abuela también esté sola. Y eso también es familia, distinta, pero familia”

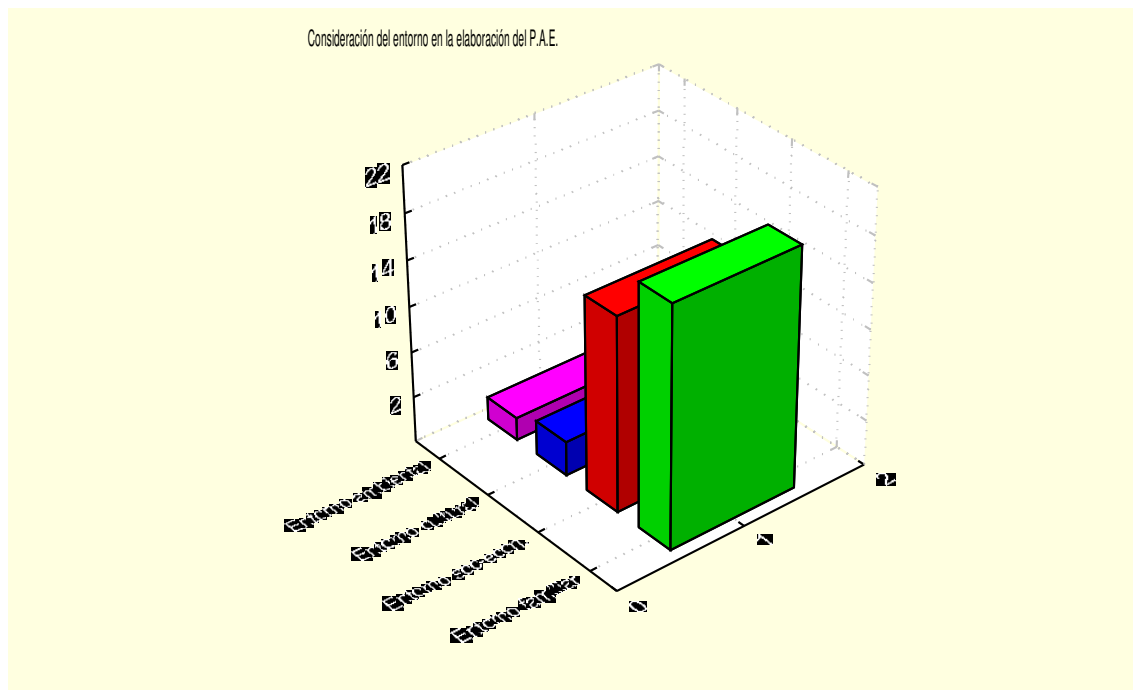
“Hay cosas que si no conoces que pasa en la familia, no podés entender. Hace poco vino una adolescente embarazada de 14 años que no quería saber nada de su niño ni de criar otro niño más. Lo que pasa es que ella tuvo que criar a sus 7 hermanitos y cuando se embarazó ella ya no quería nada más. Por suerte con el trabajo de los psicólogos de acá lo fue aceptando”

“Se ve de todo cuando conoces el ambiente de la familia. Acá le damos mucha importancia a la amamantación y nos pasó con una señora que tuvo su bebé y no lo podía amamantar porque tenía que trabajar, pero ella entendía muy bien la importancia de darle de mamar a su bebe, así que arregló con su hermana, que también tuvo un bebé y ella le da de mamar a los dos”

“Siempre evalúo el contexto social y económico y también el familiar. Incluyo siempre a la pareja –siempre que esté y a la familia toda. Cuando la pareja está, viene, los hermanitos también y las que vienen mucho son las abuelas. Sucede que a veces las abuelas desplazan a la madre, sobre todo si la madre es muy joven, pero no le decimos que no venga: tratamos de fortalecer a la madre y tratamos de ayudar a la abuela a ubicarse en su rol”

“Saber como es la familia de la mujer que atendemos es fundamental. Tuvimos hace poco una madre que estaba en una situación familiar de mucho rechazo. Todos decían que no tenía que tener el bebé y la madre estaba en esa ambigüedad de querer y no querer al bebé. Ingresó unas cuantas veces con amenaza de parto prematuro, pero al final lo tuvo en fecha. Fijate, si no hubieramos sabido eso hubieramos pensado que las amenazas de parto prematuro eran por otra cosa”

Gráfico 5.16 – Consideración que hacen los licenciados de la muestra de los diversos tipos de contexto en la elaboración del P.A.E.



Finalmente en relación a su práctica profesional asistencial los licenciados enfermeros expresaron que realizan cualquier tipo de actividad, aplicando los conocimientos adquiridos y el sentido común, para dar solución a las situaciones puntuales que se les presenta en forma cotidiana: Es allí donde encuentran su creatividad profesional.

“Enfermería es arte y creatividad porque tenés que inventar de todo para poder dar una asistencia más o menos buena con los pocos recursos que nos dan”

“La Licenciada tiene que usar todo lo que le enseñaron para encontrar una solución en cualquier circunstancia”

“Tenés que adaptar lo que sabes a cada problema que se te presenta. Pero también tenés que adaptar lo que decís a las necesidades y a los conocimientos que tiene la madre. No podés andar con un libreto siempre igual con todos y para eso tenés que conocer a las personas y al entorno donde están”

4.4 Práctica docente.

En la práctica profesional de enfermería la enseñanza ocupa un lugar fundamental ya que es a través de ella que los licenciados orientan a los usuarios en cuanto a actividades

de protección de su salud, de la de su familia y su medio ambiente. Pero además, como profesionales universitarios cumplen con funciones educativas hacia estudiantes de enfermería y de otras disciplinas.

En lo que respecta a la enseñanza a usuarios, el 100% de los licenciados de la muestra expresó desarrollaban procesos educativos, aún aquellos que estaban ocupando cargos jerárquicos más altos en el momento de la entrevista. Los tipos de educación y los usuarios hacia la cual estaba dirigida varió de acuerdo a las necesidades de estos y a los recursos disponibles (tabla 5.35 y gráfico 5.17). Los temas desarrollados por los licenciados, relacionados con el presente estudio se detallan en la tabla 5.36.

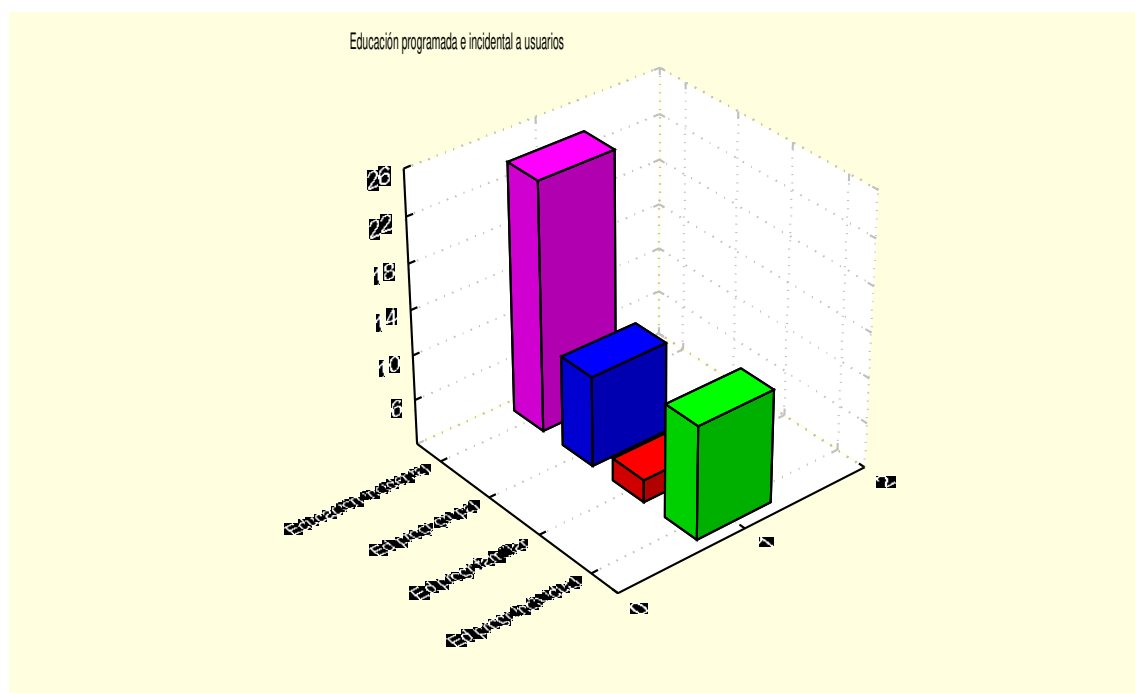
Tabla 5.35 – Tipo de educación realizada por los licenciados de la muestra y personas o grupos hacia la cual estaba dirigida

	Nº	%
Educación incidental	24	96
Educación programada	15	60
Educación programada individual	12	48
Educación programada familiar	4	16
Educación programada grupal	7	28

Tabla 5.36 Temas más frecuentes en la educación a usuarios

	Nº	%
Lactancia natural	23	92
Puericultura	23	92
Anticoncepción	15	60
Relación MadreHijo	11	44
El niño en la familia	7	28
Alimentación del recién nacido	3	12
Preparación para el parto	2	8

Gráfico 5.17 – Tipos de educación desarrollada por los licenciados de la muestra.



Un 80% de los licenciados desarrollaba procesos educativos con estudiantes, de los cuales un 56% recibía estudiantes de grado y de posgrado del INDE y un 28% estudiantes que provenían de otras instituciones tales como Facultad de Medicina, Escuela de Tecnología Médica (EUTM, Facultad de Medicina) e Instituto Universitario de Salud y Desarrollo (INSADE)¹¹⁴.

Tabla 5.37 – Número y porcentaje de estudiantes según institución y nivel, con quienes los licenciados de la muestra desarrollan procesos educativos

	Nº	%
Estudiantes de grado del INDE	10	40
Estudiantes de posgrado del INDE	4	16
Otros estudiantes	7	28

4.3 Práctica de investigación.

Los procesos de investigación desarrollados por los licenciados de la muestra fueron escasos. Sólo un 12% participó en trabajos de investigación en los últimos 10 años. En total se realizaron 4 trabajos, todos ellos elaborados por equipos interdisciplinarios entre los años 1999 y 2002. De ellos 2 fueron publicados, uno por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) y otro por el Centro Latinoamericano de Economía Humana (CLAEH). De los 3 licenciados que realizaron trabajos de investigación, 2

¹¹⁴ INSADE: Instituto privado de formación en enfermería profesional.

desempeñaban un cargo docente además del que estaban ocupando en el centro de salud correspondiente, durante el periodo en estudio. Ninguno de los 4 trabajos realizados estuvo relacionado con el tema del vínculo madre hijo.

5 Revisión de documentos oficiales.

De la lectura y análisis de los documentos oficiales y de lo expresado por los Informantes Clave se desprende que en el Programa de Salud MaternoInfantil de 1987, el M.S.P. establece Normas de Atención MaternoInfantil que hacen referencia al binomio madre niño, señalan que la interacción madre niño comienza enseguida del nacimiento y que se debe promocionar un acercamiento temprano entre la madre y su niño. Establecen también que se debe capacitar al personal en la psicoprofilaxis del parto sin temor, en el cuidado de la interacción madre niño y en la promoción de la lactancia natural. En las Normas de Atención MaternoInfantil para el niño durante el primer año de vida se señala la necesidad de una observación atenta del binomio madre niño en sus características externas así como en su comportamiento personal y en sus relaciones recíprocas y que esa observación tiene por objeto que el médico u otro miembro del equipo de salud se formen una idea preliminar de la adecuación de la función de la madre y de la respuesta del niño. Se señala la necesidad de la identificación de factores de riesgo y se consideran como tales: bajo nivel de instrucción, antecedentes de pérdidas reproductivas, de hermanos fallecidos, prematuridad, bajo peso al nacer, madre adolescente o añosa, patología previa al embarazo, uso de psicofármacos. Se agrega que la clasificación del riesgo se procurará realizar desde el nacimiento a fin de llevar a cabo intervenciones de prevención primaria, detectando el alto riesgo biológico, socioeconómico, cultural y psicoafectivo. No se hace referencia a la interacción madre hijo inadecuada como factor de riesgo y no se establecen normas específicas para el cuidado del vínculo madre hijo ni en la etapa gestacional ni en la puerperal.

En 1998 se normatiza en lo referente a la lactancia natural.

En la reformulación de las Normas de Atención MaternoInfantil (1999) no aparece expresada la necesidad de cuidado de la interacción madre niño ni en la etapa gestacional ni en la puerperal, como en las normas de 1987.

Del Informe del Departamento MaternoInfantil del MSP del año 2000 surge que en 1995 el 40% de los niños del país nacían en hogares con necesidades básicas insatisfechas; se observaba un crecimiento importante – no cuantificado de la

fecundidad adolescente; se comprobó una disminución marcada de las cifras de días de lactancia desde 1916 (152 días) hasta 1992 (57 días); existía una marcada diferencia entre la situación de salud y de atención de los niños atendidos en el sector privado y en el público. En este último la incidencia de recién nacidos de bajo peso era francamente superior al del sector privado (de un 7.3% de recién nacidos de bajo peso en todo el país, 10% eran del sector público y 5% del sector privado); el número de niños no controlados en los 30 días siguientes a su nacimiento en el sector público era del 25 %, mientras que para el sector privado era del 1.2%. Ninguno de los datos aportados por este Informe se refieren a la atención de la relación madre-hijo en particular.

Desde que comenzó la reestructuración de algunos organismos del MSP (*circa* 1996) no se estaría aplicando el Programa de Atención Materno-Infantil ¹¹⁵. A pesar de ello enfermería sigue utilizando las Normas de 1987.

El Plan Nacional de Salud Mental de 1985 establece que la prevención se hará en estrecha coordinación con el Programa Materno Infantil y en el niño mayor con la enseñanza preescolar y que se aprovecharán las instancias pre, peri y postnatales para favorecer el apego materno-infantil. Los objetivos para la prevención secundaria son: captación y diagnóstico precoz de patologías maternas físicas, psíquicas y sociales (madres en situación de deprivación socioeconómica, madres con enfermedades mentales, madres que golpean, distrofian, etc.) y la individualización de madres de alto riesgo, principalmente adolescentes. No se expresa la necesidad de establecer normas de cuidado específicas del vínculo madre-hijo en ninguna de sus etapas.

El Plan Nacional de Salud Mental no se estaría aplicando en el momento actual ¹¹⁶.

Ninguna de las instituciones investigadas había elaborado hasta el momento del estudio, normas específicas para la atención del vínculo madre-hijo en las etapas gestacional y puerperal. Tampoco Enfermería como colectivo profesional había elaborado pautas ni estándares de cuidado del vínculo madre-hijo en dichas etapas.

Resumiendo, se puede decir que a la fecha, en Uruguay, el M.S.Pno ha establecido normas ni programas específicos para la atención del vínculo madre-hijo en

¹¹⁵ No hemos encontrado registros oficiales que confirmen esta afirmación. Ella surge de los datos aportados por los informantes clave. La única referencia oficial encontrada es la que aparece en el Informe "Por ellos", MSP. (2000:22) que expresa: "Desde 1984 existen Normas de Atención a la Embarazada, el Parto y el Recién Nacido en el territorio nacional. El sector público no pudo aplicar la normativa existente sobre asignación de recursos y funciones de los diversos ámbitos sanitarios de atención a la embarazada y recién nacido en relación a recursos humanos, físicos y administrativos".

¹¹⁶ No hemos encontrado registros oficiales que confirmen esta afirmación. Ella surge de los datos aportados por los informantes clave.

las etapas gestacional y puerperal; no se ha explicitado en los programas de los organismos públicos que prestan asistencia maternoinfantil la necesidad de cuidar dicho vínculo en especial; Enfermería como colectivo profesional no ha elaborado pautas ni estándares de cuidado y ni el Programa de Atención MaternoInfantil ni el Plan Nacional de Salud Mental se estarían implementando.

DISCUSIÓN

No hay posibilidad de ninguna tarea profesional correcta (...) si no es al mismo tiempo una investigación de lo que está ocurriendo y de lo que se está haciendo. La práctica no es una

117

La Ley Orgánica del M.S.P. N° 9302 (1934) atribuye al Poder Ejecutivo por intermedio del M.S.P. la organización y dirección de los Servicios de Asistencia e Higiene.

derivación subalterna de la ciencia sino su núcleo o centro vital; y la investigación científica no tiene lugar por encima o fuera de la práctica sino dentro del curso de la misma.

José Bleger

En lo que se refiere a la caracterización de la muestra de licenciados los datos obtenidos en el presente estudio permiten afirmar que presentan algunos aspectos similares a los enfermeros del MERCOSUR destacándose la muy escasa cantidad comparada con otros profesionales y técnicos (especialmente médicos y auxiliares de enfermería) y en relación a la población atendida, la integración por una amplia mayoría de mujeres casadas y con hijos, el multiempleo, la escasa producción de conocimientos, la dependencia, la desvalorización, el alejamiento de los propósitos y objetivos profesionales y la no participación en los niveles de decisión de las instituciones de las cuales son parte. En cuanto a la cantidad es necesario recordar que este estudio tomó como muestra a licenciados enfermeros del ámbito público y que como ya se mencionó en el capítulo 5 muchos cargos de nurses del M.S.P. se perdieron porque durante el período de dictadura fueron transformados en cargos de auxiliares de enfermería, algunos de los cuales fueron ocupados por ellos. No se han encontrado datos que permitan dar cuenta exacta de lo que ha sucedido con los cargos de licenciados en los otros centros públicos considerados en este estudio, pero se estima que ha ocurrido algo similar. En el Hospital de Clínicas, por ejemplo, se sabe ¹¹⁸ que durante el período dictatorial se destituyó por motivos políticos y gremiales a un alto número de funcionarios docentes y no docentes al mismo tiempo que se aumentó el personal no asistencial y se realizaron designaciones través de contratos zafrales. Todo esto fue motivo a que a la salida de la dictadura el Hospital se enfrentara a un gravísimo problema de escasez de funcionarios de enfermería, especialmente profesional, lo que llevó a que en 1986 la División Enfermería planteara la creación de unos 50 cargos de licenciados y 100 de auxiliares, así como la recategorización de los licenciados enfermeros en el escalafón A – profesional al cual no pertenecían, como forma de comenzar a reorganizar un servicio que había sido devastado.

Otra característica particular de esta muestra es que se trata de un grupo envejecido tanto por la edad de los licenciados como por la cantidad de años trabajados, con una importante disminución de integrantes del grupo etario entre 35 y 50 años y una notoria

¹¹⁸ Información extraída de Actas de la Comisión Directiva del Hospital de Clínicas, años 1985-90 y de Informes de la División Enfermería de ese mismo período que aparecen en Historia de la Enfermería en Uruguay. Sanchez Puñales, S. 2002

falta de ingresos a cargos entre 1975 y 1990. Coincidentemente el grupo en estudio muestra una reducción de egresados de la institución formadora en el período 1975-85 y ningún egresado en el período 1985-90. Se trata de datos interesantes que deberían ser motivo de investigación pues pueden significar una discontinuidad en la transmisión de experiencia y conocimientos entre generaciones que podría estar incidiendo en el desarrollo profesional tanto en lo que tiene que ver con el nivel alcanzado como con la producción de conocimientos. Es necesario recordar que la E.U.E. fue clausurada durante la dictadura perdiéndose en ese proceso un importante capital intelectual dada la destitución de docentes y autoridades junto con la desaparición de literatura y elaboraciones del colectivo profesional y estudiantil además de la pérdida de materiales y planta física¹¹⁹. Esta situación – como también la de la pérdida de cargos de licenciados enfermeros puede entenderse enmarcada en el concepto de rotura del tejido social iniciado violentamente en los años de dictadura y de las estrategias llevadas adelante por sus detentores abriendo el camino a la instalación del proyecto económico social del neoliberalismo como se planteó en el capítulo 2 del presente trabajo en relación a los aportes de Galli (1985), Stolkiner (1994) y Galende (1997). Por otra parte de acuerdo al estudio de Massera et Al. (1991) expuesto también en el capítulo 2, una de las consecuencias resultado de las estrategias educativas aplicadas en Uruguay por la dictadura, es el empobrecimiento conceptual y bajo grado de elaboración teórica entre los educandos de los distintos niveles de enseñanza, aspectos que parecen continuar hasta hoy a través de la aplicación de los lineamientos generales de la reforma de la enseñanza iniciada *circa* 1985. Es necesario destacar además que el Uruguay hoy comparte con otros países del MERCOSUR fuertes dificultades económicas para un adecuado desarrollo de la educación terciaria debido al muy magro presupuesto que los gobiernos otorgan a las universidades públicas (como ya se expuso en el capítulo 2, el

¹¹⁹ Luego de la clausura de la E.U.E. el gobierno dictatorial decidió la “fusión” de esta con la Escuela de Nurses Dr. Carlos Nery, saliendo de la órbita universitaria y quedando administrada en forma conjunta por el M.S.P. y la Facultad de Medicina (intervenida). “(...) la clausura de la E.U.E. implicó no sólo la destitución de los equipos de personal docente capacitado, la incorporación del estudiantado a un plan de estudios no universitario y la ausencia de cursos de posgrado, sino también la pérdida de bienes diversos: material bibliográfico (sobre todo en ciencias sociales), laboratorio de microbiología, nutrición y enfermería; de casi la totalidad del presupuesto que la Universidad había dispuesto para la E.U.E.; del local que le había cedido en calidad de préstamo la Dirección del Hospital de Clínicas (pisos 3 y 4). Otra pérdida extremadamente importante es la relativa a documentación de la E.U.E. Dentro de ella carpetas conteniendo comunicaciones con las instituciones que contribuyeron a hacer posible la instalación de la escuela; los legajos de personal docente y no docente; las descripciones de puestos de trabajo; los diferentes programas descriptivos de las asignaturas y otras de importancia semejante” (Sanchez Puñales, 2002:210)

porcentaje de PBI dedicado a la educación de Uruguay es el más bajo de los 4 países). Probablemente estos sean algunos de los factores que estén incidiendo en la poca cantidad de horas que se dedica en el Plan de la Licenciatura (1993) al estudio del vínculo madre-hijo y a la realización de cursos de posgrado sobre el tema, pero habría que analizar también la influencia del modelo de salud dominante sobre todo en sus aspectos biologicistas y disociativos (mente/cuerpo). Un ejemplo reciente respecto a esta última posibilidad podría ser el programa del Curso de Ginecoobstetricia (mayo 2003) del Departamento de Educación de la División Enfermería del Hospital de Clínicas, que pese a su profundidad y vigencia científica, no incorpora ningún módulo que se refiera específicamente al cuidado del vínculo madre-hijo ni en la etapa gestacional ni puerperal.

En lo que tiene que ver con conocimientos teóricoprácticos sobre cuidado del vínculo madre-hijo los entrevistados expresaron haberlos adquirido en su formación de pre y pos grado y durante su experiencia laboral, pero no los pueden fundamentar ni sistematizar para describir procesos de atención de enfermería (P.A.E.) y desarrollar una metodología de trabajo. Relatan haber leído muy poca literatura sobre el tema y conocer muy escasos trabajos de unos pocos investigadores extranjeros y de un sólo uruguayo, no habiendo nombrado ninguno a J. Bowlby. De su relato se desprende que sus lecturas y estudios se produjeron principalmente durante la formación de grado y que luego de recibirse disminuyó la posibilidad de profundizar y ampliar conocimientos especialmente por problemas de índole laboral y familiar. De todas maneras demostraron interés en su formación de posgrado asistiendo a distintos cursos, si bien no hubo una continuidad en torno a algún tema en particular dado que, entre otras cosas, dichos cursos presentaban la característica de ser cortos, puntuales y centrados en contenidos muy diversos (a excepción de las maestrías). A este respecto sería interesante investigar sobre las ofertas educativas de posgrado que existen en el país referidas a la profesión y disciplinas relacionadas.

Se observan contradicciones entre el discurso (lo que dicen saber y no saber) y lo que expresan realizar en la práctica demostrando un conocimiento que aplican pero del que no se han apropiado como parte de su saber profesional y no han enmarcado dentro de una teoría del cuidado de enfermería. En este mismo sentido se comprende la afirmación que hicieron acerca de que el cuidado del vínculo madre-hijo no es función de enfermería, cuando de sus relatos se desprende que realizan una cantidad de

actividades no sólo para cuidar de él sino también para prevenir distorsiones y detectar patologías.

Parecería que el discurso de los licenciados se ajusta a los principios y consideraciones del modelo de atención a la salud hegemónico (en relación a la asistencia de usuarios pero también en cuanto a la ubicación y valoración de la profesión enfermera dentro del campo de la salud) en tanto su práctica se adecua más al modelo de atención de base social, aunque por supuesto, como ya se expresó en párrafos anteriores, atravesada por la ideología de salud y atención dominante.

Por otra parte el limitado conocimiento que expresan sobre modelos y teorías de enfermería, así como el escaso valor que le dan ya que dicen que de hecho no utilizan ninguno en particular como referencia en su actividad cotidiana, vuelve a hacer pensar acerca de las múltiples contradicciones que atraviesan a la profesión y que probablemente tenga que ver, por un lado, con las características de feminización del grupo que lo hace partícipe de las dificultades propias del lugar social de la mujer, la valoración (contradictoria, entre lo exaltado y lo desvalorizado) del imaginario social y del propio colectivo enfermero acerca de la importancia de su profesión; los orígenes de enfermería relacionados con la religión, el servicio, la abnegación, la obediencia, el renunciamiento, la sumisión y el ser auxiliar del médico y por otro, lo relacionado con las posibilidades de adquisición de conocimientos y elaboración teórica, atravesada en este caso tanto por la disociación trabajo intelectual/trabajo manual como por la estrategia educativa orientada hacia la pobreza intelectual, la falta de elaboración y de crítica.

Dentro de este marco (al que hay que agregar las condiciones reales de trabajo) cabe interpretar el hecho de que la mayoría expresó no pensar ni escribir los P.A.Es. relatando al mismo tiempo que realizan el cuidado de la madre o del niño a través de diversas actividades según la demanda de ellos o de su familia. Parecería no existir en los integrantes de la muestra conciencia de que se está realizando un proceso de cuidado pues no hay objetivos explícitos definidos y las actividades son puntuales y fragmentarias.

La contradicción discurso/práctica se vuelve a poner claramente de manifiesto en lo que refieren en cuanto a conocimientos sobre conductas vinculares normales del par madre/hijo, distorsiones del vínculo, patologías asociadas a alteraciones de la relación madre/hijo, evaluación de riesgos y detección de grupos de riesgo. En lo que se refiere a

conductas normales del vínculo madrebebé el 60% expresa que no las conoce, sin embargo todos nombran por lo menos una conducta (especialmente la lactancia – 92%) que regularmente evalúan durante el cuidado que realizan a la madre y al niño. Si se piensa en las conductas que toman como referencia las escalas FIMI y MassieCampbell para medir las características de interacción madrebebé nacido (alimentación, acarreo, higiene, caricias, comunicación verbal y no verbal, miradas, tacto, expresión de afecto), se puede ver que en el conjunto de las respuestas de los licenciados, estas conductas aparecen mencionadas aún entre quienes expresan que no las conocen (el 48% nombra la lactancia; el 32% nombra el tacto; el 28% señala el intercambio de miradas; el 24% nombra el intercambio gestual y el 24% nombra las caricias). Es de señalar que se refirieron más a las conductas interactivas proximales que a las distales ya que la comunicación verbal fue poco considerada igual que el canto de la madre y las respuestas del niño al mismo. Sería interesante investigar en torno a este punto pues podría estar ligado a la integración del grupo por una amplia mayoría de mujeres (y madres) ya que la referencia a conductas interactivas proximales podría tener que ver más con aspectos experienciales que con la adquisición de conocimientos teóricos.

Cuando se les preguntó si conocían algún tipo de distorsión del vínculo madre hijo el 88% de los licenciados expresó que no conocía ninguno pero al solicitarles que nombraran conductas que tomaban en cuenta en su práctica diaria pensando en una posible alteración de la relación entre la madre y su bebé, la mayoría señaló conductas en ambos considerando por separado las de la madre y las del niño de las cuales las nombradas con más frecuencia fueron las de expresión somática y relacionadas con la alimentación como rechazo de la lactancia en la madre y escaso desarrollo ponderal en el bebé. Este ejemplo pone en evidencia una vez más que la evaluación se hace en forma disociada – las conductas de la madre por un lado y las del niño por otro (no se percibe el vínculo ni como relación ni como interacción) y desde una perspectiva que prioriza lo biológico, poniendo de manifiesto la influencia del modelo médico hegemónico de atención en sus accionar profesional, en este caso desde sus aspectos biologicistas y disociativos mente/cuerpo. Sería interesante estudiar la importancia que expresan darle al amamantamiento los licenciados enfermeros, pues si bien el cuidado de enfermería se realiza enmarcado en los conceptos (otra vez biologicistas y disociados) que surgen de las normas de atención materno infantil y de lactancia del M.S.P. también reconoce en forma implícita lo relacional e interactivo que significa este

intercambio entre madre e hijo. La contradicción discurso/práctica vuelve a aparecer cuando lo que expresan que deben buscar para evaluar riesgos coincide con las pautas del M.S.P ¹²⁰. y sin embargo lo que relatan que tienen en cuenta para realizar dicha evaluación son aspectos principalmente de índole económica y psicosocial (pobreza económica, falta de apoyo familiar, abandono afectivo, separación de la pareja parental, mujeres solas, etc.). Los dos factores de riesgo que consideraron con más frecuencia fueron las presiones sociales (88%) y las presiones económicas (64%). Por lo demás el 76% de los licenciados enfermeros de la muestra señaló la existencia de grupos de riesgo en relación a distorsiones del vínculo madre/recién nacido y expresaron que el más importante es el que está constituido por las madres adolescentes con presiones económicas y sociales siguiendo en importancia las madres sin apoyo familiar y las que pertenecen a familias de bajos ingresos. La práctica de los licenciados en este caso sigue las pautas del modelo social de atención, igual que en la búsqueda y detección de patologías mentales o de salud general relacionadas con una alteración temprana del vínculo madre/hijo ya que las más nombradas fueron las dificultades afectivas (56%), la agresividad en el niño (40%) y el desamparo (48%). Es de destacar que pese a que la pregunta hacía referencia a patologías en salud mental o general, las más nombradas fueron de orden psíquico ya que el 64% estaban referidas a salud mental, el 28% fueron patologías psiquiátricas, el 32% patologías somáticas y el 8% patologías sociales (ver tabla 24 y gráfico 10 del capítulo 5). Este hecho pone de relieve una concepción integrada del ser humano (como ser biopsicosocial), tal como se considera en la definición de enfermería del Plan de Licenciatura del I.N.D.E. (1993). Dicha concepción vuelve a aparecer cuando se les preguntó si tomaban en cuenta el contexto del par madre/hijo en la planificación de los cuidados ya que el 80% de los licenciados contestó que consideraban el contexto familiar y el 60% el contexto socioeconómico. Es en estos dos contextos donde relataron que detectan el mayor porcentaje de factores de riesgo para la aparición de distorsiones en el vínculo madre/hijo. En cambio los entornos cultural y ambiental no son prácticamente tomados en cuenta probablemente porque son aspectos que recién están comenzando a ser considerados en casi todas las disciplinas humanas a punto de partida de estudios antropológicos y de las ciencias

¹²⁰ Los factores de riesgo considerados en los documentos del M.S.P destacan los aspectos biológicos y los vinculados a enfermedades de la madre y no hacen referencias al contexto económico, social, cultural, ambiental y familiar en el que se produce el embarazo y en el que se desarrollará la interacción madre recién nacido.

ambientales como se señaló en el capítulo 1, a pesar de que hay grupos de enfermeros que están investigando su quehacer desde una perspectiva cultural verbigracia Monticelli et Al., 1997 e incluso formulando teorías al respecto como las de M. Leininger cuyos trabajos se iniciaron en 1988.

Parecería que donde la contradicción discurso/práctica se hace más notoria es en lo que tiene que ver con la importancia del cuidado del vínculo madre hijo en relación a la construcción de la personalidad del niño. El 82% de los licenciados de la muestra dijo no saber como se conforma la personalidad, el 64% no supo definir claramente lo que es el vínculo madre hijo y otro 64% no pudo definir el apego. Sin embargo ninguno expresó que el vínculo madre hijo careciera de importancia en la construcción de la personalidad y el 80% señaló enfáticamente que era muy importante. Es interesante destacar, además, la carga de afectividad manifestada por todos los licenciados en relación al tema de la importancia del vínculo en la formación de la personalidad (sucedió por ejemplo que 4 licenciados dieron respuestas en las que aparecían referencias personales, lo cual no ocurrió en ningún otro momento de la entrevista). A pesar que este hecho promueve la reflexión en muchos aspectos, se podría pensar que se trata de un tipo de saber menos comprometido con los conocimientos teóricos que con lo adquirido a través de la experiencia personal. En el mismo sentido interpretativo habría que considerar las respuestas referidas a si el cuidado del vínculo madre hijo es una actividad de promoción en salud mental ya que el 84% de los licenciados considera que no lo es y sin embargo la mayoría reconoce que la distorsión del mismo se relaciona con la aparición de distintas patologías en el niño y el adulto. Es probable que otra vez esté pesando en las respuestas de los licenciados el modelo de atención preponderante el cual prioriza los aspectos curativos a los preventivos en su práctica y ha dejado de lado la poco rentable atención primaria, hasta en el discurso.

Llama la atención que más de la mitad de los licenciados haya manifestado que el cuidado del vínculo madre hijo no es una actividad de enfermería y que al mismo tiempo el 92% haya dicho que realiza actividades dirigidas a cuidarlo. Dentro de ellas las que expresaron realizar con más frecuencia fue el fomento de la lactancia natural (92%) y de la interacción madre recién nacido y familiar recién nacido. Más de la mitad consideró que es importante tratar de que el padre y los hermanos participen en el cuidado del bebe lo mismo que la abuela (un 28% señaló que había que integrar a la abuela pero ayudándola a delimitar su rol, pues entienden que de otra forma impide a la

madre asumir su función) y dijeron que realizaban acciones de enfermería al respecto como educación y orientación a la pareja parental y a la familia.

Finalmente en lo que se refiere a las prácticas asistenciales se observa a través del relato de los licenciados que existen fuertes limitaciones institucionales para desarrollar su profesión de acuerdo a sus objetivos y propósitos. Actividades características de la atención ambulatoria, como la consulta y la visita de enfermería no pueden ser desarrolladas porque, según el relato de los licenciados de la muestra, no existe en prácticamente ninguna de las instituciones estudiadas una política dirigida a promoverlas. En algunos casos no se autoriza a los licenciados enfermeros realizar visitas domiciliarias por considerarlas actividad propia de los asistentes sociales y en otros no se prohíbe realizarlas pero se limitan los recursos materiales y presupuestales necesarios para llevarlas a cabo. En otros casos la propia dinámica del trabajo cotidiano y la insuficiencia de licenciados lleva a que no se realicen ninguna de las dos actividades o se delegue en auxiliares de enfermería. Cuando se realizan, sobre todo en los centros del M.S.P., los objetivos de los licenciados encaminados a diagnosticar la situación de salud del par madre-hijo o de la mujer embarazada dentro de su propio contexto ambiental, social y familiar se distorsionan limitándose a captar (¿capturar?) a los recién nacidos y sus madres que no concurren a la consulta médica. Por otra parte este es uno de los propósitos del sub Programa Aduana (ver capítulo 2). Se podría pensar también que la exigencia institucional que limita – y en algunos casos prohíbe que los licenciados enfermeros realicen visitas domiciliarias, se relacione con el papel social femenino en tanto el “lugar natural de la mujer es el hogar” y ella es su “administradora”. También podría tener que ver con la herencia religiosa y militar en tanto las Hermanas, como se vio en el capítulo 1, encargadas hasta mediados del siglo XX de administrar el cuidado de los enfermos en los hospitales, eran monjas de clausura y permanecían en ellos, pues pocas fueron las congregaciones que salieron a realizar atención comunitaria.

En lo que se refiere a la consulta de enfermería el 92% de los licenciados reconoce su importancia pero tampoco pueden cumplir con ella como desearían y generalmente aprovechan los espacios y tiempos en los que se podría desarrollar para hacer lo que entienden como una imprescindible educación programada individual o grupal.

En cuanto a cuidados directos sólo el 16% de los licenciados puede hacerlos y el 24% los realiza a veces. Probablemente ello tenga relación no sólo con la notoria escasez de

licenciados sino también con la exigencia institucional de que ellos se hagan responsables de la administración de enfermería del centro y de actividades de coordinación. En todo caso, de acuerdo a lo que relatan los licenciados, la concentración del trabajo en tareas administrativas y de coordinación los aleja del contacto directo con los usuarios y de su propósito profesional principal que es el cuidado. Este hecho tendría importante incidencia al limitar las posibilidades de investigación y de ampliación y profundización del conocimiento enfermero. Sin embargo hay que tener en cuenta que una función que, de acuerdo a lo que narran los licenciados de la muestra, los rescataría de este aspecto alienado de su práctica cotidiana, es la educativa, tanto de usuarios como de estudiantes. Aquí aparecen otra vez las contradicciones de la práctica enfermera, pues si por un lado los licenciados destacan la importancia de la función educativa, por otro lado se encuentran prácticamente limitados en la profundización de conocimientos y en la participación en procesos de investigación, ambos aspectos imprescindibles para que la educación no se vuelva una mera repetición de saberes estereotipados sino que se renueve con el estudio permanente y la confrontación en la práctica. En este sentido es muy claro el acápite de José Bleger con el que se inició la Discusión.

CONCLUSIONES

“Lo otro no existe, tal es la fe racional, la incurable creencia de la razón humana. Identidad es igual a realidad, como si, a fin de cuentas, todo hubiera de ser, absoluta y necesariamente uno y lo mismo. Pero lo otro no se deja eliminar; subsiste, persiste; es el hueso duro de roer en que la razón se deja los dientes”

Antonio Machado

“La razón es cosa tan violenta como la locura y cuesta horriblemente perderla”
Horacio Quiroga

Con relación a las preguntas que dieron origen a este trabajo se puede decir que de acuerdo a la información recabada, dentro del modelo de atención a la salud predominante en el Uruguay en este momento, no se considera el cuidado del vínculo madre-hijo durante los períodos gestacional y puerperal como una necesidad de salud de la población. No se encontraron normas nacionales ni programas de promoción y protección de la salud mental y general a nivel público que consideren específicamente dicho cuidado. Tampoco Enfermería como colectivo profesional ha podido elaborar pautas ni estándares de cuidado.

La atención del par madre-hijo en las etapas gestacional y puerperal realizada en los centros públicos de Montevideo que brindan atención materno-infantil se hace predominantemente desde un modelo que prioriza lo biológico y disocia a ambos miembros del par asistiendo las singularidades de cada uno y no los comportamientos vinculares. Por su parte los licenciados enfermeros desarrollan su actividad profesional en esas instituciones interpelados para adecuarse al modelo antedicho y sin que se les permita participar en los niveles de decisión. Sin embargo su formación profesional, sus propósitos y objetivos, su herramienta fundamental de trabajo ¹²¹ y la práctica cotidiana que los mantiene muy cerca de las necesidades y condiciones de vida de las personas y grupos, hacen que comprendan mejor su función desde un modelo de atención de base social. Este modelo reviste características contra hegemónicas, de ahí las múltiples contradicciones entre lo que los licenciados entienden que deben hacer, lo que se les exige que hagan y lo que realmente hacen. Es así que su actividad profesional parece transitar en la intersección de los dos modelos, lo cual, junto con las raíces históricas y la feminización profesional, lleva a que no les sea posible reconocer ni apropiarse de una práctica asistencial que de hecho realizan así como tampoco planificar ni implementar P.A.E.s., lo cual lleva a que su práctica se base en actividades fragmentadas y puntuales de acuerdo a la demanda de atención.

¹²¹ La herramienta fundamental de los licenciados enfermeros – cualquiera sea su especialización – es su propia personalidad. Collière (1993) señala que el P.A.E. es un proceso de elucidación-acción entre dos interlocutores con competencias diferentes y complementarias, dirigido a encontrar su forma de realización a partir de las capacidades y los recursos de cada uno en un contexto dado.

Tampoco investigan ni producen conocimientos teóricos que posibiliten el desarrollo profesional pese a que demuestran tener una amplia experiencia sobre el tema. Parecería que todo esto conduce a que se desdibujen sus propósitos e identidad profesional generando una sensación de malestar que transmiten habitualmente a través de quejas, promoviendo la alienación individual y colectiva.

A ello se suman, la concepción de enfermería que parece existir en el imaginario social apoyada en una imagen dual de la mujer (al mismo tiempo valorada, necesitada y despreciada) guardiana y transmisora de las prescripciones y prohibiciones sociales (disciplinadora/disciplinada) y la auto consideración profesional que interioriza y adopta los valores antedichos aunque no los acepta plenamente.

Tratando de solucionar los problemas de atención cotidianos, los licenciados enfermeros buscan explicaciones y posibles respuestas en diferentes disciplinas científicas, sobre todo humanísticas, pero también utilizan el sentido común y su propia experiencia como profesionales y como personas. Parece que no encuentran en su propia disciplina los conocimientos que buscan, sin embargo enfermería – según se ha tratado de mostrar en los capítulos 1 y 2 – es poseedora de una cantidad de saberes acumulados durante siglos de los cuales no sólo no se apropia sino que además permite que lo absorban y hagan suyo otras disciplinas. Al no producirse una apropiación conciente de su saber profesional, sus acciones parecen estar fundamentadas en un conocimiento intuitivo¹²², el cual peyorativizado por el pensamiento racionalista moderno y confundido con el intuitivismo ¹²³ – es una forma válida que se sustenta en la experiencia atesorada y los saberes adquiridos con anterioridad. Su forma de manifestarse como una capacidad súbita de comprender directamente la realidad de determinada situación, hace que parezca más una adivinación que un verdadero conocimiento. Sin embargo lo que parece faltar es concientización de los procesos racionales e irracionales (concientes e inconscientes) que conducen a tal conocimiento,

¹²² Intuición: del latín: *intueri*, mirar atentamente; conocimiento claro, íntimo e instantáneo de una idea o verdad tal como si se tuviera a la vista. No se trata de una capacidad superracional o mística, sino de una forma de manifestación de las vías de comprensión mediatizadas por el pensamiento lógico y la práctica. El mecanismo psicológico de la intuición ha sido poco estudiado, pero los datos experimentales existentes permiten considerar que este tipo de conocimiento se asienta en la capacidad del individuo en reflejar, en el curso de la interacción con su medio, tanto los productos concientizados como los no concientizados (Diccionario de Filosofía, 1984)

¹²³ Intuitivismo: corriente filosófica idealista que opone al conocimiento racional la aprehensión directa de la realidad basada en la intuición considerada como capacidad específica de la conciencia en donde los conocimientos son evidentes por sí mismos y se admiten sin demostración (Diccionario de Filosofía, 1984)

su análisis, sistematización y verificación en la realidad. Probablemente la falta de sistematización y elaboración teórica tengan que ver con lo antedicho y sean al mismo tiempo causa y consecuencia del retraso en el crecimiento y desarrollo profesional.

La exigencia académica desde el paradigma científico dominante que se le hace a enfermería parece ser la de enmarcar su cuerpo de conocimientos en un saber científico; es lo mismo que se les exige a otras disciplinas humanísticas con el agregado que en esta profesión – y más aún tratándose de salud mental – se entrecruzan contradicciones sociales de muy larga data que tienen que ver con el lugar social de la mujer y con las disociaciones, sobre todo cuerpomente y trabajo manualtrabajo intelectual. Sin embargo hay que tener en cuenta que no todo el conocimiento es conocimiento científico y que la ciencia al ser un producto histórico responde en su delimitación a complejísimas interrelaciones y lucha de intereses de las clases propias de cada formación económicosocial. Esta consideración abre un amplio y profundo debate que no es el objetivo de este trabajo, pero para poder contextualizar el conocimiento enfermero es necesario no olvidar que cualquier producción de conocimientos se inscribe dentro del antedicho complejo marco de luchas de poder a resulta de las cuales es validado o no como ciencia.

Los antecedentes religiosos y militares y el nacimiento profesional como “auxiliar del médico”, unidos a la historia de las mujeres y al papel que han debido representar en las distintas sociedades a lo largo de muchos siglos, han formado un tejido de sometimiento asumido por el colectivo profesional e interiorizado por cada uno de sus integrantes que haría muy difícil la toma de conciencia por parte de los licenciados acerca de la importancia de enfermería como práctica social y de su capacidad para actuar en forma independiente y creativa.

Justamente la creatividad parece ser más difícil de desarrollar pero también más necesaria cuando el licenciado enfermero debe actuar dentro de instituciones fuertemente signadas por el modelo médico hegemónico y cumplir con funciones y objetivos asistenciales determinados desde la cúpula de la estructura institucional de la cual no participa como profesión. Es así que, según se pudo observar a través de este estudio, pese a los esfuerzos individuales por brindar cuidados de enfermería, los licenciados terminan centrando su accionar en tareas de administración y coordinación. Sin embargo tratan de no perder el contacto directo con los usuarios y con los estudiantes.

Por otra parte los procesos no son tan simples ni tan mecánicos. Los licenciados desde su sometimiento guardan y se transmiten unos a otros una serie de saberes que aplican en la intimidad de la relación directa con el paciente en el proceso de atención de enfermería; intimidad que necesariamente se produce al cuidar de alguien. Allí es donde parece que se pone de manifiesto la capacidad creativa, pues a esos saberes se unen los conocimientos adquiridos, la experiencia particular como personas y como profesionales y el aumento de libertad que significa la intimidad profesional en la relación enfermerousuario.

Puede decirse que a pesar de no ser reconocido en el propio discurso de los licenciados el cuidado del vínculo madre hijo como actividad de enfermería, en la práctica parece serlo ya que relatan que lo realizan tratando de proteger la salud de un grupo que reconocen vulnerable. También reconocen el impacto que este cuidado significa para la salud general y mental de la población (aunque afirman que no es una actividad de promoción en atención primaria) al considerar sumamente importante una adecuada interacción temprana madre hijo para la construcción de una “base segura” favorecedora del desarrollo de una personalidad sana lo suficientemente fuerte como para tolerar las contingencias de la vida. Entienden que es un cuidado necesario para todos los pares madre hijo, pero que se hace imprescindible en aquellas situaciones en donde existen pobreza sean ellas del tipo que sean, económicas, sociales, afectivas, educacionales y que las mujeres que son o van a ser madres en esas condiciones de precariedad son especialmente vulnerables y frágiles, necesitadas de un cuidado que las ayude a ser más fuertes, a comprender porqué se encuentran en esa situación y a buscar posibles soluciones.

Sería deseable que en el contexto crítico sanitario y educativo que existe hoy en Uruguay, al mismo tiempo pleno de nuevas posibilidades, entre las cuales parece crecer la idea de un sistema único de atención a la salud con las características de accesibilidad, universalidad y equidad imprescindibles para brindar una buena asistencia a toda la población, se tome el tema del cuidado de enfermería del vínculo madre hijo como actividad de atención primaria en salud y especialmente en salud mental de fuerte impacto poblacional. Sería interesante que se asumiera su importancia tanto desde las instituciones formadoras de profesionales del área de la salud, ampliando y profundizando el estudio del tema, como desde las instituciones normatizadoras y

prestadoras de servicios de atención así como desde los licenciados enfermeros como actividad de cuidado propia.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMZÓN, M. Argentina: Situação dos Recursos Humanos em Saúde En: Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUR. OPS/OMS. Editora Fiocruz. Río de Janeiro. 1995.
- ACOSTA, C. GONZALEZ, P. Participación de la Enfermera en el control prenatal. Publicación del Departamento de Salud Pública y Ciencias Sociales de la E.U.E., UDELAR. Montevideo. 1991.
- AGACINO, R. La anatomía de la globalización y de la integración económica. Santiago de Chile. 1997.
- AGUIRRE, R. FASSLER, C. La mujer en la familia como protagonista del bienestar social. En: FASSLER, C. et Al. Género, familia y políticas sociales: modelo para armar. Editorial Trilce. Montevideo. 1997.
- AGUIRRE, R. et Al. El personal de enfermería del Hospital de Clínicas: Condiciones de vida y trabajo. Repercusiones en la calidad de los servicios. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. UDELAR. C.S.I.C. Montevideo. 1997.
- ALMEIDA FILHO, N. Epidemiología sin números. O.M.S./O.P.S. Serie Paltex N° 28. 1992.
- ALTMANN, M. Correlato entre el bebé observado y reconstruido. Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 84/85. Montevideo. 1997.
- Acerca del vínculo no verbal entre la madre y su bebé. En: Investigación en Psicoterapia. Publicación de S.P.R. en EDUCAT Brasil. 2000.
- ALTMANN, M. et Al. Juegos de magia y amor entre la madre y su bebé. La canción de cuna. UNICEF. Instituto Americano del Niño. Departamento de Psicología Médica. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo. 1998.
- ANDEREGG, E. Técnicas de investigación social. Editorial Lumen. Bs. As. 1996.
- ANDRADE, M. LAKATOS, E. Técnicas de pesquisa. Editora Atlas S.A. Brasil. 1999.
- ARAÚJO, A. M. Impactos del desempleo. Transformaciones en la subjetividad. Editorial Argos. Ediciones alternativas. Montevideo. 2002.
- AULAGNIER, P. La violencia de la interpretación. Editorial Amorrortu. Bs.As. 1977.
- BAEZ, T. et Al. Necesidades de los familiares del recién nacido crítico. Estudio multicéntrico. C.E.D.U. Biblioteca UDELAR. C.S.I.C. Montevideo. 2001.
- BAEZ, T. et Al. Sistemas de registros de Enfermería en los servicios de atención al recién nacido en estado crítico. C.E.D.U., UDELAR, C.S.I.C. Montevideo. 2001.
- BALLESTEROS, H. , BITTENCOURT, M. SANCHEZ PUÑALES, S. Bases científicas de la administración. México. 1997.
- BARRÁN, J. P., Historia de la Sensibilidad en el Uruguay. Tomos 1 y 2. Ediciones de la Banda Oriental. Facultad de Humanidades y Ciencias. UDELAR, Montevideo. 1991.
- Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomos 1, 2 y 3. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. 1994.
- BERENSTEIN, I. Reconsideración del concepto de vínculo. Rev. de Psicoanálisis de ApdeBA Vol. XIII N°2. Bs. As. 1991.
- BERNARD, M. Los grupos internos. En: BERNARD, M. et Al. Desarrollos sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica. Lugar Editorial. Bs. As. 1995.
- BERNARD, M. et Al. Desarrollos sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica. Lugar Editorial. Bs As. 1995.
- BERNARDI, R. et Al. Ritmos y sincronías en la relación temprana madre-hijo. Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 61.A.P.U., Montevideo. 1982.
- BERNARDI, R. Vulnerabilidad, desamparo psicosocial y desvalimiento psíquico en la edad adulta. En: Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 67. A.P.U., Montevideo. 1988.
- BERTALANFFY, L. General Systems Theory. Editorial Springer. New York. 1968.

- BINDER, A. La Sociedad fragmentada. Rev. Pasos. N° 3. San José de Costa Rica. 1992.
- BLEGER, J. Psicohigiene y psicología institucional. Editorial Paidós. Bs. As. Argentina. 1966.
- BOURDIEU, P. La esencia del neoliberalismo. En: Le Monde Diplomatique. Marzo, 1998: 3
- BOWLBY, J. Los cuidados maternos y la salud mental. Editorial Humanitas. Bs. As. 1982.
(Reimpresión textual de la publicación científica N°14, 1954, O.M.S. Washington).
- La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Editorial Paidós. Bs. As. 1983.
- Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Ed. Morata, S.A. Madrid. 1986.
- BRICEÑO LEON, R. et Al. Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Editora Fiocruz. Río de Janeiro. 2000.
- BUENAVIDA, S. et Al. “Binomio madre hijo”. Experiencia de captación en un centro auxiliar del sector público. I.N.D.E. Biblioteca Plural de UDELAR, C.S.I.C., Montevideo. 2001.
- CABRERA, A. Mercado laboral de Enfermería. Rev. Uruguay de Enfermería. Montevideo. Julio 2001.
- CABRERA, A. et Al. Plan Nacional de Enfermería. Lineamientos generales 2004-2009. Diagnóstico situacional del sector salud. Comité Técnico de Enfermería. Inédito. Montevideo. Uruguay. 2003.
- CAMPOS, F. BRITO, P., RIGOLI, F. O campo dos Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUR. En: Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUR. O.P.S./O.M.S.. Editora Fiocruz. Río de Janeiro. 1995.
- CANETTI, A. Programas de intervención temprana en ámbitos comunitarios. En: Psicología Médica. Temáticas II. Publicación de la Sociedad Uruguaya de Psicología médica y Medicina Psicosocial. Montevideo. 1996.
- CANETTI, A. GARAY, M. GONZALEZ, P. Atención integral de la embarazada adolescente. Revista Uruguaya de Enfermería. Año 5 N° 1. Montevideo. 1993.
- CANGUILHEM, G. Lo normal y lo patológico. Editorial siglo XXI. México, España. 1978.
- CARRASCO, A. Proceso de trabajo. En: CARRASCO, A. VIÑAS, R. Salud Trabajo. Un aporte argentino uruguayo de enfermería frente al tercer Milenio. Editorial Nordan comunidad. Montevideo. 2000.
- C.I.E. Cuidar a la familia: Las enfermeras dispuestas siempre a ayudarte. Ginebra. 2002.
- COCCO, C. et Al. La situación de salud mental en adultos y ancianos uruguayos: una aproximación diagnóstica. Trabajo para Maestría de Salud Mental. Centro de Posgrado. I.N.D.E. UDELAR Montevideo. 2000.
- COLLIERE, M. F. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Editorial McGrawHill/Interamericana de España. Madrid. 1993.
- COROMINAS, J. Breve diccionario etimológico de la lengua castellana. Editorial Gredos. Madrid.
- CUELLO, M. et Al. Características del binomio madre adolescente con hijo/s de 1 año de vida asistidos en el Centro Materno Infantil Luisa Tiraparé de la ciudad de Montevideo. Tesis de egreso de la Licenciatura en Enfermería. Biblioteca de I.N.D.E. UDELAR Montevideo. 2000.
- CHERONI, A. La ciencia enmascarada. Departamento de Historia y Filosofía de la Ciencia. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UDELAR Montevideo. 1994.
- CHESNAIS, F. La mondialization du capital. Editorial Syros. Paris. Francia. 1997.
- DEFEY, D. Intervenciones tempranas en la relación madrebebé. En: Psicología Médica. Temáticas II. Publicación de la Sociedad Uruguaya de Psicología médica y Medicina Psicosocial. Montevideo. 1996.
- DELEAGE, J. P. Historia de la Ecología. Editorial. Nordan Comunidad. Montevideo. 1993.
- DE MARÍA, I. Montevideo Antiguo. Colección de Clásicos uruguayos. Biblioteca Artigas. Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. Montevideo. 1957.
- DIAZ ROSSELLO, J. et Al. Características de la lactancia en madres con y sin apoyo hogareño durante el período perinatal. En: Tecnologías apropiadas en perinatología. C.L.A.P. O.P.S./O.M.S.. Publicación científica N° 1016. 1984.

- Una forma de desamparo: desencuentro en el inicio del vínculo. Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 67. Montevideo. 1988.
- La madre y su bebé: primeras interacciones. Editorial Roca Viva. Montevideo. 1991.
- DICKASON, E. et Al. Enfermería MaternoInfantil. Editorial Harcourt Brace. 3ª. Edición Madrid. 1988.
- DOMBROWSKI, M.A. et Al. Kangaroo(skin to skin) care with a postpartum woman who felt depressed. Matern. Child Nurs. N° 26 Julaug. Frances Payne Bolton School of Nursing. Cleveland, USA. 2001.
- DONAHUE, P. Historia de la Enfermería. Editorial Doyma. Barcelona. 1985.
- ENGELS, F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Editorial Progreso. Moscú. 1986. (13ª edición en español de la primera edición, 1884).
- FARRELL, A. et Al. Interactions between high risks infants and their mothers: NCAST as an assesment tool. Research in Nursing and Health. N°14. U.S.A. 1991.
- FASCIOLI, L. Informe sobre desarrollo de enfermería en Salud Mental en el ámbito Universitario. Inédito. Presentado a EN.SA.ME., I.N.D.E. UDELAR Montevideo. 1989.
- Relación asistencial. Enfermería en el pos modernismo: entre creación y alienación. Publicación del 25 Congreso Nacional de Medicina Interna y 1ª. Jornadas Nacionales de Enfermería en Medicina Interna. Montevideo. 1996.
- ¿Participar en un grupo? Y eso ... ¿me puede ayudar?. Revista Tramas. Tomo IV N° 4. Revista de A.U.P.C.V. Montevideo. 1998.
- FASCIOLI, L. COCO, A. La depresión desde una perspectiva en Configuraciones Vinculares. Rev. Tramas. Tomo II N° 2 Agosto Revista de A.U.P.C.V. Montevideo. 1996.
- FASSLER, C. Cuidados: ¿una responsabilidad femenina? En: Políticas públicas. Propuestas y estrategias. Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Red Género y familia. Montevideo. 2001.
- FASSLER, C. HAUSER, P. IENS, I. Género, familia y políticas sociales: modelo para armar. Editorial Trilce. Montevideo. 1997.
- FERRARI, M. E. et Al. Guía para la docencia a madres en la sala de alojamiento conjunto madre hijo. C.L.A.P. Montevideo. 1982.
- FERREIRA, E. et Al. Um estudo bibliografico sobre o apego mae e filho: bases para a assistencia de enfermagem pediatrica e neonata 1. Rev. Latinoamericana de Enfermagem, N°6 Octubre. Brasil. 1998.
- FOLADORI, G. Los límites del desarrollo sustentable, Ediciones de la Banda Oriental. Revista Trabajo y Capital. Montevideo. 1999.
- FREIRE de GARBARINO, M. et Al. Interacción temprana. Investigación y terapéutica breve. Editorial Roca Viva. Montevideo. 1992.
- FREUD, S. Psicología de las masas y análisis del Yo. Editorial Americana. Bs. As. 1948.
- FUMIKO KIMURA, A. O sentimento de apego materno durante a fase gestacional. Rev. Paulista de Enfermagem. V 15, n 1/3, p. 916. 1996.
- GALEANO, E. Patás arriba. La escuela del mundo del revé Ediciones del chanchito. Montevideo. 1999.
- GALENDE, E. La construcción de alternativas. En: GALENDE, E. La experiencia del Zoológico. Editorial Lugar. Bs.As. 1996.
- Integración y desintegración social. U.N.L.A. Bs.As. 1997.
- GALLI, V. Terror, silencio y enajenación. En: Revista Salud y Sociedad Año 2. Córdoba. 1985.
- GARCIA, M. et Al. Programa de atención en salud mental del Hospital de Clínicas. Publicación de las 1ª. Jornadas Internas de Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo. 1991.
- GONZALEZ, T. GRILLE, A. La Salud: un derecho del Hombre. Edición clandestina del primer capítulo de un libro sobre Derechos Humanos, realizada por la Asociación Latinoamericana para los Derechos Humanos durante el período dictatorial en Uruguay . 1973/1985.

- GOSSELIN, C. Function of parental behaviours: review of the concept of maternal sensitivity . *Rev. Psicología: teoría e pesquisa*. V 16, nº 2. Brasília. 2000.
- GUADANUCCI, A. Indicadores de qualidade: um abordagem perinatal . Editorial Icone. San Pablo. 1998.
- GRIL, S. et Al. Del lenguaje a la conducta. Investigación del proceso psicoterapéutico a través del Apego y la Narrativa. En: Investigación en Psicoterapia. Publicación de SPR. En: EDUCAT. Brasil. 2000.
- HARDY, E. Salud reproductiva y planificación familiar. IV Congreso latinoamericano de ciencias sociales y medicina. Brasil. 1997.
- HARNECKER, M. La izquierda en el umbral del siglo XXI. Haciendo posible lo imposible. Siglo veintiuno de España editores, S.A. Madrid. Segunda edición. 2000.
- HARRISON, M.J. et Al. Scores on the Nursing Child Assessment Teaching Scale for father toddler dyads. *Public Health Nurs* N°18 MarApr. Faculty of Nursing Univesity of Alberta. Canada. 2001.
- HOBSBAWN, E. Historia del siglo XX. Editorial Crítica. Bs. As. Argentina. 1998.
- HOCHSCHILD, A.R. The culture of politics: traditional, posmodern. Coldmodern and warm modern ideas of Care. *Social politics*. 1995. Citado en: FASSLER, C. et Al. Género, familia y políticas sociales. Modelos para armar. Editorial Trilce. Montevideo. 1997.
- HUCKABAY, L. Impact of research study a decade late. The use of picture in a neonatal intensive care unit as a mode of nursing intervention to enhance a maternalinfant bonding. *Sch. Inq. Nurs. Pract.* N° 13. California State University. USA. 1999.
- INSTITUTO CUESTADUARTE. Informe de coyuntura. PITCNT. Montevideo. 2003.
- I.D.E. Uruguay 20012002. Informe de Coyuntura . Facultad de Ciencias Económicas y de Administración. UDELAR. Montevideo. 2002.
- I.N.D.E. Gestión de Servicios de Salud Experiencias nacionales. Cátedra de Administración. UDELAR. C.S.I.C. Montevideo. 2001.
- I.N.D.E.–C.E.D.U. 1er. Censo Nacional de Enfermería Profesional. Imp. Hojas. Montevideo. 1995.
- JAMIESON et Al. Historia de la Enfermería. 6ª.Ed. Editorial Interamericana. México. 1968.
- JIMENEZ VILLA, J. Atención Primaria. Programación y protocolización de actividades. Editorial Doyma. Barcelona. España.
- JOHNSON, B. Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Ed. Mc GrawHill. España. 2000.
- KAËS, R. Rupturas catastróficas y trabajo de la memoria. Notas para una investigación. En: PUGET, J. et Al. Violencia de estado y psicoanálisis. Centro Editor de América Latina. Bs. As. 1991.
- La invención psicoanalítica del grupo. Publicación de A.A.P.P.G. Bs. As. 1994.
- KEARNEY, M.H. et Al. Effects of home visits to vulnerable young families. *J. Nurs Scholarsh* 32 . *School of Nursing, Boston College, U.S.A.* 2000.
- KIMURA, A. FUMIKO, L. O sentimento de apego materno durante a fase gestacional . *Rev. Paul de Enfermagen* N°15. San Pablo. Brasil. 1996.
- KLAUS, M. .KENNELL J. La relación madre hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. 1978.
- KORDON, D. Grupo de trabajogrupos de supuesto básico. En: BERNARD, M. et Al. Desarrollos sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica. Lugar Editorial. Bs. As. 1995.
- LANGER, A. Planificación familiar y salud reproductiva. IV Congreso Latinoamericano de ciencias sociales y medicina. Brasil. 1997.
- LAPLANCHE, J. PONTALIS, J. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor S.A. 3ª edición. Barcelona. 1981.
- LARROBLA, C. Explorando as fronteiras da assistenciaPsiquiátrica na América do Sul: o papeldas Unidades psiquiátricas nos Hospitais Gerais. Disertación presentada al Programa de Pos Graduação en Saude Mental da Facultad de Ciencias Médicas de

- Universidade Estadual de Campinas*, como exigencia parcial para la obtención del título de Master en Salud Mental. Brasil. 1999.
- Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitutionalización en América del Sur. Actas Esp. Psiquiatría. Brasil. 2000.
- (en prensa). Restructuring mental health: a South American survey. *Soc. Psychiatry Epidemiol.* 2001.
- LARROBLA, C. BOTEGA, N. Antecedentes de la psiquiatría latinoamericana: la colonización y la Independencia de las metrópolis. Actas Esp. Psiquiatría .Brasil. 1999.
- LARROCA, J. Subjetividad (es): un proceso en construcción. Revista Tramas. T 1, N° 1. Revista de A.U.P.C.V. Montevideo. 1995.
- LAURELL, A. Globalización, políticas neoliberales y salud. En: BRICEÑO LEON, R. Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Editora Fiocruz. Río de Janeiro. 2000.
- L'HOSTE, M. Los pequeños grupos. En: BERNARD, M. et Al. Desarrollos sobre grupalidad. Una perspectiva psicoanalítica. Lugar Editorial. Bs. As. 1995.
- MALVAREZ, S. Bases históricas y contexto de las condiciones y medio ambiente de trabajo en enfermería. Revista argentina de enfermería. 1992.
- Salud Mental y fin de siglo. Documento de trabajo para el Proyecto IberoAmericano de Promoción de la Salud Mental y Prevención del uso indebido de drogas. Fundación Iberoamericana de Enfermería. O.P.S. Córdoba. 1994.
- A propósito de la condición social del conocimiento. Monografía inédita. Escuela de Filosofía de la Universidad Nacional de Córdoba. 1997.
- Tercer Milenio y Salud. Texto de la V Conferencia Latinoamericana y 1 Iberoamericana de Facultades y Escuelas de Enfermería. 1998.
- MARGOLIS, E. PIAZZA, N. Organización de la atención médica en el Uruguay. Editorial Nordan. Montevideo. 1989.
- MARINHO, M. G. Norteamericanos no Brasil. Uma historia da fundacao Rockefeller na Universidade de Sao Paulo (1934/1952). Editora autores asociados. Brasil. 2001.
- MARRINERTOMEY, A. Modelos y Teorías en Enfermería. Editorial Harcourt Brace de España S.A. Madrid. 1994.
- MARRINER, A. RAILE, M. Modelos y teorías en enfermería. Editorial Harcourt Brace de España S.A. 4ta. Edición. Madrid. 1999.
- MARX, K. Tesis sobre Feuerbach. 1845. En: Selección de Textos. Editorial de Ciencias Sociales. Instituto Cubano del Libro. Cuba. 1972.
- MASSERA, E. CAMPODÓNICO, S. SALA, N. Ideología y educación durante la dictadura. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. 1991.
- MAXNEEF, M. Desarrollo a escala humana. Editorial Nordan. Montevideo. Uruguay. 1993.
- MEDINA MOYA, J. L. et Al. Fundamentación epistemológica de la teoría del cuidado. Enfermería Clínica. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1994.
- MELIA, S. Diagnóstico de La situación de salud mental en el Uruguay. Trabajo no publicado. EN.SA.ME., I.N.D.E., UDELAR. Montevideo. 1995.
- MESTRINER, M. O Estado entre a Filantropia e a Assistencia Social. Editora Cortez. San Pablo. Brasil. 2001.
- MORRISON, M. Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Editorial Harcourt Brace. Madrid. España. 1999.
- M.S.P. Normas de Atención de Enfermería Materno Infantil. División Epidemiología. Departamento Materno Infantil. Montevideo. Uruguay. 1979.
- Programa Nacional de Salud Mental. Montevideo. Uruguay. 1986.
- Normas de Atención MaternoInfantil. Montevideo. Uruguay. 1987.
- Informe de la comisión mixta M.S.P.–Facultad de Medicina sobre recomendaciones para establecer Unidades de Salud Mental en los Hospitales generales del país. Montevideo. Uruguay. 1987.
- Normas Nacionales de Lactancia Materna. Montevideo. Uruguay. 1998.

- Viva la salud. Normas de Atención MaternoInfantil. Montevideo. Uruguay. 1999.
- Por ellos. Informe de lo realizado por el Programa Materno Infantil en el periodo 1995-1999. Montevideo. Uruguay. 2000.**
- La Salud del Uruguay en Cifras. Dirección General de la Salud. Departamento de Estadística. Montevideo. Uruguay. 2001.**
- Planificación de la red asistencial de ASSE. Montevideo, Uruguay. 2002.
- M.S.P.FACULTAD de MEDICINA. Informe del grupo de trabajo del M.S.P. y Facultad de Medicina sobre: inserción de la Salud Mental a la Atención Primaria de la Salud. Montevideo. Uruguay. 1987.
- MONTICELLI, M. Nascimento como un rito de passagem. Abordagen para o cuidados ás mulheres e recém nascidos. Disertación de Maestrado en Asistencia de Enfermería. *Universidades Federal de Santa Catarina*. Editorial Robe. Sao Paulo. Brasil. 1997.
- MORIN, E. Amor, poesía, sabiduría. Editorial Trilce. Montevideo. Uruguay. 1998.
- MOULIÁN, T. Chile actual, anatomía de un mito. Editorial Arcis. Chile. 1997.
- NAJMANOVICH, D. Interdisciplina: riesgos y beneficios del arte dialógico. En: Revista Tramas. Revista de A.U.P.C.V. T IV N° 4 . Montevideo. Uruguay. 1998.
- NOTICIAS. Revista del S.M.U. N° 104. Montevideo. Uruguay. Mayo, 2000.
- NOYES, A. KOLB, L. Psiquiatría Clínica Moderna. Editorial La Prensa Médica Mexicana. México. 1969.
- OLESKER, D. Alca, deuda externa y militarización. Instituto Cuesta Duarte. P.I.T.C.N.T. Montevideo. Uruguay. 2002 a).
- La composición social en el Uruguay. Instituto Cuesta Duarte. P.I.T.C.N.T. Montevideo. Uruguay. 2002 b).
- OMS/OPS Grupo de Cartagena. Marco de referencia para la enseñanza de la salud reproductiva. 1994.
- Recursos Humanos em saúde no Mercosul. Editora Fiocruz. Brasil. 1995.
- I Grupo de trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina. División de Promoción y Protección de la Salud. Panamá. 1996.
- La enfermería en las Américas. Publicación científica N° 571. 1996.
- Programa de Salud Mental y cuidados psicosociales. 1998.
- OMS Recursos de Salud Mental en el Mundo. Editorial Atlas. Ginebra. Suiza. 2001.
- OREM, D. Modelo de Orem. Ed. MassonSalvat. España. 1993.
- PADUA, J. Técnicas de investigación aplicadas a las Ciencias Sociales. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1987.
- PAMPLIEGA DE QUIROGA, A. Proceso de constitución del mundo interno. Editorial Cinco. Bs. As. Argentina. 1965.
- El grupo, sostén y determinante del psiquismo. En: Temas grupales por autores argentinos. Ediciones Cinco. Bs. As. Argentina. 1987.
- PARENTINI, M. R. Historia de la Enfermería. Ediciones Trilce. Montevideo. Uruguay. 2002.
- PATON, M. Q. Qualitative evaluation and research methods. Sage. London. 1991.
- PEREZ, M. Un panorama general de la atención a la salud maternoinfantil y sus principales tendencias. Revista Uruguaya de Enfermería. Montevideo. Uruguay. Julio, 2001.
- PEREZ, H. La enfermera y su profesión. Una perspectiva antropológica de la motivación laboral. Tesis final de la Licenciatura en Ciencias Antropológicas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UDELAR. Uruguay. 1999.
- PICHÓN-RIVIÈRE, E. Teoría del vínculo. Editorial Nueva Visión. Bs. As. Argentina. 1977.
- El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Editorial Nueva Visión. Bs. As. Argentina. 1983.
- POLIT, D. HUNGLER, B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 5ª. Edición en español. Editorial McGrawHill Interamericana. México D.F. 1997.
- PREGO SILVA, L. Donald D. Winnicott. En: Galería de autores. Rev. Temas de Psicoanálisis N°2. A.P.U. Montevideo. Uruguay. 1993.

- PRIDHAM, K.F. et Al. The relationship of a mother's working model of feeding: her feeding behaviour. J. Adv. Nurs. N°35 Sep. School of Nursing. Wisconsin. Madison U.S.A. 2001.
- PUGET, J. Por qué pensar en términos de configuraciones vinculares. Rev. Tramas. T 1, N° 1. A.U.P.C.V. Montevideo. Uruguay. 1995.
- RAFFERTY, M.A. A conceptual model for clinical supervision in nursing and health visiting based upon Winnicott's theory of the Parent/infant relationship. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. N°7 April. School of Health Science. Wales. U.K. 2000.
- RAGGIO, V. Marxismo y Psicoanálisis. Medio siglo de desencuentros. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo. Uruguay. 1988.
- RESTREPO, L. El derecho a la ternura. Editorial Arango. Doble Clic editores. 1998.
- RIEHL SISCA, J. Modelos conceptuales de enfermería. 3ª edición. Editorial Doyma. Barcelona. España. 1992.
- RIFKIN, J. El fin del trabajo. Editorial Paidós. Barcelona. España. 1996.
- RODRIGUEZ, R. H. MERCOSUR: um Processo de Integração. En: Recursos Humanos em Saúde no MERCOSUR. O.P.S./O.M.S. Editora Fiocruz. Brasil. 1995.
- ROMERO, A. El desarrollo histórico de la epidemiología en América Latina. 1er. Congreso Brasileiro de Epidemiología. Campinas. Brasil. 1990.
- RUFF, C. How well do adolescents mother. Maternal and Child Nursing N°12. U.S.A. 1987.
- RUBIN, R. Attainment of the maternal role. Part 1 and Part 2. Nursing Research N° 16. U.S.A. 1967.
- SAMAJA, J. Epistemología y Metodología. Editorial Eudeba. Bs.As. Argentina. 1993.
- Fundamentos epistemológicos de las Ciencias de la Salud. Introducción y fragmento de un libro inédito. Bs. As. Argentina. 1999.
- SANCHEZ PUÑALES, S. Historia de la Enfermería en Uruguay. Editorial Trilce. Montevideo. Uruguay. 2002.
- STERNBACH, S. Consumo y pos modernidad: un aspecto del psicoanálisis de la cotidianeidad. En: Grupos, instituciones y macrocontexto. Rev. de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Bs. As. Argentina. 1992.
- STOLKINER, A. Tiempos "posmodernos": ajuste y salud mental. En: TROIANOVSKI, P. BORDON, O. Políticas en Salud Mental. Editorial Lugar. Bs. As. Argentina. 1994.
- STOLOWICZ, B. Conferencia. Versión desgrabada y corregida por la autora. Facultad de Ciencias Económicas. UDELAR. Montevideo. Uruguay. 2002.
- THERBORN, G. La crisis y el futuro del capitalismo. En: La trama del neoliberalismo. Mercado, crisis y exclusión social. Oficina de Publicaciones. U.B.A. Bs. As. Argentina. 1997.
- TIZÓN GARCÍA, J. Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Ediciones Doyma. España. 1992.
- TRAVELBEE, J. Intervención en enfermería psiquiátrica. O.P.S./O.M.S. Colombia. 1982.
- TSUKUDA ICHISATO, S. et Al. Revisitando o desmame precoce a través de recortes da história. Revista Latinoamericana de Enfermagem. Vol. 10 N° 4. Ribeirão Preto. Brasil. 2002.
- ULRIKSEN DE VIÑAR, M. El desamparo desde la clínica de un niño psicótico. Revista Uruguaya de Psicoanálisis N° 67. Montevideo. Uruguay. 1988.
- VALLES, M. S. Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión, metodología y práctica profesional. Editora Síntesis. Madrid. España. 1997.
- VANDANA SHIVA. Abrazar la vida. Mujer, ecología y supervivencia. Instituto del Tercer Mundo. ITEM SRL Montevideo. Uruguay. 1991.
- VIDART, D. Filosofía Ambiental. El ambiente como sistema. Editorial Nueva América. Bogotá. Colombia. 1997.
- VILLAR, H. La Salud: una política de Estado. Imprenta Grafinel. Montevideo. Uruguay. 2003.
- YOSHIKAWA EGRY, E. Saúde coletiva. Construindo um novo método em Enfermagem. Editora Icono. Brasil.

A N E X O S

Tabla de autores europeos y norteamericanos que estudiaron trastornos en niños y jóvenes relacionados con alteraciones del vínculo madre-hijo.

E. Sloschmann	Alemania	1926	utilizó por primera vez el término “hospitalismo” para designar los trastornos que aparecían en niños institucionalizados apartados de sus madres.
D. Levy	EE.UU.	1933	Estudió niños de corta edad separados de sus madres y sugirió llamar “hambre primaria de afecto” a la carencia de cuidados maternos que daba origen al cuadro clínico que presentaban.
H. Bawkin	EE.UU.	1942	Realizó una revisión de la literatura pediátrica sobre los efectos de la privación materna sobre la salud física del niño y señaló en las conclusiones que los niños menores de seis meses que permanecían alejados de sus madres en una institución durante un determinado tiempo presentaban un cuadro definido que se expresaba a través de varios síntomas: falta de atención, enflaquecimiento, palidez, relativa inmovilidad, quietud, falta de expresividad, inapetencia, sueño desasosegado, cierta apariencia de infelicidad, ausencia del hábito de succión y propensión a estados febriles transitorios.
A. Freud D. Burlingham	Inglaterra	1943	estudiaron lo que ocurría con niños ingleses separados de sus familias a consecuencia de la Guerra e internados en residencias infantiles y plantearon sus conclusiones, en pro y en contra de estos lugares de cuidado de niños sin padres.
R. Spitz		1946	investigó el fenómeno del hospitalismo a través de estudios experimentales que le permitieron definir un cuadro clínico (al cual llamó depresión anaclítica) que aparecía en los niños pequeños (entre seis y doce meses) privados de cuidados maternos y que se caracterizaba por retraimiento, llanto excesivo, tristeza, anorexia, pérdida de peso e insomnio. Observó que si la privación persistía durante un lapso prolongado el niño podía presentar un retardo en su desarrollo con incapacidad para caminar y reacción lenta ante los estímulos externos.
J. Bowlby	Inglaterra	1946	Estudió un grupo de 44 niños ladronzuelos al que comparó con un grupo testigo de número, sexo y edad análogos que presentaban también alteraciones emotivas pero no habían cometido robos. Observó que existían en esos niños además de la tendencia al robo, falta de capacidad de amar, falta de sentido de culpa, tendencia a reaccionar inmediatamente ante estímulos, dificultad para hacer amigos y carencia de hondura y raíces afectivas. Encontró también que entre los ladronzuelos la separación materna temprana tenía una muy alta incidencia.
L. Bender	Inglaterra	1947	Realizó un estudio con unos 500 niños (el 10% de los 5000 niños que tuvo bajo su dirección en el Hospital Bellevue entre 1935 y 1944); observó una serie de síntomas similares a los encontrados por Bowlby (1946) a los que agrupó en un cuadro clínico que llamó “desorden psicopático de la conducta infantil” y cuyo origen se relacionaba con cuidados maternos insuficientes en edades tempranas.
C. Amatruda A. Gessell		1947	señalaban una disminución del interés y la reactividad en niños entre ocho y doce semanas privados de los cuidados maternos.
R. Spitz K. Wolff		1949	a través de distintas observaciones, pudieron comprobar la resistencia que tenían los niños carentes de cuidados maternos a sonreír cuando se encontraban frente a una persona. En otros trabajos del mismo año señalaban el descenso en el coeficiente de desarrollo de un grupo de niños de entre 4 y 12 meses institucionalizados sin sus madres comparados con otros

			grupos de niños de la misma franja etaria que sí estaban con sus madres. Los niños fueron estudiados durante un año. Estos trabajos tomaron en cuenta las condiciones de hospitalización de los niños institucionalizados, los cuales vivían en condiciones especialmente desfavorables desde el punto de vista psicológico: había una sola enfermera cada siete niños y no gozaban de otro espacio que el limitado por las barandillas de sus cunas.
D. Stott		1950	Analizó la historia clínica de 102 casos de delinquentes reincidentes entre los 15 y 18 años y demostró que la ansiedad nacida en el niño como consecuencia de la falta de relaciones normales en sus primeros años de vida, le predispone a reacciones antisociales frente a determinadas situaciones posteriores. La mayor parte de los estados de ansiedad descritos por Stott son aspectos especiales de la falta de cuidados maternos.
Johnson S. Szurek	EE.UU.	1954	estudiaron las dificultades de relación que presentaba un grupo de personas delinquentes con sus progenitores y plantearon que las principales dificultades se habrían producido con sus madres, las cuales inconscientemente habrían fomentado una conducta antisocial en el niño.
D. Winnicott	Inglaterra	1956	introdujo el concepto de “holding” como una función de sostén que realiza la madre luego del nacimiento y que permite una proximidad que reduce la separación física y protege al bebé de la intensidad de los estímulos del medio ambiente que pueden resultar dañosos tanto para su cuerpo como para su psiquis.
M. Mahler		1965	Estudió las interacciones entre la madre y su hijo durante los procesos de separación entre ambos e individuación del niño, procesos que esta autora considera que se inician con el nacimiento y culminan entre el año y medio y tres años.
W. Bion	Inglaterra	1966	Planteó la concepción del vínculo madre-hijo como una relación continente-contenido en la cual la madre actúa conteniendo dentro de sí la angustia del bebé transformándola y devolviéndosela como sentimientos tolerables a través de una experiencia de relación entre ambos satisfactoria. A este tipo de relación la llamó función de <i>rêverie</i> materna. Cuando la madre no es capaz de cumplir con esta función aparece en el bebé una angustia muy intensa que Bion llamó “terror sin nombre”(Díaz Rosselló et Al. 1991).
J. Bowlby	Inglaterra	1983	formuló su Teoría del Apego que sintetiza y amplía los datos surgidos de los trabajos de investigación de varios autores y de los suyos propios

ANEXO 1

PREGUNTAS GUIA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA INFORMANTES CLAVE

1. ¿Considera Ud. que el desarrollo del vínculo entre la madre y su hijo hasta el primer año de vida incide en la construcción de la personalidad del niño?
2. ¿En qué forma?
3. ¿Cómo definiría Ud. un vínculo madre hijo sano?
4. ¿Qué autores considera Ud. más importantes en relación a este tema?
5. ¿Recuerda Ud. alguna experiencia clínica de pacientes con trastornos de personalidad en quienes haya existido una distorsión del vínculo primario madre hijo?
6. ¿Considera Ud. que se puede realizar algún tipo de intervención preventiva para promover un vínculo sano en la díada madre hijo?
7. ¿Cómo entiende que debería realizarse y a quienes?
8. ¿Qué profesionales entiende Ud. que serían los más aptos para realizar este tipo de cuidado preventivo?

ANEXO 2

PREGUNTAS GUIA PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PROFESORA DE LA CÁTEDRA DE SALUD MENTAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA (I.N.D.E.)

1. En el Programa de enseñanza de la atención de enfermería en salud mental, ¿hay algún módulo que se refiera específicamente al cuidado de la relación madre hijo durante el período gestacional y puerperal?
2. ¿Cuál es la propuesta con que se enfoca este tema?
3. ¿Qué concepto de vínculo se considera?
4. ¿Qué autores de Enfermería y de otras disciplinas se toman como referentes teóricos?
5. ¿Se enseña el uso de algún instrumento de Enfermería que permita evaluar la situación de salud mental del recién nacido, la salud mental de la madre y las características del vínculo establecido entre ambos?
6. ¿Se realiza alguna práctica de aprendizaje de cuidado del vínculo? ¿Dónde?
7. ¿Se considera algún grupo de riesgo en salud mental relacionado con disfunciones vinculares entre madre hijo?
8. ¿Qué evaluación le merece este tema considerado dentro de la situación actual del país?
9. ¿Realizaría algún cambio en el Programa al respecto?

ANEXO 3

PREGUNTAS GUIA PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PROFESORA DE LA CÁTEDRA DE ATENCIÓN MATERNOINFANTIL DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA (Inde)

1. ¿En el Programa de enseñanza de Atención de Enfermería MaternoInfantil existe algún módulo que se refiera específicamente al cuidado del vínculo madre hijo durante el período gestacional y puerperal?
2. ¿Qué concepto de vínculo se considera?
3. ¿Qué autores de Enfermería y de otras disciplinas se toman como referentes teóricos?
4. ¿Se enseña el uso de algún instrumento de evaluación de Enfermería referido al cuidado del vínculo? ¿Cuál y por qué?
5. ¿Se realiza alguna práctica de aprendizaje de cuidado del vínculo? ¿Dónde?
6. ¿La Cátedra considera el cuidado del vínculo madre hijo como actividad de prevención en salud mental y salud general enmarcada en la estrategia de Atención Primaria?
7. ¿Cómo describiría la situación actual del tema en el campo de trabajo de Enfermería MaternoInfantil?
8. ¿Qué evaluación le merece este tema considerado dentro de la situación actual del país?
9. ¿Realizaría algún cambio en el Programa al respecto?

ANEXO 4

PREGUNTAS GUIA PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA PRESIDENTA DEL COLEGIO DE ENFERMERÍA DEL URUGUAY (CEDU)

1. ¿Existe algún comité científico en el CEDU que estudie acerca del cuidado de enfermería del vínculo madre hijo durante los períodos gestacional y puerperal?
2. ¿Existen en el Uruguay normas de enfermería referidas al cuidado del vínculo madre hijo durante los períodos gestacional y puerperal?
3. ¿Algún grupo profesional integrante del CEDU ha propuesto normas al respecto?
4. ¿El CEDU ha establecido algún vinculo con asociaciones científicas nacionales o extranjeras que se dediquen al estudio de este tema?
5. ¿Posee el CEDU en su biblioteca alguna publicación nacional o internacional referida al tema?
6. ¿Qué evaluación le merece este tema considerado dentro de la situación actual del país?

ANEXO 5
PREGUNTAS GUIA PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA.
MUESTRA DE LICENCIADOS ENFERMEROS

- 11 ¿Cómo definiría Ud. el vínculo madre hijo ?
- 11 ¿Conoce trabajos de Enfermeros nacionales o extranjeros que estudien específicamente el cuidado del vínculo madre hijo durante el período gestacional y puerperal?
- 11 ¿Recuerda alguno en particular que haya significado un aporte importante para su formación profesional?
- 11 ¿Qué importancia tiene para Ud. el cuidado de este vínculo para la construcción de la personalidad del niño?
- 11 ¿Conoce alguna patología en salud mental o salud general que se relacione directamente con alteraciones del vínculo madre hijo en los primeros años de vida?
- 11 ¿Entiende Ud. que existen en el Uruguay grupos de riesgo en lo referente a la posibilidad de alteraciones en el vínculo madre hijo? ¿Cuáles cree que son y por qué?
- 11 ¿Cree Ud. que el Licenciado Enfermero puede intervenir en el cuidado del vínculo madre hijo durante el período gestacional y puerperal? ¿Cómo?
- 11 En la planeación de cuidados de enfermería que Ud. realiza para la embarazada y para la puérpera ¿considera actividades específicas para cuidar ese vínculo? ¿Cuáles?
- 11 ¿Las planea para realizar Ud. mismo, para delegar en un auxiliar de enfermería, para educar a la embarazada o para enseñar al grupo familiar?
- 111 Cuando Ud. piensa en el vínculo madre hijo en el período gestacional y puerperal ¿tiene en cuenta el entorno en que este se produce?
- 111 ¿Utiliza Ud. algún instrumento de evaluación que le permita detectar si el vínculo se establece adecuadamente o si hay distorsiones? ¿Cuál? ¿Por qué?

ANEXO 6

CUESTIONARIO MUESTRA DE LICENCIADOS ENFERMEROS

Nombre completo.....

Institución en la que trabaja.....

Cargo que ocupa

Dirección

Teléfono particular..... Del trabajo

email

1. Edad

2. Sexo M () F ()

3. Estado civil

4. Hijos S () N () Cantidad

5. Procedencia: Montevideo () Interior del país () Extranjero ()

5.a) Si procede del Extranjero nombre su país de origen

.....

5.b) Si procede del Interior nombre su Departamento de origen

.....

6. Lugar habitual de residencia

7. Formación de grado:

7.1 Nombre del título obtenido.....

7.2 Institución formadora.....

7.3 Fecha de egreso.....

7.4 País

8. Formación de pos grado:

8.1 Nombre tres de los cursos de posgrado más relevantes que ha realizado

a).....

b).....

c).....

9. Institución Formadora y año de finalización en cada caso

a).....

b).....

c).....

10. ¿Ha recibido formación en Salud Mental?

10.1 De grado S () N ()

10.2 De pos grado S () N ()

11. ¿Ha recibido formación en Atención Primaria?

11.1 De grado S () N ()

11.2 De pos grado S () N ()

12. ¿Ha recibido formación en ginecoobstetricia?

12.1 De grado. S () N ()

12.2 De pos grado S () N ()

13. Fecha de inicio de su actividad profesional como Licenciado Enfermero

.....

14. Indique el tiempo que hace que trabaja como Licenciado Enfermero

Menos de 1 año ()

1 a 5 años ()

6 a 10 años ()

Más de 10 años ()

15. Indique cuanto tiempo hace que trabaja como Licenciado Enfermero en el área MaternoInfantil

Menos de 1 año ()

1 a 5 años ()

6 a 10 años ()

Más de 10 años ()

16. Indique cuantos años hace que trabaja como Licenciado en el cargo actual

Menos de 1 año ()

1 a 5 años ()

6 a 10 años ()

Más de 10 años ()

17. ¿Trabaja en otro lugar como Licenciado Enfermero además del indicado?

S () **N** ()

18. En caso afirmativo indique donde

Institución Pública ()

Institución privada ()

Institución docente ()

19. Si trabaja en otro lugar, lo hace practicando la misma especialidad?

S () N ()

**20. Indique la cantidad de horas semanales que trabaja como Licenciado
Enfermero en el área MaternoInfantil.....**

**21. ¿Ha realizado algún trabajo de investigación relacionado con atención
maternoinfantil en los últimos 10 años?**

S () N ()

22. ¿Ha sido publicado? S () N ()

23. Nombre de la publicación
.....

24. Nombre del artículo
.....