



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL DE GRADO

Enfermería: ¿Profesión de riesgo?

Estudiante: Luciana Irigaray Martínez

C.I: 3.809.559-8

Docente Tutor: Dra. Nahir Silveira

Montevideo, Uruguay

Índice

Resumen	3
Introducción	4
La enfermería. ¿Profesión de riesgo?	5
Una perspectiva desde la relación salud/enfermedad/cuidado.	6
El/los conceptos salud/enfermedad	9
La enfermería en el Uruguay	11
Una mirada desde una realidad Latinoamericana.	16
La enfermería y la institución sanitaria.	20
Salud y enfoque de riesgo.	23
Una mirada: el género y la enfermería.	25
La enfermería como profesión de riesgo.	27
Los riesgos en enfermería: Estrés, <i>Burnout</i> , la satisfacción.	34
Análisis.	37
Conclusiones	40

Resumen

El propósito de esta monografía fue realizar un análisis histórico-social de la Enfermería, los motivos por los cuales son movilizadas las enfermeras a estudiar esta profesión, que describen de su ser-hacer, es decir el proceso identitario que transitan las mismas. Asimismo las etapas por las cuales se ha señalado el tránsito de esta profesión desde sus inicios al estado actual. Se le ha planteado como una de sus características la “feminización” lo cual las caracteriza a lo largo del tiempo. Esto ha derivado en estudios, inclusive en nuestro país, donde se han desarrollado los riesgos al cual están expuestas al ser enfermeras, riesgos que están a la vista de todos pero a la vez naturalizados, considerando un enfoque de salud pública, sin embargo aun quedan temáticas a investigar como lo es la violencia.

Palabras clave: Enfermería, Riesgo, Profesión.

Introducción

Desde el presente trabajo se pretende presentar una breve reseña de la profesión de enfermería desde sus inicios, los cambios sufridos a lo largo de los años y el presente de la profesión, como están las enfermeras y como son vistas y tratadas por la sociedad.

El por qué eligen ser enfermeras, la perspectiva desde lo vocacional, de ayudar al próximo, desde el ser enfermera/o por las razones sociales prácticas, de ser una profesión de fácil inserción laboral, por razones geográficas, lo estudio porque es de fácil acceso, sin tener que trasladarse de su entorno social familiar.

Se hace referencia a los riesgos que se exponen quienes eligen esta profesión, muchas veces lo minimizan sin darle la valoración que realmente tienen estos riesgos. La profesión dentro de las instituciones, el reconocimiento o no, que se les da dentro de las mismas, las situaciones a las cuales se exponen día a día debido a las exigencias impuestas.

Para concluir se plantean preguntas que surgen a lo largo de la elaboración del trabajo con respecto a la enfermería en el Uruguay, que si bien es estudiada desde cierto enfoques, algunos quedan sin respuestas.

La falta de seguridad en la cual se trabaja y como esta tan naturalizada las condiciones y medio ambiente en las que trabajan, es uno de los puntos que no se analizan integrándoles a las interrogantes del problema.

La enfermería ¿profesión de riesgo?

El propósito de esta monografía es realizar una revisión bibliográfica analizando como se ha colocado a Enfermería como una profesión de riesgo.

Se comienza por un recorrido historiográfico para señalar los procesos histórico- sociales desde sus inicios al estado actual, en el entendido de que toda actividad humana contribuye a los procesos identitarios y en su transcurso se pueden elucidar las tramas que quedan invisibilizada y naturalizadas en los procesos de subjetivación colectivos que condujeron hoy a la profesionalización.

Una de las trazas lo ha constituido la “feminización”, la cual las ha caracterizado a lo largo del tiempo, otra que es una actividad expuesta a “riesgos”, en ese sentido se han desarrollado múltiples estudios sobre su salud señalando su exposición y, finalmente otros, como la violencia, está a la vista de todos, pero a la vez naturalizada e invisibilizada.

Así se hará un proceso reflexivo que intentara develar en el aquí y ahora lo que se ha desarrollado en torno al campo de su salud laboral, desde que perspectivas y lo que no se ha investigado aún.

El interés por la temática surge además por la convivencia en el campo laboral, muy cercana al personal de enfermería, las largas charlas que tratan de todos los temas posibles, risas y lágrimas, compañerismo, amistades que fui formando, muchas situaciones en todos estos años trabajando con ellas, donde aprendí a respetar su profesión y a verlas desde otro lugar, es así que se incluye la implicación para develarla.

Sánchez Puñales (2002), señala sobre que es hoy la Enfermería en Uruguay:

Enfermería es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona, familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha del mismo por mantener su equilibrio con el medio: es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones biopsicosociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, (p.31).

Sin embargo es una actividad de larga data la cual se ve todos los días pero no necesariamente como es hoy, mujeres de blanco trabajando para el bienestar del prójimo. Las dinámicas relacionales que suceden dentro de esta profesión quedan invisibilizadas, excepto cuando se las investiga aunque develando algunos aspectos.

En este sentido se comienza a desarrollar algunos aspectos de esta historia y su relación con el vasto territorio de la salud.

Una perspectiva desde la relación salud/enfermedad/cuidado

En la línea del tiempo se exponen hitos socio-históricos que marcan el inicio de la enfermería en el Uruguay del 900.

Es la época denominada por Barrán (1994), “bárbara” del goce, ocio y juego total del cuerpo. Sociedad barbará del juego, las risas estridentes, la muerte macabra que era exhibida, la violencia física naturalizada y la desvergüenza quienes eran las protagonistas de esta época.

En esta sociedad a la cual se le imponen cambios constantes en todas las áreas, es donde la imagen del cuerpo y la higiene del mismo, van a tener otro sentido, pasan a ser vistos de otra forma y se les da la importancia que no tenían anteriormente, ya que la salud no era una prioridad, ahora va a

conquistar su espacio, generando la preocupación por el bienestar físico, en esta época se pasa del ocio al trabajo, generando cambios que afectan directamente al cuerpo.

Para instaurar el “nuevo Uruguay” enmarcado en el sistema capitalista productivo, es preciso instaurar el *disciplinamiento*, que impone nuevas costumbres y hábitos, reprimiendo el alma y descubriendo la intimidad, “impuso la gravedad y el “empaquetado” al cuerpo, el puritanismo a la sexualidad, el trabajo al “excesivo” ocio antiguo, ocultó la muerte alejándola y embelleciéndola, se horrorizó ante el castigo de niños, delincuentes y clases trabajadoras y prefirió reprimir sus almas, a menudo inconscientes del nuevo método de dominación elegido, y, por fin, descubrió la intimidad transformándola en “la vida privada”. Se impone una lucha social dinámica, trabajadora y productiva donde el país también se moderniza con influencia de la Europa capitalista, generando clases sociales distinguidas unas de otras, (pp. 11- 22).

Todas estas mudanzas generan cambios entre el hombre y sus sentidos, disminuyendo los estímulos visuales, olfativos y auditivos. Nace la higiene pública y el *disciplinamiento* también de las pulsiones por parte de los gobernantes, de la iglesia católica quien condena a los “desenfrenados” y crea la escuela pública y obligatoria para educar a los niños. Se comienza a vivir con culpas, con la disciplina en el trabajo y la contención de la sexualidad, se aleja el desorden, que para la iglesia era la esencia del pecado.

Así fue que los jefes de familia, los curas, las autoridades y figuras importantes fueron divulgando, inculcando las formas de trabajo y se alejaba a la sociedad de los malos hábitos, “trabajo, ahorro, disciplina, puntualidad, orden y salud e higiene del cuerpo fueron deificados” (p. 34). Asimismo el nuevo dios era el trabajo y las tentaciones del diablo estaban por todos lados principalmente en lo referido a la sexualidad y las mujeres por ser las más débiles y quienes estaban a merced de las malas influencias. Se enseña a emplear mejor el tiempo en labores que fueran productivas, ya que no se debía desperdiciar la energía corporal en banalidades, se ejerce un control de la sociedad a través de lo religioso, la institucionalización del trabajo y la educación, quienes no cumplieran con estas nuevas reglas eran castigados por

las autoridades y por la religión. La enfermedad y la suciedad se relacionan al mal, la higiene como condición para la salud y la salud es el poder sobre el cuerpo. Cambia la concepción del cuerpo del hombre que debe ser robusto y fuerte para el trabajo y la mujer también robusta y de color en las mejillas reflejando vitalidad. Se pasa del descubrimiento del propio cuerpo al descubrir del cuerpo de los demás, las epidemias de la época que horroriza con la muerte masiva, llevan a cuidar del cuerpo del otro, para proteger el suyo propio. Salud como condición social y *disciplinamiento* del cuerpo.

La mujer era vista como peligrosa y la que llevaba al hombre por el camino del deseo, con características de la bruja hechicera de los siglos anteriores. Su sexualidad ponía en riesgo el poder del hombre y su estima social, por eso hay que controlarlas, volverlas sumisas. Con la nueva civilización se llevo a la mujer a vivir un mundo con ritos y ceremonias, un mundo que era desconocido para el hombre, donde no participaba de las actividades de las mujeres por el pudor que esto generaba. “Las mujeres «civilizadas» fueron vistas como las sacerdotistas de un microcosmos oculto” (p.157). La mujer tenía como ocupación las labores domesticas y el bienestar de su familia, no salía de la casa ya que eso sería vergonzoso. La mujer inteligente era desagradable ya que desafiaba al hombre. Por eso la tornan una mujer llena de pudor, cercada de vergüenzas y sin goce de placeres, totalmente pasiva al acto sexual, ya que este era impuro y se lo relaciona al gasto de energías del hombre, gasto innecesario ya que este hecho enferma y debilita el cuerpo. La mujer quien debía ocuparse del cuerpo enfermo y del sano, y del “bienestar de la familia”, es la mujer quien debe velar por el bienestar de la familia ante las adversidades del medio.

Es en este contexto donde Martínez, (s/f), plantea que se piensa los comienzos de la “enfermería” y le otorga la imagen de que las mujeres profanas y ebrias damas de negro, eran quienes cuidaban y podían tocar el cuerpo enfermo, como una acción domestica.

Pero aparece la figura del médico, con su saber que se impone como autoridad. Es en esta sociedad que la medicalización pasa a formar parte de la identidad cultural. La sociedad uruguaya se convierte en un representante

neto de la cultura occidental, generadora de la salud / enfermedad y las practicas medicas.

Portillo (1993), señala que la enfermedad y la muerte necesitan de respuestas, esta búsqueda se intensifica y da a la medicina un valor de cambio, de signo. El médico que se va formando desde las primeras épocas de la humanidad, con otros nombres y con formas diferentes de tratar la enfermedad, pasa a introducir un nuevo discurso y practicas sobre el cuerpo y el alma del hombre, generando un poder determinado como lo plantea Rodríguez Nebot (1993). Es el médico hombre quien sabe y que estudia el cuerpo basándose en el concepto de salud- enfermedad, concepto que se crea a partir de los enfoques de la causalidad de la enfermedad, que se expresan a través de creencias, tradicionales y costumbres que definen la practica en salud y concepciones de individuos y la colectividad. Las concepciones del hombre sobre el proceso salud- enfermedad, plantea Balmaceda (s/f), viene desde tiempos remotos, este proceso ha sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno, que es preciso develar.

El / los conceptos salud/enfermedad.

Se coincide con Sivori (2010) cuando señala que existen diferentes concepciones con respecto a salud/enfermedad, estas tratan de responder al fenómeno de la enfermedad como tratarla y explicarla siendo ésta quien causa el sufrimiento que se quiere evitar.

Es a finales de los setenta que surge una corriente medico critica como resultado de la crisis social y medica, cuestionando lo puramente biológico de la enfermedad y la práctica médica dominante, proponiendo que salud/enfermedad pueden ser analizados como un hecho social. El objeto ha sufrido un proceso de cambio saliendo del enfoque enfermedad, para integrar salud/enfermedad/atención que sintetiza comprender los contextos socio-históricos-culturales. De la medicina clínica se permite aprehender la salud enfermedad como proceso social, Laurell (1981), propone que el objeto de

estudio de la Epidemiología es el proceso salud/enfermedad de un grupo con características sociales definidas por una teoría.

El saber médico dentro de la sociedad es dominante, la medicina que se brinda y se recibe positivamente, la clínica como parte de la estructura social, permite coincidir con Habermas (citado por Portillo, 1993), cuando lo plantea como una práctica discursiva que se analiza desde la comunicación y señala tres aspectos del discurso médico: su relatividad, su dimensión mercantil y la simbólica:

- a) Relatividad, en el discurso médico las afirmaciones no son verdades absolutas e imperecederas, estas varían según las condiciones socio-históricas, ya que son muchos los conceptos que han variado. Esto se comprende ya que el discurso médico es científico, ético e ideológico. Expresando una concepción del mundo.
- b) Dimensión mercantil, por detrás del saber médico, está la industria que se desarrolla vertiginosamente en este sector, con un rol capitalista principalmente en los diagnósticos y tratamientos sofisticados.
- c) Dimensión simbólica, es histórico el vínculo entre el chaman y el médico, la sociedad necesita de alguien que resuelva los problemas relacionados al cuerpo. Para afirmar su autoridad se relacionan con los símbolos del poder y el misterio de su lenguaje incomprensible, sostenido por su base científica. Es en esta base científica, ideológica y moral que se sustenta el discurso médico.

Así Portillo (1993), subraya que el poder del médico, es en nuestra sociedad indiscutible, está presente en toda relación, la misma se produce y al mismo tiempo puede ser cambiante. El discurso médico a parte de sus características míticas y científicas también es seductor lo cual contribuye a su poder de dominación, se ve claramente en la relación médico-paciente, la cual tiene como fin el bienestar por medio de la prevención, rehabilitación o curación, se debe considerar también que en ciertos casos no se logra el bienestar. Se debe tener en cuenta que el poder médico tiene implicancias éticas también, el «debe ser» en este caso se plantea «lo que debe ser hecho» y lo que es correcto hacer, situación en la cual se debate un médico.

En otra línea se mencionan los trabajos de Martínez (s/f) y de Alves de Almeida Ribeiro A. Santos Falcón, G. Susskind Borenstein, M. , Coelho de Souza Padilha, M., (2006) quienes estudiaron sobre Enfermería.

Martínez (s/f), explicita que en una primera etapa se comienza por los cuidados empíricos, mágicos y religiosos por parte de los indios, chamanes. En la época pre-colonial, una acción doméstica y "vocacional", llevada adelante por mujeres profanas.

Alves de Almeida Ribeiro y cols. (2006) , se plantean que se pasa por etapas que toda profesión científica debe reconocer y las cuales van marcando el progreso de la misma. En sus inicios se reconoce la etapa precientífica que marca lo vocacional entendido como un llamado de la vida a encontrarse y realizarse ocupando un lugar en la sociedad y en lo laboral. Surge por tanto una Imagen servil, donarse y servir al próximo, relacionado al modelo religioso en enfermería para luego con la colonización española lleguen las hermanas de caridad.

Esto marca los inicios de la enfermería en Uruguay.

La enfermería en el Uruguay

Se realizará una breve reseña historiográfica, señala Moraes (2013) que:

[...] los historiógrafos uruguayos colocan unánimemente la obra de Barran y Nahum como parte de lo que en su momento, por identificación con el modelo original francés se llamo la *nueva historia*. Suele presentarse precisamente esta corriente como una historiografía de inspiración francesa que a partir de 1960 tomo en el Uruguay el relevo de la historiografía erudita "tradicional" y se desmarco del "revisonismo" de inspiración rioplatense. El nacimiento de esta *nueva historia* uruguaya coincidió con las primeras etapas de un proceso de profesionalización del oficio que llegaba con atraso y habría de ser lento y accidentado; aproximadamente entre los años 1960 y 1973 sus cultores ampliaron las investigaciones hacia periodos y problemas novedosos, introduciendo

nuevos métodos y fuentes (Ribeiro 1991) (Soler 1993) (Sansón 2006). Defendieron una práctica historiografía “comprometida con el presente” y en consonancia con los desafíos políticos del momento: el conocimiento histórico era considerado útil en la medida que arroja luz sobre problemas del presente y especialmente en la medida que ayudaba a elegir entre opciones políticas contrapuestas (Zubillaga 2004). En toda América Latina en esa época la producción historiográfica del periodo adquirió ribetes de militancia política (...) la *nueva historia* no era solo un contexto y un ambiente intelectuales, era en primer lugar una forma de hacer historia y un programa de investigación. Ambos se adaptaron y sobrevivieron al periodo de la dictadura, (p. 50).

Es a mediados del siglo XX que en Uruguay la atención en salud era precedida únicamente por el médico y el odontólogo, pero los avances científicos generan necesidades de formar nuevos recursos humanos. Es así que llegan a nuestro país enfermeros-cuidadores españoles, italianos, brasileños y alguna *nurse* inglesa.

En la “historia” de la enfermería Sánchez Puñales (2002), coloca a los doctores Quintela y Arrizabalaga quienes protagonizan la primera tentativa de una mayor capacitación técnica de la enfermería, presentando en 1894 frente a la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia Pública el proyecto de la Escuela Uruguaya de Enfermeros y Enfermeras. Con el objetivo de dar a las personas que quisieran los conocimientos necesarios para ser enfermeros, habilitándolos para ejercer en hospitales, casas particulares. Creando auxiliares competentes y capaces de cumplir las órdenes dictadas por los médicos, ya que el personal del Hospital de Caridad de Montevideo de 1901, carecían de formación y falta de disciplina. Este proyecto fue sancionado en 1897 para ser aprobado por parte del Poder Ejecutivo en 1900.

Es el 13 de julio de 1905 que es constituida la Sociedad de Socorros Mutuos e Instructiva, independiente de todos los partidos políticos y su reglamento es aprobado en setiembre de 1905. Su objetivo fue “propender a elevar moral y materialmente la institución de sus socios con las clases elementales y de enfermeros”, (p 47). Es en estos momentos que comienzan la lucha por mejores condiciones de trabajo y salariales, así como la búsqueda de

un espacio laico, para no depender de las hermanas de caridad. Se podría decir que la enfermería laica nace de la necesidad del médico de poder contar con ayudantes dentro del hospital y fuera del mismo para la atención y solidaridad con la clase popular. Es en este nacer laico que también nace la necesidad y el deseo de un campo laboral para la mujer. Acontecimiento que sucede dentro del *disiplinamiento* de la sociedad y cambios en el Estado con un enfoque a la modernidad, donde la mujer acompaña y participa del mercado laboral.

En ese marco de la enfermería laica y profesional del Uruguay, por medio del Doctor Scoseria, que surge la escuela de *Nurses*, con el modelo a seguir de *Florence Nightingale*, debido a la necesidad de formar personal más capacitado en el sector salud, el cual fuera más cuidadoso, habilidoso y más humano. Este sector de la sociedad así como otros sectores estaba en continuo crecimiento. El objetivo de la escuela era “preparar personal auxiliar de asistencia especialmente apto para el cuidado de los enfermos y capaz también de auxiliar en la administración hospitalaria” (p.53). Lo primordial de la enseñanza será lo práctico, sin descuidar lo teórico y será realizado en la cabecera del enfermo por la *nurse*, siempre bajo la supervisión del director que es médico. También se cuenta con un régimen de internado para la *nurse* y las alumnas, el cual continúa con una prueba preliminar teórico-práctico, además se tomaran las aptitudes intelectuales y morales. Pasada esta etapa se daría un examen para valorar ante el tribunal su aceptación al curso regular, que sería de dos años. Para el ingreso se les exigía una edad de 21 a 35 años, examen médico para comprobar su buena salud, certificado de vacunas, moralidad intachable de la cual se pedían recomendaciones o referencias, y primaria completa con certificado. El primer año consiste en cuidar lo relativo al servicio domestico, asistencia y administración del pabellón de enfermos. Ya en el segundo las estudiantes pueden acceder a las salas autorizadas quedando bajo las dependencias del jefe del servicio. Algunas de estas características son diferentes a las recomendadas por *Nightingale*, ya que no es independiente del hospital y es dirigida por un médico. Si es de destacar que tenía su *Nurse* jefe de quien dependían las instructoras. Las *nurses* que dictaban clases en la escuela habían llegado de Inglaterra, fueron seleccionadas por sus aptitudes

técnicas, abnegación, recato y una rígida disciplina y honestidad. Al transcurrir el tiempo se van incorporando médicos y practicantes a la docencia.

En 1950 ocurren hitos históricos en nuestro país, marcando el sector de la salud, estos fueron la creación de la Escuela Universitaria de Enfermería (E.U.E), con esto se reconocía la enfermería como profesión universitaria y de la inicialmente llamada Escuela de Colaboradores del Médico. La Escuela de Colaboradores de Médicos formaba técnicos en radiología, laboratorio clínico, de hemoterapia y los primeros cursos de auxiliar en enfermería dictados por la *Nurse Ibarburu*, docente quien presenta el proyecto de la E. U. E, siendo su Directora. También se incluía en esta escuela lo que hoy es la Escuela de Nutrición y Dietética.

Y el 5 de junio de 1950 se promulga la ley mediante la cual el Hospital de Clínicas pasa a depender de la Universidad de la República. La habilitación marca una etapa en la medicina nacional, con un nuevo modelo de atención. En este proceso del hospital la E.U.E. juega un papel fundamental, es el 29 de mayo de 1953 que se produce la primera graduación de enfermeras universitarias.

La E. U. E., alcanzó un muy buen progreso y reconocimiento, es así que muchas de sus estudiantes pudieron capacitarse y mejorar sus conocimientos por medio de becas en otros países. Y a través de los años se fueron dictando cursos para enfermeras y auxiliares, preparándolas en diferentes áreas de la salud.

En 1973 la Escuela fue clausurada por la intervención realizada a la Universidad de la República por el proceso dictatorial, sufriendo las consecuencias, Enfermería se ve enfrentada con dos posiciones, una que acompaña el proceso autoritario la llamada “cárcel Nery” y la otra en defensa de la democracia. Es en este periodo que se fusionaron ambas. Enfermería se deteriora en estos años, por ser un sector muy perseguido.

Es en el año 1984 que las enfermeras integrantes del Equipo De Enseñanza en Enfermería, se reúnen para la reapertura de la Escuela, en julio del mismo año se convoca a ex docentes y enfermeras que habían pasado por

sus cursos. En agosto se elabora el primer documento para la “restitución de la Escuela”. Fue posible la restitución por medio del trabajo del personal de enfermería de todo el país y autoridades del ámbito académico y político. Rehacer la escuela era un desafío, ya que había que lograr el alto grado que tenía y retomar los valores que la sociedad había perdido, pero fue la salida de la dictadura que generó fuerzas para lograr una enfermería más humana y científica.

En el periodo de 1985-1993 la Escuela pasa por dificultades mayores en las áreas de docencia, asistencia, investigación y extensión, derivadas del presupuesto universitario, además trabas burocráticas con Facultad de Medicina.

El restablecimiento de los cargos docentes y las necesidades de desarrollo van trazando el camino progresivamente para ser Facultad. Se propone llegar a un nivel de capacitación para todas las enfermeras, siendo así que se gradúan enfermeras profesionales en Salto. Es en este ámbito que surge la problemática de menor número de *nurses* en los ámbitos de la salud por falta de cargos y bajos salarios. Así es que surgen las escuelas privadas para la formación de auxiliares de enfermería, alcanzando niveles muy altos de auxiliares y capacitación muy variable. Para abordar esta situación en 1988 el Ministerio de Salud Pública anunció la necesidad de crear el tercer nivel de enfermería. Tercer nivel, entre el auxiliar y las licenciadas, pero la propuesta del ministerio no fue exitosa.

Debe tenerse en cuenta que la situación del Hospital de Clínicas fue devastadora luego de la dictadura, se hicieron cambios físicos que afectan al personal y al paciente, docentes y empleados que fueron destituidos, y que se debe restablecer en sus cargos. Se restituye a la *Nurse* Ibarburu, y *Nurse* Mut, última persona con cargo. El equipo tecnológico del Hospital estaba en situación de abandono, así como las líneas de investigación y la falta de personal, que acredita al mal estado en que se trabaja, bajos salarios, el doble trabajo y el multiempleo, también existió y existe el ausentismo ya que el personal se ausenta del lugar donde es menos afectado salarialmente. Dentro

de esta situación crítica algo positivo pasa y es la capacitación pos básica de enfermeras y de auxiliares y además se vuelve a la actividad de extensión.

En el entramado de enfermería los aportes de estudios realizados en Brasil aportan un recorrido con semejanzas y distinciones con la historia en nuestro país que resulta interesante su inclusión.

Una mirada desde una realidad Latinoamericana.

En el trabajo mencionado de Alves de Almeida Ribeiro y cols. (2006), se plantea un estudio cualitativo que las autoras definen como socio histórico, para poder comprender mejor las dimensiones históricas y simbólicas, con el objetivo de conocer el imaginario social a la hora de la elección profesional de las enfermeras brasileñas y peruanas. Se realizó la recolección de datos por medio de un cuestionario enviado por correo con una pregunta puntual: ¿Por qué eligieron enfermería como profesión? Para llevarlo a cabo se eligieron veinte participantes, doce brasileñas y ocho peruanas, que desarrollaban su trabajo en el área educativa o asistencial, graduadas entre 1974 y 1994. Se tomo en cuenta el vínculo afectivo que estas tenían con quienes realizaron la encuesta, se les informo del objetivo, era de participación voluntaria. Fue realizado en el año 2003, se utilizo el marco referencial sobre el imaginario social de Maffesoli y se obtuvo el aval del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Catalina. Para el análisis del cuestionario no se revelan los nombres de las participantes, y se utilizaron nombres de fantasía, este hecho facilita la exposición de cuestiones personales que se consideraron en la investigación.

Las autoras señalan que es en la adolescencia cuando se plantea la necesidad de buscar una profesión, en este momento se toma en cuenta la accesibilidad al estudio, las posibilidades de conseguir un trabajo rápidamente, las condiciones económicas y salariales.

A la hora de la elección la futura profesional es inspirada en imágenes y estereotipos que se construyen a través de la historia de las profesiones, para decidirse por Enfermería.

Este estudio se justifica por el autoconocimiento de quienes participaron del mismo, al ser un estudio que no se había realizado anteriormente le da carácter de inédito y original.

Se lo contextualiza en la historia de la enfermería de estos dos países. La enfermería moderna surge en estos países de forma diferente y en distintas épocas comparado a otros países de América latina según las autoras.

En Perú tiene su origen remoto en los cuidados y conceptos mágico religiosos. A partir de 1532, con la colonización española surgen los practicantes en el arte de curar, son los cirujanos y barberos. También están las hermanas de caridad que cuidan los enfermos mediante conocimientos empíricos. Se observa la imagen de la enfermera pre profesional subordinada a una religiosa con cargo a la cual se debe de obedecer y el trabajo es voluntario.

En relación a la enseñanza en Perú, la enfermería comienza en los hospitales y la primera escuela es creada en 1907, como anexo de la Casa de Salud de Bellavista. El modelo de enfermería es el *nightingaleano* o anglicano con influencia de la escuela *Nightingale*, donde el cuidado hace foco en lo institucional.

En Brasil la Enfermería surge en 1920 cuando la Misión Parsons -por iniciativa del Dr. Chagas-, comienza la formación de las Visitadoras Sanitarias, creando la primera escuela en 1923, llamada Escuela de Enfermeras del Departamento Nacional de Salud Pública. Luego pasa a denominarse Escuela de Enfermeras D. Ana Nery, actualmente es la Escuela de Enfermería Ana Nery (E.E.A.N.). Fue Kieninger, la primera directora de esta escuela que contribuye para que la enfermería brasilera hiciera foco en el modelo de atención primaria en salud -el modelo anglo americano-. La enfermería en estos países viene desde otro modelo, si bien luego en la etapa profesional es influenciado por el modelo de *Nightingale*.

Tanto en Brasil como en Perú se divide la profesión en distintas categorías. En Brasil legalmente se admite Enfermeros, Técnicos de Enfermería y Auxiliares de enfermería. Perú divide la profesión en Enfermeros, Técnicos, Auxiliares de enfermeros y artesanos. Los dos países se caracterizan por tener un mínimo de enfermeros y muchos que trabajan y no son preparados profesionalmente.

Es en el ideario colectivo que enfermería y enfermera son imaginadas con varios tipos de símbolos e imágenes referentes a la profesión, esto nos demuestra que la imagen de toda profesión se caracterizaba por la forma que le da la sociedad y la expande a lo largo del tiempo. Sobre las enfermeras el imaginario ronda en el escenario del hospital, la enfermera sumisa bondadosa, silenciosa diferente a la enfermera autoritaria y vulgar.

Con respecto a la enfermería pre profesional en Brasil y Perú, esta fue influenciada por la Iglesia Católica en la época de la colonización, por este motivo las monjas pasan a ser quienes van a cuidar de los enfermos en los hospitales como una acción de caridad y que estos miserables no estuvieran tirados en las calles sin un lugar donde padecer. La practica estaba relacionada al servicio de servir, por la ideología de la iglesia.

A mediados del siglo XX, la industrialización afecta ambos países, la tecnología hospitalaria y farmacéutica desenvuelven la medicina curativa, tornándose este un paradigma de la salud, dando lugar al hospital como centro de referencia para la enfermería. Dentro de este contexto es que se concentran las enfermeras de estos países, destacándose quienes prestaban asistencia y forman nuevos profesionales, estas son las educadoras y las enfermeras asistenciales. Surgiendo otra imagen de enfermeras, la enfermería profesional.

Es el modelo de *Florence Nightingale*, que al difundirse en estos países le da connotación de vocacional profesional a la enfermería. *Nightingale* aleja la mala imagen de la mujer profana, invistiendo en la conducta moral, un ángel blanco, dedicada a una profesión sagrada, ícono que se mantiene hasta hoy como símbolo en hospitales y en los medios de comunicación.

Tanto en Brasil como Perú la Enfermería del siglo XX, es resultado de los modelos de la Escuela Inglesa de *Nightingale*- así como demuestran los estudios de Sánchez en el Uruguay-, y de la americana, esto se adecua a la cultura de estos países, principalmente con lo que respecta a lo religioso.

Así en estos estudios es la imagen servil, el darse y servir al prójimo son los factores que llevan a la elección de la profesión, surge la mística del servir. Se detecta esta predisposición desde su infancia.

La etapa vocacional surge con el pensamiento cristiano, el concepto salud- enfermedad pasa a tener una connotación religiosa. Las Hermanas de la Caridad pasan a cuidar de los enfermos mediante conocimientos empíricos. Es así que surgen las auxiliares de enfermería, cumpliendo órdenes de las Hermanas de Caridad mayores que las preparaban para el cuidado del enfermo, donde pasa a tener una connotación de profesión sagrada.

El pasaje de la vocación a la profesionalización, surge con la acción de desarrollar una formación específica con conocimientos especializados, desplazando al trabajo voluntario, marca por tanto el tránsito de ser un servicio a ser una tarea técnica, ahora con una acción para desarrollar conocimientos especializados, en una formación específica y ya no es más voluntario pasa de ser un servicio a una tarea técnica. Alves de Almeida Ribeiro y cols (2006), establece que esta etapa está centrada en la lucha contra la enfermedad, quienes cuidan de los enfermos son los ayudantes del médico, que son mujeres en su mayoría, las cuales eligen la profesión por razones serviles, vocacional o profesional. El motivo que más las moviliza a llevar a cabo la profesión es el deseo personal de cuidar al prójimo.

La etapa profesional del cuidado, va del final del siglo XX hasta nuestros días. Se comprende como profesión con una responsabilidad, el cuidado de la salud de la población y la salida laboral de la mujer por ser la profesión de más fácil acceso regionalmente para las aspirantes.

Con el pasar de los años en la profesión, el ideal de enfermera se va reconstruyendo pasando a ser más racional con los dilemas de la profesión,

como ser el mejor ambiente de trabajo, la mala remuneración y el trabajo en equipo.

Así se puede plantear que se encuentran similitudes en los desarrollos de la enfermería fundamentalmente la influencia de *Nightingale*, lo que se destaca este trabajo es como permite una categorización de las etapas por las que ha transitado desde sus participantes.

El trabajo de investigación de Alves de Almeida Ribeiro y cols. (2006) permite desplegar las representaciones imaginarias de la enfermería, desde la propia voz de las protagonistas, donde se puede encontrar que perduran las trazas de un imaginario social desde la época colonial con su vocación de servicio y el camino hacia la profesionalización, quedando visibilizado el modelo hegemónico de la Enfermería.

El sector enfermería se ha ubicado desde el lugar hegemónico, para ser analizado por diferentes actores, dentro de las instituciones de salud, es así que se intenta dilucidar este aspecto.

La enfermería y la institución sanitaria

La institución sanitaria constituye en nuestro país un conjunto de diversas instituciones que conforman el Sistema Integrado de Salud, con el encargo social del “cuidado” de la salud, desde su atención primaria, hasta cuando el paciente atraviesa una situación tal que precisa de la atención del llamado “equipo de salud” que funciona en los centros hospitalarios.

Es así que Saavedra (1997) lo plantea como un “Continente de la salud”, donde las instituciones que la administran son Empresas, los técnicos que allí trabajan son Empleados, quienes hacen usufructo de los servicios son Clientes, siendo por tanto la salud una Mercancía, (p, 37).

Según Lourau (citado por Protesoni y Zufiaurre 2002), la institución es una forma social visible dotada de una organización jurídica y material, donde se incluye un hecho fundacional y una norma universal. Según los autores toda

institución tiene su función oficial y otra función que debe reproducir por ser parte de un sistema social. La lógica de toda institución es la producción de sujetos para este sistema. Se plantea que la institución está compuesta de tres instancias por un lado lo objetivo, es el objetivo real de carácter universal, por otro lo imaginario y por último lo simbólico, este simplifica el momento de lo imaginario y lo objetivo. No debe perderse de vista que toda institución está compuesta por una organización. Para entender esta relación los autores toman de Lapassade el planteo que hace de tres niveles de la sociedad que se relacionan: institución, grupo y organización. Así señalan que para el autor la base de la institución es el grupo, como ejemplo se toma la familia con su funcionamiento dinámico, a partir de reglas establecidas las cuales le dan su nivel institucional. Las relaciones que se desencadenan a nivel grupal son regidas por lógicas institucionales como las relaciones de producción y poder que se corresponde con lo institucional. Con respecto a la organización el autor la discrimina de la institución, planteando la organización como “grupo de grupos” (p.131), donde prevalece el “establecimiento administrativo” (p.131), refiere a la parte burocrática en donde se planifican y ejecutan las órdenes para quienes dirigen y actúan, las formas jurídicas y donde también se incluye el espacio físico. La organización es el acto de organizar, lo administrativo, lo burocrático y los actores sociales, incluyendo un sistema de redes, roles y poderes con una estructura piramidal y sin dejar de lado los aspectos materiales como equipamientos para llevar adelante lo administrativo. Así “la organización sería el dispositivo concreto en el que las instituciones se materializan” (p.132)

El socioanálisis planea la institución como un proceso de lo instituido y lo instituyente, es una dialéctica que conforma el proceso institucionalizado. Lo instituido vendría a ser lo establecido, lo que está fundado con sus normas; ya en el caso de lo instituyente es la fuerza creadora, lo que se está fundando y se opone a lo instituido. Esto no quiere decir que siempre se lleve a cabo el proceso de que lo instituyente se vuelva instituido, en algunos casos ocurre un fenómeno de auto- disolución.

En las instituciones lo instituido corresponde al nivel jurídico de la ley, este es el nivel visible institucionalizado. Pero también se encuentra con lo no

visible de este instituido pero a nivel de redes simbólicas que determinan actos, prácticas, es aquí donde se ubica lo instituyente, como fuerza de acción en movimiento pero que no es concreto.

En la misma línea es preciso señalar, coincidiendo con Saavedra (1997) que en este gran continente que refiere a la salud se han ido generando fricciones de varios tipos entre sus integrantes, los cuales a la hora de ponerse a trabajar en conjunto no dejan que esto funcione afectando al sistema de salud. Los conflictos son varios pero muchas veces el conflicto que se tiene con la institución se lo confunde y se lo lleva a lo personal, se pierde su centro y se desvanece, sin generar los cuestionamientos apropiados hacia la institución.

Señala además que para el paciente, la enfermera, el médico, el personal del hospital representan la institución, esto lleva a que se realicen los reclamos y exigencias con quien está más próximo, en este caso la enfermera ya que el médico en la cultura es quien sabe y a quien no se le discute. La institución hospitalaria no tiene en cuenta lo que es para el paciente estar en esa situación de quiebre, ya que está imposibilitado para su vida cotidiana y es insertado en una institución con reglas a la cual no está acostumbrado, el tener que adecuarse a esto genera cierta disconformidad y exigencias a quien le brinda el servicio, y las enfermeras son quienes deben articular entre el paciente y la institución.

Es necesario precisar que cuando se habla de la enfermera no se establece la distinción que subyace desde su historia entre *nurse* y auxiliar de enfermería hoy devenida enfermera, distinción que se realiza en el campo académico jerarquizando y estableciendo una división del trabajo que conlleva un imaginario social, diferencias económicas, ideológicas, sociales, etc, que aun no se han dilucidado en el campo de la Enfermería en Uruguay.

Sin embargo, Wlosko (2009) en su trabajo de investigación en Argentina, plantea que hay que tener en cuenta el trabajo de la *nurse* en coordinación con la enfermera con respecto al paciente. La enfermera es la que va a tener ese contacto directo cumpliendo las ordenes de sus superiores -los médicos-, esto también lo pone en el medio de los involucrados haciendo el papel de mediador.

Aguirre (1997), agrega que se debe tener en cuenta que el sistema hospitalario esta en procesos de cambios que afectan a la enfermera directamente y la cual es parte del proceso. Estos cambios en lo tecnológico, incluyendo servicios como el hospital de día, el trabajo nocturno, los turnos continuos afectan la organización del personal generando distintos tipos de interacción con otros servicios y con más independencia del sector enfermería lo cual genera incomodidades, principalmente al médico. El cual se siente dueño del saber pero que no podría sobrellevar solo su trabajo, depende de la enfermera.

Lejos estamos de la época en que salud apuntaba al equilibrio del ser y su medio, hoy sería la ausencia de enfermedad lo más cercano a salud. Para los Estados, como plantea Saavedra la salud y la salud mental están en lo último de la lista de prioridades.

En este entorno es que surge analizar la noción de riesgo.

Salud y enfoque de riesgo:

Para darle un sentido social al término riesgo se lo deberá abordar en sus diversos sentidos.

Según Rey (citado por Silveira, 2009), riesgo en latín sería *resecum* nombrando al instrumento para *resecare*, sería el trazar una línea marcando la división, un rasgo en la superficie.

Para Ayres (citado por Silveira 2009), primeramente plantea el término desde el persa antiguo: *rozik* refiriéndose al destino como un fardo, este sería el origen del vocablo *Risco* en italiano que deriva del árabe. Ya la definición de riesgo se refiere que es un término proveniente del italiano, idioma que a su vez, lo adopto del árabe clásico, que es posible traducirlo como: lo que depara la providencia, proximidad a un posible daño.

En la actualidad en lo que es el discurso social común se le asigna un tercer significado de riesgo, como la ausencia de cualquier evento. Se lo

plantea como una percepción, sensación o presencia en alto potencial de peligro. El término carga con un fuerte componente subjetivo (Douglas y Wildavsky 1982, Wildavsky y Dake, 1990; Hayes 1992).

Silveira (2009) verifica una transferencia del significado de riesgo en sí como un evento nocivo o peligroso para la fuente potencial del riesgo, sería la constante presencia de amenaza del peligro.

Para una aproximación superficial al término riesgo, se descubre que la posibilidad de ocurrencia de algún evento es una expectativa de lo inesperado o de la incertidumbre. La actitud frente a la incertidumbre es fundamental en la constitución del imaginario, implícitamente basado en el opuesto a la incertidumbre con una expectativa de regularidades y repeticiones (Hayes 1992).

En el sentido social común riesgo está en ambas figuras de análisis, pero se muestra ambiguo e inconsistente.

El sentido de riesgo como lo plantea Ayres (citado por Silveira 2009), plantea como aparece la cuestión de riesgo desde un concepto operacional con una definición técnica.

En definitiva lo que ha sucedido es un giro que se establece desde la noción de riesgo como probabilidad a ser considerado como posibilidad.

Es a mediados de los años 80 que surge el factor de riesgo psico-social en el trabajo y la importancia del apoyo social desde los niveles jerárquicos a los compañeros. Apoyo que se brinda en dos dimensiones, desde lo emocional y desde el soporte instrumental. El punto negativo que se presentaría en esta situación se daría frente a una alta tensión combinado con un bajo apoyo de lo social.

Según Siegrist y cols (citado por Silveira, 2009), es en los noventa que se añade a la dimensión contextual, la percepción personal del trabajador, basado en el balance del esfuerzo y las compensaciones, las cuales serían: reconocimiento, salario, grado de certidumbre del futuro mismo y que se cumplan las expectativas del trabajador. Esto influirá positivamente en la auto

estima y auto-eficacia con rendimientos en alta para la empresa. La problemática se presenta en que hoy el mercado es muy inestable y este equilibrio positivo no se mantiene.

Los riesgos ambientales también se deben tener en cuenta ya que generalmente provocan efectos a corto y largo plazo, afectando en el comportamiento de los trabajadores. La suma de varios estresores, que cuando están activos son generadores de agotamiento y depresión en el personal.

Por último, uno de los rasgos que más se ha señalado en esta grupalidad es su feminización. Es pasando por su historia y el cómo se creó esta profesión lo que nos lleva a pensar que esta transversalizada por el género.

Una mirada: el género y la enfermería

Enfermería es una institución, que a su vez está dentro de una cultura, con estructura social y política la cual genera relaciones entre las personas y rigideces. La discriminación social y sus consecuencias son comunes en la cultura y donde todos participan.

Filgueira (1997), en su análisis sociológico, apunta a que la sociedad cuenta con jerarquías y categorías en los grupos de personas, las cuales pasan desapercibida ya que se nace dentro de esto, es un mecanismo con presupuestos, privilegios, prejuicios, y desigualdades. La discriminación es algo construido históricamente, esto hace que se naturalice y se ignore, haciéndolo pasar por características «naturales». Ya las mujeres forman parte de grupos sociales con menos privilegios, y pueden participar de desigualdades encubiertas por otras desigualdades. En esta sociedad las mujeres integran un grupo el cual las distingue de los hombres, por los lugares, roles y autonomía.

Sánchez Puñales (2002), apuntaba que esto ya se percibía en los primeros años de la escuela, ya que la *nurse* debería ser “una observadora exacta y precisa (...) una auxiliar inteligente del médico y nada más” “es en la Escuela- Hospital, donde se prepara a la mujer (...) para realizar los cuidados

inmediatos de enfermos y su entrenamiento la habilita para responsabilidades y superintendencia en los varios departamentos del organismo hospitalario”, (p.55). Esto se consideraba la extensión de las tareas que estas realizaban en sus casas. Se exigía que la estudiante tuviera atributos de “buena mujer” como ser: honestidad, paciencia, perseverancia, puntualidad, buena moral. La *nurse* era una prolongación de lo que se exigía como rol femenino.

Aguirre (1997), señala que el hecho de nacer niña o varón ya va a condicionar su forma de ser, desde ese principio se les atribuye ciertas características que van a determinar la forma diferente en que son tratados y a partir de eso es que cada individuo va a construir una identidad de género y la valoración que esta se atribuya y le atribuyan, varía según cómo actúa esta persona para sostenerse.

Para las mujeres se le han determinado lugares de actuación a lo largo de la historia y se le siguen asignando por parecer propias de la mujer. El hecho de que las mujeres al principio solo estaban para las tareas de la casa, las llevo a que cuando tuvieron que asumir roles fuera de esta, los roles que se les asignaba eran relacionados con la tarea domestica.

Los trabajos de las mujeres enfermeras por lo general son puestos en subordinación del trabajo del hombre, enfermeros – enfermeras, médicos - enfermeras, ejemplo factico del uso de las jerarquías de género, aunque esto pueda estar cambiando. La institucionalización de medicina fue hecha por hombres y para hombres ya que las mujeres en esa época accedían poco a la educación, luego la institucionalización de enfermería fue una extensión de lo que ya hacían en sus roles domésticos, como sostiene Filgueira (1997).

Según Aguirre (1997), existen relaciones de subordinación enmascaradas por la colaboración como ser las parejas medico- enfermera, secretaria- jefe, estas son actividades que tiene un objetivo en común, dentro de una lógica de la organización de trabajo y las cuales producen relaciones familiares. Así plantea que, muchas de las actividades del campo laboral están relacionadas con la mujer y como las desarrolla, en la industria de la moda las mujeres exponen su cuerpo siendo símbolos del deseo y un medio de consumo. Ya otras actividades son socializadas, como ser la enseñanza de

los niños, el cuidado de los enfermos etc, que se realizaban en la familia y ahora pasan a ser parte del cuidado por parte del Estado y establecimientos privados. Se debe tener en cuenta que entre trabajo masculino y femenino la mujer está en desventaja, ya que los cambios se dan lentamente. Pero estadísticamente se comprueba que los trabajos casi exclusivos realizados por mujeres son los más bajos en remuneración. Sin perder de vista que las mujeres que trabajan profesionalmente también tienen la labor de las tareas domésticas, detalle que las diferencia de los hombres y priorizando las relaciones con el otro. Las mujeres a la hora de trazar un proyecto de vida lo hacen teniendo en cuenta la vida familiar y muchas veces postergándolo, esto en los hombres no se da así. Es en este contexto que la mujer para salir a trabajar tiene varios motivos en cuenta como ser la cercanía del trabajo, el horario, la tarea a realizar y esto la pone en un lugar muy vulnerable.

Estas consideraciones llevaron a plantearse en el territorio de la salud pública como sea puesto el foco en la Enfermería y desde que perspectivas se comenzaron a realizar investigaciones en torno a su salud.

La enfermería ¿profesión de riesgo?

La Enfermería se ha constituido en uno de los grupos más estudiados, que plantean un panorama muy vasto. Así se plantearan algunos trabajos que apunten a analizar este campo de problemáticas.

El grupo investigador del entonces Instituto Nacional de Enfermería sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) plantea que el desempeño de la enfermería se da en el entorno enfermedad- muerte, esto es un generador específico de ansiedad lo cual lleva a que se desarrollen mecanismos de defensas como ser la rutinización de las tareas y el exceso de control burocrático para enfrentarse a las adversidades del día a día. Así señalan que “la escasa conciencia de las enfermeras sobre los factores de riesgo, conlleva a la dificultad de transformar aquellos componentes negativos de los procesos de trabajo que atentan contra su salud” (p, 46).

Se exponen otros estudios realizados sobre la salud del personal de enfermería, realizados en Uruguay.

Es en el primer trabajo que se encontró sobre este tema (Silveira 1994) que se plantea recoger una experiencia grupal con el equipo de enfermería del Centro de Tratamiento Intensivo (C.T.I.) del Hospital de Clínicas “Dr: Manuel Quíntela”.

El CTI surge por la iniciativa del Dr. Villar y la *Nurse* Ibarburu, este centro fue uno de los primeros en América Latina contando con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S). El cual Inicio su actividad el 9 de agosto de 1971, donde cumplen las funciones universitarias de docencia- la especialidad de ceteista-, de extensión- recibiendo a extranjeros y enviando a docentes-, investigación y asistencia, donde pasa a ser un modelo para otros centros.

Es el equipo de enfermería que solicita la intervención, y desde allí, se coordina una reunión para determinar el objetivo y plantear las posibles estrategias.

El contenido manifiesto esta puesto en la solicitud y la demanda hace referencia a los contenidos latentes del pedido. Se toma en cuenta las características del trabajo que realiza este grupo como ser los turnos rotativos de nueve horas con tres días de trabajo y dos de descanso. Se establece el dispositivo de trabajo para que pudieran participar la mayoría de los interesados, sin dejar de tener en cuenta las necesidades asistenciales y laborales. El encuadre consta con elementos fijos como ser el lugar donde se desarrolla el encuentro, horario, frecuencia y coordinación y móviles – inspirados en la experiencia de corredores terapéuticos realizada por Bauleo -, donde los integrantes podían entrar y salir.

El material aportado por los integrantes, fueron sus vivencias relacionadas a los pacientes del CTI. Los aportes son considerados como emergentes de la situación que vivía el grupo en ese momento. Las intervenciones fueron dirigidas a esclarecer la dinámica grupal.

La estrategia que se diseñó fue la posible, a través de un recorte de la grupalidad, se visualizó las problemáticas, incluyendo el análisis de la Institución, el conjunto social y las redes de instituciones involucradas que transversalizó la situación.

Se exponen los emergentes de la grupalidad, señalada por los autores los cuales generaron tácticas posibles. Vivencias y sentimientos de agotamiento y estrés – burnout-; sentimientos de culpa derivados de la realización de maniobras vitales “cruentas” que son percibidas como agresivas e innecesarias; sobrecarga de trabajo que redundaba en sobrecarga emocional, por la escasez de personal, agravado por las inasistencias, que les genera más sentimientos de culpa y malestar, al ser el resultado de la propia sobrecarga laboral o emocional a la que se ven expuestos; situaciones de tensión y conflicto vividas por la apertura de la nueva sala de CTI; renuncia al cargo de una autoridad del sector de Enfermería (figura altamente idealizada, por su capacidad organizativa y de trabajo, con la que entablaron una relación que describen como de solidaridad y camaradería, sin por ello disminuir su autoridad).

Es así que plantean que se perciben en forma desvalorizada en relación a la tarea, vivenciado por la comparación con el modelo ideológico de la “enfermera ideal del cuadrante”, como la “*Florence Nightingale*”, múltiples divisiones y alianzas entre: auxiliares “con experiencia”, vs. Nurses, vs auxiliares “nuevos”, vs. Médicos de sala, vs internos, vs residentes, etc.

Re- plantearse “lo vocacional” en enfermería y su futuro laboral, vinculado fundamentalmente a la “corta vida útil” del personal de CTI. El énfasis puesto en la acción - “todo es urgente y no admite la demora”, lo que trae aparejado la disminución del uso de la capacidad de pensar y sentir en relación a la tarea cotidiana, por las propias situaciones críticas del CTI.

Fuerte impregnación del “modelo universitario”, altamente idealizado y por ende persecutorio, aumentando las exigencias que se expresa entre otros, en la “amenaza permanente a caer en omisión de asistencia”, (pp. 2-3)

Es desde el análisis que se pueden plantear un diagnóstico de situación dividido en tres áreas: 1. Organización. 2 Relaciones interpersonales. 3 Tarea. Al intervenir se tomaron los puntos más urgentes en cada una de estas áreas.

Así se trabajó la situación organizacional actual, y de las situaciones conflictivas generadas por la ampliación del Servicio, la división en turnos, etc. En segundo lugar la conflictividad en las relaciones inter-personales (agresividad, depositaciones masivas, etc.). Por último el estrés laboral crónico específico del trabajo de enfermería en CTI, por contacto permanente con situaciones críticas y la muerte, la alta tecnología, la especialización funcional, etc. (p.3)

Esto permitió detectar situaciones de alto estrés y respuestas por parte del grupo o individuales, con la cooperación de los participantes se logró la reorganización funcional.

Cuando la tarea fue abordada se logró detectar y percibir las características personales por parte de los involucrados, generando una menor carga emocional.

Se debió concientizar al grupo del trabajo en equipo, delegando tareas a cada uno para que cumplan su rol y para complementarse entre sí.

Los autores abordan algunas hipótesis interpretativas, planteando que se debe tener en cuenta que el CTI es un área de relación con situaciones críticas, donde el paciente se debate entre la vida y la muerte, la tensión y el estrés crónico están presentes en todo momento. Crónico en este caso se entiende que debido a la exposición prolongada frente a agentes estresores se genera la tensión permanente, reflejándose a nivel biológico o psico-social a través de enfermedades, depresión, ansiedad, ausentismo etc. Para enfrentar estas situaciones se crean mecanismos de defensa como ser disociación, idealización, negación, formaciones reactivas entre otros, y los cuales son utilizados en distintos momentos. El problema se presenta cuando estos mecanismos se estereotipan y rigidizan, en estos casos inciden negativamente sobre la vida del enfermero, tornándose distorsionantes e inoperantes.

Podría decirse que en este grupo se trabaja con un modelo familiarista, desde la representación imaginaria tendríamos la figura del “padre” representada por el médico, lo “maternal” que estaría en la figura de la *nurse* y los “hermanos” serían los auxiliares que se unen, se pelean pero tratan de lograr su cometido.

Las situaciones de sobrecarga laboral y emocional causan reacciones de conflictos y tensión que se estabilizan por la solidaridad y cooperación para resolver la problemática.

Las problemáticas del equipo son depositadas en otras áreas así como ser la constante queja del mal pago de los salarios, las malas condiciones del ambiente de trabajo y la falta de materiales, malestar que se lo vincula con lo personal, y las situaciones cotidianas de tensión, crisis vivencias no agradables como ser la muerte.

Se debe tener en cuenta que este equipo es el que se presenta como “el problema”, es la porta-voz de la problemática del servicio. El equipo de psicología médica no se pudo hacer cargo del equipo médico ni del equipo asistencial, solo del equipo problema.

Debido a lo que se expuso, se entiende a enfermería como el equipo “bisagra” dentro del sector salud, ya que son quienes constantemente están en contacto con el paciente y familiares. Pero a su vez son quienes median las relaciones con el médico y los profesionales involucrados, principalmente en el área de CTI donde el paciente generalmente está en coma.

En las conclusiones se plantea que con la actuación del equipo de Psicología Médica y el material brindado por quienes participaron de la experiencia, se logró actuar ante las situaciones estresoras y en los niveles de organización, con la nueva sala de CTI puntualizando los horarios para disminuir la sobrecarga laboral y la distribución de las tareas pesadas. Con respecto a las relaciones interpersonales se trabajó en la discriminación de las problemáticas personal y grupal, permitiendo des focalizar los roles asignados. Ya en lo que respecta a la tarea se instrumentaron respuestas individuales y de equipo más operativo, esto evita que se llegue a descargas interpersonales,

que se coopere con respecto a los pacientes y familiares más complicados y respetando los horarios de descanso. Incluyendo en lo grupal las experiencias buenas y los logros.

El equipo que trabajo en este llamado considera de utilidad promover dispositivos grupales, en aquellos equipos que así lo demanden, puesto que permiten comprender y elaborar el estrés y desgaste descrito anteriormente (burn-out).

Se cree importante que se estudie el Servicio, en esta experiencia, el mantener el grupo abierto, y que fuese de asistencia voluntaria, permiti6 desarrollar el proceso grupal, sin interferir con la tarea asistencial, y evitando la sobrecarga laboral.

Asimismo el equipo de psic6logos crey6 conveniente conformar grupos heterog6neos (incluir a los otros profesionales: m6dicos, nutricionistas, especialistas, los cuales quieran participar), evitando as6 la depositaci6n masiva en los otros integrantes y la suplementariedad, tendiendo hacia la cooperaci6n y complementariedad en la tarea, haci6ndola m6s productiva.

Se sugiere para la formaci6n que se imparte al personal de CTI, seria pertinente incluir: informaci6n acerca de aspectos psicol6gicos, haciendo especial referencia a mecanismos defensivos, reacciones adecuadas e inadecuadas a la situaci6n de enfermedad, ansiedad, depresi6n, angustia, la reacci6n ante la muerte, los duelos, etc. Integraci6n de los aspectos psico-sociales de los pacientes internados en CTI. La familia del paciente internado. Los recursos comunitarios, etc. Y finalmente el equipo asistencial, aspectos psico-sociales de la relaci6n: m6dico- paciente, enfermer6a- paciente, familia-equipo, enfermer6a-equipo.

Es importante difundir experiencias como estas que permitan nutrir el trabajo asistencial con los aportes de la Psicolog6a Medica y de otros referentes te6ricos, el Psicoan6lisis, la Psicolog6a social e Institucional, etc.

Es pertinente y necesario integrar al equipo asistencial, especialistas en Psicolog6a Medica, para trabajar con ellos, los pacientes y los familiares; y que

trabaje coordinadamente con quienes desarrollen experiencias grupales, quienes tendrán que tener experiencias en el Campo Grupal” (p. 6).

El segundo trabajo, se realiza por Silveira (2008) desde la Facultad de Psicología, investigando el malestar de enfermería, donde se incluye una investigación de triangulación metodológica sobre estrés, el burnout y la satisfacción laboral. Sostiene que “*el discurso de las enfermeras atraviesa la situación laboral y marca su diferencia, sostenida por el lugar que ocupa en el sistema organizacional hospitalario” (p. 161).

Desde el presente trabajo se percibe desde el contexto socio-político de Uruguay que está compuesto por una sociedad envejecida. Donde la salud fue atravesada por la multiplicidad y la superposición de las organizaciones, constando como referencia el Hospital de Clínicas, “para la Enfermería, este lugar mítico mantiene la ilusión de pertenecer a un colectivo de «prestigio» que también esconde la realidad objetiva” (p. 163).

Es en estas instituciones donde el personal de trabajo sufre la violencia en los vínculos. Esto va generando que el profesional sea degradado y no se sienta reconocido ni valorado. Como consecuencia el paciente tiende a perder la credibilidad que sentía por los mismos y donde con lo tecnológico se trata de cubrir estos incidentes. Creando un modelo estereotipado que limita la potencialidad de los trabajadores e influye en el modelo salud-enfermedad-atención.

Con relación al desgaste profesional el grupo de enfermería presenta en el cansancio emocional la menor medida ya que es menor su realización personal, comparadas a las enfermeras de Brasil. Aunque no se debe perder de vista que la familia es una de las interferencias que más pesan en el cansancio emocional.

Del estudio se llega a que el grupo de enfermería es de riesgo así como los médicos. El estrés laboral, la interferencia familiar y la satisfacción son los causantes del Cansancio emocional y de la Distancia relacional que los afecta.

Es así que se ha visibilizado como riesgos en la enfermería, el estrés, el burnout y recientemente la violencia. Se torna pertinente analizarlos.

Los riesgos en enfermería: el estrés, el burnout y la satisfacción.

Estrés

El Estrés es considerado por algunas corrientes como factor causal del proceso de enfermedad. En los días de hoy es casi imposible realizar algún tipo de trabajo sin estrés, pero la actividad laboral realizada con éxito tiene efectos positivos. Es así que el individuo aporta su capacidad, sus conocimientos, para el desarrollo de la labor, es recompensado económicamente y socialmente no siempre, hay que tener en cuenta que no todos los ámbitos y condiciones de trabajo son las más favorables, generando tensiones físicas y psicológicas en los trabajadores. A esto también se debe sumar las situaciones de despido y jubilaciones que son factores estresantes. Existe una relación causal entre estrés y salud que se puede plantear como transversal. Cuando una situación es considerada estresante entran en juego los afrontamientos para manejarse en esa situación problema y ambiente. La problemática del estrés incluye estímulos, respuestas y actividades mediadoras con el ambiente para enfrentar esa situación. La sobrecarga laboral, el sobrepasar las capacidades físicas o mentales, generadas por el exceso de trabajo son el principio del estrés. El estrés no está en la persona ni en el ambiente es la suma de la persona con sus particularidades más el ambiente con características de daño, amenaza y desafío. Esta relación es cambiante por sus interacciones.

En enfermería se vive de cerca todas las necesidades del paciente, así como el sufrimiento y la muerte. Todo esto genera repercusiones psicológicas, físicas y sociales.

Dentro de los factores estresantes el psicológico tiene un peso muy importante, ya que es parte de la relación entre la persona y el ambiente. Las demandas agotan los recursos personales. Y como consecuencias se puede estar expuesto a trastornos cardiovasculares y otras consecuencias del cortisol y catecolaminas, estas generan consecuencias a corto plazo como presión arterial alta y a largo plazo lo cardiovascular, estas serían las consecuencias fisiológicas del estrés. Luego estarían las consecuencias psicológicas que presentaría la persona estas son: ansiedad, insatisfacción, y a largo plazo se

podría presentar depresión y burnout. Y están las consecuencias comportamentales a corto plazo que presentan como consecuencias absentismo, poca productividad y aislamiento de las amistades, o también se las relaciona al abuso de alcohol, tabaco o drogas.

BURNOUT

En la definición del tema es Buendía (2006) quien establece que es: “Un síndrome de agotamiento emocional”, la despersonalización y una realización personal reducida que ocurre entre los individuos que de alguna manera su trabajo es una relación personalizada con personas.

Así el Agotamiento emocional, como actitud cínica y actitud negativa hacia los pacientes son indicadores del Burnout, lleva a que la persona presente pérdida de energía, cansancio emocional y cognitivo, es un desgaste total de la persona. Lo cual lleva a desarrollar otro tipo de enfermedades como las coronarias. En el sector enfermería es considerado como un cuadro típico donde se encuentran estas características.

Esta enfermedad es producto de la sociedad y el día a día en el cual se vive en constante lucha para dar un sentido a la vida.

Otra perspectiva es pensar las condiciones estructurantes sociales y económicas que transversalizan y se invisibilizan como generadoras de enfermedad, padecimiento, malestar, en las cuales se incluye el estrés, el burnout. Así en las conclusiones sobre la investigación en enfermería se establece como una línea a investigar la violencia

Los estudios realizados y los trabajos teóricos, muestran una línea a incorporar, como es la temática de la violencia.

Violencia

La violencia es una red en la cual no siempre somos víctimas, sino que con frecuencia nos convertimos en agresores” Agudelo 1997 (p 94). Y donde muchas veces la violencia impide el desarrollo de los derechos humanos,

principalmente cuando se trata del derecho a la vida. Se pueden diferenciar los tipos de violencia según donde se den en la ciudad urbana, en el interior, en el medio rural, este factor va a influir en el tipo de violencia que se practique. El medio social y cultural donde se está insertó influye directamente en la forma de violencia practicada.

Wlosko (2009) plantea en su investigación que hoy por hoy la violencia es el medio por el cual se resuelven todo tipos de conflictos desde los intra familiar a las mínimas diferencias sociales, esto lleva a que la violencia se vaya instalando en lo cotidiano y pase a ser invisibilizada, pasa al plano de lo cotidiano. Las mujeres son un blanco en este sentido ya que desde lo familiar sufren varios tipos de violencia, comenzando por la violencia verbal principalmente. Esta también se presenta en lo laboral, es algo que ya esta naturalizado. Según estudios realizados en Argentina. El sector público de la salud es el que está más expuesto a la violencia, esto pone al personal de enfermería dentro de una línea de riesgo.

La violencia, para esta autora puede presentarse en forma de agresión física o verbal o de forma sutil involucrando el colectivo de trabajo y la organización del mismo. También hay que considerar que el *Mobbing* y el *Bullying*, son actos de violencia más específicos dentro de la violencia laboral.

Dentro de este estudio se constataron los hechos de violencia: por parte de superiores, jefes, médicos, por parte de los compañeros de enfermería y los episodios de violencia hacia el paciente o el familiar. El tipo de violencia va de la agresión física, verbal, sexual, maltrato psicológico y la violencia organizacional, a estos debemos sumarle los riesgos biológicos, químicos y físicos a los cuales están expuestos. Muchas veces estas situaciones de violencia son internalizadas o no son denunciadas porque son tomadas como situaciones del cotidiano. Así también la forma de transitar el trabajo prescripto y el trabajo real también es una forma de violencia ya que muchas veces deben de transgredir las normas de su saber hacer y el tiempo en el que lo hacen para poder cumplir, generando modalidades de trabajo fuera de las reglas establecidas y que son un “pacto de silencio” del equipo. Son reglas defensivas que se adquieren para poder sobrellevar las dobles jornadas de trabajo, los

turnos seguidos la falta de equipos laborales y otras deficiencias del sistema. Estos pactos de silencio son respetados y no denunciados por el hecho de la inseguridad laboral o seguridad personal, para muchos el silencio es una necesidad.

Se puede ver a través de este estudio que existen mecanismos defensivos por parte de los trabajadores, las reglas del equipo de trabajo junto a las ideologías son formas de violencia laboral. Pero estas ideologías son necesarias para enfrentarse al sufrimiento cotidiano de la profesión.

Otro factor de violencia son los lazos dentro del equipo de trabajo, es así que la degradación de los mismos y la falta de cooperación entre compañeros son actos violentos dentro del ambiente laboral. Una de las consecuencias que genera la sobrecarga y la intensificación del trabajo es la falta de comunicación y cooperación. No se puede dejar de lado que las organizaciones también hacen parecer que la violencia está vinculada exclusivamente a las relaciones intersubjetivas naturalizando las condiciones de trabajo invisibilizando la responsabilidad de la organización. A causa de esto los trabajadores se acusan unos a otros sin ver cuál es la razón real por la cual este presenta tales o cuales características, que muchas veces son por causa de la sobrecarga de trabajo.

La falta de reconocimiento de la labor también es generador de violencia afectando al equipo de trabajo ya que muchos no ponen de sí para llevar a cabo la labor, y se niegan a transmitir sus saberes, etc. La falta de compañerismo y los grupos aliados que se forman para perjudicar al compañero son formas de violencia que están encubiertas por otras definiciones, como mal compañerismo, envidia, los nuevos y los viejos, estos son factores comunes dentro del equipo de enfermeros.

Algunos de estos aspectos fueron encontrados en las investigaciones realizadas en Uruguay.

Análisis

Desde que en el sector Salud se hizo la reforma, en este continente se mantiene la jerarquización de las profesiones, donde la enfermería ocupa un lugar en los hechos desjerarquizado y desvalorizado. La enfermera es simplemente quien lleva a cargo las órdenes del médico, como que esta tarea no tuviera un valor y una responsabilidad muy importantes. ¿Si ellas no estuvieran quienes se encargarían de esta labor?

La formación de enfermería: su profesionalización y capacitación se vio quebrada por la dictadura cívico-militar que desprestigió el estudio y a quienes formaban parte del equipo de enfermería en ese momento. Este fue un sector muy afectado en ese momento, sufriendo consecuencias irreparables como ser la pérdida no solo del personal docente sino también de los equipos técnicos en el Hospital Universitario.

La mirada de género plantea una visión sobre la “feminización”: sistema capitalista que ubica en el mercado laboral a las mujeres, en una función que es continuación de la “tarea doméstica”.

Como lo plantea Malvares (1997), los problemas de salud que enfrenta Enfermería día a día, son cuestiones que se “deben” aceptar como naturales y son planteados como que no tuvieran solución.

¿Cómo es la salud de las enfermeras? Según estudios normalmente presentan problemas de salud mental, ansiedad, estrés, automedicación, problemas orgánicos como ser cardiovasculares, digestivos, fatiga y otros.

Este es un enfoque centralizado en los riesgos psico-sociales derivados del trabajo, (Matrajt, 2002).

La interrogante que surge es: ¿Por qué Enfermería que es una profesión dedicada al cuidado de la salud, no incluye el estudiar y pensar la suya propia? Ya que las estadísticas indican que es una población con problemas de salud. Cabría pensar si este proceso de invisibilización que obliga el sistema capitalista es el que es preciso para poder llevar adelante la tarea que se desarrolla cotidianamente, quedando sepultado en los pliegues de los procesos de subjetivación colectiva y por ende en la producción de subjetividad.

“El trabajo nunca es neutro en relación a la salud: la favorece o la daña, de acuerdo a sus condiciones, de acuerdo a su impacto en el grupo social de cada sujeto trabajador, (Malvares, 1997, p. 57).

Enfermería, profesión con dos diferentes categorías en el modo hegemónico el sistema es vertical pero los cuales todos se rigen por la obediencia hacia su superior (licenciadas en enfermería), y de las licenciadas en enfermería hacia el médico tratante.

En las investigaciones sobre el imaginario que tienen y se tienen de las enfermeras, realizado por Alvares de Almeida y cols (). es que son súper mujeres dedicadas a salvar a todos, donde su estado personal, emocional, físico no importa. Son seres que están prontos y dispuestos para ayudar al prójimo. Están expuestas constantemente a todo tipo de riesgos los cuales para ellas hacen parte de su cotidianeidad y no les prestan atención por más que estos puedan afectarlas. Quienes las rodean tampoco toman conciencia de estos riesgos, y también las exponen a discriminación, cuestionan sus quehaceres y muchas veces las discriminan.

Se debe de tener presente que es un grupo que desde sus inicios se debaten en una continua lucha por mejores condiciones de trabajo y sus condiciones salariales.

El trabajo refleja la importancia del porque elegir Enfermería, ya que una de las principales causas es la vocación de ayudar. Aunque no hay que perder de vista que también se elige esta profesión por ser la que está más cercana geográficamente para acceder, que tiene buena salida laboral y el ser una carrera con pocos años de estudio facilita la inserción laboral comparada a otras carreras. Todas estas cuestiones están presentes a la hora de la elección.

Esta temática no se ha estudiado en el Uruguay, sería de interés poder realizarlo en nuestro país, dado que la construcción socio-histórica de esta profesión presenta similitudes y diferencias.

El exponerse continuamente a la muerte como a la enfermedad, hace de las enfermeras personas que “crean” sus mecanismos defensivos para poder

enfrentar realidades que muchas veces no son agradables y que muchas veces tienen que servir y/o son el sostén para los pacientes y los familiares de estas situaciones difíciles.

Se ha tomado una línea para pensar en torno a la relación de la Enfermería y la Salud, que es la concepción de riesgo derivada del enfoque de salud pública, así se ha estudiado sobre el estrés, el burnout y la violencia donde se le ha señalado como un grupo de riesgo.

Por otro es preciso, entender los mecanismos estructurantes que colocan a la Enfermería como una profesión feminizante, cuando en realidad el sistema crea estas profesiones -entre otras-, como el lugar de las mujeres, por considerarla tarea propia de las mujeres, así la mirada de género, permite comprender en este campo, su desvalorización, su precariedad, y por otro lado la historiografía permite comprender como el capitalismo ubica una labor para la inclusión de la mujer en el mercado de trabajo, en una labor secundarizada, es decir trabaja bajo indicación del médico tratante.

Conclusiones

El trabajo de la enfermera está impregnado por los valores de la medicalización y estos se fortalecen dentro de las instituciones.

Sería pertinente saber hoy en qué condiciones están las enfermeras uruguayas. Para averiguar el tipo de violencia a las que están sometidas en nuestro país, cual es el tipo de violencia que sufren, es así que abrió una línea para plantear su estudio y generar líneas de intervención.

Se identificaron las categorías: imagen servil, vocacional y profesional que van a influir a la hora de la elección por la enfermería. A partir de las imágenes y del imaginario social que intervienen a la hora de la elección profesional se visualiza que la mayoría elige la profesión por el deseo personal de ayudar y cuidar al próximo.

Estas imágenes fueron cambiando, así como también su nombre. En el escenario de hoy la licenciada en enfermería (se traduce al castellano la

palabra *Nurse*) sale al campo a trabajar, ya no se queda en la cabecera del paciente y si explora otras áreas en la función de promocionar la salud.

En otro sentido los estudios realizados en otros países aportaron para pensar en la profesión enfermería.

El estudio que fue realizado en Brasil no está realizado en Uruguay, el cual sería interesante plantearlo como investigación en nuestro medio. Siendo relevante las interrogantes: ¿Por qué se inclinan por la enfermería los estudiantes del Uruguay? Nuestra sociedad difiere de los países en los cuales se realizó el estudio, así que sería de interés saber ¿están motivadas por las mismas razones? ¿En los días de hoy, realmente es una salida laboral fácil? ¿Sigue siendo la profesión de mayor comparecencia femenina? ¿Cuál es el lugar de los hombres en la Enfermería?

Una de las situaciones de salud que es importante, es la esfera emocional. Este está presente en el vínculo entre la enfermera y el paciente, en un país pequeño como el nuestro como juega el conocer al paciente, o que se tiene cierto parentesco con el mismo. No es un factor menor y al cual se le debería dar cierto grado de importancia y que no ha sido estudiado.

En Enfermería el trabajo “se caracteriza” naturalizándose por dobles turnos muchas veces seguidos en dos trabajos diferentes o en la misma institución, turnos rotativos, trabajo nocturno y las adversidades del medio donde se trabaja. A esto suma la baja remuneración salarial, falta de personal y los riesgos a los cuales se exponen. De la mano están las condiciones y medio ambiente de trabajo como señala Neffa (año) con la aparición de la violencia, estrés y burnout.

Los estudios de Wlosko (2009), señalan que los niveles inadecuados de dotación del personal, la poca motivación y las insuficiencias de las capacidades técnicas son determinantes para la seguridad con la que se trabaja. El personal muchas veces asume la responsabilidad de la organización, naturalizando la mala distribución de los recursos humanos y una forma recurrente de ejercer la función de forma más instrumental del cuidado y dejando de lado el cuidado integral. Esto genera desorientación y sufrimientos

a las enfermeras ya que su formación contrasta con esta realidad, se pierde también el vínculo con el paciente para el buen cuidado del mismo, y lo que genera esto que es la gratificación del enfermero. El sufrimiento ético, el trabajo degradante atentan contra la identidad de la enfermera generando la falta de realización de la misma. Las ofensas hacia la imagen y la identidad de la enfermera hacen que estas establezcan defensas como ser el individualismo, desmotivación, retraimiento.

Para la realización de este trabajo fue el cercano trato con las enfermeras que me permitió observarlas desde otra óptica no solo como enfermeras, sino como personas, seres humanos que son y sienten de la misma forma que todos y a las cuales se las tiene idealizadas sin darles el debido respeto e importancia que tienen. Una mirada que permite abrir interrogantes con respecto a su profesión y a su condición en el ámbito social. Se plantean a lo largo del trabajo poder dar una mirada desde otra óptica como ser desde la psicología al ser y hacer de la enfermera.

Bibliografía:

- Alves de Almeida Ribeiro, A. Santos Falcao, G. Susskind Borenstein, M. Coelho de Souza Padilha, M. (2006). A escolha profesional no imaginario social- enfermeiras brasileiras y peruanas. *Revista de Enfermería*
- Barran, J.P. (1994). “*El disciplinamiento 1860-1920*”. Tomo 2. Montevideo: Ediciones De la Banda Oriental
- Barran, J.P. Bayce, R. Cheroni, A. De Mattos, T. Labisch, A. Moreira, H. Porzecanski, T. Portillo, J. Romero, S. Rodríguez. Viñar, M. (1993) “*La medicalización de la sociedad*”. Montevideo. Ediciones Nordan-Comunidad.
- Buendía J (1998,2006).” *Estrés laboral y salud*”. Ediciones Biblioteca nueva. S. L, Madrid,
- Fernández Romar. J. y Protesoni A.L. (2002) “*Psicología Social: Subjetividad y Procesos Sociales*”. Ediciones Tradinco. Montevideo
- Franco Agudelo, S. (1997). Violencia y salud en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 1 (2*
- INDE. (1997) “*Entre sufrimientos y gratificaciones*”. Ediciones Nordan-Comunidad
- Laurell, A. (1981) “*La salud enfermedad como proceso social*”. Revista Latinoamericana de salud.
- Malvarez, S.. (1999) Construcción de un nuevo paradigma de salud mental: La experiencia Argentina. En: *Enfermería en las Américas. Publicación Científica 571*. Washington: OPS/OMS,. Pp. 75-87. 60.
- Neffa ,J. Marsall, A y Kritz, E.(1998). Políticas de empleo en los noventa. Cuadernos del CEPED numero 2. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Wlosko, M. (3/4/5 de septiembre 2009) “*VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo*” *Condiciones organizacionales y estructurales de la violencia laboral en personal de enfermería*”. Bs Aires.
- “*Evolución histórica del cuidado enfermero*”. Ediciones S.A. Elsevier España.

www.studentconsult.es/bookportal/historia-enfermeria-evolucion/martinez-martin/9788480867498/500/949/html.

Sánchez Puñales, S. (11/08/2012) Enfermeras de Uruguay .Parte de su historia. Disponible en: <http://enfeps.blogspot.com/2012/08/enfermeras-de-uruguay-parte-de-su.html>

Sánchez Puñales, S. (2002) *Historia de la enfermería en Uruguay*. Montevideo: Ediciones Trilce.

Silveira N, Barrios F. (1993-94) “A cerca de una experiencia grupal con enfermería del CTI en el Hospital de Clínicas. DR. Manuel Quíntela”. *Revista Paciente Crítico* 8 (3: 185- 91)

Revista de la Biblioteca Nacional Época 3, Año 5 N° 8 2013, autora: Moraes, M. I., Coordinador Gerardo Caetano, Ministerio de Educación y Cultura

Sivori, J. (2010) “Psicología de la salud. Principales corrientes teórico -técnicas en relación al proceso salud-enfermedad que aportan al campo de la psicología de la salud. Primera parte. Centro de estudiantes Universitarios de Psicología. CEUP. Material docente del Área Salud. Curso: “Aspectos psicológicos de la Atención Sanitaria”. Para uso interno de los estudiantes.