

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**  
**U.N.C – F.C.M – M. de S.**  
**Carrera de Licenciatura en Enfermería**

**"INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA"**

**TRABAJO FINAL**

**TEMA:**

***"Modalidades vinculares***

***Enfermero – Paciente y su***

***relación con los cuidados"***

**AUTORES:**

**Norma Oyola**

**Claudia Isola**

**Ricardo Hervida**

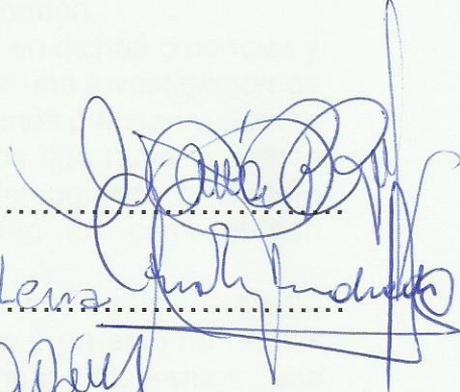
**Mendoza, setiembre de 2005**

**Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Salud y la misma no podrá ser publicada en toda o en parte o resumirse, sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y / o Autor / res del Trabajo.**

---

**Investigación Aprobada:**

**Integrantes del Tribunal Examinador:**

Loic. Reyes María Rosa   
Loic. Andrade Ana Magdalena   
Loic. Olaz María 

Fecha: 29/09/05

## PRÓLOGO

Pensar en como realizar el presente trabajo no fue tarea fácil. No lo decimos por los aspectos metodológicos o técnicos sino en lo referido al modo de mantener en todo momento la coherencia con nuestras creencias, con nuestra concepción acerca de las cosas que nos rodean.

Desde un primer momento supimos que basado en dichas creencias y concepciones nuestro deseo estaba puesto en realizar una investigación de tipo cualitativa aún exponiéndonos a la opinión de quienes piensan y sienten de modo diferente. Y esto lo decimos porque sabemos que nuestro ámbito laboral (el Hospital Psiquiátrico) está profundamente ideologizado, prisionero las más de las veces de instituciones que resisten los cambios con convicciones poco tolerantes.

También sabíamos que la enfermería debate hoy un posicionamiento epistemológico, un posicionamiento frente a la ciencia y en esto no hemos querido dejar dudas desde donde vamos a opinar. Queremos una enfermería que se nutra y se posicione dentro de las ciencias socio-humanísticas, pues entendemos que a través de ellas el enfermero puede encontrar un lugar privilegiado como un agente de cambio social, en tanto le daría autonomía e independencia para pensar en salud, también objeto de estudio y de ocupación de otras ciencias, pero a la que el enfermero le puede dar un matiz distintivo y original al ser el tema de su ocupación el cuidado de las personas, independientemente de que se consideren sanas o enfermas.

De ahí que idear algo que tenga como propósito la transformación, el cambio, asociado a esto de pensar en salud, había un solo paso.

En la medida que íbamos desarrollando el trabajo redescubríamos la satisfacción por lo creativo y aunque no siempre, por la incerteza; hacia donde nos llevaba el trabajo, las dificultades que deparaba cada encuentro con el grupo, la movilización emocional que esto generaba.

El final también tuvo aspectos movilizadores, como tolerar que la última reunión no era un cierre o algo concluido y tal como dijimos a quienes participaron era solo un punto de llegada. De ahí en más hay muchas cosas por hacer, pero queremos convencernos que será un hacer distinto, innovado. Por eso decidimos traer una pregunta que la hacemos propia y que fue dicha por uno de los integrantes del grupo ¿Cómo uno se da cuenta que las cosas comienzan a cambiar?...

Queremos dejar, en el comienzo del trabajo, nuestro agradecimiento a nuestros colegas y compañeros de la tarea diaria que tan activamente participaron en el proceso: a Susana, Marina, Gustavo, Alberto, Helena, Estela, Walter, Mauricio, Jorge, Yolanda, Natalia, Teresa, Alfredo, Julio, Lourdes, Luis, Carlos, Mariela, Roberto, Javier, Ricardo y Alejandro.

## ÍNDICE

	<i>Página</i>
Introducción _____	1
Selección del Tema _____	2
Fundamentación _____	2
Delimitación del Problema _____	3
Objetivos _____	4
Objetivo General _____	4
Objetivo Específico _____	4
Propósito _____	4
Marco Teórico _____	5
Desarrollo _____	5
Concepto de vínculo _____	11
Concepto de aprendizaje _____	15
Hipótesis _____	17
Citas Bibliográficas _____	18
Diseño Metodológico _____	19
Tipo de Estudio _____	19
Área de Estudio _____	19
Población y Muestra _____	19
Instrumento y técnica de recolección de datos _____	20
Procedimientos para la Recolección de la Información _____	23
Plan de Análisis _____	24
Análisis e Interpretación de Resultados _____	25
Consideraciones iniciales _____	25
Aclaración sobre la confección de las Crónicas _____	26

	<i>Página</i>
Reunión N° 1 _____	27
Apertura Teórica _____	27
Crónica de la Reunión _____	28
Análisis de la Reunión _____	32
Reunión N° 2 _____	35
Apertura Teórica _____	35
Crónica de la Reunión _____	37
Análisis de la Reunión _____	41
Reunión N° 3 _____	43
Apertura Teórica _____	43
Crónica de la Reunión _____	45
Análisis de la Reunión _____	50
Reunión N° 4 _____	53
Apertura Teórica _____	53
Crónica de la Reunión _____	55
Análisis de la Reunión _____	59
Reunión N° 5 _____	61
Apertura Teórica _____	61
Crónica de la Reunión _____	62
Análisis de la Reunión _____	67
Reunión N° 6 _____	70
Apertura Teórica _____	70
Crónica de la Reunión _____	72
Análisis de la Reunión _____	79
Reunión N° 7 _____	82
Apertura Teórica _____	82
Crónica de la Reunión _____	84
Análisis de la Reunión _____	92

## INTRODUCCIÓN

	<i>Página</i>
Reunión N° 8 _____	96
Introducción a la reunión _____	96
Crónica de la Reunión _____	97
Análisis de la Reunión _____	105
Reflexión final acerca del proceso de Investigación _____	109
Citas bibliográficas _____	115
Conclusiones y Recomendaciones _____	117
Bibliografía _____	119

## INTRODUCCIÓN

Trazando un nexo con lo que habíamos prologado, consideramos que el esquema de referencia de un investigador no se estructura solo como conceptos sino que encuentra sustento y solidez en sus propias experiencias. Desde ahí construirá su mundo interno, habitado por personajes, vínculos y lugares, los que articulados con un tiempo presente y de un modo creador configurará la estrategia del descubrimiento.

No sin cierto temor de recorrer lo desconocido, aportamos desde un esfuerzo compartido una visión, una interpretación del acontecer de las personas que habitan y transitan una institución.

Por ello nos sirvió de fuerte inspiración una reflexión perteneciente al autor Wilhelm Reich, la que denomina "Escucha pequeño hombre" referido a los aspectos pequeños, a los aspectos oscuros que cada uno tiene. Le dice a su pequeño hombre: "Ni siquiera te atreves a pensar que podrías ser diferente, libre en lugar de oprimido, directo en lugar de cauteloso, amando a plena luz y nunca más como un ladrón en la noche. Te desprecias a ti mismo y dices ¿quién soy yo para tener opinión propia, para decidir mi propia vida y tener un mundo por mío? y tienes razón, quién eres tú para reclamar derechos sobre tu vida, déjame decírtelo. Difieres del gran hombre que verdaderamente lo es apenas por un punto: todo gran hombre fue en otro momento un pequeño hombrecito, pero él desarrolló una cualidad importante, la de reconocer las áreas en que había limitaciones en su modo de pensar y actuar. El gran hombre es, pues, aquel que reconoció cuando y en que es pequeño. El pequeño hombrecito es aquel que no reconoce su pequeñez y teme reconocerla, que trata de enmascarar su tacañez y estrechez de visión con ilusión de fuerza y grandeza ajena, que cree más arraigadamente en las cosas que menos entiende y que no cree en nada que le parezca fácil de asimilar"

## SELECCIÓN DEL TEMA

### FUNDAMENTACIÓN

Esencialmente, desde nuestra propia experiencia, hemos detectado que nuestra práctica profesional tiene muchos puntos oscuros, entre ellos: ¿que modalidades de vínculo establecemos con el paciente? Es decir si el mismo está apoyado en aspectos que surgen meramente de lo empírico o si, sin dejar de lado lo anterior, se le ha podido ir incorporando un hacer reflexivo a la luz de distintas teorías que dan cuenta de si ese vínculo tiene una impronta reparadora, genera aprendizajes, modifica al otro respetando su propia experiencia, produce transformaciones significativas.

Consideramos que en nuestra formación, ya sea como estudiantes o como profesionales, este tema no está trabajado sistemáticamente ni forma parte de ninguna currícula. No hacemos referencia acá a los aspectos éticos, aunque se incluyan, sino a la revisión de matrices de aprendizaje que llevan a indagar y preguntarse si el vínculo que se establece con los pacientes tiene un carácter terapéutico dentro del marco de los cuidados. Este, desde ya, no es un tema menor ya que abordado desde una perspectiva estratégica debería servir de plataforma para la gestación de nuevas actitudes y aprendizajes.

Si nos remitimos estrictamente a nuestro ámbito laboral, prontamente traemos a colación que el cuidado de personas con algún grado de sufrimiento mental ha estado históricamente asociado a formas y modos de relación con el paciente muy cuestionados por la sociedad. Desde el mito o la realidad quienes realizaban y realizan dicha tarea han sido calificados como sujetos extraños, violentos, "medios locos", marginales, represores y otra infinidad de calificativos; todos ellos con un sesgo peyorativo.

Sucede que ha sido muy difícil separar, al menos contemporáneamente, los cuidados enfermeros de los principios generales de la psiquiatría, señalada por muchos como una especialidad médica con funciones arcaicas, de control social, coacción y segregación y que además posee un nexo indisoluble con la institución justicia.

No fue ni es sencillo por lo tanto, construir un rol por fuera de todos los paradigmas hegemónicos que han recorrido los sitios destinados a albergar enfermos mentales.

Más aún podría afirmarse, que al existir lazos de condicionamiento muy poderosos desde lo institucional, tanto el presente como el futuro convoca a revisar y reflexionar de un modo abierto y crítico el hacer y el pensar de la

enfermería destinada al cuidado de enfermos mentales, ya sea para modificar viejas prácticas como para insertarse en forma efectiva y transformadora en el campo de la salud mental, tomada como objeto de estudio, investigación y ámbito específico de desarrollo profesional.

Por tal motivo consideramos esta una inmejorable oportunidad para investigar que **modalidades vinculares** se dan en forma explícita o implícita con los pacientes y **que impacto tienen en los cuidados**, si estos son **significativos o relevantes** para lograr transformaciones o cambios de conducta, como substrato de toda relación terapéutica.

### DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Habiendo seleccionado el tema de interés para la investigación, podemos considerar delimitar el problema en los siguientes términos:

**¿Qué relación existe entre las modalidades vinculares, en la diada enfermero – paciente, y las características de los cuidados brindados a las personas internadas, en el Hospital El Sauce, durante el año 2005?**

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

- Analizar que tipo de vínculos, desde la perspectiva del Enfermero, posibilitan una conducta terapéutica en su relación con el paciente.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los vínculos que facilitan operaciones reparadoras y de aprendizaje, tanto para el enfermero como para el paciente.
- Posibilitar una revisión crítica del rol del enfermero en el campo de la salud mental.

### **PROPÓSITOS**

- Diseñar un plan de actividades y de capacitación pertinente que tienda a una mejora continua en los cuidados enfermeros.
- Promover espacios de reflexión que sirvan de protección a la salud del enfermero.

## MARCO TEÓRICO

### DESARROLLO

Difícil es comprender el significado de la conducta de quienes se constituyen en actores institucionales si no se conoce el contexto y la historia que precede dichas conductas. Si hacemos una revisión acerca del papel que le ha tocado desarrollar al enfermero en el ámbito de la psiquiatría estaremos del algún modo echando luz acerca del problema que hoy queremos abordar desde el campo de la investigación.

Para ello debemos detenernos a examinar el escenario institucional que nos lleva a referimos en primer lugar a lo que es el Hospital Psiquiátrico Tradicional:

En la mayor parte del mundo la asistencia al enfermo mental gira alrededor del hospital psiquiátrico. Esta institución varias veces centenaria ha despertado muchas críticas, desde las que se registraran por primera vez en el siglo XIX hasta las actuales, cuando hasta se llega incluso a cuestionar seriamente la razón de su existencia.

Las iniciativas de humanización del medio ambiente hospitalario propiciadas por lo que se llamó el "tratamiento moral" (que asume como lema la reeducación mediante el trabajo, la dignidad y la responsabilidad) en Escocia, Inglaterra y Estados Unidos representan la primera crítica a la institución manicomio. Uno de sus adalides, Conolly, publicó lo que ha venido a constituir la primera denuncia pública de la institución manicomio. Muchas de las innovaciones introducidas por Conolly constituyen propuestas transformadoras como por ejemplo, la participación de amigos y parientes del paciente en su tratamiento, la capacitación del personal hospitalario, el salario terapéutico y las visitas domiciliarias.

El "tratamiento moral" entra en crisis a mediados del siglo XIX bajo el influjo de la concepción médico - positivista de la enfermedad mental. La concepción de inferioridad del enfermo mental y en general de todos los "diferentes", cobra vigor. Los enfermos, reducidos a los términos de la enfermedad, expulsados de su contexto social y familiar y alienados de la comunidad, son confinados de nuevo en lugares cerrados, gobernados por una disciplina casi carcelaria.

La crítica moderna al modelo manicomio, que se inició a finales de la Segunda Guerra Mundial, tuvo sus precursores en la psiquiatría fenomenológica y en las escuelas psicodinámicas que, sin llegar a hacer una crítica directa de la institución total, respaldaron de hecho la humanización terapéutica. En el plano de la crítica se destacan las contribuciones teóricas de autores como Foucault, Laing, Cooper, Maxwell Jones (impulsor de la

comunidad terapéutica), el movimiento de desinstitucionalización norteamericano y el movimiento de reforma italiano encabezado por Franco Basaglia.

En nuestro país, no ajenos a estos movimientos pero desde distintos marcos teóricos, debemos mencionar los aportes, en clara escisión con el pensamiento de la psiquiatría tradicional y el psicoanálisis ortodoxo, al Dr. Enrique Pichon Riviere y muchos de sus discípulos (José Bleger, Armando Bauleo, etc.) que tuvieron una marcada influencia en vastos sectores de la psiquiatría y la psicología a partir de los años 50 y 60, con una mirada crítica hacia a psiquiatría y con propuestas totalmente innovadores sobre el abordaje de la enfermedad mental y su conceptualización, sin descartar los claros aportes a la interpretación de la problemática de las instituciones, sus conflictos y propuestas diseñadas para el campo de la prevención y de la salud mental.

En los informes de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud de principios de los 90' (DECLARACIÓN DE CARACAS) se afirmaba "que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral continua y preventiva" y que "el hospital psiquiátrico convencional, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al: aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social, crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo, requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados a los servicios de salud mental e impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones". Considerando "que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la O.M.S. y la O.P.S. ...declaran... que la reestructuración de la atención psiquiátrica... debe estar ligada a la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales...propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario... promover la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento... La capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales..." Y finalmente instan "a los ministerios, parlamentos, sistemas de seguridad social, organizaciones profesionales, universidades, medios de comunicación ... a apoyar la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo..." Se debate sobre los conceptos de deshospitalización y desinstitucionalización. Sobre los mismos dicen los documentos de la OMS: "la deshospitalización debe realizarse paralelamente con el proceso de desinstitucionalización. Vale la pena hacer la distinción entre ambos términos que a menudo se confunden. La desinstitucionalización es un proceso muy complejo del cual la salida de los

pacientes del hospital es sólo uno de sus componentes. Esta comprende la proyección comunitaria de la asistencia y la superación del aislamiento en el que se encuentra no sólo el hospital mental sino la psiquiatría misma”.

“El enjuiciamiento al manicomio se ha venido estructurando a lo largo de cuatro ejes fundamentales: **Ético – jurídico, clínico, institucional y sanitarista.**

La violación de los derechos humanos de los pacientes, es el mayor cargo que en el **plano ético** se le hace al hospital psiquiátrico. Aliado a las ideologías dominantes en salud, aparece el aparato jurídico que contribuye a poner el rótulo definitivo al enfermo mental: el de peligroso. Creado éste mito, que promueve un status lapidario junto con las tutelas jurídicas, difícilmente una persona recupere o mantenga plenamente sus derechos civiles y su libertad.

En el **eje clínico** se señala la ineffectividad terapéutica y el papel que la institución jugaría como agente patógeno y cronicante.

La crítica del hospital psiquiátrico, desde la perspectiva del **eje institucional**, se fundamenta en observaciones con un enfoque sociológico. Es definido como una Institución Total, en tanto se hace cargo de la totalidad de la existencia del paciente, consolidaría su marginación y aislamiento del tejido social.

El examen desde el **eje sanitarista**, lo señala como la organización centralizada en la locura, produce también la locura administrativa, ejecutiva y organizativa. Otro factor que se añade, desde esta perspectiva, es la substracción de recursos humanos y financieros para posibles programas de asistencia extramanicomial”. (1)

Surge como imperativo preguntarse: ¿qué concepción de hombre se sustenta en los psiquiátricos? ¿Cuáles son los sistemas sociales de representación que fundamentan y sostienen determinadas modalidades terapéuticas?

“A pesar de los presupuestos científicos y los fines terapéuticos que desearía tener (la cura de la locura) la práctica muestra que desde sus orígenes la psiquiatría está condenada a ocuparse de un objeto: la enfermedad mental, que con frecuencia es ininteligible y a menudo incurable. A pesar de los enormes esfuerzos por dar de ella una explicación racional, a pesar de los desarrollos terapéuticos, la cronicidad continúa siendo el objeto más visible, el signo más vistoso de la impotencia para conseguir la solución – curación. Tal vez el mal oscuro de la psiquiatría está en haber separado un objeto ficticio, la enfermedad, de la existencia global de los pacientes y del cuerpo o tejido social. Sobre esta separación artificial se ha construido un conjunto de aparatos científicos, legislativos y administrativos (las instituciones) todos referidos a la enfermedad”. (2)

Aún continua teniendo un peso gravitatorio muy grande la psiquiatría clásica que interpreta la enfermedad mental como de naturaleza

fundamentalmente endógena, explicada por complejos mecanismos de alteración biológica, negando el aspecto pluridimensional de la estructuración de las patologías mentales.

“Al considerar endógena la enfermedad mental, se niega en forma implícita la posibilidad de modificarla, el psiquiatra entra en el juego del grupo familiar que intenta segregar al enfermo y se transforma en el líder de la resistencia al cambio a nivel comunitario, y trata al paciente como un sujeto equivocado desde el punto de vista racional” (3)

Aparece con toda claridad aquello de que a toda reflexión científica y psicológica subyace una concepción de hombre que nos habla de un sistema de representaciones y que se manifiesta en una práctica.

“Producto del fracaso del manicomio en la recuperación y la rehabilitación, da sustento a un mito: el de la incurabilidad de la locura, como otro modo de evacuar lo real. La idea de incurabilidad refuerza la conducta familiar y social del abandono y la segregación. Tener un trastorno mental se convierte en un estigma. Siempre será el enfermo el que no puede, el que no quiere, el que no sabe... Del otro lado de las concepciones que piensan al sujeto aislado y descontextualizado, se debe incorporar el de hombre concreto en una relación mutuamente transformadora con el contexto. Entonces sí se puede incorporar el concepto de cura que cobrará significado en la medida en que se ocupa del aquí y ahora del paciente, de hacer que se transformen los modos de vivir y sentir el sufrimiento, que se transforme globalmente la vida concreta y cotidiana que alimenta el sufrimiento. Una existencia más rica en intercambios y vínculos sociales, en posibilidades y experiencias, es básicamente una existencia en cambio. Si se lograra esto, puede ser que el sufrimiento psíquico no se anule en un primer momento. Pero se comienzan a remover los motivos, cambian los modos y la medida en que este sufrimiento entra en el juego de la vida de la persona” (4)

“En los hospitales que atienden enfermos mentales la disociación que rige cuerpo - mente rige en la misma institución. Otros aspectos disociados son los objetivos explícitos e implícitos de dicha institución: entre los primeros se halla el propósito de curar enfermos mentales pero en contradicción con ello se tiende a defender la sociedad del alienado segregándolo... como en ningún otro caso se hace aquí muy evidente el hecho de que la institución tiende a adquirir la misma estructura y el mismo sentido que el problema que se propone resolver... los ámbitos asilares tienen en su organización la misma alienación que sus pacientes, los enfermos tienden a ser tratados como cosas, la identidad se pierde, los contactos sociales se empobrecen... (pero para los trabajadores de la salud) el adoptar una actitud distinta significa tomar conciencia o insight de los problemas y conflictos que por su sola presencia o existencia denuncia la sociedad que crea los alienados”... (5)

“La institución salud define roles: médico, paciente, enfermero, pero además prescribe *modos instituidos* de su desempeño y en estos roles prescritos habrá quienes son los que *saben y pueden* y aquellos *que vienen a que lo curen*.

Las instituciones para poder lograr sus propósitos a través de una acción coordinada, deben necesariamente reducir la variedad de conductas posibles de sus integrantes como modo de tomarlas previsibles. El sujeto no puede elegir libremente lo que hará, sino que tiene que ajustarse a lo prescrito por el rol que se le asigne así como abstenerse de realizar aquello que la institución prohíbe.

Si bien esto es cierto, la lógica que se desprende de estas afirmaciones puede conducir a trivializar los comportamientos de los sujetos al suponer que frente a los mismos estímulos se obtendrá idénticas y por lo tanto predictibles respuestas, llevando a una absoluta estereotipia de la conducta. Habrá entonces instituciones más o menos trivializantes y el grado en que lo sean estará ligado a la naturaleza de sus objetivos, a la rigidez de sus esquemas de poder y a la manera en que en ellas se conciba la relación entre autonomía y dependencia de los sujetos.

Los roles son un producto de una construcción histórica, institucionalmente determinada, no puede definirse como una pauta de conducta estable, la institución prescribe sus pautas y las modalidades para su desempeño, habrá pues adjudicación de roles y la comunicación en sentido amplio se constituye en el marco dentro del cual opera este proceso. Comunican las paredes, la vestimenta, los sistemas de información, la distribución de los espacios, las puertas abiertas o cerradas, el acontecimiento que es portador de novedad”. (6)

A esta altura podríamos preguntarnos: ¿es posible implementar medidas terapéuticas? ¿qué percepción genera en los enfermeros este funcionamiento acerca de su propio rol? ¿qué expectativas para su desarrollo profesional?

“Para esto se hace necesario interrogar el contexto social vincular o el tipo de vínculos y relaciones que se gestaron y se gestan en el hospital psiquiátrico con las personas internadas como posibilidad también para cuestionar otros hechos que parecieran omnipresentes como el funcionamiento rutinario en el diario vivir del paciente.

Ha costado mucho y sigue costando dismantelar una estructura autoritaria frente al paciente, que permita restablecer la relación del individuo con su propio cuerpo, reconstruir el derecho y la capacidad de uso de los objetos personales, restablecer el derecho y la capacidad a utilizar la palabra, abrir puertas, producir relaciones y espacios de interlocución, establecer condiciones para la expresión de los afectos, restituir los derechos civiles, eliminando la tutela jurídica y el status de peligrosidad”. (7)

Si avanzamos más en el plano teórico, encontramos que en este tipo de hospitales ... “los enfermeros suelen estar sometidos a la permanente fuerza de represión y negación de sus sentimientos, lo institucionalmente prohibido, lo

silenciado. Es lo que René Kaës denominó *las trampas de la institución, la protección de lo negativo en los espacios de ocultación, los depósitos o el enclaustramiento*. Parece necesario a la economía del funcionamiento hospitalario, el mantenimiento de zonas de oscuridad profunda, el no lugar del vínculo". Para el enfermero ... "habrá un recorte de la iniciativa personal (es parte de una organización a merced de la resistencia al cambio), las normas se estereotipan hasta convertirse en ritos, que definen el modo y el orden preciso de una acción. Se enfatiza en la importancia *de vida* para el paciente el estricto cumplimiento de las normas preestablecidas". (8)

Por lo dicho precedentemente y de los fundamentos de los programas de capacitación elaborados por la Supervisión de Enfermería del Hospital, desde el año 1992 en adelante, encontramos muchas afirmaciones aún plenamente vigentes y que constituyen un gran aporte teórico:

"Cuando hablamos de capacitación del personal de enfermería, hablamos también de procesos. Tengamos en cuenta que hasta el año 1986 el enfermero estaba a cargo de la limpieza y otras actividades no inherentes a su función. Liberado de esto se inicia un lento proceso de transformación complejo y contradictorio que llega hasta el presente...

...Indagar sobre los obstáculos que hoy siguen trabando su acción puede constituirse en un eje fundamental en cualquier cambio en las políticas de salud mental. La proximidad a la cotidianidad del paciente lo pone en una posición privilegiada y lo convierte en el soporte fundamental de cualquier modificación ya sea en el orden de las modalidades terapéuticas, de recuperación de la salud y de externación. ...

...Se hace mención a obstáculos que para atravesarlos se necesita conocer el origen y las razones históricas de prácticas que se han naturalizado y que se imponen como incuestionables. Tal vez no sea novedad afirmar que el enfermero psiquiátrico se convirtió sobre todo en un custodio, en momentos en que la custodia representaba de por sí un objetivo de salud. Su tarea está destinada esencialmente a observar que el paciente cumpla con una serie de rutinas como la higiene personal, que tome la medicación, que no provoque desórdenes. Fiel a la consigna de que sólo aportará a la mejoría el medicamento, convierte en un acto sacralizado la entrega de las pastillas en detrimento de otras labores... Si pensamos que cada formación social organiza materialmente las experiencias de las personas y que además las instituciones producen sujetos aptos para su continuidad y desarrollo podemos entender aquello de prácticas incuestionables. Dichas prácticas suelen tener un predominio de los paradigmas biologists y cronificantes negando los componentes psicosociales del enfermarse...

Frente a los obstáculos para vincularse con el paciente y de adoptar conductas terapéuticas se afirma:

En este ámbito (el hospitalario) no se tiene en cuenta que la salud mental consiste en un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo o solución integradora de los conflictos, por lo tanto en un proceso corrector se debería incluir una lógica tendiente a indagar contradicciones que posibilite la integración del yo y la emergencia de un proyecto... la ruptura de los estereotipos va a constituir el eje del proceso terapéutico, con lo que se podrá aproximar al intento de reparación de la red vincular. En la realidad desde el hospital psiquiátrico no se aborda exhaustivamente la problemática familiar, no incluyendo el contexto en que se da dicho problema y menos aún examinando críticamente que rol juega la institución en este complejo mosaico de interacciones..." (9)

### CONCEPTO DE VÍNCULO

Definimos al vínculo como:

***“Una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto (otro sujeto), su mutua interrelación en procesos de comunicación y aprendizaje”.*** (10)

Vemos por definición la importancia que tiene en la construcción de un vínculo la comunicación y el aprendizaje, hecho que es esencialmente significativo en la práctica de todo individuo y mucho más en términos de reflexión cuando en esa práctica se pone en juego un accionar que tiene que ver con el cuidado, la ayuda y el acompañamiento a otro sujeto.

A través de la complejidad de los procesos de comunicación y en el aprendizaje mutuo cobra relevancia el acontecer de una relación como puede ser el caso que nos convoca: la relación entre el enfermero y el paciente, en tanto instancia propicia para revisar la calidad de los vínculos.

Frente a una pregunta de gran magnitud ¿es posible conocer a otro sujeto? ¿en que medida? Esto puede ser respondido de algún modo si afirmamos que sólo es posible comprender al **sujeto** dentro de una red vincular en la que ese sujeto es un **emergente**, configurado en un sistema vincular – social a partir del interjuego fundante entre necesidad – satisfacción, interjuego que remite a su vez a una dialéctica intersubjetiva. Es decir que la dialéctica esencial, constitutiva de lo subjetivo tiene como sustancia la interpenetración de dos pares contradictorios: **necesidad – satisfacción** y **sujeto - contexto vincular – social**.

La necesidad sería, en principio aunque no exclusivamente, un elemento de orden biológico, en que con mayor claridad remite a la base material, orgánica del comportamiento del sujeto. Esa necesidad a su vez tiene su fundamento en otro suceso, ya que emerge del intercambio de materia de ese organismo con su medio, es inherente al ser vivo.

La contradicción entre la necesidad y su opuesto, la satisfacción, se da en el interior del sujeto, pero en tanto la fuente de gratificación le es exterior, se promueve la relación con el mundo externo. La necesidad aparece así como fundamento motivacional de toda experiencia de contacto, de todo aprendizaje,

de todo vínculo. La satisfacción, a la que solo se accede en la experiencia con el otro, es pues eminentemente social, vincular.

De allí que lo intrasujetal no sería sino un aspecto de un proceso mucho más complejo. De allí también que una investigación exclusivamente centrada en los procesos internos, en las relaciones inconscientes que no tuviera en cuenta la interrelación mundo interno - mundo externo, entre lo intrasubjetivo y lo intersubjetivo no daría cuenta de la totalidad de determinaciones operantes en la génesis y desarrollo de esos proceso internos.

A partir de la constatación sistemática de este tipo de fenómenos, es posible establecer relaciones de causalidad, no especular o mecánica, entre la estructura y dinámica del mundo interno del paciente y la estructura y dinámica de la trama relacional en la que está inmerso. Se patentiza en él el carácter configurador de la experiencia con el otro, es decir un proceso de determinación y transformación recíproca. Ese otro que no sólo opera por experiencia, ya que se mueve en ella hacia la gratificación o a la descalificación o frustración. El otro desde su acción y sus significaciones, que no son sólo individuales sino también sociales, significa a su vez la experiencia del sujeto, contribuyendo a determinar, siempre en una policausalidad, calidades de los objetos internos y formas de interpretación de la realidad.

Esta función constitutiva de la subjetividad que cumple la presencia y la acción significativa del otro tiene su paradigma en los primeros vínculos, en la función yóica de continencia o función materna. Desde esa función portadora del orden social se sostiene la estructuración del psiquismo.

Desde el descubrimiento de la eficacia de la interacción, del carácter instituyente de las relaciones reales, de la acción concreta y significativa del otro, el mundo interno es entendido como reconstrucción de la trama relacional, del sistema vincular en el que el sujeto emerge y en el que como horizonte de su experiencia aparece lo grupal. El mundo interno se constituye así por internalización, pasaje fantaseado de un sistema de relaciones externo a una dimensión interna, y como una reinterpretación de la experiencia del sujeto, como inscripción y procesamiento de una trayectoria vincular.

El mundo o grupo interno es un sistema abierto sobre la realidad, sobre el mundo externo. Podemos entonces interrogarnos acerca de los factores operantes, por los elementos que se articulan en a emergencia de esa reconstrucción o interpretación subjetiva de la experiencia.

Por lo tanto la conducta aparece como comprensible, decodificable y en consecuencia transformable en tanto se la aborde en la interioridad de la complejísima trama de vínculos y relaciones sociales que operan como el conjunto de sus condicione de producción. Conclusión: el hoy, es para cualquier persona, el punto de llegada de una **historia vincular y social**.

La relación vincular se inicia desde la gestación donde el cuerpo materno resulta un "objeto intermediario". A partir de esa relación predominantemente corporal se inicia un interjuego adentro - afuera. Un cuerpo que se conforma

dentro de otro cuerpo y hay un intercambio material a través de un código biológico.

En la conformación vincular van a incidir las vicisitudes por la atravesada la pareja, circunstancias histórico – sociales – económicas, más todo lo que sería la historia previa, como por ejemplo: que lugar va a ocupar el niño dentro de esa familia ¿de alguien que ya no está?, si es el mayor o el menor, tradiciones familiares, nombre que le van a poner, hijo deseado o no, sexo que se espera. Todo esto hace al desarrollo de ese vínculo y a la identidad. La identidad se construye a partir de los primeros vínculos, de las primeras relaciones y está en permanente proceso de constitución. Cada uno de los cambios que tenemos que hacer en la vida exige toda una reacomodación en nosotros como personas y en las formas de vinculamos, distinta de la que estábamos habituados. La identidad se sigue construyendo en relaciones con otros que hacen que se tengan que hacer modificaciones. No se construye una identidad en abstracto sino con otros y en la medida, incluso, en que *me pueda reconocer como semejante y como diferente a ese otro*. En esa confrontación con el mundo externo, con el otro, se van definiendo esas posibilidades de diálogo e intercambio y el sujeto va a ir, generalmente, afianzando su identidad.

Se desprende de la definición, que para que se dé un vínculo es necesaria la co – presencia permanente de un otro. El aprendizaje y la comunicación producen modificaciones tanto en el sujeto como en el objeto, en un proceso de retroalimentación, hay por lo tanto interdependencia, que no quiere decir dependencia. Si bien para establecer un vínculo se necesita cierta dependencia, es una dependencia útil y según el tipo de vínculo tendrá diferentes características. En una situación asimétrica en el vínculo (como sucede con el enfermero – paciente, docente – alumno, etc.) hay alguien que tiene que sostener y alguien que es sostenido y esto va a tener un profundo impacto cuando se instala un encuadre terapéutico. Cuando se establece una dependencia se produce un estereotipo y esto ocasiona trastornos en el aprendizaje, en el conocimiento del mundo. Los grados de estereotipia o rigidez, van a acercar al sujeto a la enfermedad, y la mayor plasticidad, las posibilidades de rectificación y modificación, a la salud.

De manera que se espera que exista un proceso de transformación en los modos de vincularse a medida que una persona crece. Observemos, a modo de ejemplo, como fueron cambiando las características de nuestros vínculos (familiares y grupales) a medida que crecimos y maduramos. Además toda construcción vincular tiene “costos”. Requiere:

- Reconocer las necesidades propias y del otro.
- Integrarse para efectuar una tarea o una acción determinada
- Tolerar las diferencias.
- A los procesos de comunicación es fácil comprenderlos teóricamente pero difíciles de comprender cuando uno se observa aprendiendo a comunicarse.
- Pasar por sentimientos de confusión que toda experiencia nueva moviliza.

En la medida que en todo vínculo está la posibilidad de considerar caminos de ida y vuelta entre un sujeto y un otro, la respuesta de ese otro es eficaz, produce modificaciones. Esto aparece en distintas situaciones de interacción como es el caso de la relación terapéutica, donde quien cumple esta función no es una pantalla en blanco donde el paciente proyecta cosas, sino que hace reaccionar al otro en determinados aspectos, no es un neutro. Esto es importante porque este interjuego tiene que ver con la cura. No todo es explicable a través de los procesos transferenciales. La relación terapéutica tiene que ver con establecer un vínculo distinto, distinto al que se establece con la madre o padre, de lo contrario no permite reparar una relación vincular que en un momento se vio entorpecida, de ahí que todo lo que se diga o no, lo que se haga o se deje de hacer tendrá significación en el mundo del paciente.

La mejoría no pasa siempre y estrictamente por un proceso terapéutico, no siempre se repara o se rectifica en proceso de tales características. Si entendemos que la reparación o la rectificación de un vínculo no es un "como si", para ello debe haber habido en la base un proceso de aprendizaje para que frente a nuevas dificultades que aparezcan hayan respuestas operativas. Cuando se transitan experiencias de mucha movilización, son situaciones de vida en las que se producen aprendizajes, en donde por el modo en que se transita ese momento, ya sea por la solidaridad, la compañía, moviliza la posibilidad de reparación. Las situaciones pasadas no se pueden reeditar pero sí se pueden reeditar en nuevos vínculos que es lo que permite reparar.

Todo vínculo es una relación bicorporal y tripersonal. Lo de bicorporal remite a la presencia de dos personas. Lo de tripersonal alude al ruido interno que se da entre un emisor y un receptor en la teoría de la comunicación. La presencia de ese otro (el tercero), que no necesariamente tiene que tener configuración física, sí tiene configuración interna, puede ser la representación simbólica de una persona (personajes del mundo interno), un objeto, un aspecto orgánico que no funciona. Podemos hablar de un tercero positivo y otro negativo, según como esté operando en el mundo interno de las personas en una situación de interacción.

El concepto y el carácter de bicorporal y de tripersonal del vínculo nos lleva al modelo que se denomina situación triangular básica. Es lo que Freud llamó complejo de Edipo es decir: hijo, madre, padre, con una serie de vectores vinculares que pueden ser examinados sucesivamente para encontrar la dificultad. Desde ahí podemos hablar de vínculos con connotaciones positivas y negativas simultáneamente. Sentimiento ambivalente, amor – odio entre los integrantes del triángulo. En cada vértice va a aparecer la historia de los propios triángulos, por ejemplo cuando ese padre era hijo.

## CONCEPTO DE APRENDIZAJE

Consideramos insoslayable explicitar desde que concepto de aprendizaje íbamos a trabajar, por dos motivos: el primero y básico es que el vínculo se sustenta en un proceso de aprendizaje. Segundo, es que todo proceso de investigación, sobre todo para el caso de una investigación participativa, está apoyado en una concepción acerca del aprendizaje y una concepción del sujeto de aprendizaje.

Partimos afirmando que el hombre se configura en una praxis, en una actividad transformadora mutuamente modificante con el mundo. El carácter fundante de esta relación de transformación recíproca define al sujeto de la praxis como un sujeto esencialmente cognoscente y sitúa en primer plano el análisis de los procesos de aprendizaje.

Por lo antedicho definimos aprendizaje como "la apropiación instrumental de la realidad para transformarla", y tiene su impronta, en tanto forma de la relación sujeto – mundo, con la salud mental.

"Si el aprendizaje es función esencial, constitutiva de nuestra subjetividad, podemos afirmar que no sólo somos en cada aquí y ahora el punto de llegada, la síntesis de una historia vincular y social. Somos también el punto de llegada de una trayectoria de aprendizajes. Trayectoria en la que hemos ido construyendo un modelo interno o matriz de encuentro con lo real. **Historia en la que hemos ido aprendiendo a aprender.**

En cada experiencia hay un aprendizaje explícito que se objetiva y condensa en un contenido o en una habilidad. Pero la experiencia en la que se desarrolla ese aprendizaje deja una huella, se inscribe en nosotros afianzando o inaugurando una modalidad de ser – en – el – mundo, de interpretar lo real, de ser – el – mundo para nosotros. Este es un aprendizaje implícito, profundo, estructurante. Un aprender a aprender como forma de constituirnos en sujetos de conocimiento.

Cuando decimos que aprendemos a aprender, estamos señalando que aprendemos a organizar y significar nuestras experiencias, sensaciones, emociones, pensamientos. Construimos así hábitos de aprendizaje, maneras de percibir secuencias de conducta. Cada acto de conocimiento es el eslabón de una cadena, fase de un proceso en el que vamos configurando una **actitud de aprendizaje, es decir, modalidades relativamente estables y organizadas de pensamiento, sentimiento y acción frente al objeto de conocimiento y al acto de aprender.**

El mundo se nos presenta como multiplicidad de objetos y estímulos, pero el sujeto introduce una organización en esa multiplicidad. Con esto afirmamos que el conocimiento está estructurado, tiene en el sujeto una determinada organización. La representación del mundo, el prisma cognitivo es una estructuración elaborada e incorporada implícitamente en el proceso de aprendizaje. Es, a la vez, su efecto y su condición de posibilidad. Ese modelo

interno es una organización personal y social y la denominamos **matriz de aprendizaje**. Esta matriz o modelo está socialmente determinada y no constituyen una estructura cerrada, sino una estructura en movimiento, susceptible de modificación, a excepción de los más extremos grados de patología.

Sin embargo, esa matriz subyacente según la cual organizamos y encodificamos nuestra experiencia, no consiste sólo en una forma de la relación sujeto – mundo, sino que incluye también un sistema de representaciones que interpreta ese encuentro, una hipótesis acerca de quienes somos nosotros aprendiendo, que lugar y que tarea nos cabe en esa relación de conocimiento. Que es lo permitido, que es transgresión. **Esta interpretación implica una concepción del conocimiento, una concepción del sujeto, una concepción del poder.** Por ejemplo, pensar que la realidad es en sí inabordable, incognoscible o inmodificable, es una forma posible de interpretar la relación sujeto – mundo, el acto de aprender. Vivir y pensar el acto de conocimiento como un proceso con alternativas, con progresivos acercamientos al objeto, significar ese acto como un movimiento de transformación recíproca entre sujeto y objeto, es otra interpretación. Todas ellas remiten a modelos de aprender.

Cuando un sujeto reclama lugar para su palabra y su experiencia en el aprendizaje revela un aspecto de su modelo interno, en el que adjudica al sujeto una función activa, protagónica.

Cuando alguien por el contrario acepta la palabra del otro, investido de autoridad y lo hace acríticamente negando su propia experiencia, más aún significándola como desconocimiento, está poniendo en juego una modalidad de aprender.

¿Cuál es nuestra relación con esos modelos internos de aprendizaje? Subyacen al acto de conocer y muchos de sus aspectos no acceden a la conciencia. Por eso insistimos en su carácter implícito. De allí que casi siempre los actuemos sin problematizarlos y con esto se revela otro rasgo de esta matriz, porque podemos haber aprendido a aprender sin problematizar las formas de nuestro encuentro con lo real, naturalizándolas. Es decir sin interrogarnos hasta dónde nuestras experiencias de aprendizaje y los modelos configurados en ellas favorecen o por el contrario limitan la apropiación de lo real. ¿Cuándo se introduce la ruptura, la problematización? Cuando una situación de crisis introduce discontinuidades, quiebra la coherencia interna de esa estructura, moviliza la forma hasta allí vigente de la relación sujeto – mundo y la pone y nos pone en cuestión.

**Un modelo de aprendizaje que se construye frecuentemente, está destinado a la aceptación de lo instituido como un orden natural y autoevidente. Matriz acrítica en la que todo cuestionamiento es significado como transgresión.**

Así se aprende a aprender de modo tal que las relaciones humanas se definen en términos de dominador – dominado, disociándose mente – cuerpo,

pensamiento y realidad, teoría y práctica, tarea y placer. Se aprende a naturalizar el poder, la arbitrariedad, la pasividad, la dependencia". (11)

Nuestra propuesta de investigación, que incorpora un aprender a aprender, significa simultáneamente una revisión crítica de esos modelos, un proceso de progresivo esclarecimiento acerca de los mismos. Por ello proponemos un instrumento grupal, porque esencialmente en un proceso interaccional, los modelos de aprendizaje pueden ser confrontados con otros y así acceder a la conciencia.

En tanto ellos hacen a nuestra identidad, su revisión suelen provocar una intensa movilización emocional, que tiene en el grupo como ámbito y en la técnica de grupo operativo como instrumento de comprensión e intervención, una posibilidad de contención y elaboración. Por lo tanto **escenario privilegiado para la investigación, la tarea formativa, el descubrimiento, que apunta a redimensionar y resignificar nuestra condición de sujetos del conocimiento.**

## BIBLIOGRAFÍAS

### HIPÓTESIS

**"Los enfermeros que *revisan críticamente* las modalidades vinculares pueden plantearse *mejoras sustantivas* en el cuidado de los pacientes"**

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

## CITAS

## BIBLIOGRÁFICAS

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) O.M.S. – O.P.S. *“Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su implementación”*. Washington, D.C. USA, 1990.
- (2) ROTELLI, Franco y otros. *“Desinstitucionalización: Otra Vía”*. Revista Asociación de Especialistas en Neuropsiquiatría, Vol. VII, N° 21, Italia, 1987.
- (3) PICHON RIVIERE, Enrique. *“El proceso grupal”*. Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1985.
- (4) ALBORNOZ, Edith; HERVIDA, Ricardo. *“Programa de Capacitación del Personal del Hospital El Sauce para un Proceso Desmanicomializador”*, 1994.
- (5) BLEGER, José. *“Psicohigiene y Psicología Institucional”*. Bs. As., Ed. Paidós, Bs. As., 1994.
- (6) SCHVARSTEIN, Leonardo. *“Psicología Social de las Organizaciones”*. Paidós, Bs. As., 1995.
- (7) ALBORNOZ, Edith; HERVIDA, Ricardo. *“Programa de Capacitación del Personal del Hospital El Sauce para un Proceso Desmanicomializador”*, 1994.
- (8) VIDELA, Mirta. *“Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria”*. Ediciones Cinco, Bs. As., 1994.
- (9) ALBORNOZ, Edith; HERVIDA, Ricardo. *“Programa de Capacitación del Personal del Hospital El Sauce para un Proceso Desmanicomializador”*, 1994.
- (10) PICHON RIVIERE, Enrique. *“El proceso grupal”*. Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1985.
- (11) QUIROGA, Ana P. de. *“Matrices de Aprendizaje”*. Ediciones Cinco, Bs. As., 1991.

## DISEÑO METODOLÓGICO

### TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio elegido para llevar adelante el presente proyecto, es de tipo cualitativo, y dentro del mismo los considerados en la **investigación participativa**.

Esta decisión está basada en considerar que es el diseño que más se ajusta a consecución de los objetivos planteados, atento a que los mismos nos direccionan hacia un propósito que tiene aspectos de develamiento y de sustanciales cambios en el ejercicio del rol profesional. Es por ello que se requiere un alto grado de compromiso de quienes serán sujeto – objeto de estudio incluidos en un proceso de constante indagación y especialmente el transitar un camino de resolución de contradicciones y conflictos, inherentes a cualquier proceso basado en una concepción dialéctica.

### ÁREA DE ESTUDIO

Como se comentó precedentemente, el estudio se llevará a cabo en el Hospital El Sauce, hospital ubicado en una zona semiurbana (Distrito El Sauce, Guaymallén) distante a 16 Km. de la ciudad de Mendoza. El mismo cuenta con una extensión de 92 hectáreas de terreno mayormente inculto y dentro de éste 4 hectáreas en donde se extiende la construcción edilicia que alberga a alrededor de 180 pacientes y una planta de personal cercana a las 200 personas.

El área de internación está integrada por 5 pabellones con las siguientes características: 1 pabellón para pacientes hombres judicializados, 1 pabellón para pacientes crónicos (hombres), 2 de pacientes agudos (uno de mujeres y otro de hombres) y un pabellón mixto para agudos. La división en agudos y crónicos es más de orden administrativo porque en la práctica los cuidados brindados a los pacientes es muy semejante dado que los criterios de selección están más basados en el tiempo de estadía que en la evolución y presentación de su enfermedad.

### POBLACIÓN Y MUESTRA

El total de personal de enfermería con que cuenta la institución es de 75 enfermeros. Del total señalado hay 4 personas con cambio de funciones y 2 en

tareas de conducción del Servicio de Enfermería. El resto está en los servicios de internación, guardia y sector ambulatorio, por lo que en el contacto diario, cotidiano y permanente con los pacientes deben considerarse a 69 enfermeros.

Este último grupo es el destinatario del trabajo de investigación, pero tomando una muestra voluntaria no probabilística, sustentada esta decisión por lo señalado en lo referido al tipo de estudio. A los fines de hacer viable y operativa la aplicación de la técnica de recolección de datos, se establecerá un cupo de 25 personas de modo que facilite y haga posible la puesta en práctica de los distintos dispositivos de trabajo y técnicas grupales.

Como conclusión, *la muestra representa el 36%* del total referido.

## INSTRUMENTO Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el proyecto se ha seleccionado la técnica de "Grupo Operativo" con algunas modificaciones instrumentales para adecuarla a los objetivos propuestos. Se ha seleccionado dicha técnica por los siguientes motivos:

Los grupos operativos se basan en la relación que los integrantes guardan con la tarea. Para nuestro caso la tarea implica indagar sobre las modalidades vinculares.

Así como todo grupo tiene una tarea (explícita y / o implícita) todo grupo es operativo en menor o mayor medida. Pero de lo que se trata con la técnica operativa, es la de potenciar la acción grupal, darle mayor plasticidad y creatividad mediante la presencia de un equipo de coordinación.

Si decimos "grupos centrados en la tarea" se infiere que no todos los grupos están centrados en una tarea. Hay grupos centrados en el individuo, como el caso de los grupos terapéuticos donde la mirada está puesta en la persona y no se estudia la relación grupo - individuo.

Otro caso es el del grupo centrado en el grupo, donde la mirada está puesta en el grupo como una totalidad, en la dinámica grupal y no se ve la articulación entre sujeto - grupo. Se observa la dinámica como si se tratara de un aparato psíquico grupal.

Estas técnicas se adecuan a distintos fines.

En el **Grupo Operativo** se analiza la articulación que se da entre los individuos en función de la tarea. Es decir, que el sentido de la relación entre los integrantes entre sí está dada por una tarea que los estructura. Se da un encuentro entre el individuo, que viene al grupo con una historia personal (lo vertical) y el aquí y ahora grupal o situación de conjunto (lo horizontal).

En el hacer la tarea siempre surgen obstáculos, no es algo armónico. La relación del grupo con el objeto de conocimiento no es algo equilibrado y sin dificultades, por lo tanto es importante poder visualizar ese obstáculo en el conocimiento, comprenderlo e intentar modificarlo. No hay aprendizaje sin

conflictos, es decir que el obstáculo es inherente al proceso de aprendizaje y desde esta técnica no se lo elude sino que se lo visualiza, se lo atraviesa.

En el grupo permanentemente van apareciendo situaciones nuevas, las mismas generan ansiedades. Describimos dos ansiedades básicas que son universales y que se expresan como miedo a la pérdida y miedo al ataque (ansiedades depresivas y paranoides respectivamente). Ambos coexisten y promueven la contradicción proyecto / resistencia, es decir la posibilidad de centrarse y reforzar el proyecto o que aparezcan aspectos resistenciales. Lo que llamamos "resistencia al cambio" muestra la intensidad del interjuego de estas ansiedades o miedos .

A mayor ansiedad hay mayor parálisis, estancamiento, rigidez, menos productividad y apropiación de conocimiento.

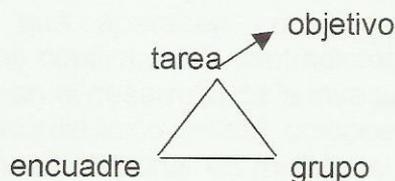
Mediante la técnica operativa, se trata entonces de comprender, de hacer consciente los obstáculos y ansiedades para poder realizar, modificar, crear, romper estereotipos. Hay un movimiento de lo implícito a lo explícito. La técnica tiene además una direccionalidad, que es ir produciendo cambios para el logro de la tarea y en ese modificar la realidad ir modificando a las personas.

En función de todo este esquema está el **Encuadre**. El encuadre consiste en un conjunto de reglas que permiten mayor operatividad, implica que existan elementos que permanezcan estables y constantes. Lo otro sería funcionar en forma anárquica. Juntarse siempre en el mismo lugar, en un determinado horario, con roles fijados a priori forma parte del encuadre.

Las reglas del encuadre señalan lo que se puede hacer y lo que no, lo que está permitido y lo que está prohibido pero a la vez es contención y seguridad para los integrantes.

Dentro del encuadre está el equipo de coordinación o el coordinador, que aparte de garantizar el cumplimiento del encuadre, potencia la acción grupal a través de sus intervenciones.

El coordinador, que cumple un rol diferenciado, es el encargado de mantener la direccionalidad, es decir de reflexionar en relación al eje necesidad – objetivo – tarea. Dicho de otra manera, ayuda a pensar cuales son las necesidades comunes y si la tarea que se despliega está en relación con los objetivos. Se instala:



La mirada del coordinador está puesta en la relación que los integrantes del grupo guardan entre sí **en función de la tarea**. Desde su rol trata de que los obstáculos sean visualizados y de que las contradicciones sean resueltas. A partir de esto el grupo gana en información, puede ir tomando contacto con lo

subyacente. Permite ir visualizando las dificultades personales y el funcionamiento con otros.

No siempre el coordinador es el que muestra las dificultades, puede hacerlo algún integrante que se constituye en **portavoz**.

Los cambios se producen a través de un proceso y la apropiación del conocimientos no se da al mismo momento en todos, suele darse por subgrupos o en algunos. Hay un interjuego:

me modifico  $\longleftrightarrow$  modifico al grupo

El coordinador es además el depositario operativo de las ansiedades del grupo. Esto no es hacerse cargo de las ansiedades, sino contener y devolverlas decodificadas para que puedan ser trabajadas.

Para **evaluar** el proceso grupal se van empleando lo que se denominan una "serie de vectores". Ellos son:

*Afiliación*: Es el primer acercamiento

*Pertenencia*: Se da en un segundo momento

Ambos se refieren al grado de identificación que los integrantes tienen entre sí y con la tarea.

*Cooperación*: Se da sobre la base de roles diferentes, y para que haya cooperación los roles deben ser complementarios y no suplementarios.

*Pertinencia*: Capacidad para centrarse en la tarea, trayendo experiencia, teoría, sentimientos.

*Comunicación*: Debe estar al servicio del aprendizaje.

*Aprendizaje*: Posibilidad de modificación y cambio.

*Telé*: Disposición positiva o negativa para interactuar con unos miembros del grupo más que con otros. "Cuestión de piel"

Diríamos como conclusión, que a partir de la técnica operativa es viable ir haciendo una labor de desocultamiento y de aprendizaje, definida esta como "apropiación instrumental de la realidad para modificarla". La dinámica genera además la posibilidad de ir trabajando con los "emergentes", es decir con aquellas situaciones que aparecen como destacadas, que enuncian y denuncian los aspectos conflictivos y contradictorios, sobre los que habrá que poner especial énfasis en el desarrollo de la investigación.

El equipo de coordinación estará compuesto por las 3 personas que tendrán la responsabilidad de poner en marcha el proyecto. La aplicación de la técnica implica designar una persona en el rol de coordinador y las dos restantes como observadores; quienes efectúan la crónica o registro escrito de todo el acontecer grupal. La crónica es fundamental ya que su retrabajo, después de la reunión grupal, posibilita detectar los aspectos no visualizados durante la dinámica grupal y fundamentalmente los factores emergentes a los

que ya hemos hecho mención. Por otra parte constituye un documento de lo efectuado.

La cantidad de reuniones y frecuencia se pautará de modo que se efectúen 8 encuentros, uno cada quince días.

El equipo de coordinación propondrá que las reuniones se realicen los días sábados, con una duración de una hora y media.

La primera media hora estará destinada a exponer un disparador teórico, en todos los casos asociado a los emergentes detectados en la reunión anterior. La devolución, sobre logros y obstáculos y evaluaciones parciales, se realizará reunión tras reunión. En la última reunión se hará una evaluación global, llevada a cabo entre todos los integrantes y el equipo coordinador.

Las conclusiones finales, por parte de los coordinadores, se efectuarán una vez concluido el presente trabajo, a los fines de que como en toda investigación participativa, los participantes puedan apropiarse de los resultados.

## **PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Como cualquier trabajo de investigación que se realiza en la institución, debe tener la aprobación del Comité de Docencia e Investigación. En este caso, como no implica al paciente en ninguna parte de su desarrollo, no se exige que el proyecto sea aprobado por el Comité de Ética.

Para la autorización, el Comité de Docencia e Investigación solicita la presentación de un protocolo o un resumen en donde figuren los aspectos más relevantes del trabajo.

De acuerdo a los requerimientos que demanda el objeto de investigación y en función del tiempo considerado para la obtención de los datos, se ha estipulado un cronograma de abarca aproximadamente los 6 meses. Como la técnica seleccionada permite ir efectuando simultáneamente el diagnóstico, la ejecución y la evaluación, el cronograma incluye la totalidad del desarrollo.

La convocatoria a los enfermeros se hará en forma escrita, en cada uno de los servicios donde cumplen su tarea diaria. En dicha convocatoria se incluirá la citación para una reunión previa a los efectos de explicarles el proceso a recorrer, explicitando a la vez la importancia del trabajo en términos de apropiación grupal e individual. Por las razones técnicas explicadas, no es conveniente contar con más de 25 personas, por lo que la conformación del grupo se hará dando prioridad a los primeros inscriptos.

El recurso material más importante en la ejecución, en razón del encuadre que demanda mantener un lugar y un horario fijo de encuentro, es un espacio físico cómodo, aislado de ruidos externos, acceso independiente, buena luz y ventilación.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para ello se ha pensado usar la sala destinada a los ateneos hospitalarios, que cuenta con 40 sillas, pizarra blanca, retroproyector, una mesa y un escritorio.

### PLAN DE ANÁLISIS

Se infiere, por lo mencionado precedentemente, que el análisis de la información se inicia desde los primeros momentos de la investigación y continua hasta el final. Es de capital importancia para el estudio, la evaluación efectuada por los participantes ya que la misma se constituye en uno de los momentos más gravitantes en la incorporación de conocimientos que a la vez sirve de base para la acción y el cambio de actitudes.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

### CONSIDERACIONES INICIALES

Una pregunta que nos resultaba compleja al inicio del trabajo de investigación era ¿con que tema teórico y de reflexión abrir el trabajo?

Como era una situación de inicio nos planteamos comenzar con algún tema que se nos ocurría de interés y lo suficientemente movilizador, basado en nuestra experiencia previa y que reconociera alguna necesidad sentida por los enfermeros.

Consideramos entonces revisar la historia de la enfermería del hospital principalmente por lo conocido por la transmisión oral. Para una primera reunión significaba situarnos en el terreno de la identidad; comenzar por mirarse; como era esta profesión en esta especialidad y como es hoy, desde donde partimos y donde estamos. Como era la relación con el paciente hace más de 50 años y como es ahora. Que cambió, que mejoró, que es necesario mejorar, que críticas efectuar a la luz de una nueva enfermería, que en sí misma no está aún definida.

Remitirse a lo previo, es indagar como fueron escuchados e interpretados los hechos por los actuales actores institucionales. Nos ubicamos entonces en otro terreno, en el terreno de los mitos. ¿Por qué en los mitos? Porque hablar de mitos implica trasladarse a todo aquello que tiene una explicación fragmentada, parcial y distorsionada de los hechos. "El mito es un mensaje que evapora lo real, en él las palabras, portadoras materiales del mensaje social e institucional, no remiten a lo real, no denotan, no designan, sólo encubren. La racionalidad de la palabra se transforma en racionalización, como pseudo pensamiento". (1)

Nuestra vivencia, por los años que llevamos en el hospital, nos ratifica los distintos modos en que están mitificados numerosos hechos relacionados con la enfermería, como se explican los acontecimientos, como se justifican, como se aceptan como la realidad por excelencia.

Desmitificar los hechos implica romper con la mirada encubridora. Desde allí la apariencia se identifica con lo real absoluto y lo esencial suele quedar oculto.

Por ello desde un inicio y hasta el final del presente trabajo nos propusimos incluir la mirada crítica, sin lo cual es difícil avanzar en un análisis objetivo. Sería lo opuesto a la actitud ingenua, es plantearse interpelar los hechos, un problematizar a los hechos, aún lo obvio puede ser lo más desconocido.

Como fue explicitado en el capítulo anterior, la técnica implementada incorpora un disparador teórico. Este disparador teórico, para la primera reunión fue pensada y fundamentada en lo expuesto más arriba. Posteriormente, en las reuniones siguientes, para el disparador teórico se consideraron los temas de interés manifestados por el grupo y que mantuvieran la direccionalidad del trabajo de investigación. Lo que se considera de interés fue tomado de las situaciones evaluadas como

emergentes, de modo que dichos temas pudieran ser tomados y retrabajados generando otro nivel de conceptualización.

### **ACLARACIÓN SOBRE LA CONFECCIÓN DE LAS CRÓNICAS**

De acuerdo con la técnica grupal propuesta, hemos confeccionado una crónica de cada reunión. Lo transcrito en el presente trabajo no es de ningún modo una síntesis, sino que se trata de lo obtenido luego de la reelaboración de dicha crónica, cosa que se produce en un momento posterior como producto de la reflexión del equipo de coordinación.

A los fines de hacer más entendible la lectura por parte de cualquier examinador del trabajo, hemos enfatizado en lo que a nuestra consideración, pero son mucha rigurosidad, mantenía cierta direccionalidad y coherencia con la tarea. Como es propio de cualquier momento grupal y por los distintos estilos de comunicación, hay infinidad de comentarios poco comprensibles, con repeticiones y reiteraciones de frases y palabras, superposición de voces, interrupciones; todos hechos que hacen de la confección de la crónica una tarea ardua y compleja. Por tal motivo hemos ido articulando frases colocando puntos suspensivos, suprimiendo los aspectos de la comunicación entendida por nosotros como confusa y reiterativa, salvo que la misma nos permitiera comprender algún fenómeno.

Esta técnica suprime toda posibilidad del uso de grabador porque como observadores y coordinadores del acontecer grupal debemos estar atentos no solo a la comunicación verbal sino también a la paraverbal. El grabador nunca puede suplantar los sentimientos y percepciones que generan los aspectos latentes de la dinámica grupal y que son fundamentales para entender y decodificar "lo que está pasando". Además el discurso de una persona cobra significación a la luz de su historia, de su situación actual, de la red vincular, cosa que haría, sin su conocimiento, casi incomprendible cualquier relato.

## REUNIÓN N° 1

### APERTURA TEÓRICA

Se explica al grupo cuales son las características de la investigación participativa. Son explicitadas las características de la investigación cualitativa y su diferencia con la investigación cuantitativa, tomando el material bibliográfico de la Cátedra.

Remarcamos con énfasis la importancia de la transformación, móvil de este tipo de investigación, tanto como la apropiación de los conocimientos y de los resultados por quienes participan de la investigación.

Realizamos el señalamiento de lo que nosotros consideramos como la situación problema, los objetivos generales y específicos, así como la hipótesis. Son transmitidos verbalmente y por escrito a través de un módulo introductorio que incluye también un resumen del marco teórico.

Es enunciado cual será el encuadre de trabajo para cada reunión: días, horarios, roles de cada uno de los presentes.

Se hace una breve reseña histórica del Hospital El Sauce, desde su creación en 1951 hasta la actualidad. Para ello tomamos como referencia el trabajo "Historia de la Enfermería del Hospital El Sauce" en particular extractos del capítulo referido a los "Cambios Históricos en el rol del Enfermero Psiquiátrico – Hospital El sauce, 1951 –1997". (2)

Luego se comentan las distintas etapas del hospital:

"Esencialmente adoptamos como eje, para comprender las distintas etapas del hospital, en tanto instalaron la lógica y los objetivos de la institución, las distintas perspectivas terapéuticas predominantes y por momentos hegemónicas. Desde ahí la enfermería se desarrolla como subsidiaria de la actividad médica y sus vínculos con el paciente están condicionadas por las prácticas y las teorías que de modo explícito o implícito condicionan dichas prácticas"

Podemos describir, en grandes rasgos, las siguientes etapas:

a.- Etapa de los tratamientos biológicos. Predominantes durante las primeras épocas del Hospital hasta parte de la década del 60' (lobotomía, lobectomías, electroshock, insulino terapia)

b.- Advenimiento de los psicofármacos incisivos. Esto ocurre durante la década del 60'. Apertura del Servicio de Rehabilitación.

c.- Aparición del concepto de Comunidad Terapéutica y de las ideas fundantes de la antipsiquiatría. Estas concepciones tienen algún grado de ascendencia durante los 70' habiendo un corte disruptivo en el 76'. Regreso a anteriores prácticas.

d.- Se produce la Reforma Psiquiátrica Italiana que comienza a tener cierto grado de influencia especialmente a partir de los 80'. Aparecen con ella los conceptos de desmanicomialización, desinstitucionalización.

e.- Declaración de Caracas en 1990. Sugerencia de la O.M.S. y la O.P.S a los distintos países a aceptar estos lineamientos para la transformación en el ámbito de la psiquiatría. La década del 90' coincide con el auge de las políticas neoliberales y con ello se introducen reformas destinadas a la privatización y tercerización de servicios.

f.- Actualmente se vuelven a retomar los ejes planteados en la Declaración de Caracas con algún impacto en la descronificación y la desjudicialización de pacientes internados.

Dejamos librado al debate los conocimientos que los integrantes del grupo tienen sobre el tema, base para recorrer la desmitificación.

### CRÓNICA DE LA REUNIÓN N° 1

Coordinador: Por ser la primera reunión veo necesario repetir la modalidad de trabajo que les proponemos. Además de hacerles conocer cuales son las características de la investigación, la idea es que Uds. puedan conectar sus propias experiencias con el disparador teórico que desarrollamos en la primera parte de este encuentro, para ir construyendo entre todos una nueva mirada teórica acerca del tema que nos convoca: la modalidad vincular entre el enfermero – paciente y su relación con los cuidados.

Se produce un breve silencio.

Marina: Por lo que yo he escuchado de gente mayor que yo, el enfermero no hacía tareas de enfermería como hoy lo entendemos... no había medicación... se asemejaba mas a un geriátrico... también tenía a su cargo las tareas de limpieza.

Roberto: ...por ese entonces se empleaba la insulino terapia... el enfermero tenía una participación más activa. Por ejemplo participaba de las lobotomías y de los TEC (electroshock)... tenía muchas cosas para hacer... estaba mucho más tiempo con el paciente.

Silencio.

Estela: ...tengo entendido que eran casi todos empíricos... cualquiera podía ser enfermero... si toleraba estar con los pacientes... ¿habían criterios de admisión?

Roberto: Está bien, pero igualmente tenían una gran participación porque el médico no hacía nada sin el enfermero... le enseñaba porque lo necesitaba...

Estela: ...lo que habría que considerar es que realizaba múltiples funciones... ¿cómo era visto por el paciente?... ¿cómo se ganaba un lugar de respeto con el paciente?

Marina: Claro, porque no había delimitación de funciones. Toda las tareas le eran propias... no sé si alguien podía preguntarse si eso estaba bien o mal... tomaba como normal que el enfermero podía hacer todo... ¿de donde apareció esa idea?... también se facilitaba porque en un espacio tan grande la gente se ve poco...

Roberto: Al comienzo solo habían tres pabellones... los hospitales tenían las características del hospital San Antonio.

Algunos hablan entre sí de cómo era la estructura edilicia del hospital.

Estela: es difícil entenderlo... solo algunos eran enfermeros, comenzaban haciendo otra tarea en el hospital y luego pasaban a enfermería. Con suerte alguno haría un curso o le enseñaban los más viejos... predominaba la transmisión oral... eran buenos colaboradores del médico...

Marina: ...yo me pregunto si los pacientes eran iguales que ahora, me parece que tenían otras características... habían otras actividades que hoy ya no están... la huerta, la chacra... ¿que no se hacía...?

Roberto: yo me acuerdo que cuando viejos como Arenas (enfermero) decía que los alcohólicos tenían que trabajar para salir... de modo que cosechaban o realizaban otros trabajos...

Alberto: no se si era todo tan malo porque por lo menos el hospital se autoabastecía y por lo que yo he oído eran pocas las cosas que se compraban.

Helena: yo rescataría el hecho de que se hacían más fiestas y todos compartían de las fiestas como si fueran una familia... fíjense que todo eso ahora se ha perdido, cuando se hace una fiesta no va nadie... eso me parece lindo... son las cosas que se han perdido y que tendrían que volverse a retomar... pero no se como se logra... mientras que los de Terapia (Ocupacional) tengan a cargo la organización... no funciona... no saben lo que quieren los pacientes...

Se producen murmullos.

Coordinador: En general se habla desde los mitos... ya sea sobre el papel de los enfermeros, el lugar que tenían los enfermos... ¿qué cosas se podrían confirmar como ciertas?

Silencio.

Mariela: socialmente... siempre se le tuvo miedo al loco, creo que eso ocurrió siempre, está la duda de cómo va a reaccionar una persona loca... no sé si eso está muy superado. Pareciera que la postura de la sociedad es más abierta... antes se ocultaba más...

Helena: la gente ahora es más careta... no sé si le importa... acá todos los días aparecen casos sociales... uno no sabe para que los han internado... producen un gran esfuerzo de todo el equipo con pocos resultados... no hay otros lugares donde ubicar a estas personas...

Silencio.

Ricardo: ...preguntarse que piensa la gente de afuera... sobre el imaginario social... afuera piensan que se usa el chaleco de fuerza... la cosa está distorsionada... son muchas las cosas que la gente no sabe.

Roberto: creo que se piensa que uno se contagia del loco... por ahí algo de eso hay.

Hay algunos que sonrían y hablan entre ellos.

Roberto: Se dicen cosas que no son del todo ciertas.

Estela: ...a mi me afecta cuando he visto algún residente desde el momento que ingresó... uno los veía de estudiante... pasaba el tiempo... cambiaban notablemente... otros que se jubilaban luego de muchos años... uno se pregunta ¿cómo termina este médico...?

Ricardo: es como decir "los policías se vuelven ladrones"...

Yolanda: ... se mimetiza con el paciente... sino fíjense que le pasa a... hace algunos años no era así... es otra persona...

Ricardo: ...relacionarse pero no involucrarse... cuidarlo sin llegar a vincularse tanto... los problemas te pueden llegar a lo más sensible... encontrar una regla...

Estela: habría que preguntarse cual es tu rol... eso no está claro...

Coordinador: podríamos preguntarnos sobre el rol, pero también sobre aquello que genera miedo y que respuesta aparece.

Breve silencio.

Roberto: el no involucrarse te preserva... el gordo Sagas con el físico que tenía... se imponía... sin embargo nunca vi un tipo tan miedoso... yo creo que le tenía mucho miedo a los pacientes.

Julio: (interrumpe) parece que la idea es no contaminarse de lo de afuera... pensar en la actitud de cada uno... uno podría empezar a preguntarse que es salud mental... los miedos están... como el miedo a la muerte...

Silencio.

Julio: trabajar con adicciones produce mucha ansiedad... nos empuja permanentemente a un cambio... siempre digo que no se sabe trabajar en esos casos... hay que tener un solo discurso (del equipo)... mientras eso no se comprende es inútil el esfuerzo... uno se acostumbra a muchas cosas... uno se familiariza con la violencia en el lugar de trabajo...

Yolanda: lo que sucede es que antes el tipo de paciente era distinto. Uno podía estar con 80 pacientes y no pasaba nada. Era muy raro que se armaran líos... pero fíjate lo que pasa en el G (servicio G) todos los días tenemos algún problema... y las soluciones o no aparecen o llegan tarde... la paciente... estaba casi siempre agresiva... hubo que esperar que le pegara a alguien para que hicieran algo...

Teresa: creo que la idea equivocada es que se piense que este es el único lugar de contención... yo que trabajé en la DINAADyF veía como cuando no se puede hacer nada con algún paciente dicen: al Sauce... pienso que se ve de ese modo.

Estela: cuando uno esta frente a estos casos, díganme sino, cuesta entender que son pacientes... sabés que te manipulan... piensan permanentemente como aprovecharse de las circunstancias...

Marina: ... es como hemos escuchado y visto varias veces... se trata de patologías nuevas... hacerse a la idea de que es lo debemos enfrentar en el futuro... estas manifestaciones son lo nuevo...

Roberto: ... no son pacientes... yo a esos casos no los veo como pacientes...

Silencio.

Coordinador: si no son pacientes, uno podría preguntarse frente a quien está.

Teresa: En los hospitales generales... el problema de los que están excitados o brotados los pone impotentes... no saben que hacer... hay mucha ignorancia sobre las enfermedades mentales... ellos los encuentran inmanejables...

Ricardo: Es que directamente no lo aceptan... ahí nomás los mandan para acá... le buscan la vuelta para no hacerse cargo... no saben como abordarlos...

Yolanda: Es que directamente no quieren involucrarse... ni siquiera lo intentan... nosotros hablamos y hablamos con el paciente... forma parte de nuestra práctica...

Julio: ... nosotros lo vemos de otra forma, personas con sufrimiento mental... no son lo mismo estas enfermedades que contagiarse de piojos...

Murmullo y breve silencio.

Estela: La atención ha cambiado, es muy distinta... en eso se ha evolucionado...

Julio: Se ve un cambio de actitud... la forma de ver al enfermo... se habla mucho más...

Ricardo: ... no hay temor... cosa que en otros ámbitos produce mucha ansiedad...

Mariela: El tiempo del que disponemos es mayor... eso también ha cambiado.

Teresa: Yo siento que ahora podemos participar más con los pacientes... hemos ganado espacios... creo que hay una diferencia... no es igual que antes.

Coordinador: Bien... estamos sobre la hora. Hoy hemos tratado, como se pudo, reconstruir una historia, la del hospital y sus pacientes. Hemos podido preguntarnos sobre que hacemos y como hacemos nuestra tarea, sobre los miedos. Igualmente queda aún mucho por transitar. Nos encontramos dentro de 15 días.

### ANÁLISIS DE LA REUNIÓN

Por ser la primera reunión pudimos observar ante todo, que se daba un fenómeno universal en todo comienzo de construcción de un grupo. Preeminencia de lo que se denominan monólogos paralelos. Aparece predominantemente la persona centrada en la propia necesidad no pudiendo articularse con la necesidad del otro, una especie de fantasía de autoabastecimiento. (3)

Se producen muchos silencios, no percibidos como silencios reflexivos sino más bien como cargados de cierta ansiedad persecutoria: ¿qué piensa el otro de mí o de lo que estoy diciendo? temor al rechazo o a

que su idea sea impugnada por otro integrante. Si bien los integrantes se conocen entre sí deben pasar por un proceso de re – conocimiento, es decir: quien soy yo y quien es el otro en este nuevo grupo frente a esta nueva tarea que demanda un trabajo de investigación.

Igualmente aparece una gran riqueza conceptual frente a la propuesta de trabajo. Producto de las características y obstáculos propios de la primera reunión, es difícil detectar una línea argumental pero no por ello dejan de haber intervenciones que se constituyen en verdaderos portavoces del acontecer grupal.

Desde la posibilidad de trabajar los mitos surgen comentarios muy sugerentes:

“antes el enfermero estaba más tiempo con el paciente”

“los pacientes estaban ocupados con muchas actividades”

“todos compartían las fiestas como si fueran una familia”

Estos comentarios aparecen francamente contradictorios con aquellos que manifiestan su disconformidad con que el enfermero tuviera múltiples funciones y que por el carácter predominantemente empírico, en cuanto al ejercicio de su profesión, no se planteara otra relación con el paciente que no tuviera un aspecto fusional.

Tan es así que “hacían la labor de limpieza juntos, llevaban la ropa a la lavandería como si se tratara de un equipo de trabajo. Los pacientes además colaboraban en el cuidado y contención de otros pacientes” (4)

Hay un reconocimiento de que se ha modificado la relación con el paciente:

“se ve un cambio de actitud”

“la atención ha cambiado, es muy distinta”

“podemos participar más con el paciente”

“hemos ganado espacios”

“tenemos más tiempo”

No queda explicitado hasta el momento, pese a las afirmaciones, donde pueden demostrarse los cambios en la relación con el paciente, en que conductas y en que actitudes.

El temor a la locura aparece claramente representado cuando se plantea la posibilidad a “mimetizarse con el paciente” “los policías se vuelven ladrones” “uno se contagia del loco”. Clara representación de que el miedo a la locura que no solo está en la sociedad, en los que segregan, expulsan e instalan la problemática irresoluble de otros ámbitos en el hospital psiquiátrico.

Es traída una afirmación escuchada con cierta tibieza: “que es la salud mental”, “los miedos están como el miedo a la muerte”.

Tal vez por el momento de inicio no es tomado este comentario para ser analizado, siendo un tema nodal como posibilidad de desocultamiento, de desmitificación, de entrar con menor ansiedad a trabajar el terreno de los miedos que produce el contacto con la “locura”, repetidas veces tomada como metáfora de muerte.

“Con el físico que tenía se imponía”... “pero nunca vi un tipo tan miedoso”. Queda claro en esta reflexión que el poder no está en el músculo,

más, es insuficiente frente a la magnitud de aquello significado como peligroso. Nos sugiere un gran monto de impotencia. Sin duda el poder debería tener otro tipo de representación.

"El imaginario social... afuera piensan que se usa el chaleco de fuerza... son muchas las cosas que la gente no sabe" (de lo que es el hospital) Estas expresiones transitan el camino y el deseo de la ruptura de los mitos socialmente instalados pero que no solo están fuera del hospital. Son muchas las cosas que aún dentro del hospital devienen en confusión. Frente a las nuevas patologías "cuesta entender que son pacientes", "yo a esos casos no los veo como pacientes", "es lo que debemos enfrentar en el futuro". Sin embargo se le asignan a otras instituciones la incapacidad de trabajar con enfermos mentales "no saben que hacer", "hay mucha ignorancia", "no saben como abordarlos"

Concluimos la primera reunión con la hipótesis de que se torna en un obstáculo para los participantes hablar a partir de las percepciones particulares, de los propios vínculos y de sus miedos, de la dificultad de integrar el adentro con el afuera institucional desde una mirada crítica y / o autocrítica.

## REUNIÓN N° 2

### APERTURA TEÓRICA

A partir de las reflexiones efectuadas de la primera reunión y teniendo en cuenta los emergentes comentados, como equipo de coordinación consideramos que era necesario explicitar al grupo lo que entendíamos por **incorporar una mirada crítica a las modalidades vinculares**, centrándonos en que entendemos por "crítica".

También desde esta perspectiva reiteramos lo que la O.M.S. y la O.P.S. adoptan como crítica al modelo manicomial.

Para que quedara integrado con nuestra hipótesis de investigación retomamos el concepto de vínculo y sus vicisitudes.

El resumen de la parte expositiva fue la siguiente:

“¿Qué es la CRÍTICA?

- Crítica en sentido estricto es un análisis que nos permite ir logrando mayor objetividad (a partir de lo subjetivo)
- Es analizar un hecho, examinarlo perdiendo la actitud ingenua
- Es plantearse un interpelar a los hechos, un problematizar esos hechos, aún lo obvio.
- Una consecuencia de la crítica es la desmitificación, la ruptura de los mitos.
- La crítica es un interrogar a los fenómenos y las relaciones, en la búsqueda de las leyes internas, característico del pensamiento científico.

¿Cómo se realiza la CRÍTICA?

1º Reconociendo la práctica como primer momento para construir teoría o confirmar las existentes.

2º Estableciendo una ruptura con:

- La familiaridad acrítica.
- Con el mito de lo natural y de lo autoevidente.
- Que la presente cotidianidad, es lo real por excelencia". (5)

“La crítica al manicomio se ha venido estructurando a lo largo de cuatro ejes fundamentales: Ético – jurídico, clínico, institucional y sanitarista.

La violación de los derechos humanos de los pacientes, es el mayor cargo que en el plano ético se le hace al hospital psiquiátrico. Aliado a las ideologías dominantes en salud, aparece el aparato jurídico que contribuye a poner el rótulo definitivo al enfermo mental: el de peligroso. Creado éste mito, que promueve un status lapidario junto con las tutelas jurídicas, difícilmente una persona recupere o mantenga plenamente sus derechos civiles y su libertad.

En el eje clínico se señala la ineffectividad terapéutica y el papel que la institución jugaría como agente patógeno y cronificante.

La crítica del hospital psiquiátrico, desde la perspectiva del eje institucional, se fundamenta en observaciones con un enfoque sociológico. Es definido como una Institución Total, en tanto se hace cargo de la totalidad de la existencia del paciente, consolidaría su marginación y aislamiento del tejido social.

El examen desde el eje sanitarista, lo señala como la organización centralizada en la locura, produce también la locura administrativa, ejecutiva y organizativa. Otro factor que se añade, desde esta perspectiva, es la substracción de recursos humanos y financieros para posibles programas de asistencia extramanicomial". (6)

Definimos al vínculo como:

"Una estructura compleja que incluye un sujeto, un objeto (otro sujeto), su mutua interrelación en procesos de comunicación y aprendizaje".

Vemos por definición la importancia que tiene en la construcción de un vínculo la comunicación y el aprendizaje, hecho que es esencialmente significativo en la práctica de todo individuo y mucho más en términos de reflexión cuando en esa práctica se pone en juego un accionar que tiene que ver con el cuidado, la ayuda y el acompañamiento a otro sujeto.

A través de la complejidad de los procesos de comunicación y en el aprendizaje mutuo cobra relevancia el acontecer de una relación como puede ser el caso que nos convoca: la relación entre el enfermero y el paciente, en tanto instancia propicia para revisar la calidad de los vínculos.

La identidad se construye a partir de los primeros vínculos, de las primeras relaciones y está en permanente proceso de constitución.

No se construye una identidad en abstracto sino con otros y en la medida, incluso, en que me pueda reconocer como semejante y como diferente a ese otro.

Se desprende de la definición, que para que se dé un vínculo es necesaria la co - presencia permanente de un otro.

El aprendizaje y la comunicación producen modificaciones tanto en el sujeto como en el objeto, en un proceso de retroalimentación, hay por lo tanto interdependencia, que no quiere decir dependencia.

Además toda construcción vincular tiene "costos". Requiere:

- Reconocer las necesidades propias y del otro.
- Integrarse para efectuar una tarea o una acción determinada
- Tolerar las diferencias.
- A los procesos de comunicación es fácil comprenderlos teóricamente pero difíciles de comprender cuando uno se observa aprendiendo a comunicarse.
- Pasar por sentimientos de confusión que toda experiencia nueva moviliza".

(7)

## CRÓNICA DE LA REUNIÓN N° 2

Coordinador: Hasta acá hablamos sobre los emergentes de la reunión anterior y sobre eso armamos una devolución de tipo teórica. En lo que queda de tiempo podemos retrabajar grupalmente estos emergentes e ir aportando nuevos conceptos.

Susana: Se me ocurre que muchos de nuestros problemas, en el trabajo con el paciente, debe tener como inicio la pregunta ¿qué es salud mental?... ¿Cómo tratar lo relacionado con la salud mental? ...ese sería un buen punto de partida... creo.

Hay murmullos, hay diálogos entre los integrantes.

Coordinador: Les sugeriría que hablaran hacia el grupo de modo que todos escuchemos lo que están pensando.

Marina: Creo que la relación con los pacientes es hoy más directa y se consideran los aspectos humanos. A mi modo de ver la psiquiatría ha cambiado... han habido muchos avances.

Coordinador: ¿Esto sería generalizable o da cuenta de aspectos aislados?

Julio: Yo esto lo pienso relacionándolo con el tipo de pacientes... efectividad de los tratamientos... sobre uno mismo... sobre la profesión... ¿qué serían avances?

Alberto: ... no sé, habría que verlo según los servicios... no es lo mismo mi servicio que el servicio "C"... es una idea...

Natalia: Yo veo que no es la misma fluidez de un servicio a otro... no se trabaja igual en todos los servicios... algunas veces parecen mundos distintos.

Teresa: (interrumpiendo) los pacientes del servicio "C" tienen en la boca la palabra "derecho"... parece que uno es empleado de ellos...

Natalia: ... y te lo dicen como una amenaza... y eso te molesta... hay que ponerlos en su lugar...

Julio: ...hay que evaluar bien cada situación... somos agentes represores desde una época anterior... los pacientes tienen derechos...

Estela: los pacientes tienen obligaciones... esto lo trabajamos en el Comité de Ética... sino parece que pueden hacer cualquier cosa y uno lo tiene que aceptar así por su enfermedad...

Roberto: Los médicos abrieron el campo para que los pacientes olvidaran sus obligaciones... no saben las consecuencias de esto... nosotros lo vemos todos los días.

Gustavo: ... el médico debería dar las pautas...

Alberto: ... debe haber un trabajo de equipo... antes había una normativa acerca de cuando sacarle la ropa... y la respetaban todos... sino unos son los malos y otros los buenos...

Gustavo: Habría que preguntarse si hoy se puede hacer lo mismo y si legalmente uno tiene apoyo... quien te va a apoyar en las acciones que uno toma con los pacientes... uno tiene la impresión que no puede hacer nada... cualquier cosa el paciente te denuncia... a mi me denunció un paciente porque le dije que mantuviera el orden en la habitación...

Estela: La única vía es hacer normativas claras y que la cumplan todos... y que la conozcan todos...

Alfredo: ...es muy relativo... como se interpretan las normas... siempre se le puede buscar como zafar...

Varios dialogan entre sí.

Gustavo: ...el médico no apoya las decisiones tomadas por los enfermeros en relación con el paciente... solamente lo apoyan los compañeros...

Alberto: Se trabaja sin protocolos... ahora se ve la necesidad de tenerlos... eso favorece el trabajo en equipos...

Se desencadena una serie de diálogos entre varios integrantes, la comunicación intragrupal se hace confusa.

Coordinador: ¿los derechos del paciente, consideran Uds. que son un obstáculo para el trabajo?

Julio: es un complemento... son individuos con derechos y están al cuidado nuestro...

Jorge: Se les debe demostrar también las obligaciones...

Susana: la idea que no debe perderse... parece que muchos no lo tienen en cuenta... los pacientes nuestros... en su mayoría no se han adaptado a la sociedad... traen una historia de abandono... la disciplina, las normas se van mamando.

El último comentario es tapado por murmullos o diálogos que hacen dificultosa la escucha.

Coordinador: No es novedad que yo les diga que por formación el enfermero debe ser un educador.

Mauricio: ...es básico, la educación es el primer paso que debe efectuar el enfermero con el paciente... no es fácil...

Gustavo: Uno debe crecer como profesional, es un desafío para la profesión... se debe tener claro el rol.

Teresa: ...para eso se debe insistir más con la formación, durante cuantos años los pacientes estuvieron al cuidado de personas que tenían apenas la escuela primaria... y no sé hasta donde... es un desafío primordial.

Jorge: Hay muchas cosas a tener en cuenta... afecta la relación con el paciente el hecho que está relacionado con la salud mental... no es como otra especialidad en donde se da otra exigencia... y nos afectan otras cosas como las horas de trabajo... y los sueldos que son para pasar hambre.

Mauricio: ...yo siempre me pregunto como hizo una persona para trabajar, como algunos que hemos visto aquí, que eran de las primeras épocas... trabajaron 40 años... como hacen para que no les afecte la salud mental.

Julio: Es real... si se queda en la sala... uno va a terminar mal... se deben buscar otras salidas... saliendo a programas, por ejemplo... a mí me oxigena el poder estar en los seguimientos domiciliarios... eso me permite ver otras cosas y entender cosas del contexto del paciente... de lo contrario uno se aliena.

Natalia: ...¿cómo se aliena?

Silencio. Nadie contesta la pregunta.

Susana: A mí me pasa en el centro comunitario, la relación con la gente que concurre ahí es muy distinta... también lo siento más sano.

Se produce un silencio sentido como reflexivo.

Coordinador: Les vamos a proponer un ejercicio grupal. La consigna es que empleando no más de 3 palabras puedan denotar como se ven actuando con el paciente. A las palabras las vamos a ir anotando en el pizarrón de modo que podamos integrar todo lo dicho ¿qué les parece? Puede empezar el que quiera y en el orden que quieran.

Gustavo: humor, porque abre puertas. Atención, es dedicación, mirar. Escuchar, es fundamental escuchar al paciente.

Coordinador: ¿Podés pasar y escribirlo en el pizarrón?

Jorge: Solidaridad, da otro punto de vista al cuidado. Voluntad, te permite arrimarte al paciente. Yo también elegiría escuchar.

Marina: Yo digo: diálogo, tiempo, atención. Lo escribo así.

Se produce un momento de silencio. Nadie toma nuevamente la iniciativa a pasar a escribir su opinión.

Coordinador: No estamos tomando examen. Cada uno puede poner libremente lo que piensa.

Estela: Bien, yo... Credibilidad, confianza, educación.

Roberto: Flexibilidad, tolerancia y me inclino por colaborador.

Natalia: Me inclino más por comprensión, ayudar, escuchar.

Mauricio: Yo digo interés, confianza, afecto.

Ricardo: Afecto, respeto y tolerancia.

Alberto: Diálogo de acuerdo a la edad. Escuchar, marca diferencias entre hacerlo o no. Respeto con el paciente.

Mariela: Comunicación, poner límites, darle tiempo.

Alfredo: Tolerancia, flexibilidad. No se me ocurre otra sin repetir. También puede ser comunicación.

Luis: Ser amable con el paciente. Marcar las obligaciones. Habilidad y también ser recto.

Susana: Pongo: respeto, adaptación, educación.

Teresa: Paciente o paciencia, permeable, respeto.

Julio: Respeto, saber escuchar, transmitir salud.

Helena: Comunicación, nexo. La educación, por la importancia.

Se produce un diálogo sostenido entre varios integrantes del grupo.

Coordinador: Ya estamos sobre la hora, como parte del encuadre debemos respetar tanto el horario de comienzo como de cierre de la reunión. Sin duda y por lo que veo muchos de Uds. quisieran seguir aportando más conceptos. Pueden irse pensando sobre lo dicho y trabajado hoy y retomarlo o traerlo en otro momento que consideren oportuno. Revisemos como pensamos y actuamos a partir de ahora.

## ANÁLISIS DE LA REUNIÓN

Por tratarse recién de la segunda reunión, observamos que si bien la información aportada por el momento teórico es uno de los aspectos que explícitamente muchos han venido a buscar, aún así ese momento teórico aparece como un cuerpo extraño que tiene que ser digerido, asimilado: "En el campo del conocimiento el Objeto de Conocimiento se sitúa casi como un enemigo del Sujeto. Este enemigo despierta hostilidad como primer movimiento dialéctico de contacto con él". "En el proceso de asimilación del conocimiento hay en primer lugar una hostilidad y un deseo de mantenerse aislados como grupo frente a la teoría". (8)

La teoría aparece a través de pequeñas frases, como tímidos aportes traídos por algunos integrantes, como forma de incluir la razón de su presencia allí.

Comenzamos a percibir una marcada resistencia al cambio desde la propuesta de efectuar una la revisión crítica de la realidad, de la práctica, de los propios vínculos y de los vínculos que los enfermeros mantienen con los pacientes y en el orden institucional el modo en que la mayor parte de las veces el paciente no es reconocido como sujeto de derechos ni por la justicia ni por el hospital.

En el plano manifiesto se percibe la resistencia desde la explicitación de las cosas que moviliza el hecho de que los pacientes piden que se les reconozcan sus derechos: "tienen en la boca la palabra derecho", "parece que uno es empleado de ellos", "y te lo dicen como una amenaza", "y eso te molesta", "hay que ponerlos en su lugar".

Y de un modo latente y como una racionalización: "esto lo trabajamos en el Comité de Ética... sino parece que pueden hacer cualquier cosa y uno lo tiene que aceptar así por su enfermedad". En otros casos es desplazado el problema a los médicos o a la falta de normativas: "el médico debe dar las pautas", "los médicos abrieron el campo para que los pacientes olvidaran sus obligaciones... no saben las consecuencias de esto". Otra pregunta clave emerge de uno de los integrantes cuando dice: "habría que preguntarse si se puede hacer lo mismo (con el paciente) y si legalmente uno tiene apoyo... cualquier cosa el paciente te denuncia".

Recordemos que dentro de cualquier proceso de aprendizaje, tal como se da en un proceso grupal, la resistencia al cambio es algo esperable. "Los nuevos conceptos, toda información que implique un cambio de percepción de sí mismo tiende a ser rechazado. Impacta el narcisismo, ataca la fantasía omnipotente desde la que cuesta aceptar carencias o límites" (9).

Hay aprendizajes que generan fuertes resistencias, por las características angustiantes del objeto de conocimiento y claro ejemplo de esto es el caso de la muerte y la locura, tal vez por ello uno de los integrantes afirma: "los que trabajaron 40 años... ¿cómo hicieron para que no les afectara la salud mental? Este tema también apareció en la reunión anterior con mucha fuerza.

La ansiedad frente al aprendizaje disminuye y por lo tanto la resistencia al cambio, cuando hay una articulación entre lo previo y lo nuevo, en un nivel de integración de ambos. Desaparece así la sensación de salto al vacío, hay integración con la propia historia y con la experiencia.

Aunque no conscientemente, desde ahí es sentida la necesidad de incorporar la educación hacia el paciente y hacia la profesión. Surgen opiniones como: "la educación es el primer paso que debe efectuar el enfermero con el paciente", "uno debe crecer como profesional, es un desafío", "se debe insistir más con la formación", "¿durante cuantos años los pacientes estuvieron al cuidado de personas que tenían apenas la escuela primaria?"

Dentro del plano interpretativo, se nos ocurre que hay dos conceptos que se instalan como obstáculos epistemológicos para el grupo. Uno de ellos es la resistencia a trabajar, aún siendo mencionado por algún integrante del grupo, el tema referido a ¿qué significa salud mental? ¿qué implicancias tiene trabajar con la salud mental?. Y otro concepto por demás significativo, por el ámbito y por el tipo de labor hospitalaria, es: ¿qué significado se le asigna al término alienación?.

Finalmente, haciendo una síntesis de los términos empleados en el ejercicio grupal, con la consigna "de cómo se ven actuando con el paciente", vemos que se usaron los siguientes:

respeto	flexibilidad	adaptación	educación
credibilidad	confianza	ida y vuelta	nexo
escucha	orientación	eficacia	salud
tolerancia	humor	comprensión	aporte
contención	observación	solidaridad	afecto
seguridad	comunicación	habilidad	
marcar obligaciones			

Nos parece interesante remarcar que casi todos los términos están puestos en el plano de lo que cualquiera consideraría como positivo, lo requerido, lo esperado. Aparece escamoteado aquello que no tienen logrado o que resulta un obstáculo para el vínculo con el paciente.

Nuestra hipótesis para esta segunda reunión es que hay conceptos que se muestran muy disociados. Se requiere aún transitar un camino de integración entre experiencia, conocimiento, sentimiento y acción.

## REUNIÓN N° 3

### APERTURA TEÓRICA

A partir de las dudas que nosotros hemos detectando como necesarias esclarecer, para apoyar el proceso de investigación y aprendizaje y por ser importantes en el proceso grupal como disparadores, desarrollamos una exposición teórica basada en:

- Los derechos del paciente, cualquiera fuera su patología, no solo por el aspecto ético que conlleva, sino por considerarlo como la base de cualquier relación terapéutica.
- Los derechos del equipo de salud.
- Las obligaciones tanto del paciente como del equipo de salud.

Con motivo de que los conceptos de **alienación y salud mental**, consideramos que estaban instalados como obstáculos epistemológicos, hicimos un resumen de los significados dados por algunos autores.

#### Acerca del término alienación

Por una parte el término alienación se lo puede tomar como sinónimo de locura, de enajenación.

Otras acepciones provienen del campo de la sociología, de la psicología social y de ahí se habla de alienación, que etimológicamente proviene de "alienus" (ajeno), significando el sentirse extraño, lejano, despojado, disociado.

"A quien se aliena su propia actividad se le torna extraña y desde allí siente a esa actividad como pasividad, siente que su energía psíquica y física se desgasta, se agota, se pierde en un hacer o en un objeto que no lo reflejan.

Dicho de otro modo: no se apropia del producto de su trabajo. Entrega su vida al objeto producido, en la producción, pero no puede reintroyectar lo proyectado, no puede identificarse, reencontrarse con el producto.

Así se empobrece su identidad, se pierde a sí mismo, pierde su realidad de productor. La organización material del trabajo entra en una relación disociada, cosificante consigo mismo, con su cuerpo.

El proceso de trabajo como el producto de su esfuerzo se le vuelven ajenos, gobernados por leyes en las que no incide, el objeto que debería reflejarlo se le sustrae, se le escapa y con él su identidad, su mismidad: el sujeto se cosifica.

El hombre sigue siendo el protagonista de la construcción social, pero alienado pierde esa conciencia de sí. Se ha empobrecido psicológicamente, humanamente, en vez de desarrollarse, ampliar su yo y su conciencia. El trabajo deja de ser un fin en sí mismo, un goce, un acto libre, para transformarse solo en un medio". (10)

### Acerca del concepto de Salud Mental

Para ello tomamos dos definiciones que consideramos que se aproximan más a los paradigmas e ideologías que sustentan nuestro trabajo.

a.- Una definición de Salud Mental podría ser: "Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetiva u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social". (11)

b.- Otra definición toma a la salud mental como la posibilidad de una "adaptación activa" a la realidad. "Adaptación activa que se entiende como una relación dialéctica, mutuamente transformante entre sujeto y contexto social vincular. Adaptación activa, relación transformante que implica una conciencia crítica, es decir una superación de las ilusiones encubridoras respecto de la propia realidad; lectura de la realidad; conocimiento de la propia necesidad, de la necesidad como grupo, como comunidad.

Se define también como lo opuesto a la adaptación pasiva, aceptación acrítica, estereotipada de normas y valores. Salud mental queda en este planteo íntimamente ligada al aprendizaje, creatividad, relación libre entre el sujeto y el mundo. Conciencia de las necesidades que no se agota en conocerlas, en hacer insight acerca de ellas, sino en darse las formas organizativas aptas para resolver esas necesidades". (12)

De modo que las definiciones aportadas ponen el énfasis en la posibilidad de resolución de los conflictos, insight, transformación, creatividad, aprendizaje.

Como comentamos más arriba, expusimos lo referido a los derechos y obligaciones, tanto del paciente como del equipo de salud.

### Derechos del paciente

- Recibir de todo el equipo de salud un trato respetuoso y asistencia sin ningún tipo de discriminación, en un ámbito que garantice las condiciones necesarias para su padecimiento.
- Exponer quejas sobre la atención y los servicios y exigir una respuesta de los responsables.
- Acceder a una asistencia de emergencia cuando su estado lo requiera.
- Exigir agilidad y sencillez en los trámites administrativos que deba cumplir y requerir la factura de los gastos.
- Solicitar el resumen de su historia clínica cuando sale de alta y recibir las instrucciones para continuar la atención.
- Recibir atención para aliviar su sufrimiento.
- Morir en paz, y en lo posible rodeado de sus seres queridos.
- Ser respetado en su identidad cultural, religión y costumbres.

- Estar informado sobre las características de su enfermedad y los riesgos del tratamiento indicado y dar su consentimiento o negarse a la realización de prácticas o tratamientos. Excepciones: cuando su negativa implique riesgo para la salud pública, se encuentre incapacitado para ejercer su derecho o su situación sea de emergencia médica y se presuma lesión irreversible o riesgo de muerte.
- Conocer sus derechos y las normas de la investigación, especialmente cuando se trate de lugares donde se desarrollan trabajos de investigación y docencia. Aceptar o negarse a participar de actividades de docentes o de investigadores dentro del servicio.

### Obligaciones

- Colaborar con el equipo de salud para la elaboración del diagnóstico y comprometerse con el tratamiento indicado.
- No dañar las instalaciones ni el equipamiento. Preservar la tranquilidad del lugar y favorecer una convivencia armónica.
- Tratar con respeto y consideración a todo el equipo de salud y a los demás pacientes.
- Respetar el reglamento interno de la institución.

### Derechos del equipo de salud

- Acceder a su capacitación y perfeccionamiento permanente.
- Ocupar cargos o ejercer funciones, con la sola limitación de su nivel de capacitación y competencia técnico - científica.
- Exigir del paciente y su familia un trato respetuoso y considerado.
- Demandar el cumplimiento de los reglamentos internos y de las normas que contribuyan a una relación óptima entre el equipo de salud y el paciente.
- Requerir a los pacientes veracidad en las respuestas y colaboración en el seguimiento de su tratamiento.

### Obligaciones

- Brindar a los pacientes un cuidado y trato respetuosos.
- Informar en lenguaje claro y simple la naturaleza de las prácticas y tratamientos, sus riesgos y beneficios.
- Respetar la decisión de los pacientes capaces cuando rechazan algún tratamiento. (13)

## **CRÓNICA DE LA REUNIÓN N° 3**

Los integrantes del grupo mientras que conversan en forma animada, se comienzan a acomodar en círculo. Luego hacen silencio y se observan, a la espera que alguien comience a hablar.

Estela: Bueno si nadie habla yo quiero decir que en la reunión anterior me quedé pensando en lo que dijo Julio... porque el término me resultó extraño... alineación... lo había escuchado pero nunca me puse a buscar el significado. También me resultó importante tener claro el concepto de vínculo... no siempre nos apoyamos en una buena comunicación.

Mariela: ...la mayor parte de las veces se rompe (la comunicación)... es difícil mantenerla en todos las direcciones.

Ricardo: ...yo he comenzado a plantearme... si uno quiere trabajar de otro modo... ¿qué es una relación terapéutica? ... una relación distinta con esa otra persona a la que debemos cuidar... no alcanza con el sentido común... mucho empirismo en nuestra tarea.

Natalia: ...si hablamos de la realidad de hoy... no tenemos tiempo para hablar con el paciente... falta personal... a veces estamos solos para mucha gente...

Se produce un silencio prolongado.

Estela: Lo del tiempo, es para pensar... debemos pensar de manera diferente... nuestro rol es muy importante... los enfermeros podríamos tener una influencia mayor en el diagnóstico y curación del paciente.

Coordinador: ¿Cómo consideran que usan el tiempo?

Mauricio: Nuestro contacto con el paciente es muy estrecho pero le dejamos al psicólogo que hable con él... no tenemos la suficiente comunicación con el paciente... necesitamos ganar espacio... ser reconocidos por los médicos y los familiares del paciente... pienso que tiempo hay... como lo aprovechamos es el tema... tenemos relámpagos de comunicación... si lo hiciéramos más seguido.

Alberto: ...Y... va a depender mucho del servicio donde estemos. No es lo mismo el "E" que otros servicios... los enfermeros de judiciales (servicio "E") tenemos otra visión de la realidad.

Luis: Yo concuerdo con vos... va a depender mucho del servicio... nuestra relación con el paciente es más fluida y se enfoca en lo humano... la atención del paciente psiquiátrico es más humana... bueno pero siempre tenemos un rato para enseñar pero no lo hacemos.

Lourdes: Eso creo que nos ayudaría... no siempre esta definida nuestra función... se mezcla nuestra tarea con la del médico, con la del psiquiatra... supongamos que no nos apoyemos en nuestras propias actividades... sería muy frustrante.

Se genera un murmullo, se escuchan quejas.

Estela: A veces una no llega a conocer al paciente... también hay que saber escuchar a los pacientes penitenciarios... ahí empiezan a surgir tus propios miedos... una se siente obligada a escuchar al paciente... pero no lo llegas a conocer. Por la patología de estos pacientes (judiciales y penitenciarios) es difícil conocer, escuchar y hablar... ¿cómo nos ubicamos los enfermeros?... en los servicios cerrados hay que mantener la distancia.

Marina: Los pacientes crónicos en el turno noche se ven como vegetando en la oscuridad... sin embargo la noche nos sirve para ser más comprensivos... hay más comunicación.

Susana: De todos modos debería haber un cambio de actitud... tiene que ver con cada uno y con uno mismo... hay mucho de lo particular que podemos dar... es que nosotros no nos animamos... depende del compromiso de cada uno... la actividad nos deja más estimulados y no nos quedamos como frustrados.

Se escuchan murmullos.

Alfredo: No se pueden tratar a todos los pacientes por igual... en algunos servicios se ha mejorado mucho la atención gracias a los conocimientos y quitando los temores.

Natalia: Los pacientes no nos ven igual... según el servicio en donde estés... no es lo mismo crónicos que agudos... los pacientes deben aprender a reconocer las obligaciones.

Helena: Nos ven como agentes represores... bueno... somos represores en general... en el pabellón judicial tenemos ese rol...

Alfredo: Es que en ese servicio el paciente también tiene obligaciones y somos nosotros los que tenemos que enseñarle sus obligaciones.

Natalia: ¿y los médicos?...

Alfredo: Ellos no nos apoyan a nosotros... pero sí se apoyan en nuestras prácticas...

Mariela: ...a veces suelen leer nuestros registros... si leyeran más nuestros informes se podría mejorar mucho la atención.

Alfredo: Sí, es cierto... ellos se apoyan en nosotros cuando no quieren que los llamemos... pero si pasa algo la culpa es nuestra.

Luis: Hay que relacionarse más con los médicos para hacer ver nuestro punto de vista... y así lograr lo que vos querés.

Roberto: ...sí hacer un circo... la torta de chocolate es muy rica pero nadie la hace... nadie te apoya.

Gustavo: El médico le cree al paciente... yo tuve un caso particular... un problema... y se creyó más en el paciente que en mí... estamos trabajando en el aire.

Luis: Yo no creo que sea tan así.

Gustavo: bueno, será tu caso.

Coordinador: Así como se viene dando la conversación se escucha como que el enfermero es rehén o víctima. De este modo el camino del cambio queda obturado. ¿Hay otra mirada posible?

Alberto: He notado la diferencia del paciente crónico, son pacientes más reflexivos... en la noche se les dedica más tiempo... se nota el afecto hacia los enfermeros...

Susana: Hay que aprovechar los tiempos... los pacientes cuentan su historia... el tiempo es fundamental... yo lo veo más en el paciente ambulatorio... darse el espacio... los cinco minutos de oreja... es muy importante escuchar a la gente... se conocen sus problemas... el tiempo que le dedicás para ser contenedor y crear un vínculo... sí es cierto que un problema es que a veces falta personal...

Luis: Si uno quiere se hace el espacio o el tiempo para conversar con el paciente.

Alberto: Yo me acuerdo que a un paciente se consiguió enviarlo a San Luis gracias que tuve la oportunidad de hablar con él... pasó mucho tiempo porque no hablaba con nadie, no daba ningún dato... me fui haciendo de su confianza... yo todas las noches intentaba un acercamiento... después de 10 días y de charlar cinco o diez minutos cada vez que lo veía empezó a entender donde estaba... a unir cosas... me dijo todo lo que le pasaba y me dio todos los datos... lo pudimos volver a su casa... y eso no lo logró ni el psicólogo ni el médico... lo hice yo con paciencia... sin duda que lo que debería ser es que cuando uno trabaja con gente es darle espacio y sino hay que crearlo.

Gustavo: Me consta lo de Alberto porque en ese entonces yo trabajaba con vos (señalándolo)

Ricardo: Los pacientes tienen una carencia afectiva... los pacientes no quieren que nos vayamos porque nadie los escucha... la experiencia nos lleva a la creatividad pero debe estar unido con el crecimiento profesional.

Silencio. Los integrantes parecen reflexionar sobre los contenidos del debate.

Julio: Un modo de llegar es respetando sus derechos... bien aplicados son de gran ayuda... ellos a pesar de su enfermedad necesitan sus derechos y obligaciones... necesitamos trabajar más en eso... los enfermeros somos los primeros educadores... la educación en salud es el primer paso... podemos y debemos mejorar... dejando de culpar a los demás de nuestros propios errores.

Silencio.

Coordinador: Me sonó muy pertinente esto de unir la experiencia con la creatividad. Hemos visto la importancia de la creatividad sobre la salud mental. ¿Que aportes se pueden hacer desde esta perspectiva?

Helena: Hay que buscar otra tarea que no sea en el área de salud para hacer.

Julio: Yo les decía anteriormente que para mí el estar en el seguimiento domiciliario es salud, podés ver otras realidades y no vivís tan acosado como en los hospitales que todos te dicen que hacer... eso significa para mi salud.

Javier: No todos tenemos oportunidades... no crecemos solos... debemos estar más unidos.

Alfredo: Trabajar con los médicos no es fácil... tenemos que enseñarles también a ellos que somos profesionales... cuando vos tenés estudio te empiezan a escuchar de un modo distinto... los títulos son como rótulos pero te sirven.

Lourdes: Debemos pensar más en el rol independiente... escribir más... y que continúen los diálogos internos... también es necesario que más se abran... no somos escuchados por nuestros jefes... también afecta la relación cuando es distante... con los jefes y compañeros.

Estela: Estamos capacitados para hablar con la familia y no es necesario pedir permiso para hablar con ellos... yo lo tengo asumido... además mejora nuestros informes en la historia clínica porque nos da información muy importante

Marina: Somos el nexo entre el paciente y la familia... nosotros nos desvalorizamos porque creemos que no tenemos herramientas para trabajar.

Teresa: Cuando no está el médico es más claro... la familia puede hablar con nosotros... la primera entrevista la tiene con nosotros.

Mauricio: Mi modo de ver... para mí faltan protocolos...

Coordinador: Bien, cerramos aquí. Hoy se han trabajado infinidad de temas. Casi todos han quedado abiertos. Yo los dejaría frente a la pregunta: ¿para hablar con los pacientes y que esa conversación pueda tener un impacto terapéutico es necesario ser psicólogo o psiquiatra o trabajador social? Ayudar a pensar alternativas de vida, acompañar y confiar que la otra persona pueda ir encontrando las respuestas más cercanas a sus necesidades ¿puede ser una de nuestras tareas diarias?

## ANÁLISIS DE LA REUNIÓN

Sin duda, en esta reunión comienza a aparecer una gran producción grupal. Observamos un salto cualitativo respecto de las reuniones anteriores. Los integrantes pueden comenzar a re trabajar la teoría desde el lugar de su experiencia, y aún con contradicciones, se observan manifestaciones más claras en el intento de enmarcar la actividad dentro del plano de la investigación.

Parece instalarse una situación donde el momento teórico es escuchado en función del grupo. Hay una mayor identificación con el objeto de conocimiento en un intento de penetrar en él. "Este momento y este modo de relación con el objeto de conocimiento forma parte de la estructura del proceso creador". (14)

Más allá de que partimos del supuesto de que ningún proceso grupal es lineal, es decir que tendrá avances y retrocesos, tendemos a interpretar que se pudo progresar en varios puntos:

La incidencia del contexto en que se ubica cada servicio de internación como posibilidad o dificultad para instalar una comunicación y un tiempo disponible para el paciente: "a los pacientes penitenciarios... ahí empiezan a surgir tus propios miedos... no los llegás a conocer...", "con los pacientes crónicos hay más comunicación", "nos sirve para ser más comprensivos", "en la noche se les dedica más tiempo", "se nota el afecto hacia los enfermeros"

A la vez afirmaciones como estas abren el campo para interrogarse acerca de la relación terapéutica. Un integrante ya en la apertura plantea sugerentemente ¿qué es una relación terapéutica? aspecto que estará latente durante toda la reunión.

Así aparecen el uso del tiempo y el conocimiento como variables a reconsiderar al servicio de modificar el vínculo con el paciente: "aprovechar los tiempos", "los pacientes cuentan su historia", "el tiempo que le dedicás para ser contenedor y crear un vínculo", "si uno quiere se hace el espacio y el tiempo" Ejemplo sólidamente demostrado por Alberto cuando cuenta su experiencia que posibilitó la externación de un paciente.

Otro de los integrantes puede traer la posibilidad de cruzar la línea divisoria de lo que no se sabe a lo que hay que saber: "hay mucho empirismo", "la experiencia nos lleva a la creatividad pero debe estar unido con el crecimiento profesional". Antes otra integrante reclama: "supongamos que no nos apoyemos en nuestras propias actividades... sería muy frustrante". En la misma dirección apunta la afirmación: "estamos capacitados para hablar con la familia y no es necesario pedir permiso para hablar con ellos".

La instancia de pensar en la salud mental aún queda circunscripto a las posibilidades individuales, aunque queda claro que hay experiencias en la que: "podés ver otras realidades y no vivís tan acosado como en los hospitales que todos te dicen que hacer", "eso significa para mí salud", "hay que buscar otra tarea que no sea en el área de salud". Una expresión que no es tomada por el grupo y que apunta a pensar a la salud mental en un marco más amplio es aquella que manifiesta: "no crecemos solos".

El respeto por los derechos del paciente, también como complemento para mejorar la relación con el mismo, se nos ocurre que no fue algo saldado completamente por el grupo. El tema es trabajado con un estilo muy intelectualizado, que es un modo de poner el tema a tratar a cierta lejanía de la crítica profunda. Nadie podría poner en duda, racionalmente, que al paciente hay que educarlo en algunos aspectos y que "los enfermeros somos los primeros educadores".

Nos parece valioso el intento de comenzar a revisar las relaciones dentro del equipo de salud como dispositivos necesarios para planificar otra calidad de intervención frente al paciente. En un momento se escucha como queja e impotencia frente a la figura del médico: "ellos no nos apoyan a nosotros", "ellos se apoyan en nosotros cuando no quieren que los llamemos", "el médico le cree al paciente", "si pasa algo es culpa nuestra". Uno de los integrantes plantea una salida cercana a la seducción: "hay que relacionarse más con los médicos... y así lograr lo que vos querés", lo que es respondido con una metáfora: "la torta de chocolate es muy rica pero nadie la hace... nadie te apoya".

Frente a esto aparecen opiniones puestas en el proyecto, como actitud más madura, como forma de salir de la parálisis que genera el lugar del saber legitimado que tiene el médico en las instituciones de salud. Registramos: "dejar de culpar a los demás de nuestros propios errores", "cuando vos tenés estudio te empiezan a escuchar de un modo distinto", "debemos pensar más en el rol independiente", "ser escuchados por nuestros jefes", "nosotros nos desvalorizamos porque creemos que no tenemos herramientas para trabajar".

Queda como hipótesis de esta reunión, que para apoyar algunas de las salidas que requiere el grupo es importante trabajar en las próximas reuniones el concepto de relación terapéutica y el de saber – poder a través del lugar que ocupan los actores institucionales y que caracteriza el ejercicio de la función.

La opinión de "ser escuchados por nuestros jefes" y "afecta la relación a distancia" remite a pensar sobre la responsabilidad y el lugar que ocupa en este escenario la autoridad ¿cuál es el mensaje y la gestión que puede apoyar la conducta crítica?

En este punto se debe considerar que la responsabilidad de la autoridad no se limita a la emisión de órdenes y sanciones, sino que también incluye la capacidad de escuchar y comprender las necesidades y preocupaciones de los subordinados.

Es necesario analizar algunas variables que influyen en la percepción de la autoridad, como el nivel de comunicación, la claridad de las instrucciones y la capacidad de escuchar y comprender las necesidades y preocupaciones de los subordinados.

Para mejorar la relación de autoridad se deben implementar estrategias que permitan mejorar la comunicación y la comprensión de las necesidades y preocupaciones de los subordinados.

En la siguiente sección se presentarán algunas estrategias que pueden ser utilizadas para mejorar la relación de autoridad.

### DESTACADOS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD

- Fortalecimiento del equipo de salud a través de la capacitación y el desarrollo de competencias de liderazgo y gestión.
- Establecimiento de canales de comunicación efectivos.
- Exigencia de claridad en las instrucciones.
- Fomento de la autonomía y la responsabilidad.
- Promoción de la colaboración y el trabajo en equipo.
- Implementación de mecanismos de retroalimentación.
- Establecimiento de metas claras y alcanzables.
- Fomento de la participación y el compromiso de los miembros del equipo.
- Implementación de estrategias de motivación y reconocimiento.
- Establecimiento de un clima de confianza y respeto.

## REUNIÓN N° 4

### APERTURA TEÓRICA

En virtud de que los emergentes de la reunión anterior fueron numerosos, pensamos seleccionar algún tema en particular, que por las posibilidades de elaboración y de apropiación que tenía en ese momento el grupo, fuera oportuno.

Se nos ocurrió que para entender la complejidad de las modalidades vinculares enfermero – paciente y los factores operantes en esa relación, era necesario analizar algunos fenómenos institucionales que inciden directa o indirectamente en ella, tanto como los aspectos manifiestos y latentes en el ejercicio del rol que se trasladan como dificultades u obstáculos para el trabajo en equipo y el desempeño como actores individuales.

Para ello nos basamos, además de nuestra experiencia institucional, en un capítulo del libro "Prevención en Salud Comunitaria" de la autora Mirta Videla denominado "La salud del equipo de salud". (15)

En la reunión se realizó una presentación que tuvo como ejes las ideas que exponemos a continuación:

#### **OBSTÁCULOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD:**

- Incorporación al equipo desde modelos de pensamiento y matrices de aprendizaje de carácter hegemónico.
- Escasa o nula circulación de responsabilidades.
- Excesiva centralización de las decisiones.
- Funcionamiento al modo de castas herméticas.
- Predominio de la "ideología de grupo".
- Formalización de la comunicación.
- Surgimiento de "personajes claves".
- Las esperanzas de cambio se depositan en otros (planes de salud, jefes de servicio, supervisores, etc.).
- La queja se convierte indirectamente en un instrumento para mantener el sistema.
- Ritualización y aceptación de normas de un modo acrítico.

## **¿CÓMO INCIDE LO ANTERIOR EN EL COMPORTAMIENTO DEL ENFERMERO?**

### **DIFICULTADES EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA:**

- Relación jerárquica de modo castrense (aparición de la obediencia debida).
- Múltiple subordinación.
- Racionalización de las dificultades.
- A la espera que se introduzcan los cambios.
- Papel de víctima.
- Poco intercambio con otros sectores.
- Escasa participación en espacios de capacitación institucional.
- Alto monto de resistencia al cambio.
- Representantes de la disciplina de la institución. Fantasía de ser los preservadores de la institución.
- Mediatizadores entre médico y el paciente
- Idealización mítica de la función médica y de sus saberes.
- Dilución de responsabilidades a través del médico y compañeros de trabajo.

### **DIFICULTADES EN EL ÁREA MÉDICA.**

- El médico como representante de la "ley".
- Resistencia al cambio como modo de preservación de su poder.
- Representante del saber legitimado en la institución.
- Considerar al personal de enfermería como posesiones personales.
- Relacionarse con el personal de enfermería con actitudes paternalistas.

**DE MODIFICARSE ESTAS ACTITUDES Y CONDUCTAS INSTITUIDAS, EL EQUIPO DE SALUD SERÍA EL ÁMBITO PRIVILEGIADO PARA DISCUTIR:**

- a- Mejor calidad de atención y cuidados.
- b- Atención más personalizada.
- c- Mayor participación del paciente en las decisiones de salud.
- d- Modificación del rol paciente - pasivo.
- e- Fantasías mesiánicas o salvadoras.
- f- Altos niveles de omnipotencia.

### CRÓNICA DE LA REUNIÓN N° 4

La reunión comienza con un largo silencio.

Coordinador: Acabamos de analizar algunos fenómenos institucionales y obstáculos que consideramos afectan de algún modo la relación enfermero – paciente. ¿Esto ha generado un momento reflexivo? Yo les propongo ir conectándose con lo que más les resonó y comentar que sensación les deja y manifestarlo de un modo espontáneo.

Javier: Me gustó eso de dejar de sentirse como posesiones personales de otros profesionales, principalmente del médico... el médico por ahí tiene cosas paternalistas... y uno se siente más protegido y además es lindo que te digan ¡Ese es mi "pollo"! (en tono de broma)

Gustavo: Sos un p...

Javier: Por ahí el que no es agresivo no puede enfrentar estas conductas que yo las siento como manipuladoras.

Coordinador: Habría que ver también cuanto de seguridad nos provee esa dependencia. También si es algo real o fantaseado. Sirve para pensar porque uno se suele enganchar con conductas de tipo regresivas.

Lourdes: Algunos se sienten más seguros siendo dependientes... lo mismo pasa cuando hay una múltiple subordinación... sin duda se diluyen las responsabilidades... así nadie es responsable... me hace acordar cuando los hijos rompen algo... ¿quién fue? nadie.

Gustavo: ¿Qué hay de cierto en cuanto a las excusas que nosotros ponemos, eso de ponerse en víctima? A veces parece que no hay otra. Es la forma de zafar... a mi modo de ver las cosas, ese proceder aumenta las falencias que hay en el sistema.

Lourdes: ... siempre son negativos... los que están en papel de víctimas o los eternos rezongones.

Se escuchan confusamente numerosos comentarios entre distintos compañeros.

Gustavo: Para que se den estos cambios va pasando mucho tiempo... no lo pensamos... o no somos conscientes...

Coordinador: De ahí la importancia de pensar en términos de proceso con saltos cualitativos. Si no la realidad parece detenida, es como negar la dinámica del acontecer institucional.

Susana: ... yo en los últimos años, por supuesto que hay excepciones, siento que hay un reconocimiento a lo que hacemos... hay un mejoramiento de nuestra imagen... claro... no es general.

Alejandro: Yo cuando veo esto de la escasa participación en los espacios de capacitación siendo que no somos invitados... invitan a todos los del equipo de salud menos a nosotros... cuando viene un disertante de afuera... no podemos escucharlo...

Teresa: Perdoname... vos porque no te enterarás o no estás a la mañana, pero a los ateneos concurre el que quiere y siempre en los avisadores aparece la invitación con tiempo...

Alejandro: Pero a veces vos querés ir y no podés porque aunque inviten a todo el personal el enfermero tiene que estar al lado del paciente y el médico concurre porque sino se evoluciona la historia clínica no pasa nada... si nos venimos los cuatro enfermeros que estamos en la sala ¿qué pasa?

Gustavo: Eso porque falta más trabajo en equipo... yo te cuento... cuando fuimos con Norma (enfermera) a unas Jornadas al Hospital Psiquiátrico de San Luis.. allí todo funciona distinto... por empezar ellos han externado a casi todos los pacientes... hay más conciencia del trabajo en equipo... cuando los enfermeros tenían que concurrir a las charlas vos veías a los médicos que hacían lo que hace normalmente el enfermero y no se les caía nada por hacerlo... eso nos sorprendió... por aquí esta verde.

Ricardo: Para ocupar espacios en el equipo hay que saber... nadie te regala nada... el poder no es ingenuo y esta siempre operando, en los hospitales y en cualquier lado.

Alejandro: El conocimiento es la base del liderazgo... sin el conocimiento no saben ni quien sos.

Carlos: ... así todo los médicos están cambiando...

Lourdes: Algunos

Carlos: Hay espacios que ya tenemos... yo diría que son más los enfermeros viejos los que tienen ese pensamiento de estar pendiente del médico y protegerlo de los pacientes.

Estela: No estoy tan segura de eso... lo que sí el hecho de estar opinando y ser escuchada es haber ganado un espacio... en los últimos años yo me siento considerada por otros profesionales... y no debo ser la excepción... ni lo tomo como logro personal... pertenezco a un equipo.

Ricardo: El título profesional está dentro de un marco legal... con el título nadie te puede decir que no tenés derecho a actuar y opinar, porque las leyes te lo dicen claramente.

Javier: Pero hay que tener cuidado, los dos extremos son malos... mientras que las cosas funcionen bien... pero supónete que con una medicación hace el enfermo una reacción adversa o alérgica o cualquier otro problema con el paciente... las acciones están en lucha con lo moral y lo ético.

Estela: No sé si es malo actuar con independencia de criterio... muchos sabemos lo que es ético... además tenemos un código de ética... las normas legales también dicen que podemos y que no.

Coordinador: ¿Todos han examinado cuidadosamente la Ley de Ejercicio Profesional? Toda Ley de Ejercicio Profesional establece las incumbencias de la Profesión. Más allá de la ley en esta especialidad debemos todavía definir sobre si algunas prácticas son de nuestra incumbencia o no. Eso está sujeto a un proceso dentro de la profesión, a su desarrollo. Por ejemplo, en otros países el enfermero puede tener bajo su responsabilidad las terapias de grupo... Todo proceder tiene una concepción ética de base, explícita o implícita.

Teresa: A veces el médico pregunta ¿que medicación le ponemos? ...esa no debería ser una pregunta que nos haga a nosotros... en eso no deberíamos opinar...

Natalia: El médico de guardia es el que más pregunta que le ponemos, porque no conoce que pasa con el paciente más allá de lo que está escrito en la historia clínica...

Javier: ahí sí podemos tener un problema legal... sobre todo cuando nos indican las cosas por teléfono... cuando las papas arden ¿qué hacés?

Alejandro: ... si se trabajara en equipo las cosas funcionarían de otro modo... yo diría que bien... habría cierta flexibilidad... como lo que contaron de San

Luis... muchas veces se toman decisiones médicas porque estás solo y de aquí que venga el médico puede pasar cualquier cosa.

Susana: lo que cabe preguntarse es porque el enfermero tiene que tomar decisiones médicas... ¿a qué distancia de la situación que se debe resolver está el médico y porque?... imaginate un enfermero que está solo en una terapia intensiva...

Gustavo: ...hay que tener cuidado de no ser tratado como hijo adoptivo cuando hay un problema grave... es bueno saber en que actitud te ponés... por eso uno a veces está a la defensiva...

Estela: Pero hay cosas de lo que una no debe dudar que hacer... yo sé que el paciente no está solo... hay una familia atrás... creo que estamos capacitados para trabajar con la familia...

Helena: A veces los hechos hacen que uno sienta que tiene que estar a la defensiva... lo que le pasó a Adriana (enfermera) es prueba de esto, por llevar a un paciente judicial sin custodia la hicieron responsable por la fuga del tipo... le costó que le pintaran los dedos... la institución no salió a protegerla... la abogada del hospital le dijo que se buscara un abogado.

Se genera un murmullo, varios cuentan a otros, que no se enteraron de lo sucedido, los pormenores del episodio. Algunos integrantes polemizan entre sí sin dirigirse al grupo

Coordinador: Cuando uno analiza un problema debe poder hacerlo teniendo en cuenta toda la complejidad que el hecho amerita, cada situación problemática debe ser analizada en su particularidad con todos los factores intervinientes, sino se cae en el riesgo de universalizar lo particular.

Lourdes: Yo estoy de acuerdo... no se le puede echar la culpa al hospital por todo lo que le pasa a uno... están las responsabilidades de las personas que actúan... Adriana no fue culpable, lo que hay que mirar es como funciona el aparato judicial... lo que hay que cuestionar es porque el hospital tiene tanta relación con la justicia... uno se siente prisionero de la justicia porque nos imponen a hacer cosas que no queremos... uno desea que las cosas cambien... no solo que se solucione una situación personal... que las cosas cambien para todos.

Coordinador: Aunque el tema está muy interesante debemos finalizar la reunión. Creo que hoy se han podido traer temas muy vinculados a la experiencia de cada uno, pero sobre todo ir pudiendo analizar las contradicciones que todos tenemos con la institución y que modifican nuestro hacer profesional. Yo quiero dejarles como inquietud, a partir de lo que dijo Lourdes, la necesidad de pensar que no siempre somos producidos

por las circunstancias institucionales, sino que podemos pasar al plano de sujetos productores, hacedores, creadores de nuevos acontecimientos.

## ANÁLISIS DE LA REUNIÓN

Estuvimos frente a una reunión con una gran dinámica e importante intercambio de opiniones. El grupo impresiona haber entrado en una fase de una rica articulación entre los integrantes lo que hace que se visualice en varios de ellos un crecimiento y un salto cualitativo. Hay indicios serios de esforzarse por encontrar un nexo entre la teoría y la propia práctica, pudiendo ser simbolizado a través de ejemplos concretos.

Por lo tanto nos pareció muy positivo, que en la apertura de la reunión, que suele marcar la trama argumental de la misma, un portavoz traiga a escena el tema de la dependencia, tema que cuando es dilucidado genera una profunda crisis en lo personal e institucional. "Las organizaciones institucionales tienden a ser depositarias de las partes más inmaduras de la personalidad, justamente en el encuadre del funcionamiento de las mismas, es decir, en las funciones o formas más estereotipadas. Por ello, estas últimas son las que ofrecen la máxima resistencia al cambio, porque éste significa, al mismo tiempo que un cambio en la institución, un cambio de la personalidad, en su parte más inmadura, inmovilizada justamente en la rutina de los hábitos y del automatismo... Cuanto más regresión existe en una institución... más predominio habrá de la fusión sobre la interacción, es decir de roles no discriminados. (16)

En concordancia con la línea argumental de apertura dos integrantes pueden hacer un puente entre el saber y el poder: "para ocupar espacios hay que saber", "el poder no es ingenuo y está siempre operando", "el conocimiento es la base del liderazgo", "sin el conocimiento no saben ni quien sos". Clara alusión al fortalecimiento de la identidad que pueden proveer los elementos mencionados a la profesión en tanto "existe una relación de realimentación positiva entre poder y el saber" (17)

Lo anterior pone en juego la contradicción entre "los que saben" y "los que no saben", contradicción que no es la primera vez que aparece en una reunión y que remite a lo que internamente en la enfermería confronta a los profesionales con los que no lo son: "en los últimos años yo me siento considerada por otros profesionales", "con el título nadie te puede decir que no tenés derecho a actuar y opinar", "hay un mejoramiento de nuestra imagen... claro no es general". Todas afirmaciones efectuadas por enfermeros profesionales.

En reuniones anteriores, como en esta, se hace referencia a los aspectos legales de la profesión. Lo singular es que en esta oportunidad se puede pensar en articular lo legal con lo ético: "muchos sabemos lo que es ético", "además tenemos un código de ética", "las normas legales también dicen lo que podemos y que no". Queda sin debatir y profundizar una pregunta que se nos ocurre como base para la crítica a la ética institucional ¿qué es considerado ético en este hospital?

El cierre guarda total coherencia con el resto del debate grupal y al decir de una participante: "no se le puede echar la culpa al hospital por todo lo que le pasa a uno", "lo que hay que cuestionar es porque el hospital tiene tanta relación con la justicia", "una se siente prisionera de la justicia". Clara exposición de cómo se dan los niveles de dependencia y poder desde una mirada que desoculta la situación.

Nuestra impresión final, es que en la presente reunión se pudo hablar con mucha pertinencia a partir del disparador teórico. No se consiguió traspasar las dificultades institucionales al plano de las relaciones con el paciente, es decir: como el atravesamiento institucional condiciona la relación enfermero – paciente.

Como logro aparecen enunciados con marcados rasgos instituyentes, es decir aquella fuerza constituida como protesta y como negación de lo instituido, tal vez el más claro: "uno desea que las cosas cambien... no solo que se solucione una situación personal... que las cosas cambien para todos".

La hipótesis que manejamos, para seguir con el trabajo de investigación, es que se requiere un tiempo más prolongado para procesar la información suministrada y, desde luego, que iban a ser los mismos avances o detenciones los indicadores que nos señalaran la oportunidad para traer nuevos elementos conceptuales y teóricos.

## REUNIÓN Nº 5

### APERTURA TEÓRICA

En razón de que consideramos que en reuniones previas a la presente, se había entregado mucha información, nos pareció oportuno realizar una especie de corte transitorio y desplegar un trabajo que permitiera conectarse nuevamente con la información teórica, pero no desde un plano estrictamente intelectual. Se nos ocurrió así, promover un enlace con lo afectivo a partir de un relato del escenario cotidiano del hospital, en un nuevo intento de desocultar lo obvio y promover otro nivel de conceptualización.

Para ello expusimos una filmina pidiéndoles como consigna, que fueran leyéndola lentamente y en silencio y que a medida que terminaran, sin hacer comentarios por el momento, nos indicaran individualmente que habían finalizado.

El contenido de la filmina era el siguiente:

#### **LA ÚLTIMA PASTILLA**

*Podría afirmarse que el panorama que presentan los hospitales psiquiátricos en casi todas partes es semejante. Montados sobre los mismos paradigmas dan por resultado ese espectáculo siempre presente de pacientes semidesnudos, a veces descalzos deambulando sin rumbo.*

*De modo que es difícil para quien ingresa a un manicomio sustraerse al profundo impacto que genera sus características asilares y carcelarias. Pese a la humanización del trato, el agua caliente y la calefacción, los psiquiátricos siguen funcionando como instituciones totales, que para los pacientes deja penetrar "muy poca luz del exterior", **y con el resto de las personas forma sujetos aptos para perpetuarla, por medio de un complejo proceso en el que se alienan y se moldean como un clisé, que reproduce más de lo mismo.***

*Así cientos de sujetos quedan familiarizados con la "ciudad de los locos", con la idea un tanto universalizada sobre la incurabilidad de la locura.*

*Por momentos se tiene la sensación de estar en un mundo atemporal. Hoy es igual que ayer y tal vez idéntico a mañana. Parece que el almanaque no existe y que los relojes están detenidos.*

*Vale preguntarse ¿es posible implementar medidas terapéuticas? ¿qué percepción genera en los enfermeros este funcionamiento?*

*Para esto se hace necesario interrogar el contexto social vincular o el tipo de vínculos y relaciones que se gestaron y se gestan en el hospital psiquiátrico con las personas internadas como posibilidad también para comprender otros hechos que parecieran omnipresentes.*

*El funcionamiento manicomial produce la sensación de estar en un mundo atemporal, sobre todo en la tarde, noche y los fines de semana y en donde se cumplen en forma inexorable, en especial para los pacientes - viejos habitantes y los "nuevos" que se suman, una serie de rutinas: levantarse temprano y tomar unos mates. Viene el desayuno y las primeras pastillas. Luego habrá que salir a deambular para conseguir algún cigarrillo o alguna moneda. Realizar pequeños mandados del personal a modo de ayudante. Así la mañana se pasa más rápido. Llega el almuerzo y más pastillas. Siesta obligada, merienda y otra vuelta por ahí para conseguir algo. La cena los sorprenderá un rato después, apenas se pone el sol en invierno y con el sol alto aún en verano. Se puede tomar más mate y como no hay mucho en que gastar el tiempo el paso siguiente es irse a dormir o ver un rato TV, pero para garantizar que el sueño sea prolongado y reparador **habrá que tomarse la última pastilla.** (18)*

### CRÓNICA DE LA REUNIÓN

Coordinador: Bien, abrimos el debate grupal. Si bien en cada reunión vamos tomando algún aspecto singular del marco teórico, es importante que puedan ir integrando todo lo trabajado hasta hoy. De modo que cualquiera puede retomar un tema o relacionarlo con lo presente si considera que se pueden ir haciendo nuevos aportes.

Mariela: Yo he seguido pensando sobre los mitos que recorren a los hospitales psiquiátricos... pero consideremos que hay rótulos que se lo tiene bien ganado... el hospitalismo es algo por demás evidente... lo embromado es que uno, sin darse cuenta, refuerza el hospitalismo... que pasa si uno genera expectativas sobre el mundo fuera del hospital... las condiciones no están dadas ni para el paciente ni para la familia... pero si la salida fuera posible para los crónicos se tendría que trabajar con ellos de otro modo.

Coordinador: Esto que dice Mariela es central para revisar que tipo de vínculos establecemos con el paciente. Se puede trabajar para un salto a la libertad o para la institucionalización.

Alfredo: ...cuando se habla de los logros que ha tenido el cierre de los hospitales psiquiátricos en otras provincias a mí me quedan algunas dudas... pasó en Río Negro y hace poco en San Luis... de algún modo me parece medio perverso... es como patear la pelota hacia delante... cuando se acaba la plata para tener al paciente afuera los encontrás tirado en los bancos de las plazas...

Susana: En Italia cuando se hizo la externación se pensó principalmente en la inserción laboral... pero siguen existiendo centros de salud mental que contienen la problemática aguda... pero es difícil compararse con el primer mundo... en sitios como acá que hay tanta pobreza el hospital público tiene

que cumplir un papel distinto... hay que tener cuidado de no abandonar a las personas...

Alfredo: A ver si soy claro... yo no estoy porque anclamos al paciente en el hospital... seguro que vemos las consecuencias... cuando ingresó Antonio (un paciente) era muy joven y se podría haber hecho mucho por él... la madre no lo quería... se fue quedando, quedando... ahora parece que tiene quemada las neuronas... y era un muchacho inteligente... se drogaba... pero no era para dejarlo en el hospital para siempre... la crítica... significa que busquemos otros horizontes.

Javier: Cuando escuchaba tu relato (se dirige al coordinador) iba pensando ¿para que estamos acá?... puedo pensar que no sirve lo que hago... pero también pienso si hay algo para cambiar... sin querer estamos formando un perfil de paciente y ellos forman un perfil de nosotros... te quedás con una sensación muy extraña.

Carlos: Pero el tema es más institucional... aunque a mí me quede claro no cambia mucho las cosas... yo ingresé en el 98 y ya se hablaba de externar a los pacientes crónicos...

Susana: Yo estoy de antes... y tengo entendido que ya en los 80 se empezó a hablar del tema acá en el hospital... ¿quien hace las instituciones?... no depende solo del director de turno... todos aportamos a la idea... la descronificación es una responsabilidad de todos... la pregunta es ¿por donde empezar?

Coordinador: Fíjense como el análisis de la relación enfermero – paciente puede ir complejizándose, Uds. van trayendo el material con que este tema puede ser puesto en la lupa.

Alfredo: Yo digo que el actor principal en la institución es la comunicación... habitualmente no sé lo que quiere el otro... uno viene y saca el laburo del día y no sabés que le pasa al del pabellón de enfrente... bueno no tanto... pero por ahí esta la cosa... yo siempre digo que hay tres hospitales: el de la noche, el de la mañana y el de la tarde... los de la noche están en ese turno por distintos problemas... porque no pueden venir de día... así no te enterás de lo que se está cocinando.

Se genera un murmullo, todos hablan a la vez.

Marina: Nos faltaba tomar el hilo de la conversación...

Yolanda: Nos fuimos del hilo...

Marina: Siempre hay algo para rescatar en todo esto... acá en el hospital o al menos en mi servicio sabemos bastante bien lo que le pasa a cada

paciente... no son anónimos... si lo comparás con el Hospital Central... el paciente tiene un número...

Ricardo: El hospital ha cambiado mucho... yo vine por primera vez en el 92 cuando hacía el curso de auxiliares y dije: yo acá no vengo ni como loco... me llevé una impresión muy fea...

Javier: El hospital puede cambiar... lo que no cambia es lo que uno siente... yo sigo sintiendo una gran frustración por los pacientes jóvenes que siguen llegando al hospital... no me parece que les estemos dando, como institución algún tipo de solución... le ves poco sentido a tu trabajo.

Julio: Ni se lo vas a ver mientras que trabajemos como hasta ahora... en el pabellón nuestro (Servicio "G") contra más problemáticos son los pacientes más nos muestra como equipo las falencias que tenemos... tratamos de tener flexibilidad y un vínculo con el paciente... pero chocamos entre nosotros... tenemos distintos puntos de vista... no sólo los médicos... nosotros también hacemos las cosas mirándonos el ombligo.

Coordinador: ¿Qué cosas están pasando para que no nos podamos articular con el otro?

Lourdes: Es que parece que todo se negocia con las pacientes... yo te doy si vos me das... esa es la lógica... las pacientes terminan haciendo lo que quieren... se tornan inmanejables... las más jóvenes se terminan como adueñando del servicio... y con eso perjudican a todas las demás pacientes... molestan a propósito a las viejitas... nadie puede estar tranquilo... ¿quien se sana con ese clima?

Coordinador: ¿Qué pasa cuando se pierde el encuadre?

Julio: ...a veces no puedo ver la línea que separa al enfermero con el paciente, no lo digo en sentido literal... reina la horizontalidad... es algo que no puedo entender... no sé si es un problema de este servicio... yo he trabajado en otros servicios y esto no pasaba... hay que ver también que tenemos muchas jóvenes que ya vienen con problemas de otras instituciones... pero bueno... no sigamos repitiendo el mismo modelo que tuvieron en otros sitios.

Mariela: A veces pierdo muy pronto la paciencia... me molesta eso que las pacientes estén colgadas del cuello de los médicos... me parece como demagógico... total ellos se van y nosotros no podemos estar todo el día con ese pegoteo... después te dicen: le voy a decir a la Dra. que vos no me diste esto o aquello o no me dejaste salir a hablar por teléfono.

Ricardo: En mi servicio a veces uno tiene la sensación que uno no produce... no ves el reflejo de tu esfuerzo... los cambios de los pacientes son imperceptibles... si es que algo cambia.

Julio: Los cambios hay que sostenerlos aún después que el paciente se va de alta por ejemplo con los seguimientos... pero pasa que muchas veces con los pacientes agudos... se trata de sacarlos lo más pronto posible... no se planifica el alta... la cuestión es mantener un buen giro cama... los pacientes son vistos como estadística.

Susana: No hay una red de seguimiento... el espacio que Julio está haciendo con los seguimientos es fenomenal... eso apunta a pensar en los términos en que se debe establecer la atención primaria... trabajar coordinado con los centros de salud...

Helena: También es enorme la cantidad de pacientes que vienen en forma ambulatoria... ¿cómo trabajar con esa demanda que cada vez aumenta más?

Alfredo: Es que los pacientes andan sueltos (risas)

Susana: El hospital psiquiátrico debe actuar como contención desde afuera hacia adentro... los recursos hay que ponerlos para que acá llegue el menor número de pacientes.

Teresa: Pero mirá lo que pasó con el Hospital de Día, permitía tener a un buen número de pacientes sin internarlos... pero se fue destruyendo de a poco... los mismos profesionales lo saboteaban porque no derivaban los casos... el programa era muy bueno, trabajaban de un modo integral... sino se trabaja desde la prevención esto se desborda.

Marina: ¿La partida del presupuesto es siempre la misma para los psiquiátricos?

Alberto: Cuando se reparte la torta al hospital psiquiátrico siempre le toca el pedazo más chico... cuando vas a pelear el presupuesto... le dan prioridad a otros hospitales... la opinión pública está más atenta a lo que pueda pasar en el Notti... si acá un paciente no es atendido por falta de recursos ¿a quien le importa?

Jorge: Acá en general te frustrás... en el hospital general el equipo de salud se prepara para sanar al paciente... aquí el objetivo final es insertarlo en la sociedad.

Javier: Es muy difícil que estemos sanos... siempre algo nos pasa... la salud mental es algo muy especial... la idea de lo que es sanar en salud mental es muy distinta.

Yolanda: También sucede que acá al haber tantas internaciones más que todo por problemas sociales al paciente se lo escucha poco... se le dedica poco tiempo porque se piensa que no está enfermo... se piensa... que se haga cargo la asistente social... si te demorás con las altas cronificamos al paciente.

Alfredo: Después se dice que falta tiempo... yo digo que el tiempo no está organizado... y el hospital no ha tenido un uso racional del tiempo libre y en definitiva nosotros estamos más tiempo con el enfermo... muchos pacientes tienden a llamar la atención frente al abandono o la indiferencia... los niños cuando se deprimen se tornan agresivos... los adolescentes que recibimos en el hospital, en sus casas o en las instituciones donde están suelen lograr cariño solo a través de la promiscuidad... por eso cuando se les demuestra cariño te empiezan a llamar tío o tía.

Natalia: Me parece que es una moda en ellos... tienen códigos.

Luis: Tal vez por eso muchas veces no sabés como conducir un caso... la comunicación con las chicas que tenemos en el servicio se hace difícil... te preguntás ¿qué límites hay que poner?

Susana: No se ha acordado un encuadre con el médico.

Alberto: El tema de hablar con el médico... hay pacientes que pasan días pidiéndote que lo pongás en contacto con el médico... uno pone la cara y los pacientes te demandan... nosotros llevamos el mensaje y no nos dan la respuesta que necesitan... también piden hablar con los psicólogos, con las trabajadoras sociales.

Alfredo: Eso es histórico, nosotros recibíamos las piñas por causa de la falta de comunicación de los pacientes con los profesionales... cuando a los médicos se les cubre la espalda se termina enfrentando al enfermero con el paciente.

Alberto: Exacto... un paciente se me vino con una piedra a exigirme... decía: "que el médico me atienda o me dejen ir..." en esos casos cualquier enfermero, para cuidar su persona, lo deja que se fugue... yo no la juego más de valiente, no tiene sentido.

Luis: Desgraciadamente el hilo se corta por lo más fino... uno hace más de lo que corresponde.

Coordinador: O lo que no corresponde, o no es propio de la función del enfermero Eso también es una fuente permanente de conflictos.

Hoy han podido avanzar en muchas líneas que aportan a la investigación. Se ha logrado articular bastante bien el afuera con el adentro del hospital, con explicaciones, a nuestro criterio, muy acertadas.

Muchas dificultades se pueden intentar resolverlas a través de la planificación, otras quedan para ser revisadas a través de este trabajo que estamos haciendo; investigando cuales son las modalidades vinculares con el paciente a los efectos de generar los cambios.

## ANÁLISIS DE LA REUNIÓN

Percibimos que el grupo, por momentos, ha comenzado a ingresar a una fase que se sintetiza con el término "yo soy como vos". Esto implica reconocer la diferencia en la semejanza. "Poder instrumentar la identificación proyectiva como capacidad de empatía con el otro. Hay vínculos discriminados. Prima una relación objetiva con el otro y no imaginaria. Si hay discriminación hay reconocimiento de los límites propios y del otro".

"Hay una clara inclinación e interés hacia el tema teórico. El retrabajo del mismo tiende a provocar una postura crítica y evaluativa de los propios marcos referenciales. Postura crítica que revierte enriquecedoramente sobre los mismos conceptos aprendidos". (19)

Lo anterior impacta en el grupo generando mayor producción, intervenciones de mayor pertinencia y arrimando o concretando situaciones de insight. Pueden escuchar posturas diferentes y entrar en el debate con mayor grado de complementariedad. Se muestran con mayor claridad las distintas ideologías que entran en juego en toda investigación.

La percepción, desde nuestro lugar de coordinación y observación, es que el grupo retoma temas de reuniones anteriores, tanto de la teoría como de la discusión, en un mayor nivel de comprensión, tal como era nuestra hipótesis previa: "yo he seguido pensando sobre los mitos que recorren a los hospitales psiquiátricos", "el hospitalismo es algo por demás evidente... lo embromado es que uno, sin darse cuenta, refuerza el hospitalismo".

Cuando de la coordinación se afirma que "se puede trabajar para un salto a la libertad o para la institucionalización", esta intervención es pensada desde la oportunidad de confirmar a los integrantes que movilizar la organización de la institución significa movilizar las ansiedades universales que en ella se hallan condensadas y controladas.

"El paciente mismo ofrece una notable resistencia dado que en ese sitio rígido y circunscripto, él puede controlar mejor su personalidad que en el mundo más cambiante y dinámico de la realidad externa. Esto explica el hospitalismo aunque "signifique el afianzamiento de la alienación del ser humano, su empobrecimiento y su deprivación de vínculos" (20)

Esto es tomado junto con el disparador teórico por el grupo y sitúa el debate, preferentemente, en el terreno de las políticas de salud, es decir en las consideraciones que hacen que una institución sea como es a partir de un sistema de representaciones sociales.

De ahí también la alusión a las experiencias de Río Negro, San Luis y a la emblemática reforma psiquiátrica Italiana, con distintos posicionamientos

personales. En otro momento se puede sacar a la luz los problemas presupuestarios, el reparto de la "torta", "a que hospitales se les da prioridad".

El aspecto latente del marco teórico se vuelve manifiesto cuando desde la teoría vincular uno de los integrantes dice: "sin querer estamos formando un perfil de paciente y ellos forman un perfil de nosotros". Queda por demás claro aquello de la íntima relación del vínculo con el aprendizaje: en la medida que soy productor soy producido, modifico y me modifico.

El otro proceso ligado al vínculo; la comunicación, es traída como un elemento jerarquizado y puesto en acto: "yo digo que el actor principal es la comunicación en la institución". Cuando de pronto ésta entra en un terreno confuso hay quienes puede reclamar y retomar: "nos faltaba tomar el hilo de la conversación", "nos fuimos del hilo".

De un modo original reaparece la dialéctica entre lo instituido y lo instituyente: "¿quién hace las instituciones?", "no depende solo del director de turno", "todos aportamos a la idea", "aunque a mí me quede claro no cambia mucho las cosas", "yo ingresé en el 98' y ya se hablaba de externar a los pacientes crónicos", "el hospital puede cambiar... lo que no cambia es lo que uno siente". A propósito de esto, acordamos en que "un cambio institucional radical sólo puede darse con una cierta conciencia previa, es decir, con un cierto cambio previo de la estructura psicológica. Lo que nos interesa es todo lo que los seres humanos se esfuerzan por no cambiar las instituciones, aunque, por otro lado y al mismo tiempo, se esfuerzan por cambiarlas, por considerarlas inadecuadas o insatisfactorias... los individuos alienados, sometidos a instituciones alienadas, se refuerzan en un círculo de resistencias al cambio. Las cosas tienen fuerza porque en ellas están alienadas fuerzas de los seres humanos". (21)

Los problemas dentro del equipo de trabajo son restituidos desde la perspectiva de que conspiran para encontrar una efectividad terapéutica. Sin que sea el único motivo, seguramente que un error de tipo técnico y terapéutico se constituye en un gran obstáculo para la relación con el paciente: "contra más problemáticos son los pacientes más nos muestra como equipo las falencias que tenemos", "tenemos distintos puntos de vista", "todo se negocia con las pacientes", "las pacientes terminan haciendo lo que quieren", "se tornan inmanejables", "¿quién sana con ese clima?", "reina la horizontalidad".

Lo anterior desnuda dos aspectos centrales que no son respetados: en primer lugar la falta de un **encuadre terapéutico**, en tanto el mismo es un organizador del psiquismo, el mismo establece lo que está permitido y lo que está prohibido, es un elemento de protección tanto para el paciente como para los que deben proteger y cuidar a los pacientes. El otro aspecto es el de la ausencia de **asimetría**: quien cuida a quien, quien contiene a quien. Desde ahí "a veces no puedo ver la línea que separa al enfermero del paciente". Cuando esto acontece el paciente se encuentra sin referentes, sin apoyatura, sin sostén. No sirve como atenuante el hecho que determinados pacientes, por sus rasgos de personalidad, sabotean sistemáticamente el

encuadre y ponen en riesgo las relaciones dentro del equipo de salud. El "negocio" de ellos prospera en el desorden.

Lo que nos parece un logro sustantivo del grupo, es el modo en que va encontrando respuestas a las afirmaciones: "le ves poco sentido a tu trabajo", "no ves el reflejo de tu esfuerzo... los cambios de los pacientes son imperceptibles... si es que algo cambia", "acá en general te frustrás". Lo singular es que la respuesta está dada desde una mirada asociada a las competencias que debe tener el enfermero. De ahí se valoran los "seguimientos domiciliarios", "los cambios hay que sostenerlos aún después de que el paciente se va de alta", "el espacio que está haciendo Julio es fenomenal", "eso apunta a pensar en los términos en que se debe establecer la atención primaria", "el hospital psiquiátrico debe actuar como contención desde afuera hacia adentro". Afirmaciones todas que apuntan a generar un desarrollo de las actividades que el enfermero puede realizar con gran autonomía y en forma independiente.

Otro momento importante de la reunión es aquel en que puede cuestionarse el desempeño del rol. En la reunión anterior se había expresado, desde la coordinación, las dificultades que conlleva para el enfermero ser mediatizadores entre el médico y el paciente. Esto se retoma en los momentos en que se expresa: "nosotros recibíamos las piñas por causa de la falta de comunicación de los pacientes con los profesionales", "cuando a los médicos se les cubre la espalda se termina enfrentando al enfermero con el paciente", "yo no la juego más de valiente, no tiene sentido".

Frente a una reunión tan productiva, cuesta pensar ¿qué es lo que faltó?, ¿cuales fueron los obstáculos?. Sin embargo todavía subyacen en algunos miembros, aspectos que se constituyen en núcleos problemáticos: la idea de que la salud mental pueda estar escindida de la salud del cuerpo (la vieja dicotomía mente - cuerpo), o que lo social discurre por otro lado. ¿Qué es sanar en salud mental?. Aún no se puede dilucidar con claridad lo que es una relación terapéutica.

Todos estos baches de conocimiento seguramente son operantes en la relación enfermero - paciente, y nos coloca como equipo de coordinación frente al desafío de encontrar los aportes teóricos y las propuestas de trabajo para seguir sosteniendo el proceso de descubrimiento y aprendizaje.

## REUNIÓN N° 6

### APERTURA TEÓRICA

En virtud de los emergentes de la reunión anterior, creímos oportuno traer el tema de "relación terapéutica".

Partiendo del presupuesto de que es imposible no generar un impacto en lo psicológico en la medida que una persona cuida a otra, damos por sentado que el enfermero, aún apartado de una especialidad como la nuestra, requiere de competencias que respondan a esa situación ineludible cuando se pasa "las 24 horas junto al paciente", término que forma parte de la jerga de los enfermeros.

Diseñamos un disparador teórico para gestar un clima de debate y esclarecimiento alrededor del tema con el siguiente contenido.

Enunciamos un concepto fundante: para operar en el campo de lo psicológico "... se requiere tener un oficio que debe ser aprendido, ya que no se nace con esta posibilidad. Sólo cuando la persona puede resolver sus propias ansiedades y sus perturbaciones en la comunicación con los demás puede lograr una correcta interpretación de los conflictos ajenos. En la medida en que el sujeto dispone de un buen instrumento de trabajo resuelve incertidumbres e inseguridad. Recién entonces es operador eficaz" (22)

Pensamos por lo tanto que para que un dispositivo técnico y teórico pueda ser aplicado con eficacia se requiere de una serie de aspectos **actitudinales**. Es necesario un trabajo sobre sí, ya que situaciones de nuestra historia personal continúan su acción sobre el presente. Además existe lo externo. ¿Dónde estamos? En una sociedad donde el desempleo, la violencia, la crisis económica está operando sobre los demás y sobre nosotros. De ahí que es muy importante revisar nuestra concepción acerca de que pasa con estos sucesos, esto puede ayudarnos a desenmascarar, comprender por que hay tantas personas en crisis, con miles de afectados.

Es necesario nuestro contacto con nosotros mismos, con lo interno, (sino es la impostura, es el cómo sí) y la ubicación con lo externo, en interacción. Estos hechos sociales operan permanentemente sobre nosotros y sobre los demás y cada uno tiene cierta concepción acerca de que ocurre con estos hechos y esta concepción está incluida ahí donde uno está sintiendo, pensando y actuando. Esto ha de ser reflexionado y revisado como algo que toda persona lleva dentro junto con el conocimiento conceptual, para luego trabajar y volver hacia fuera a operar sobre la necesidad; sino es un conocimiento reservado.

Revisar nuestra actitud requiere:

- 1.- Un conocimiento acerca de sí mismo, de nuestro propio funcionamiento, posibilidades y límites.
- 2.- Una concepción acerca del sujeto ( ¿quién es el otro?)
- 3.- Revisión de los conocimientos que cada uno posee como bagaje teórico.(23)

Aclarado lo anterior, podemos avanzar sobre las conductas requeridas que sirven de enlace para una **relación terapéutica**.

Las principales serían:

### - ESCUCHAR Y ESPERAR.

“Es fundamental que el paciente utilice el tiempo necesario para expresar lo que desee, lo que le permite mostrarse, reflexionar, sentir. Escuchar permitiendo que el otro se exprese es ir gestando **en quien contiene una estructura de demora**, es decir dejar que llegue información, dándose el tiempo sin una respuesta, dándose el tiempo para la comprensión, para luego pasar a la acción.

Los enfermeros tienen dificultades para escuchar, en general, cuando:

- Sus puntos de vista son diferentes al del paciente.
- Cuando el vocabulario de la otra persona le es extraño.
- Los pensamientos o los sentimientos que se expresan producen ansiedad o lo que se está contando no se desea oír porque produce tensión, malestar o reedita experiencias desagradables.
- La apariencia de la persona no es grata.
- Cuando es necesario admitir un error.
- Cuando los principios o valores de la otra persona entra en conflicto con los propios.

### 2- EMPLEAR UNA ACTITUD NO NORMATIVA.

Posibilitar el ser **depositario**, dejar penetrar la información sin calificarla, al modo de una empatía solidaria con la persona y sus dificultades, “sin dejarse envolver” por los mecanismos que esa persona emplee, manteniendo la autonomía.

### 3- PODER DESPRENDERSE DE IDEAS PRECONCEBIDAS.

Si uno desea conocer y sostener el devenir de otro sujeto es fundamental verlo en su “singularidad y peculiaridad”. Esto permite ponerse en contacto, tener la apertura para que el otro llegue, entrar en resonancia.

### 4- MANTENER LA CAPACIDAD PARA DEFINIR POR LO POSITIVO.

No se trata de definir por lo bueno o malo, sino definir “por lo que hay”, por lo que el otro sí tiene. Esto es importante porque muchas veces los pacientes hablan sobre lo que no tienen logrado y esto aparece como desconectado de lo que sí poseen, aspecto que es necesario reforzar y devolver.

### 5- EJERCITAR EL INTERÉS POR INVESTIGAR.

Implica dejarse impactar, observando, sin saber donde nos lleva la investigación, considerando importante todos los indicios, aproximándose a cada sujeto como único con el interés de conocer "como es".

## **6- INTEGRAR LA TEORÍA Y LA PRÁCTICA.**

Integrar lo se siente, se piensa y se hace, remite a revisar constantemente nuestras propias coherencias internas y a mostrar una conducta que no sea percibida como confusa por el paciente.

## **7- TOMAR EN SERIO SENTIMIENTOS Y FANTASÍAS.**

Muchas veces las personas, sobre todo en momentos de sufrimiento, dicen cosas contradictorias, ambivalentes y difíciles de descifrar en ese instante. Es posible que esté proyectando aspectos no tolerados en sí mismo o penosos, por lo que es necesario darse el tiempo para acercarse a este aspecto así el paciente puede percibir: que es escuchado, que no se le impone nada, que no se lo hace sentir ni malo, ni loco, ni mediocre. Comprende que sus sentimientos e ideas son importantes para el que la escucha y a la vez hay disponibilidad para ayudarlo y pensar sus problemas o dificultades.

## **8- MANTENER UNA CAPACIDAD RECEPTIVA.**

La persona que ejerce un rol de contención, debe mantenerse en contacto permanente con la otra persona y simultáneamente consigo mismo, con lo que siente, pero a la vez diferenciado (con una distancia óptima desde lo emocional) de lo contrario pasaría por alto datos significativos por la reducción de su percepción o por la incapacidad de manejar sus ansiedades, lo que lo llevaría a sentirse abrumado. Este efecto del mensaje del otro puede ser un indicio fundamental. En general no es la felicidad lo que se deposita; es el miedo, la rabia o lo que no puede tolerar de sí". (24)

## **CRÓNICA DE LA REUNIÓN N° 6**

Coordinador: Desde hoy hemos decidido extender el tiempo para el debate grupal en 15', puesto que la producción se ha incrementado y a veces se vuelve insuficiente la hora estipulada.

Hemos hecho un largo recorrido de reflexiones durante las reuniones anteriores, analizar la relación enfermero – paciente desde una perspectiva vincular nos demanda observar la infinidad de temas relacionados que van abriendo este análisis hacia una perspectiva antes desconocida. Así es como ustedes han podido ir trayendo infinidad de temas muy movilizados y pertinentes al trabajo de investigación.

Alfredo: A propósito de reflexión, durante la charla previa se me iba ocurriendo que en los servicios de agudos el paciente se quiere ir y nosotros hacemos la contención para que no se vaya... la internación obedece a una necesidad de tratamiento y el paciente se queja... no está satisfecho... especialmente porque hace semanas que está internado y el médico no lo ve como el considera que es preciso... yo les digo la verdad porque no me gusta mentirles... y me pregunto ¿por qué no se les hace apoyo psicológico? Cuando esta pregunta se las traslado a los médicos estos me contestan que acá no lo pueden hacer... que los tiempos hospitalarios no son los del consultorio.

Coordinador: Esto que vos decís va confirmando algo que ya en reuniones anteriores también ha ido apareciendo. Se siente como que hay un espacio que no lo ocupa nadie. La pregunta que surge casi en forma espontánea es ¿se necesita ser psicólogo para acompañar al paciente en el proceso de mejora de su salud? ¿puede pensarse que nos faltan herramientas técnicas y de formación para mejorar nuestro hacer? En el momento teórico avanzamos sobre esto.

Julio: Uno de los grandes baches que tenemos es que no podemos manejarnos con una literatura propia... casi todos los libros de enfermería vienen de afuera y esa bibliografía no da cuenta de lo que nosotros necesitamos porque se refieren a otras prácticas... algunas teorías superan nuestra posibilidad actual y la mayoría están sujetas a modelos de trabajo que no compartimos.

Alfredo: Vos que conociste al Cabo Vedia (dirigiéndose a Norma) tenía un conocimiento empírico que lo hacía un avanzado para la época... le enseñó a varios de los médicos más reconocidos... pero eran personas que no pudieron o no supieron plasmar ese conocimiento... transmitieron lo que conocían a los que estaban muy próximos...

Jorge: Quien sabe si ese conocimiento nos serviría... el conocimiento científico avanza con una velocidad enorme que hace viejo lo de hace cinco años.

Susana: En el cuidado de los pacientes hay cosas que no avanzan con la velocidad de la tecnología y de la farmacología... lo jodido es que hasta los cuidados de enfermería estaban... tal vez debería decir están... sustentados desde la psiquiatría... y desde ahí se han cometido muchos errores...

Estela: Creo que falta sacarle jugo a nuestra experiencia... si hemos visto que las teorías se crean... crear teoría... cuando estuve como Residente... los enfermeros no teníamos nuestro propio marco teórico... hay que escribir... no es fácil pero no imposible... así se suma a la interdisciplina...

Coordinador: En todo esto que están discutiendo aparece la necesidad de pensar nuestra hipótesis de investigación: ahí se afirma la importancia de una conducta crítica acerca de nuestra modalidad vincular y por ende implica ir desocultando que orientación teórica, explícita o implícita, tienen nuestras prácticas.

Mauricio: Cuando nos dicen que somos enfermeros pastilleros me fastidia... pero tengo que admitir que sabemos poco para hacer una enfermería distinta... yo estaba viendo el otro día una asamblea de pacientes que la coordinaba gente de terapia ocupacional... me preguntaba si esto no lo podemos hacer nosotros... me fastidia también no tener mejores conocimientos... aunque mucha de la culpa la tenemos nosotros mismos... quien lee por su cuenta... son pocos.

Silencio reflexivo.

Coordinador: Tomando la palabra de Mauricio "fastidia" les vamos a proponer un ejercicio que tiene que ver con que cada uno nos diga, o el que esté en condiciones de hacerlo, que cosas les fastidian o les desagradan del contacto diario con el paciente.

Se produce un silencio reflexivo. Se observan expresiones que denotan concentración.

Coordinador: No es necesario un discurso o una tesis doctoral. Dejan llevarse en lo posible por lo que sienten.

Lourdes: Desde mi visión de lo que debe ser la enfermería yo siento una gran frustración... la frustración de no poder concientizar y educar adecuadamente...

Jorge: Nadie concientiza a nadie.

Lourdes: Bueno, sería como decir... ayudarlo a descubrir sus potencialidades...

Julio: Para mí, lo que más me molesta... es no poseer un esquema de trabajo especificado... yo tengo una responsabilidad en el servicio como encargado... pero las cosas se me van de las manos... tengo la sensación de no tener las cosas bajo mi control, como que funcionaran con piloto automático... a ciencia cierta no puedo realizar un diagnóstico que me permite corregir estos problemas...

Coordinador: Te pediría que te centraras en la consigna. Si querés la repito. En otro momento lo podés retomar.

Julio: No, ya sé lo que dijiste... ya lo he dicho en otras oportunidades... me molesta esta cosas de asimetría que se produce en el servicio... vos dijiste que si no hay asimetría no puede haber cuidado... lo comparto.

Alfredo: Yo no quiero ser pesado, porque ya lo he dicho, pero sostengo que lo que falta son actividades concretas en el uso del tiempo libre... para mí es la principal fuente de problemas que generan errores en la relación del paciente con el servicio y con nosotros.

Mariela: A mí me molesta que continuamente los enfermeros, sobre todo los que trabajamos en los servicios judiciales... tengamos que negociar todos los días con el paciente por cambio de información...

Coordinador: ¿Cómo que?

Mariela: Todos los días el paciente te pregunta cuando se va a ir de alta... uno sabe que la cosa se resuelve sobre todo en los juzgados... uno tiene que estar al día o inventarse como andan sus cosas... uno le dice: tenés que hacer las cosas bien para que el informe del médico al juez sea bueno y el alta te llegue pronto... tenés que tomar la medicación... evitá meterte en líos con otros pacientes... me parece tedioso.

Teresa: En mi servicio los familiares... no todos... traten de ser juez con el equipo de enfermería... los nocturnos se tienen que cuidar más porque están solos y no hay testigos... pueden decir que te vas del servicio o que dormiste toda la noche.

Natalia: Yo opino lo mismo que Teresa... yo acepto que una se pueda equivocar... pero te dan con todo cuando algo se te pasa... también hay gente agradecida y te elogia y te deja bien.

Susana: Es embromado hacer comparaciones... yo atiendo decenas de familias (en el centro de salud)... las quejas son más que todo porque no alcanzan los turnos... tenemos muy buena relación con la comunidad...

Teresa: No te olvidés que los pacientes nuestros muchos son mutualizados... se sienten que pertenecen a otra clase...

Coordinador: En el servicio de ustedes (servicio "C") entiendo que estas cosas parecen producirse a menudo. Tal vez por eso también ustedes instaron con mucha fuerza el tema de las obligaciones del paciente. Hemos visto que la tarea en equipo es compleja, pero desde ahí se logran las respuestas y las acciones. Sin duda algo hay que cambiar. Desde una perspectiva terapéutica no se puede instalar al paciente y a la familia, como la unidad que debemos abordar en nuestros cuidados, como antagonistas de nuestra tarea profesional. Se me ocurre que el equipo de enfermería, por la naturaleza propia de los cuidados, no puede negar los

derechos de los pacientes. Esto también fue dicho por un compañero de ustedes en otra reunión.

Teresa: Tendremos que sentarnos a pensar... ahora no sé.

Se produce silencio.

Carlos: Me disgusta la horizontalidad que hay con los pacientes... en algunos turnos los pacientes se meten en la enfermería... se sientan en la cocina donde comemos... los de la noche para estar acompañados les hacen concesiones y luego creen que eso vale para todos los turnos.

Yolanda: A mí me da bronca que algunos pacientes no sepan valorar y aceptar lo que se les brinda desde la institución... muchos no tienen ni donde dormir pero acá se ponen exigentes... piden zapatillas... a veces no tenemos... dicen que se van a quejar a la dirección o a los medios.

Alberto: Si hay algo que me pone mal es la demora que tiene el paciente cuando pide hablar con el profesional... y este contesta – que espere – o mañana vuelvo – y al otro día no viene por equis motivo y nosotros tenemos que poner la cara... la culpa la cargamos nosotros...

Coordinador: Alberto, vos has podido en reuniones anteriores traer con mucha claridad esta dificultad con los médicos. Quisiera ahora que pensaras que te pasa a vos en esto del contacto diario con el paciente.

Alberto: Siento que debo mejorar... pero todos debemos mejorar... siempre hay algo por cambiar...

Alejandro: Creo que la mayor parte de las cosas que nos afectan se corrigen con protocolos... los protocolos serían un parámetro para llevar una eficaz relación terapéutica con el paciente.

Estela: Mi modo de ver... es la falta de empatía que veo a diario lo que me pone mal... un protocolo ordena el trabajo pero no le cambia la cabeza a la gente... el que no quiere escuchar se da vuelta y listo...

Mauricio: A mí me conmueve que se caratule al paciente por el diagnóstico... acá han habido internados hasta colegas nuestros... no le sacan más el diagnóstico... es muy nocivo para cualquiera...

Se produce un largo silencio.

Coordinador: ¿Alguien más quiere aportar algo?

Nuevo silencio.

Coordinador: La consigna era de hecho una pregunta era abierta, por lo tanto cada uno la escuchó y la respondió desde un lugar distinto. Creo que cuesta preguntarse y responderse desde un enfoque crítico ¿quién soy yo o como soy yo, en el aquí y ahora, frente a esta persona que es objeto de mis cuidados?

Les propongo trabajar otra consigna. Si yo les pregunto ahora ¿cuándo Uds. ingresaron al hospital, desde el primer impacto, como percibieron la relación enfermero – paciente?...

Javier: un desastre (risas)

Coordinador: ¿Los demás?

Natalia: Yo llevo poco tiempo pero la vi buena.

Teresa: Yo entré en noviembre del 87 en el viejo servicio "C" con ocho pacientes presentes. Me llamó mucho la atención la poca predisposición que tenían las enfermeras...la mayoría eran mujeres... no se inmutaban cuando las llamaban o en situaciones límites... no trataban de acercarse a ver que querían (las pacientes)... yo me acercaba a conversar con ellas... algo las contenía yo... con el correr del tiempo empezaron a decirme que no prestara tanta atención porque a la larga eso me iba a hacer mal...

Alberto: Mi experiencia con el paciente psiquiátrico... era como muy distante... temor a lo que no conocía como patología... yo venía de un hospital general donde había que mantener el respeto por la persona.

Alfredo: Yo llevo más de veinte años... yo veía un trato llano, la preocupación verdadera por dolor del paciente que se repetía en la generalidad de los casos... en esa época aún existía una cierta estigmatización de la enfermedad psiquiátrica por parte de la sociedad... ahora también pero creo que antes era peor... lo que producía que quienes trabajaban con este tipo de pacientes trataran de protegerlos... así también se cronificaba.

Alejandro: Cuando ingresé al hospital consideré buena la relación entre enfermeros y paciente, pero se puede mejorar... darle más importancia a los crónicos que están más tiempo en el hospital, a través de actividades y salidas...

Mauricio: Consideraba que la relación era rígida... que había que cuidarse de los pacientes por posibles agresiones en momentos de desbordes... de descontrol... tenía la idea que el enfermero los tenía que medicar aún empleando la fuerza... cuando uno emplea la fuerza creo que algo se rompe... la relación con la otra persona no vuelve a ser lo mismo... como cuando lo tenés que atar a la cama.

Lourdes: A mí me llamó la atención que a diferencia de otros hospitales una supiera mucho de las personas, de su historia... cosa que no se da en todas las áreas de la salud.

Yolanda: Al trato con el paciente yo lo veía como inhumano... no se satisfacían muchas de las necesidades básicas... se lo veía como una persona sin mejores expectativas como que ya no había mucho por hacer... a través del tiempo fue cambiando la relación volviéndose más humana.. viendo al paciente en forma más integral... que necesita relacionarse con la comunidad, con su familia...

Coordinador: Lo que decís ¿forma parte de tu evolución individual? ¿ves a todo el colectivo profesional de ese modo?

Yolanda: Hay muchas diferencias individuales... aunque a veces de afuera suponen que somos iguales.

Teresa: ¿Cuándo ingresaste?

Yolanda: en el 89

Mariela: Yo nunca me lo imaginé antes de ingresar... sólo me imaginé el comportamiento de los pacientes... a considerar por esto supongo que la relación la hubiese imaginado negativa para ambos (enfermero – paciente)

Javier: Es que es distinto si uno ingresó a un pabellón de crónicos o agudos... yo la veía buena... pero no sabía lo que sé ahora.

Helena: A pesar de que yo entré en el 80... la veía satisfactoria... acuérdense que por ese entonces hacíamos tareas de limpieza... eso nos obligaba a tener una relación más estrecha con el paciente... ellos nos ayudaban permanentemente... parece que lo que antes era considerado bueno ahora no lo es tanto.

Yolanda: ¿Pero eso que tipo de relación era?

Helena: Eso te obligaba a estar más cerca del paciente.

Julio: ...era buena y mala... como ahora... cuando el paciente estaba excitado, en crisis o se ponía agresivo... los enfermeros también reaccionaban en forma agresiva... lo que no permitía una relación adecuada...

Gustavo: ...yo venía de trabajar con niños... en pediatría lo afectivo es muy importante... al ingresar fue al principio un período de observación... como metodología de trabajo... por consejos de otros colegas... me plantearon que

la relación enfermero – paciente es individual, distinta en cada caso... había que evitar la afectividad.

Julio: Yo quiero agregar... para mí era distante... nos limitábamos a dar la medicación y la comida, porque no había servicio a boca... el personal era insuficiente... no había conexión con el personal médico... menos que ahora... había muchas veces un enfermero por turno... algunos estaban todo el fin de semana porque no había quien los relevara.

Susana: La primera vez que entré al hospital fue cuando vine a hacer las prácticas... en el servicio crónico de hombres... realmente me llevé un impacto por la distancia... la poca relación con el paciente... los enfermeros en un lugar y los pacientes en otro... después cuando ingresé pensé que esto se podía cambiar... aún lo sigo pensando.

Se produce un silencio anticipando el cierre.

Coordinador: Bien, este último ejercicio grupal a permitido a muchos verse como empezaron y escuchar también la vivencia inicial de otros compañeros. También a permitido traer más la resonancia afectiva. Pensar en el pasado puede servir para tender un puente con el presente ¿qué cambió? ¿qué no? ¿cómo era yo antes, como soy actualmente? ¿quién quiero ser? ¿tiene sentido cambiar? y muchas otras preguntas que cada uno podrá hacerse.

## ANÁLISIS DE LA REUNIÓN

En esta reunión comienza a aparecer con marcada disparidad los distintos tiempos individuales que en cualquier grupo se da para la apropiación del conocimiento, para construir un acontecimiento nuevo.

En algunos miembros aparece cierta hostilidad o un deseo de mantenerse aislados frente al momento teórico. Lo podemos interpretar como un argumento al servicio de la resistencia al cambio. Si entendemos como "lo nuevo", las conductas que deben ser revisadas a la luz de lo que se entiende por terapéutico, se hace difícil articularlo con "lo viejo", lo ya conocido. Hay incremento del temor por aquello nuevo, con el aumento previsible de las ansiedades universales.

En otros miembros el pensamiento que funciona va desde el pensamiento vulgar o común hacia el intento de instalar el pensamiento científico, resolviendo las aparentes contradicciones y estableciendo una secuencia o continuidad entre uno y otro. "A veces en forma clara y otras más difusa, es posible detectar por qué se ha privilegiado un tema del momento teórico y no otros. Esta selección tiene que ver con la historia y lo situacional del grupo. El nivel dinámico latente del grupo hace las veces de motor que promueve la búsqueda instrumental de los conceptos de la teoría". (25)

Este escenario hizo que como equipo de coordinación tuviéramos que efectuar varias intervenciones tendientes a que se pudiera unir lo intelectual con lo afectivo en un intento de que se avanzara en un aprendizaje integrado, donde no estuviera escamoteado ni el sentir, ni el hacer ni el pensar, como requisito ineludible en el proceso de investigación y conocimiento.

En la apertura de la reunión un integrante habla de la contención: "...el paciente se quiere ir y nosotros hacemos la contención para que no se vaya" Nos preguntamos si esta contención no es interpretada o entendida como control y puertas cerradas, porque en realidad el apoyo psicológico se le pide que lo haga el médico: "...me pregunto ¿por qué no se le hace apoyo psicológico? Cuando esta pregunta se las traslado a los médicos estos me contestan que acá no lo pueden hacer..."

Inmediatamente se instala un momento muy rico en el debate en un intento de develar como se construyen competencias para poder brindar al paciente un tipo de atención distinta. Se comienza a discutir alrededor de dos ejes: de donde se aprende y como construir teoría a partir de la práctica: "uno de los grandes baches que tenemos es que no podemos manejarnos con una literatura propia", "algunas teorías superan nuestra posibilidad actual y la mayoría están sujetas a modelos de trabajo que no compartimos", "El cabo Vedia tenía un conocimiento empírico que lo hacía un avanzado para la época", "eran personas que no pudieron o no supieron plasmar ese conocimiento", "los cuidados de enfermería... están... sustentados desde la psiquiatría... y desde ahí se han cometido muchos errores", "...falta sacarle el jugo a nuestra experiencia", "tengo que admitir que sabemos poco para hacer una enfermería distinta"

Lo referido trae a colación aquello de que "quien investiga... indaga sus leyes a partir de su práctica concreta, pero se sitúa en ella y la interpreta desde su concepción de los órdenes natural, social e histórico que convergen en ese hombre. Esta concepción opera como óptica, como perspectiva de abordaje y comprensión... Se manifiesta como concepción del sujeto. Emerge como hipótesis acerca de que determina, en última instancia, la existencia y la forma de los procesos investigados". (26)

En otro momento del grupo, se les pide desde la coordinación un ejercicio consistente en mencionar que cosas les desagradan de la actividad que desarrollan con el paciente. El ejercicio tiende a hacer explícito los aspectos ambivalentes del vínculo con el paciente tanto como la complejidad de emociones que dicho vínculo despierta. Fue un momento de mucha resistencia denotada por la dificultad para ajustarse a la consigna.

Aún así aparece un portavoz que denuncia como el enfermero se ve en forma reiterada, empujado a asumir conductas trivializantes: "uno le dice (al paciente), tenés que hacer las cosas bien para que el informe del médico al juez sea bueno y el alta te llegue pronto... tenés que tomar la medicación... evitá meterte en líos... me parece tedioso". Clara demostración de cómo se instala un vínculo de carácter paternalista, pobre, de escaso impacto en el acontecer de la otra persona, y que es registrado por el enfermero como "tedioso" con todo lo que denota y connota el término.

Otras intervenciones que consideramos como aportes calificados y que pueden darle un cierre al momento asignado para trabajar la consigna son: "es la falta de empatía... lo que me pone mal", "un protocolo ordena la tarea pero no le cambia la cabeza a la gente... el que no quiere escuchar se da vuelta y listo", "me conmueve que se caratule al paciente por el diagnóstico"

La siguiente consigna propuesta, trae la variable histórica como parámetro para revisar lo vincular. Algunos logran ver su propio proceso personal, testeado en términos de lo que está bien y lo que está mal: "viendo al paciente en forma más integral... que necesita relacionarse con la comunidad, con su familia", "hay muchas diferencias individuales... aunque ...de afuera suponen que somos iguales", "yo la veía buena (la relación) pero no sabía lo que sé ahora", "parece que lo que antes era considerado bueno ahora no lo es tanto".

Otros integrantes ven facilitada la posibilidad de poner en el pasado el acontecer presente: "tenía la idea que el enfermero los tenía que medicar aún empleando la fuerza...", "cuando el paciente estaba excitado, en crisis o se ponía agresivo... los enfermeros también reaccionaban en forma agresiva". Y si del presente se trata no tiene desperdicio la afirmación: "...cuando uno emplea la fuerza creo que algo se rompe... la relación con la otra persona no vuelve a ser lo mismo"

La última intervención por parte de una participante del grupo se constituye en un cierre en todo sentido: "...me llevé un impacto por la distancia... la poca relación con el paciente... cuando ingresé al hospital pensé que esto se podía cambiar... aún lo sigo pensando"

La revisión de esta crónica, nos llevó al equipo de coordinación a concluir que había sido la reunión en la que más intervenciones tuvimos que hacer para mantener la direccionalidad de la tarea, pero que había permitido, entre otras cosas, comenzar a recuperar la palabra para denominar a los hechos por su nombre. Pese a las resistencias, a la realidad encubridora, muchos pudieron expresar sin eufemismos cuáles son las características del contacto con el paciente. También las posibilidades de transformación están sugeridas en varios integrantes.

Nuestra hipótesis para la siguiente reunión, presumía la posibilidad de que el grupo reinstalara el tema desde otro lugar, considerando que iba a ser la penúltima reunión, hecho que marca los **tiempos internos para la tarea y por lo tanto la necesidad de entrar en el terreno de las conclusiones**. También abre las posibilidades de visualizar los cambios y de la apropiación efectiva del esfuerzo colectivo.

## REUNIÓN N° 7

### APERTURA TEÓRICA

Desde lo que consideramos prioritario, en el marco de ir construyendo un pensamiento que refuerce las actitudes terapéuticas, consideramos para esta reunión transmitir en forma sintética un trabajo que habla sobre como pensar y pensarse en una relación con el paciente que posibilite la ruptura de conductas omnipotentes, que facilite el crecimiento del "otro", que promueva actos reparatorios.

El trabajo es una reflexión a partir de un libro llamado "Poder y destructividad en psicoterapia" cuyo autor es Adolf Guggenbuhl – Craig, y es la siguiente:

"El autor plantea que todos contenemos dentro una contradicción básica que llama **contradicción CURADOR – HERIDO**. Esta contradicción está presente en todos los seres humanos.

Ahora nosotros tenemos una vocación, un deseo genuino de ayudar, pero no sólo tenemos eso tan claro, tenemos además cosas oscuras, motivos ambiguos en esto de ayudar: por un lado **deseo de ayudar** versus **ansia de poder**. Es una contradicción con motivos luminosos y oscuros. Pero vale la pena reflexionar sobre todo esto ya que el conocimiento científico refina, lo hace más sutil y puede no eliminarlo. Entonces quien asiste a otro habla con el asistido (se las sabe todas) sin hacer acopio, no hay logística, habla desde la proyección.

El sujeto que está en un rol asistencial tiene socialmente dos modelos: el médico y el sacerdote.

Esto puede transformarse en una situación de querer ejercer **influencia y poder**. Presentarnos como el falso profeta que, como no es fácil probar lo que predica, se espera que su comportamiento de fundamento a la Fe que representa y debe presentarse ante sí mismo y lo otros mejor de lo que realmente es en un acto de impostura.

Así entonces el sacerdote, el médico, el psicólogo, el enfermero pueden tener una actitud omnisciente. De modo que podríamos transformarnos desde el impostor que podemos tener dentro, en un hacedor de conciencias, dador de luz y llegar a creer que estamos más iniciados en las cuestiones acerca de la vida y de la muerte que nuestros semejantes.

El esquema sería el siguiente:

<b>Asistente</b>	<b>Asistido</b>
médico enfermero psicólogo maestro	paciente alumno
<b>Curador</b>	<b>Herido</b>

Puede ocurrir que el paciente se dirija a nosotros ubicándonos en el lugar del falso profeta que hay en uno. Lo que busca es, desde la fantasía, al redentor que lo libre de sus problemas e incluso que tenga capacidades sobrehumanas. Busca al brujo o al aprendiz de brujo, al mago, al salvador.

Entonces si quien asiste a otro asume el rol adjudicado puede creer que puede realizar desde su teoría o concepción auténticas maravillas. Cuando le hablan contesta con gestos, hace como que si bien el otro aún no está preparado para oír todo su saber, el ya ha penetrado hasta las últimas profundidades. Y se produce entre el "mago", que sólo es **curador**, y el **herido**, un juego de seducción, de adulación a doble vía.

¿En un proceso adecuado como sería?

El **herido** busca un **curador** externo y apenas se inicia este vínculo, el herido se conecta con una característica que podríamos llamar **factor curativo**, que es su propio deseo de vida, su potencialidad, que es lo que lo llevó a pedir ayuda. A veces esto no se percibe claramente porque es débil, no porque no existe. De ahí, aquello de que hay que dirigirse al aspecto sano del otro, ese factor curativo que el otro tiene. Su acción es tan grande como el curador externo, no hay cambio sin la acción de este agente de cambio interno, es el **curador del herido**.

Lo que no suele ser fácil de aceptar o entender es que el **curador** tiene aspectos heridos y solo desde allí puede ser curador ¿Cómo? Tratando de que ese herido se conecte con sus aspectos curadores. De lo contrario no hay cambios, lo que ha sucedido es que el asistente se identificó con los aspectos curativos del herido y cree que él es el factor curativo. El curador puede proyectar sus heridas en el herido externo. El herido, su curador en el curador externo.

El curador puede, en este juego de proyecciones, creer que no tiene su herido propio y así sentir alivio momentáneo y si esto se sostiene se bloquea el curador. Simultáneamente el herido no tiene responsabilidad en su curación, deja en manos del otro su progreso. En el curador, la enfermedad, la debilidad, las heridas no tienen que ver con él, es el curador que se ha curado, las heridas son sólo de sus pacientes y como no tiene heridas, no sintoniza con el curador del paciente.

Así tenemos entonces:

<u>Curador</u>	<u>Herido</u>
sano y fuerte	pasivo - paciente
se eleva	se degrada
<b>Curador ciego</b>	<b>Paciente perenne</b>

Sólo el curador puede asistir si se conectó en su interior con la posibilidad existencial de la enfermedad o de sus obstáculos, sólo así puede contactar con el factor curativo del otro.

Es como la madre que es sólo madre olvidando su experiencia de hija y la hija que es solo hija desasistida, completamente confiada de la fuerte madre (nada maternal) que la cuida en su interior.

Todos tenemos la posibilidad de **construir y destruir**. Lo importante es como se resuelven estas contradicciones, su grado de conciencia y elaboración. Solo trabajando hacia la resolución de estas escisiones, de estas zonas oscuras, es que podemos lograr el placer de la creatividad en nuestra tarea".(27)

### CRÓNICA DE LA REUNIÓN N° 7

Coordinador: En la reunión anterior se presentó en el grupo un aspecto muy interesante: ir pensando como ven y sienten el tránsito por el Hospital a partir del impacto inicial y de las primeras experiencias con el paciente. Hoy los vamos a invitar, salvo que alguien quiera traer otro tema, a reflexionar sobre que consideran que son sus **logros** en la relación con el paciente y que suponen que les **falta** como obstáculo para mejorar su relación con el mismo. Traten de usar una perspectiva crítica para ser coherentes con nuestra línea de investigación y como siempre pueden apoyarse en todo lo que hemos visto desde la teoría.

Entre varios se miran. Pareciera que cuesta empezar.

Alejandro: Yo, gracias a una mejor comprensión de las distintas patologías... se me hizo más fluida y con un mejor entendimiento la relación... todavía siento como faltante dedicarme más tiempo a cada paciente.

Natalia: En mi caso por ser más nueva... busco interiorizarme de las patologías para saber actuar y entender mejor las conductas del paciente... de ahí se puede saber la posible evolución... favorable o no... lo que se puede esperar de cada caso... Por otro lado voy sintiendo mayor disponibilidad para brindarme... como más suelta... tal vez tenga más confianza en mí misma...

Mariela: Al rotar por los distintos servicios... ya he estado en tres... con cada experiencia voy creciendo... puedo detectar necesidades, carencias, situación objetiva... y técnicamente... he mejorado y he desarrollado la observación... pero no me alcanza... a veces quiero interpretar que pasa en una situación difícil y no entiendo... siento además poca habilidad emocional para acomodarme a esas situaciones difíciles...

Se produce un silencio breve. Algunos sugieren en voz baja que hable el que está al lado.

Coordinador: Nos gustaría escuchar la opinión de la mayoría y mejor aún de todos. No es necesario que sigan el orden en que están sentados.

Javier: Yo crecí y maduré... aporté un grano de arena a los equipos en donde me tocó trabajar... puse esfuerzo para la recuperación... pero siempre me queda claro que el éxito en este trabajo es actuar con otros... siempre habrá algo para mejorar... yo lo veo por el enriquecimiento personal... pero desde una perspectiva humanitaria... no se si me hace mejor tener todo el conocimiento de las patologías... hay mucha gente que sabe más que yo de teoría... no hablo solamente de los enfermeros... pero no se puede dejar ese aspecto humanístico que muchos no lo tienen o lo van perdiendo.

Gustavo: Creo que actualmente he aprendido a escuchar... a ser amigo, compañero... y sobre todo a manejar las ansiedades del paciente demandante...

Alfredo: ¿Que querés decir cuando mencionás lo de amigo?...

Gustavo: ...un sentimiento amistoso... solidario...

Alejandro: Uno no es amigo del paciente... genera confusión.

Gustavo: Según desde donde uno lo mire... yo trato de que me sienta próximo... tal vez lo que me falta es más de lo que tengo...

Estela: ...he ido comprendiendo la importancia del encuadre... para establecer una relación que sitúe al enfermo... también pude comprender el rol dentro de un equipo de trabajo en donde debe existir a mi modo de ver... relaciones de horizontalidad... con las demás disciplinas... para construir acciones a favor del paciente... quisiera adquirir mayor conocimiento en la dirección de establecer vínculos terapéuticos, sin importar la especialidad en que esté el enfermero... simplemente en la relación enfermero – paciente.

Silvia: Me parece que lo que tengo a mi favor es esa relación humana que establezco... me abruma no tener tiempo cuando nos internan tantos pacientes... a veces hemos tenido más de sesenta... y ahí no sabés que

método usar... me resulta útil transmitir que confío en ellos... sé que puede cambiar.

Walter: Me pregunto lo que he podido o no armar internamente... aquello que me salvaguarda física y psíquicamente... me lo he comenzado a preguntar en estos encuentros... me gustaría que se pudiera coordinar el esfuerzo individual y colectivo... para que cristalicen en resultados positivos... que la profesión sea mejor reconocida...

Jorge: La relación enfermero – paciente la veo, desde mí, más fluida, ya no tengo temores pero sí precaución... al paciente hay que tratarlo con confianza, de buen modo... no hiriendo sus sentimientos... ayudarlo a encauzar su vida... sus acciones... y si es posible que encuentre una salida duradera a su estado de confusión... cosa difícil pero no imposible... Me gustaría tener más conocimientos teóricos... entender toda la gama de patologías... avanzaríamos en la relación enfermero – paciente.

Mauricio: Transmitir confianza... es un logro importante... siempre me propongo esto en primera instancia... siento que es un desafío diario con estos pacientes... como dice el compañero (Javier) el conocimiento no te hace mejor pero ayuda... debería tener más conocimientos... la gran pregunta es que conocimientos... en estas reuniones me han crecido las preguntas más que las respuestas... las ventajas de investigar.

Yolanda: Donde me ha tocado actuar... en distintos servicios... la relación con el enfermo mejora cuando no se lo trata como un número... el enfermero debe imponer la autoridad para ser respetado... pero a la vez ser cordial y amable para que el paciente se de cuenta que el enfermero no es el que manda en el servicio... sino en la persona que puede confiar y contar para que le transmita inquietudes dudas y no se considere disminuido... que no se lo trate como loco...

Alberto: Debo considerar que el mayor logro es la persistencia en el hospital... cuando ingresé se decía que pronto uno se daba cuenta si iba a durar o no... a medida que te vas metiendo en el trabajo uno entiende el entorno del paciente... va entendiendo la importancia de la inserción social... vas tomando como desafío la mejora social y laboral del paciente... pero las dudas están en mi posición dentro del eslabón en el equipo de salud... creo que no hay mucho que hacer ya que la ayuda social no depende de mí... pero sí favorecer pautas de trabajo y el diálogo con otros integrantes del equipo de salud.

Marina: Aunque me falta he aprendido a contener verbalmente al paciente... a escuchar... aprendí a separar mis tiempos de los del hospital... y los problemas de los pacientes que no me afecten en mi vida personal... en lo posible... no siempre lo personal queda fuera cuando uno viene a trabajar...

no sé si es factible... yo no puedo... cuando se enfermó mi mamá... la idea no me dejaba de dar vueltas en la cabeza...

Yolanda: Para mí mis hijos son lo primero.

Alfredo: Los conocimientos que se logran con la experiencia y la capacitación con respecto a patologías y técnicas hace distinta la relación enfermero – paciente... basta de empirismo... se puede decir: más técnica o conocimiento científico... habría que ofrecer más técnicas específicas y conocer otras dinámicas de trabajo que posibiliten entender mejor al paciente... la mejora llega unida a eso...

Coordinador: Lo tuyo suena a propuestas para el futuro, de eso podemos hablar después si te parece bien. Tus compañeros están aportando centrados en sus logros y dificultades. Fijate si vos lo podés hacer.

Alfredo: Yo creo que nos falta y me incluyo en primer lugar, más participación... tenemos la excusa de que venimos de otro trabajo... los turnos de doce por cuarenta y ocho horas no favorecen el tener la cabeza en la planificación... yo estuve un tiempo intentando hacer un protocolo para el servicio y no lo terminé... la falta de tiempo nos hace trampas...

Susana: Es difícil separar los logros personales del conjunto... algo de eso dijo Javier... mi descubrimiento fue entender lo negativo del modelo manicomial... hay un antes y un después... esta comprensión orienta toda la acción... Me falta como a muchos responder ¿qué es la relación terapéutica con un paciente que ha perdido su salud mental?... que debemos armar hoy en nuestra cabeza los enfermeros... tal vez empezamos y no somos concientes.

Coordinador: He estado observando en varios colegas el deseo de incorporar el proyecto, o una propuesta, para que algo cambie. Es un modo adecuado de ir ampliando la mirada. Algunos lo han explicitado en otros está latente.

Les propongo, a los fines de ser más productivos, que se formen dos subgrupos, discutan propuestas para mejorar la relación enfermero paciente. Alguno del grupo puede escribir las conclusiones de modo que al final intercambiamos opiniones.

Se forman dos subgrupos. Se les propone que lo conformen teniendo en cuenta que sus integrantes sean en lo posible de distintos servicios.

Los denominaremos **Subgrupo A y Subgrupo B**

Subgrupo A

Walter: Yo tengo claro que el cambio puede venir de afuera pero también de adentro... lo hemos visto en la parte de la teoría (se refiere al disparador teórico de otra reunión)... en esto se impone aplicar una fuerza de cambio... pensar otro hospital... pero un hospital posible...

Marina: La teoría también nos debería aportar técnicas que nos permitan disociar... para involucrarse de otro modo... hablamos de salud mental... que poco que sabemos de nuestra salud mental... si uno está bien el trabajo se vive de otro modo... de todos los cursos que he concurrido o de los que he sabido por referencias no se aprende esto... ¿quién es el que sabe del tema?

Walter: Sin duda que hay que capacitarse... pero te lo tiene que enseñar alguien... por lo menos si uno es nuevo como yo... sino el conocimiento te pasa por las narices... ¿cómo captarlo?

Susana: Cuando estuve en la Residencia... un conocimiento importante que trabajamos desde la teoría fue la noción de encuadre... yo tengo una mirada externa por no estar en los servicios de internación... puede que sea una ventaja... veo que dificulta mucho el trabajo... cuando falla el encuadre.

Marina: Ves... esas cosas te lo da una buena formación teórica... claro que otra cosa es aplicarlo... el asunto es que lo entienda todo el servicio...

Gustavo: Con una buena formación teórica... uno sabe que cosas debe decir para que el paciente reaccione de una determinada manera.

Walter: Eso no lo vas a poder saber totalmente... pero te da seguridad...

Susana: Lo que creo que debe aclararse es que se debe pensar en todo tipo de pacientes... no sólo en el paciente psiquiátrico... la relación terapéutica tiene bases para aplicarla con cualquier persona... no importa su enfermedad...

Gustavo: En mi caso que también trabajo con recién nacidos... pero la familia pasa a ser también el centro de atención en el trato... no podés decir cualquier macanazo...

Yolanda: ...conocer técnicas de disociación... que te enseñen a desenchufarte... que no quedés paralizada...

Susana: eso no viene como una receta... acá lo podés pensar.

Javier: Cuando uno tiene la cabeza más despejada... la ansiedad es menor... se te hace como un clic... tenés más tiempo para dedicarle al paciente...

Walter: Se podrían armar grupos... como este... que se presente un problema que tenga el enfermero con el paciente... que nos vayan enseñando como actuar...

Susana: Vos tenés un equipo que está relacionado con el paciente... ese es el grupo... se necesita el apoyo del equipo... si la situación te desborda poder hablar... el médico también tiene que estar...

Gustavo: Mirá... cuando me rompieron los lentes... lo único que conseguí es que me dijeran -arreglátelas como podás-

Yolanda: No te pueden contestar eso.

Gustavo: No pero... a buen entendedor...

Mauricio: Trabajar con un equipo es también tener un espacio para hablar... si siempre esperás la respuesta de la autoridad no obtenés nada.

Jorge: Cuando el servicio está muy pesado...queremos imponer autoridad... pero eso debe ser sin agresividad... tratar de que el paciente te comprenda... contenerlo no es fácil a veces... tener los pacientes en contra nuestra es peligroso... acá se habló de hacer normativas para atender el paciente... o protocolos.

Marina: Cuando se piensa en normativas hay que pensar muy bien como se hacen... yo cuando acompañé a la delegación que fue a Mar del Plata... se pusieron normativas... la gente de Terapia Ocupacional fue muy rígida... los pacientes esperaban otra cosa... querían tomar mate, fumar... disfrutaron a medias.

Jorge: Pero una base de trabajo clara tenés que tener... al paciente hay que sobre todo hacerlo sentir útil.

Mauricio: Hacerlo sentir importante... si a los pacientes los tratás con respeto eso los reconforta... con eso se sienten bien.

Yolanda: ...en la medida que se establece otro vínculo el paciente también cambia... vos podés ver una paciente agresivo... vas hablando y de a poco te encontrás que se da vuelta...

Gustavo: Lo difícil es saber cuando un vínculo está bien planteado... en algunos casos te va mal... el paciente no te registra... no le importa lo que le decís...

### Subgrupo B

Silvia: Pareciera que, por lo que hemos hablado, que la relación con el paciente crónico es mejor... tal vez sobre él tengamos menos expectativas... los sentimientos se parecen más a la compasión...

Alejandro: He trabajado con pacientes crónicos y agudos... como en mi pabellón... no sea que de la compasión se pase a la indiferencia... ese tipo de pacientes poco nos demanda... a veces descubrimos una patología cuando ya está muy avanzada... creo que nadie piensa mucho en ellos.

Silvia: Es como si la motivación para el trabajo no fuera la misma... al menos yo veo que los enfermeros de los pabellones con muchos crónicos... se cronifican con ellos...

Mariela: La distancia emocional con la familia se repite en el hospital... se hacen amigos entre ellos... sustituyen a sus familias... pero aunque uno crea que no hay mucho afecto... cuando se han tenido que ir a un hogar les cuesta muchísimo... ¿qué pasó cuando cerraron el servicio "D"?... las pacientes que fueron a los hogares lloraban y también lloraban algunas enfermeras...

Silvia: ...era toda una vida al lado de ellas... no debe ser muy fácil desprenderse de esa relación...

Alfredo: A donde fueron (hogares de externación) supuestamente están mejor que en el hospital... si uno piensa que los pacientes son de uno aumenta la cronificación... de ahí que si los enfermeros pudiéramos evaluar el vínculo podríamos progresar... hay que trabajar sobre sí mismo...

Alberto: Nosotros no participamos mucho de la descronificación... no tenemos participación... le largamos la pelota al médico o a la asistente social... terminamos llenando los espacios que nadie llena...

Estela: Pero cosas que no nos sirven... ¿cuantos años hemos atendido el teléfono?... cuando hay cambios la voz nuestra casi no aparece... creo que nosotros reforzamos la cronificación... no hacer más que las indicaciones médicas es reforzar la cronificación... muchos se quejan cuando se externan pacientes crónicos... piensan que como el hospital no hay mejor lugar... en el fondo muchos creen que no van a tener más trabajo... como si cuidar crónicos es lo único que pudiéramos hacer...

Alfredo: Para ocupar espacios falta el reconocimiento de otras profesiones... para buscar espacios hay que tener las herramientas... conocer como manejar distintas situaciones del paciente y de la familia... contamos con los conocimientos pero faltan lineamientos científicos...

Alberto: Al final terminamos haciendo otras funciones... si hubiera un protocolo delimitaría y aclararía las funciones que debemos realizar... todas

las otras profesiones tienen normas claras en cambio nosotros no... y así ponemos en juego nuestra carrera...

Mariela: El jefe de unidad debería ser vocero de lo que nos está pasando y de otras necesidades... ¿cuántas veces se organizan ateneos de enfermería?... y si se hacen ¿quién se queda con el paciente?... nosotros somos carne de cañón...

Estela: Es cierto... debemos ganar espacios... con fundamentos... hay gente que sabe mucho... en la revista de sala podríamos exponer lo que se escribe en las hojas de evolución de enfermería... con derecho a opinar sin que se molesten los otros...

Alejandro: ...en muchos servicios participamos de la revista de sala... pero esa experiencia la hacen pocos... lo mismo cuando habían asambleas con pacientes... esperamos a que nos inviten...

Natalia: Los médicos deberían decirle al paciente lo que va a pasar con ellos... nosotros somos los voceros... tenemos que mentir para que los médicos queden bien... o se enojan con vos... simplificamos la tarea de los demás sin tener participación ni reconocimiento...

Alfredo: ...la relación terapéutica no es la correcta... en los servicios cerrados somos porteros no enfermeros... ¿cómo vamos a abordar a ese paciente al que le corriste la visita?... faltan lineamientos... estamos descabezados...

Alejandro: Se me ocurre que necesitaríamos grupos de reflexión... al fin de cuenta no es fácil estar las 24 horas acá... la capacitación también nos beneficia a todos... nos enriquece...

Alfredo: A nosotros también nos resulta importante esta modalidad de aprendizaje (la grupal)... también es una posibilidad de escucha...

Estela: ...tenemos que hacer una síntesis de lo que hablamos... hay que pasarla a propuestas...

Los distintos subgrupos discuten lo que va a pasar en un papel como conclusiones para leerlas.

Coordinador: Bien, podrían empezar a leer lo que elaboraron

Marina: (escribe las propuestas y expone lo elaborado por el Subgrupo A)

Propuestas:

- Capacitación en lo referido a como construir un vínculo terapéutico
- Crear un espacio donde se pueda escuchar al enfermero (problemas, dudas, inquietudes)
- Asesorar al enfermero en la resolución de problemas puntuales.

- Como actuar para que el personal de enfermería no sufra un deterioro en su salud mental.
- Participar de actividades en las que el paciente pueda satisfacer sus necesidades de recreación y de realización.
- Replantear los aspectos actitudinales: evitar la rigidez, el autoritarismo y el abuso de autoridad.

Alfredo: (expone lo que escribió Estela representando al Subgrupo B)

Propuestas:

- Crear espacios para enfermería (capacitación, reflexión)
- Participación más activa en las auditorias y en la revista de sala.
- Buscar herramientas científicas para la toma de decisiones.
- Promover ateneos de enfermería-
- Mejorar reconocimiento y respeto; lo que dice el enfermero sea tenido en cuenta, por ejemplo: si el enfermero considera que un paciente debe ser atendido sea recibido el pedido y se cumpla. El paciente sentirá que tiene sentido transmitirnos su dificultad.
- Promover grupos de reflexión.
- Delimitar responsabilidades legales. Si el paciente se fuga ¿quién debe hacer la denuncia a la policía?

Coordinador: Esta es la penúltima reunión. En la próxima finalizamos. Haremos una evaluación grupal de todo lo que se ha trabajado y trataremos de sacar conclusiones sobre lo producido, que por cierto es muchísimo. En tanto, pueden ir pensando, en el tiempo que nos queda hasta la reunión próxima, que han podido darse cuenta, que han podido cambiar a través de este trabajo de investigación compartido entre Uds. y nosotros como equipo.

## ANÁLISIS DE LA REUNIÓN

Como la reunión estuvo dividida en dos momentos podemos sacar para cada uno de ellos distintas conclusiones.

El primer momento, nos pareció de importancia en tanto permitió avanzar en la revisión crítica de la relación entre el enfermero y el paciente y en el autoconocimiento. En esto hubo una marcada diferencia respecto a reuniones anteriores en donde no se pudo dar un atravesamiento profundo, una mirada exhaustiva del tema en cuestión.

Sin embargo, no por trabajar con una consigna clara y definida, se pudo evitar en algunos participantes respuestas superficiales y evitativas, con dificultades o temor a mostrarse. En otros en cambio possibilitó transitar y comunicar aspectos reveladores de la tarea diaria, con gran implicancia de los aspectos emocionales.

Algunas respuestas frente a los logros, se interpretan expresados desde el lugar de la racionalización: "mejor comprensión de las distintas patologías", "más confianza en mí misma", "crecí y maduré", "tengo a mi

favor... esa relación humana que establezco”, “la relación con el enfermo mejora cuando no se lo trata como un número”, “aprendí a contener verbalmente al paciente... a escuchar”.

Otras intervenciones se perciben en un nivel de omnipotencia: “he aprendido... a manejar las ansiedades del paciente”, “lo que me falta es más de lo que tengo”, “el enfermero debe imponer la autoridad para ser respetado...”

Se juega en la reunión, relacionado tanto en los logros como en lo que falta, con un rasgo sutil a modo de un torneo de destrezas verbales, un factor puesto como par contradictorio: o conocimiento teórico - técnico o adquisición de actitudes. No se explicita en un debate, sino en lo que cada uno enfatiza y en lo que trata de diferenciarse del otro.

Comienza a aparecer el trabajar a partir de la confianza hacia el paciente con un acento jerarquizado: “hay que tratarlo con confianza... no hiriendo sus sentimientos”, “Transmitir confianza... es un logro importante”, “...me resulta útil transmitir que confío en ellos... sé que puede cambiar”. Estas afirmaciones contrastan con aquellas de reuniones pasadas cuando se trasuntaba “el cuidarse” del paciente. La confianza suele ir unida a la estructura de espera para quien la sostenga, denota interés y esperanza activa.

Consideramos como emergentes que aportaron a un salto cualitativo, en tanto se da una mirada más integrada de la tarea y del aprendizaje, las siguientes expresiones: “siempre me queda claro que el éxito en este trabajo es actuar con otros...”, “me gustaría que se pudiera coordinar el esfuerzo individual y colectivo...” “...no sé si me hace mejor tener todo el conocimiento de las patologías”, “Uno no es amigo del paciente... genera confusión”, “...he ido comprendiendo la importancia del encuadre... para construir acciones a favor del paciente”, “...establecer vínculos terapéuticos sin importar la especialidad en que esté el enfermero”, “es difícil separar los logros personales del conjunto”, “entender lo negativo del modelo manicomial... hay un antes y un después... esta comprensión orienta toda la acción”. Todas afirmaciones que dan un andamiaje al trabajo en salud mental.

Algo singular de la reunión es que aparecen expresiones tal como: “siento poca habilidad emocional para acomodarme a situaciones difíciles”, “Me pregunto lo que he podido o no armar internamente... aquello que me salvaguarda física y psíquicamente...”, “no siempre lo personal queda afuera cuando uno viene a trabajar... yo no puedo”. A partir de las crónicas anteriores no nos queda duda de que estas ideas están presentes en muchos aunque no aparezca de este modo. Es más sencillo pensar en lo peligroso de la locura, los aspectos contagiosos de la institución, que el plantearse unir el profesional con la persona y trabajar los aspectos angustiantes del trabajo como dispositivo más adecuado para proteger la propia salud.

Notamos que no se pudo expresar aún, aportes que permitan aclarar acerca de una adecuada distancia emocional con el paciente, distancia que permita abordarlo sin que movilice altos montos de ansiedad o en el reverso de esta posibilidad; un grado importante de indiferencia.

En el segundo momento pudimos escuchar en el debate de los subgrupos los siguientes portavoces:

#### Subgrupo A

Inicialmente se plantea: "...hablamos de salud mental... que poco que sabemos de nuestra salud mental... de todos los cursos que he concurrido o de los que he sabido por referencias no se aprende esto... ¿quién es el que sabe de esto?," "hay que capacitarse... pero te lo tiene que enseñar alguien... sino el conocimiento te pasa por las narices... ¿como captarlo?". Clara referencia a los déficit en el como se transmiten los conocimientos, como se aprende, quien enseña a quien.

Otro aspecto que queda más claro; unir la teoría con la práctica. Desde ahí se oye: "esas cosas (los conocimientos) te lo da una buena formación teórica... claro que otra cosa es aplicarlo", "con una buena formación teórica... uno sabe que cosas debe decir..."

Dos integrantes traen el término **disociación** relacionado a una técnica, además como algo requerido para el ejercicio de la función: "...técnicas que nos permitan disociar... para involucrarse de otro modo", "conocer técnicas de disociación... que te enseñen a desenchufarte". Este pedido no es viable si se entiende que lo posible de trabajar son los aspectos conflictivos del trabajo y de la relación con el paciente, los que suelen generar ansiedad, angustia; de ese modo la disociación, como mecanismo de defensa y como tal de carácter instrumental, no es requerida desde lo inconsciente. De ahí la pertinencia de otra integrante cuando afirma: "... eso no viene como una receta... acá lo podés pensar". Agregáramos; mejor aún si esto se elabora grupalmente, como aparece posteriormente: "...se necesita el apoyo del equipo... si la situación te desborda poder hablar..."

Afirmaciones tales como: "cuando se piensa en normativas hay que pensar muy bien como se hacen", "al paciente hay que sobre todo hacerlo sentir útil", "si a los pacientes los tratás con respeto eso los reconforta...", "vos podés tener un paciente agresivo... vas hablando... se da vuelta". Cualquiera podría preguntarse ¿cuál es el lugar del paciente en las normativas? ¿acaso hay alguna duda de que al paciente hay que hacerlo sentir útil, tratarlo con respeto o hablarle cuando está agresivo? ¿Estas son prácticas habituales o de excepción? Lo importante es que en el grupo se puedan explicitar.

#### Subgrupo B

Aparece con gran claridad un hecho un tanto confuso en otras reuniones. La importancia que para la institución tiene el paciente crónico: "...tal vez sobre él tengamos menos expectativas... los sentimientos se parecen más a la compasión", "... no sea que de la compasión se pase a la indiferencia", "los enfermeros... se cronifican con ellos", "la distancia emocional con la familia se repite en el hospital", "las pacientes que fueron a

los hogares lloraban y también algunas enfermeras”, “era toda una vida al lado de ellas”, “si uno piensa que los pacientes son de uno aumenta la cronificación”. Todas afirmaciones que muestran el carácter fuertemente ambivalente de los vínculos con este tipo de pacientes. Coexiste la indiferencia con la posibilidad de llorarlos cuando se van. Situaciones que a la vez remiten a experiencias en grupos primarios.

Otra intervención muy esclarecedora es aquella que dice: “creo que nosotros reforzamos la cronificación”, “no hacer más que las indicaciones médicas es reforzar la cronificación... muchos se quejan cuando se externan pacientes crónicos... piensan que como el hospital no hay mejor lugar... Se hubiera podido decir que “víctimas y victimarios están atrapados por la misma desdicha, el hospital enferma y cronifica por su propia lógica, por su pobre concepción del hombre”. (28)

Un salto cualitativo lo percibimos cuando los mismos integrantes del grupo pueden poner límites a los planteos paralizantes y vestidos de queja: “para ocupar espacios falta el reconocimiento de otras profesiones”, “todas las otras profesiones tienen normas claras en cambio nosotros no”, “el jefe de unidad debería ser vocero de lo que nos está pasando...”

Más allá de que estos planteos tengan algún anclaje en la realidad hay quienes pueden responder: “...en la revista de sala podríamos exponer lo que se escribe en las hojas de evolución de enfermería... con derecho a opinar sin que se molesten los otros...”, “la revista de sala... esa experiencia la hacen pocos... lo mismo cuando había asambleas con pacientes... esperamos que nos inviten... eso es muy pasivo”.

Un concepto muy esclarecedor se vierte cuando se opina: ¿cómo vamos a abordar a ese paciente al que le corriste la visita?... faltan lineamientos... estamos descabezados”. Si la metáfora ayuda, podríamos decir finalmente que se pudo exponer que “sin usar la cabeza” no podemos pensar ni pensarnos en un vínculo distinto. O tal vez también estén fallando las cabezas de la institución.

Nuestra última conclusión, es que la producción grupal a podido crecer a gran escala ganando en operatividad si por tal entendemos, la posibilidad de resolver contradicciones, visualizar y tratar los conflictos, realizar aprendizajes y cotejarlos con la realidad y como resultado proponer transformaciones.

Queda por trabajar lo relacionado con la distancia emocional con el paciente, hecho gravitante en el vínculo y en la salud del enfermero.

## REUNIÓN N° 8

### INTRODUCCIÓN A LA REUNIÓN

En razón de ser la última reunión y a los efectos de no restar protagonismo a la producción grupal, no organizamos un disparador teórico como tal. Simplemente realizamos un sintético comentario acerca de lo que consideramos que era un obstáculo para muchos: como conectarse con el paciente sin que esto concluya en la indiferencia, como modo de preservación ("para durar" como se dijo en un momento) o en una identificación masiva con la problemática del paciente.

El comentario fue el siguiente:

Un viejo pensamiento, que a veces adquiere la categoría de mito, afirma que "para brindar una buena atención profesional no hay que tener compromiso emocional con el paciente".

Este mito plantea como antagónico:

compromiso emocional	-----	profesionalidad
compromiso emocional	-----	objetividad

Por lo que la relación queda reducida a un profesional que pretende escindir a su persona en el vínculo con un paciente visto de un modo fragmentado.

relación: profesional	-----	paciente
-----------------------	-------	----------

Preguntaríamos:

¿Que efecto tendría lo mencionado en la construcción de una alianza terapéutica?

¿Que pasaría con el compromiso que se debe dar de las dos partes para que se ponga en marcha un proceso de recuperación de la salud o de rehabilitación?

Podríamos remarcar en la relación enfermero-paciente una contradicción básica:

acercamiento	-----	alejamiento o evasión
--------------	-------	-----------------------

¿Cuan próximo se puede estar, cuan lejos conviene estar?

Habría dos aspectos a destacar.

El primero referido a lo que denominamos la adquisición de una "distancia óptima" desde lo emocional.

¿Por que?

mucha distancia-----nos quedamos sin poder leer las necesidades del paciente.

poca distancia-----no nos podemos discriminar, nos quedamos "pegados", sin perspectiva para "ver".

En los dos casos se ve afectada la ayuda y el cuidado.

Esta distancia se aprende con la experiencia, no hay una receta, se facilita si el equipo o grupo de trabajo puede reflexionar sobre los aspectos emocionales que despierta la tarea.

El segundo aspecto, que tiene que ver con lo que acabamos de manifestar, es el tema de la "angustia". Angustia que se desencadena en distintos grados de magnitud al tratar sobre todo con pacientes moribundos o muy graves, muy agresivos, muy enajenados, etc.

Y acá a la angustia le vamos a dar el significado como el registro de temor, miedo a veces a algo no definido o identificado. La persona siente una amenaza real o fantaseada.

Se genera mucha angustia cuando nos identificamos con la problemática del paciente, por miedos o aspectos propios no resueltos.

En general frente a situaciones de sufrimiento ponemos en marcha, inconcientemente, conductas de evitación apoyadas en mecanismos de defensa que alivian nuestra angustia. Ejemplo de esto sería la *negación*, "no vemos lo que no queremos ver". La *racionalización*, cuando ante la muerte de alguien ejecutamos eficazmente una serie de procedimientos administrativos como que "acá no ha pasado nada", o "no me importa o no me interesa", "no estoy molesto".

Estos mecanismos pueden ser útiles, porque un monto alto de angustia paraliza. Pero se pone en riesgo el buen desempeño profesional cuando actuamos siempre desde ahí y no nos animamos a reflexionar, aprender y madurar a partir de situaciones angustiosas.

## CRÓNICA DE LA REUNIÓN Nº 8

Coordinador: Bien, esta es la última reunión. En la reunión anterior habíamos quedado en realizar un cierre que nos permitiera darnos cuenta de cuanto habíamos avanzado en el conocimiento, de lo que falta por hacer, que cambió. Sería algo así como un punto de llegada que nos facilitaría iniciar otra etapa del proceso de conocimiento que puede tener características de investigación u otra modalidad.

Ricardo: Se me ocurre que hemos comenzado a preguntarnos por las conductas con el trato con el paciente... lo que pasa en la realidad... a mí me resulta difícil darme cuenta como comienza un cambio verdadero... un cambio de conciencia que no es rápido para nadie...

Alfredo: ...mal que mal acá somos gente que en su mayoría tiene bastante experiencia en el hospital... darse cuenta de las cosas demanda perder esto de "hasta acá llegué"... como si fuera la última página de un libro.

Mauricio: ...mirá, igualmente uno comienza a tener conciencia de las cosas que hace sin darse cuenta por que las hace de ese modo... parece que hace falta que otro te lo diga para que te caiga la ficha... los otros te reafirman si

estás errado o la cosa va más o menos bien... siempre y cuando uno tenga respeto por el otro, ya sea por que se lo ha ganado por conocimiento o experiencia.

Susana: Yo quiero decir que para mí fue un espacio y un tiempo que tomamos exclusivamente para hablar de estas cosas que nos pasan todos los días con el paciente... yo estoy acá en el hospital desde el 92' y de pronto han pasado tantos años sin hablar de estas cosas con tus compañeros... es muy importante y válido... siempre lo reclamamos... y ahora tenés la posibilidad de incrementar la capacitación... Recuerdo la experiencia de un grupo de reflexión que terminó en una gran frustración para todos...

Coordinador: Les recuerdo que esto no ha sido un grupo de reflexión, ni por los objetivos ni por la metodología y encuadre de trabajo. Sí es posible reflexionar sobre la tarea, en este caso significa reflexionar sobre las modalidades vinculares. Yo tengo la responsabilidad de aclararlo y reafirmarlo aún en la última reunión, de todas maneras el modo en que uno vive una experiencia y el modo en que uno se apropia de los conocimientos es singular.

Marina: Para mí ha sido una visión muy transparente... un modo de descubrir cosas... me pasó algo muy parecido a los chicos... darte cuenta de lo que pasa casi sin saber en que momento te diste cuenta...

Luis: (interrumpiendo a Marina) es que es muy importante la reunión en grupo solo que nos cuesta llegar como a mí... que me perdí alguna reunión... pero lo mismo me mantuve al tanto de lo que pasaba por las compañeras del servicio.

Marina: No es lo mismo vivirlo que te lo cuenten... hemos tenido que amoldar nuestros tiempos a los del grupo...

Luis: De todos modos he podido tener una visión más amplia de un tema que es muy complicado... lo hemos visto desde otra perspectiva...

Jorge: Yo soy uno de los más nuevos en el Hospital... y la relación con el paciente psiquiátrico es muy novedosa... pretendo que el trato con el paciente no me afecte... por lo que es importante ver las cosas desde otro punto de vista... eso me ayuda.

Coordinador: Como en todo aprendizaje, no se puede dejar de lado esto de ¿cómo me impacta emocionalmente? Si en un aprendizaje lo emocional está escamoteado pues no hay un verdadero aprendizaje... las preguntas podrían ser ¿quién soy yo con esto que es nuevo? ¿qué hago con ello? ¿qué siento?

Jorge: Uno espera que cuando uno aprende las cosas... los otros no sean tan estrictos... de ese modo uno va pudiendo hacer los cambios de a poco...

Alberto: Cuando yo ingresé no había nada (de capacitación) para enfermería exclusivamente... ¿qué se podía realizar en otros tiempos?... no nos hubiéramos podido plantear cosas como actualmente...

Silvia: ...y eso es lo que hemos estado buscando... el aporte hacia los enfermeros y hacia los pacientes... yo no creo que antes no se podía nada... aunque yo soy bastante nueva... me parece que en todo momento se pudieron hacer cosas buenas... hemos escuchado experiencias muy interesantes... pero se trata de ir por más...

Natalia: A mí me inquieta lo del vínculo terapéutico... afianzar más el vínculo... sentir que ponés tu granito de arena... aún no tengo claro como se arma una nueva modalidad de trabajo con el paciente... pero siento la inquietud...

Silvia: ...el objetivo es ese pero a veces no sabemos tomar distancia de los problemas del paciente... o a la inversa... esto que vimos en la teoría sobre la distancia óptima... el saber que existe ya es un motivo de investigación...

Mauricio: Se entiende que la cosa no pasa solo por bañar a los pacientes... las preguntas son muchas y esto es un comienzo... si yo hubiera tenido las respuestas no hubiera venido a este encuentro...

Yolanda: Siempre me pregunto ¿cómo acercarme más al paciente? ese es mi objetivo... yo creo que trabajo bien, pero a las cosas hay que darles una base científica y en esta especialidad tenemos mucho por aprender...

Gustavo: Mi punto de vista no difiere mucho del de mis compañeros... quiero saber más como alejarme o acercarme al paciente sin que me perjudique... el hecho de estar mucho tiempo con el paciente es una carta a favor... hay que tenerlo como aliado...

Coordinador: Pensemos entonces en una alianza terapéutica.

Gustavo: Creo que todos queremos entablar un vínculo donde a la vez se les pueda marcar un límite... de ahí me interesó mucho que se hablara sobre el encuadre... este tipo de aprendizaje es movilizador... se aprende, como dijeron algunos, sin darse cuenta.

Natalia: ...es más interactivo...

Marina: Lo importante sería que lo que hemos visto pueda llegar a todo el personal... que se diagrame para que una vez vengan unos y luego los restantes... que estén contemplados los horarios y que se los reconozcan...

Alfredo: Al fin escucho algo inteligente (risas)... no puede ser que tengamos un Comité de Docencia e Investigación y estar los enfermeros representados y que no se haga más capacitación... o muchas veces se empieza con algún curso y luego no se lo termina...

Natalia: Vos ni te enterás de lo que pasa en el hospital porque venís prácticamente dos veces por semana... (referido a que cumple con guardias de 24 horas)... no sé como acá has venido casi siempre...

Jorge: Lo importante es que no se margine a nadie... hay un compromiso de los jefes pero también está la responsabilidad de cada uno... somos grandes y no se los puede llevar a todos de la mano... venir a este grupo era voluntario... al que le gustó se quedó.

Mariela: Eso no lo niego... a futuro lo veo como un proceso que se tiene que dar en todos y cada uno... nos vamos a sentir más involucrados... me gusta este camino.

Gustavo: Me gusta lo que nos hace sentir más integrados... siempre me pregunto sobre nuestra fuerza... ¿qué pasaría si un día no viniera ningún enfermero al hospital?... a mí se me han ido ocurriendo muchas cosas para investigar... por ejemplo que poder tenemos en el hospital.

Coordinador: Por el momento tratemos de terminar con esta investigación. El equipo de coordinación les quiere proponer a modo de cierre y con la intención de ordenar los conceptos, ir trabajando una serie de consignas aunque hoy nos quedemos un rato más.

La primera pregunta que les hacemos es: Este trabajo de investigación ¿qué le permitió a cada uno darse cuenta?

Julio: Yo empiezo... este trabajo me permitió comparar el presente con el pasado... avances y retrocesos... al momento de mi ingreso al hospital... en el pasado la relación con el paciente era directa... quiero decir sin ningún conocimiento... el vínculo se construía desde lo empírico... con la experiencia de cada día, con el consiguiente desgaste laboral... sin saber manejar la contratransferencia... no se tenían las herramientas necesarias para la tarea diaria... También es destacable las diferentes opiniones sobre los vínculos con los pacientes de los enfermeros más nuevos... muchos se han dado cuenta acá los riesgos de trabajar sin formación... sin un encuadre... lo que los lleva a un vínculo erróneo...

Coordinador: Julio, ¿vos suponés que muchos saben esto de la contratransferencia o de otras herramientas que mencionás?

Julio: No... tiene más que ver con las oportunidades de cada uno... relaciones laborales... autoformación... cursos... en esto, pienso, hay muchas diferencias individuales...

Susana: Yo algo dije anteriormente relacionado con la consigna... la importancia de tener un espacio con nuestros pares... expresar las necesidades y dificultades que nos plantea la tarea diaria...

Se produce un silencio. Se observan rostros con expresiones reflexivas.

Alfredo: Yo soy de los antiguos pero me sorprende y aunque me cuesta admitirlo... sentís la sensación de que siempre se está a tiempo para hacer algo por la profesión... es una sensación semejante a cuando comencé la profesionalización... se te va abriendo la cabeza cuando ya crees que lo sabés casi todo.

Gustavo: Me sorprende la necesidad de capacitación del conjunto de enfermería... de que la práctica se haga casi a ciegas... abordar al paciente teniendo en cuenta la propia experiencia pero pudiendo ir aplicando lo teórico... también es llamativo como se desconocen las competencias y en muchos casos las incumbencias de enfermería.

Carlos: ...me di cuenta sobre como planificar criterios de trabajo... en otros casos reafirmar los conocimientos... cuidados, observaciones... esto se debe al intercambio de opiniones... nunca me tocó aprender así...

Mauricio: Reflexionando sobre este trabajo de investigación donde lo interesante estaba en participar... me doy cuenta lo positivo que es trabajar en equipo... debatir los temas de cada jornada... observé que cada uno puso empeño... se esforzó en aportar lo mejor de sí mismo... sin ser una competencia todos contribuyeron con sus ideas... que en conjunto permitieron obtener conclusiones que a lo mejor se presumían pero que no estaban explicitadas y eso es lo bueno y sorprendente... es más fácil adquirir la información trabajando en grupo que en forma de "cátedra" donde uno es el que transmite y el resto recibe los conocimientos...

Alberto: De algo ya podemos decir que hemos avanzado... a fuerza de voluntad hemos ganado un espacio que nos fue difícil conseguir durante años... lugar nuestro donde podamos expresarnos libremente... discernir temas relacionados con nuestra profesión...

Mariela: ...pude ...aclarar inquietudes... establecer lazos... la importancia de la participación... como llegó la información... me gustaron los textos que trajeron desde la coordinación... obtuve muchas herramientas para estar mejor con el paciente... la necesidad del respeto por el paciente... todo el trabajo estuvo precedido por una ética... por valores y principios... aunque uno tenga que pasar momentos difíciles no olvidarlos... la importancia de

establecer un vínculo positivo con el paciente agudo... porque con el paciente crónico parece más fácil... uno los conoce un poco más...

Alejandro: Me doy cuenta lo mucho que nos falta... hay que trabajar mucho para adelante... diría que se podría formar una comisión para trabajar exclusivamente sobre este tema de los vínculos con el paciente...

Natalia: Me gusta saber sobre las cosas que se han mejorado en el transcurso del tiempo... me interesa avanzar en lo holístico... esta fue una buena oportunidad...

Yolanda: Yo quisiera seguir trabajando en investigación en grupos... así la investigación parece una cosa más accesible... pero que no quede en la discusión, quiero llevarlo a la práctica.

Marina: Si comparo como empecé y como estoy ahora puedo decir que me doy cuenta de mi evolución... tengo nuevos conocimientos en esta especialidad... quiero seguir investigando... me resultó insuficiente.

Walter: Voy a decir algo que no sé como puede ser tomado, pero aquí me di cuenta que la relación enfermero paciente debe ser terapéutica y si no es así no sé que es... de ahí entiendo como el enfermero puede incidir de modo muy importante en la evolución del paciente, tanto como lo que hacen otros profesionales... eso me agrandó... saber que se puede lograr una mejora en la salud de los pacientes.

Jorge: Lo digo breve; con este debate podemos considerar nuestros errores y aciertos en el trato con el paciente... yo me pregunto si esto nos va a permitir cambiar algo... por lo menos a mi sí.

Se dan algunos diálogos entre los presentes. Luego hacen silencio.

Coordinador: ¿Alguien quiere agregar algo más a lo ya dicho?

Silencio.

Lourdes: Creo que lo dicho por los compañeros resume el pensamiento de casi todos.

Coordinador: Se trata de que en lo posible nadie hable por otro. Si les parece podemos avanzar alrededor de otra idea... ¿qué propuestas o sugerencias harían a partir de esta experiencia?

Gustavo: Tratar de encontrar los medios para poder profundizar en el compromiso de ayudar al paciente con sus distintas patologías... seguir con este tipo de encuentros que nos hace tan bien a todos... me siento muy

reconfortado... este tipo de investigación nos da la posibilidad de abrir un espectro inagotable de temas referidos a nuestro trabajo.

Walter: No me siento en condiciones de dar grandes sugerencias dada que mi experiencia no es muy prolongada en esta especialidad... me gustaría saber sobre los distintos tipos de personalidad, saber más de las patologías que tratamos a diario... como abordarlos... a través de este trabajo de investigación me doy cuenta las carencias de recursos que tenemos... Para todo lo que se siga haciendo me anoto.

Marina: Yo les diría que se siga con este método de trabajo... por su dinámica y sobre todo por lo participativo... todo lo hecho hasta acá me mueve a tratar de investigar sobre técnicas para mejorar el trabajo... se abre un campo enorme.

Susana: Me gratifica todo aquello que me aleja de la mecanización de la tarea diaria... quiero seguir en espacios similares... Podríamos investigar como afecta al enfermero el contacto con los pacientes a lo largo de su carrera... no creo que sea muy fácil pero valdría la pena.

Mauricio: Quiero resaltar la importancia que ha tenido para mí haber sido incorporado a un grupo de investigación... quiero seguir participando en grupos como este... pero sería muy importante invitar a todos... les sugeriría que investigáramos la salud del equipo de salud.

Julio: Yo sintetizaría mi idea diciendo que en lo que más se requiere seguir trabajando es la relación enfermero paciente, sólo así se puede mejorar lo vincular... se puede teorizar todavía mucho más sobre el tema y valdría la pena.

Natalia: Coincido con varios que me gustaría profundizar sobre temas de como cuidar al que cuida... como puede afectar al enfermero que trabaja en salud mental relacionarse diariamente con este tipo de pacientes... me parece que este tipo de trabajo ayuda a cuidarnos... me siento muy bien acá.

Alejandro: No sé, pero podría haber sido uno de los objetivos de la coordinación haber traído mayor material bibliográfico... lo que se trajo como parte del trabajo me pareció interesantísimo... me quedé como con gusto a poco... pero es comprensible, el terreno para investigar en el hospital está todavía virgen... los temas podrían ir surgiendo de las distintas necesidades que tiene el plantel de enfermería que son muchas... tenemos infinidad de problemas y mucho por responder.

Lourdes: Este trabajo nos ha hecho replantearnos muchas actitudes... uno quisiera equivocarse cada vez menos... mejorar el vínculo de modo que este sea constructivo y no destructivo para ambas partes es la esencia de nuestro trabajo... yo sugiero muchos temas, porque son muchas cosas que

me interesan... farmacología psiquiátrica, conocimiento de todo tipo de patologías... más conocimiento sobre lo vincular basado en la psicoterapia... el paciente a parte de sus derechos debe adquirir responsabilidades como adulto... conocer sus límites... me parece que ayudarlos en estas cosas es tarea nuestra.

Alberto: Yo por mi parte considero que para tener una buena relación con los pacientes es imprescindible tener también una relación de calidad con los jefes de unidad y con los compañeros... esto se me ocurre a partir del modelo de trabajo que Uds. han traído acá como coordinadores... ¿cómo acá podemos trabajar para un mismo fin y en los servicios no? Tendrían que instalarse en los servicios con propuestas semejantes... incentivar para que se hagan ateneos por servicio coordinados por enfermeros.

Silvia: Con Alberto nos hemos hecho muchas veces la pregunta de porque no hacer ateneos... nos falta tiempo... nos falta organización... en nuestro servicio (judiciales hombres) hay infinidad de cosas por investigar... el número de personas que se reinternan es enorme... que hace que esto ocurra... tal vez nos enseñaría a planificar mejor las altas... para investigar nos hace falta ayuda, por lo menos al principio, hasta que aprendamos.

Estela: Yo entiendo que esto se diga acá pero también lo podemos hablar en nuestro servicio... la experiencia de integración que se dio en este espacio se debería trasladar a los servicios, sería la base para la capacitación que mis compañeros piden... podríamos afianzar los conocimientos, porque los conocimientos están pero no se valoran lo suficiente... eso nos impide ir incorporándonos al trabajo interdisciplinario... ir ganando espacios de reconocimiento a nuestra labor... Creo que durante estos meses nos fuimos dando cuenta de infinidad de cosas... Uds. como coordinadores creo que están en condiciones de armar este rompecabezas... nos hace bien darnos cuenta de los logros... nos hace bien ser escuchados... que esto se repita.

Se produce un prolongado silencio. Algunos conversan por lo bajo con el compañero que tienen al lado.

Coordinador: ¿quién más quiere agregar algo?

Carlos: Cuando comenzamos hablando de la historia de la enfermería psiquiátrica (se refiere a la primera reunión) no se me ocurrió que podría sacarle provecho... es bueno para comparar, para seguir incorporando cambios... me gustaría saber mucho más de lo que pasó.

Alfredo: Yo les pido a los coordinadores y a mis compañeros que quisiera seguir participando en este tipo de actividades... para que me tengan en cuenta... quiero poner en práctica lo teórico... pero también crear literatura a partir de nuestra propia experiencia... crear la especialización dentro de enfermería... No sé si está al alcance de Uds. (la coordinación) pero al igual

que muchos me preocupa la afectación de la salud mental del personal de enfermería...

Coordinador: Bien... vamos a ir cerrando. Uds. podrán apreciar la cantidad de conceptos e ideas que se han vertido en esta y en otras reuniones. En mi carácter de coordinador, formando parte de un equipo, debo manifestarles que nos agradecería mucho poder satisfacer la gran cantidad de pedidos que nos demandan. Pero esto no es posible. Sabemos que muchos que hoy están acá tienen la capacidad suficiente para efectuar una investigación sobre temas que han quedado sin responder. Queda como compromiso de nuestra parte hacerles conocer todas las conclusiones posteriores a la que arribemos y que no hayan sido manifestadas en este sitio.

También es necesario que les transmita la enorme satisfacción del equipo de haber podido compartir con Uds. este trabajo, que a la vez de permitirnos darnos cuenta de infinidad de cosas, ha tenido como añadidura la posibilidad de sentirnos cercanos y articulados para realizar una tarea común.

### ANÁLISIS DE LA REUNIÓN

En la apertura de la reunión el grupo aparece instalado en una fase que puede sintetizarse en la frase "yo soy vos", especie de mito de uniformidad. "La comunicación tiene un estilo confesional, los individuos tienden a identificarse mutuamente a través de sus logros, dificultades, etc.". Da la sensación de que el "grupo se autoabastece, no necesita aparentemente del coordinador". (29)

Rescatamos frases tal como: "los otros te reafirman si estás errado o la cosa va más o menos bien... siempre y cuando uno tenga respeto por el otro", "de pronto han pasado tantos años sin hablar de estas cosas con tus compañeros", "me pasó algo muy parecido a los chicos...", "hemos tenido que amoldar nuestros tiempos a los del grupo", "es muy importante la reunión en grupo solo que nos cuesta llegar como a mí".

En el desarrollo de la reunión se visualiza la posibilidad de comenzar a articular lo *viejo* con lo *nuevo*. Es decir lo que cada uno trae como parte de su historia, sus saberes, con los nuevos conocimientos. La resistencia frente a los mismos es baja, lo que permite una mejor modalidad de encuentro entre las personas y el objeto de conocimiento: ¿qué se podía realizar en otros tiempos? no nos hubiéramos podido plantear cosas como actualmente", "yo no creo que antes no se podía nada... me parece que en todo momento se pudieron hacer cosas buenas... hemos escuchado experiencias muy interesantes... pero se trata de ir por más", "las preguntas son muchas y esto es el comienzo... si yo hubiera tenido las respuestas no hubiera venido a este encuentro", "yo creo que trabajo bien, pero a las cosas hay que darles una base científica y en esta especialidad tenemos mucho por aprender".

Decíamos anteriormente que el grupo se instala momentáneamente en una fase donde no necesita aparentemente del coordinador. "El coordinador es sancionado por ser *el diferente*, el que no se confiesa... El

grupo debe finalmente, reconocer al Coordinador como un medio para adquirir el conocimiento” aunque este en algún momento lo frustré. (30) Desde ahí puede entenderse aquella intervención que expresa: “no puede ser que tengamos un Comité de Docencia... y estar los enfermeros representados y que no se haga más capacitación... o muchas veces se empieza con algún curso y luego no se lo termina” (en clara alusión a la figura del coordinador)

A nuestro criterio el momento más productivo del grupo comienza luego de que se proponen las consignas.

Sin apelar a la interpretación de los aspectos latentes de lo expresado por cada uno, nos pareció de mucha riqueza **traer la fuerza de lo explícito**, y dentro de ello lo que más nos impactó por considerarlo **denotativo de un develamiento, de un conocer distinto, de una comprensión en otro nivel de calidad.**

De la pregunta; ***Este trabajo de investigación ¿qué le permitió a cada uno darse cuenta?*** destacamos:

- “Me permitió comparar el presente con el pasado... avances y retrocesos”
- “Muchos se han dado cuenta acá de los riesgos de trabajar sin formación... sin un encuadre... lo que los lleva a un vínculo erróneo”
- “La importancia de tener un espacio con nuestros pares... expresar las necesidades y dificultades que nos plantea la tarea diaria”
- “Se te va abriendo la cabeza cuando crees que lo sabés casi todo”
- “Me sorprende la necesidad de capacitación del conjunto de enfermería... de que la práctica se haga casi a ciegas”
- “Es llamativo como se desconocen las competencias y en muchos casos las incumbencias de enfermería”
- “Nunca me tocó aprender así... “
- “Sin ser una competencia todos contribuyeron con sus ideas... que en conjunto permitieron obtener conclusiones que a lo mejor se presumían pero que no estaban explicitadas y eso es lo bueno y sorprendente”
- “Hemos ganado un espacio que nos fue difícil conseguir durante años... lugar nuestro donde podamos expresarnos libremente...”
- “Pude... aclarar inquietudes... establecer lazos... la importancia de la participación”
- “Todo el trabajo estuvo precedido por una ética”

-“Me doy cuenta lo mucho que nos falta... hay que trabajar mucho para adelante”

-“Me interesa avanzar en lo holístico... esta fue una buena oportunidad”

-“Si comparo como empecé y como estoy ahora puedo decir que me doy cuenta de mi evolución”

-“Quiero seguir investigando... me fue insuficiente”

-“Aquí me di cuenta que la relación enfermero paciente debe ser terapéutica y si no es así no sé que es... de ahí entiendo como el enfermero puede incidir de modo muy importante en la evolución del paciente, tanto como lo que hacen otros profesionales... eso me agrandó...”

-“Yo me pregunto si esto nos va a permitir cambiar algo... por lo menos a mí sí”

De la segunda consigna; **¿Qué propuestas o sugerencias harían a partir de esta experiencia?** nos pareció de singular importancia:

-“Este tipo de investigación nos da la posibilidad de abrir un espectro inagotable de temas referidos a nuestro trabajo”.

-“A través de este trabajo de investigación me doy cuenta las carencias de recursos que tenemos”

-“Todo lo hecho acá me mueve a tratar de investigar sobre técnicas para mejorar el trabajo... se abre un campo enorme”

-“Me gratifica todo aquello que me aleja de la mecanización de la tarea diaria... quiero seguir en espacios similares”

-“Quiero resaltar la importancia que ha tenido para mí haber sido incorporado a un grupo de investigación”

-“En lo que más se requiere seguir trabajando es la relación enfermero paciente, sólo así se puede mejorar lo vincular”

-“Me gustaría profundizar sobre temas de cómo cuidar al que cuida... me parece que este tipo de trabajo ayuda a cuidarnos... me siento muy bien acá”

-“Me quedé como con gusto a poco... pero es comprensible, el terreno para investigar en el hospital está todavía virgen”

-“Este trabajo nos ha hecho replantearnos muchas actitudes... mejorar el vínculo de modo que este sea constructivo y no destructivo para ambas partes, es la esencia de nuestro trabajo”

-“Para investigar nos hace falta ayuda, por lo menos al principio, hasta que aprendamos”

-“La experiencia de integración que se dio en este espacio se debería trasladar a los servicios, sería la base para la capacitación que mis compañeros piden”

- “¿cómo acá podemos trabajar para un mismo fin y en los servicios no?”

-“Quiero poner en práctica lo teórico... pero también crear literatura a partir de nuestra propia experiencia”

Lo expresado por los participantes no anula ni limita nuestro análisis, pero sin duda nosotros, tal vez, no lo hubiéramos expresado mejor como conclusión de la presente reunión. Queda como desafío poder integrar lo producido en la totalidad de las reuniones desde nuestra mirada y por la necesidad de devolver al grupo nuestra reflexión final como otro momento de apropiación del proceso de investigación.

## REFLEXIÓN FINAL

### ACERCA DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

Tomando el modelo de análisis propuesto a los integrantes del grupo, en donde planteamos permanentemente la posibilidad de ir registrando logros y obstáculos, quisimos adoptar el mismo parámetro teniendo en cuenta que **suele ser poco frecuente que en instituciones muy alienantes** el individuo pueda reconocer fortalezas y posibilidades: lo que sí tiene y posee o lo que logró, sin que esto se entienda como el último acto o que no puedan haber retrocesos, vacilaciones o detención. Lo mismo con los obstáculos; cuando estos son atravesados, trabajados y elaborados pueden promover momentos de insight, de crecimiento, tanto para los individuos como para los grupos.

Desde esta perspectiva analizaremos el proceso sin establecer un orden de importancia en cuanto a los logros y obstáculos, el orden está sujeto a un esquema que nos permite aclarar las contradicciones operantes.

Creemos que en este análisis tan complejo que significa entender las **modalidades vinculares enfermero – paciente y su relación con los cuidados** y hasta donde se pudo en 8 encuentros, se comprendió como muy relevante que si la mirada estuviera puesta tanto en el enfermero como en el paciente, como actores aislados, el tema quedaría con una explicación parcial y totalmente empobrecida.

La crítica, manifestada en la hipótesis, debía por lo tanto circular como por vasos comunicantes por los aspectos individuales, profesionales, legales, éticos, políticas institucionales y de salud, conocimiento teórico - técnico, gestión administrativa y de capacitación, configuración del poder, entre otros.

Todo esto pudo ser puesto en palabras y abrir intersticios por donde penetrar desde el orden instituyente. Las propuestas de cambio manifestadas por el grupo son algo posible, respetan el principio de realidad y esto es mérito del “pensar con otros” en donde se da una especie de sistema autorregulado, las ansiedades se mantienen en un nivel adecuado para indagar y descubrir, el aprender a aprender se despliega en un aprender a pensar.

Por esto no nos resultó extraño aquellas expresiones que decían “aprendí sin darme cuenta” o “no era conciente de lo que estaba aprendiendo”. Esto nos confirma que “la información que recibe un grupo es mayor de la que él mismo puede verbalizar y esto es válido también para sus integrantes considerados individualmente; en otros términos siempre se aprende más de lo que se cree, de lo que se puede demostrar verbalmente o acusar concientemente”. “Una de las mayores virtudes del grupo es la posibilidad que ofrece de aprender a actuar, pensar, fantasear con libertad, a reconocer el nexo estrecho y el insensible pasaje que existe entre el imaginar, fantasear, pensar y postular hipótesis científicas”. (31)

Por el camino manifestado muchos integrantes del grupo pudieron ir dándose cuenta que en hospital psiquiátrico plantea un escenario ritualizado,

constituido como un verdadero encuadre institucional, que provoca la ruptura o debilitamiento de los vínculos entre todos los actores presentes, al ser la interacción muy pobre no hay un esclarecimiento del mundo. Las dificultades vinculares operan en todas direcciones: entre los pacientes, entre éstos y sus familiares, con el equipo terapéutico.

Así fue apareciendo la inquietud por establecer con los pacientes una relación terapéutica. En muchos pasajes, con cierto grado de certeza, la dificultad para establecer una relación terapéutica es adjudicada a una falta de conocimientos pero también se reconoce que cuando se debe forzar a un paciente, reducirlo, fijarlo, sacar a sus visitas, algo queda quebrado o debilitado. En estos casos vemos con claridad que el vínculo con el paciente, en vez de estar mediatizado por conductas facilitadoras de una operación reparadora y terapéutica, será establecido con actitudes en donde subyace la violencia y la descalificación. Si predominan estas actitudes se obstruyen los canales de comunicación, creándose con el asistido una relación distante y desprendida de afecto, siguiendo fiel a consignas muy naturalizadas, como las que a las personas internadas hay que ponerles límites firmes y deben responder disciplinadamente a una serie de normas incuestionables.

Muchos de estos límites firmes, como mencionan varios integrantes del grupo, y el que al paciente se le deben hacer conocer sus obligaciones, pueden ser empleados al servicio de mantener un encuadre de carácter terapéutico como también formar parte de un mecanismo defensivo por el temor que frecuentemente genera el contacto con el paciente, de modo de evitar que el paciente invada con sus problemas, su drama, sus pérdidas, creándose barreras infranqueables.

Así vamos descubriendo varios nexos; por una parte el grupo jerarquiza el trabajar con un encuadre, pero que el mismo no sea aquello de que "el encuadre soy yo", por esto el reclamo es para todo el equipo, sin lo cual esta situación comienza a ser una pesada carga para el enfermero con consecuencias como las mencionadas con anterioridad.

Nos parece oportuno, en este punto, traer una mirada teórica que ayuda a pensar las conductas relativas a las normas y límites: "para el enfermero... se enfatiza en la importancia **de vida** que tiene para el paciente el estricto cumplimiento de las normas preestablecidas... la enfermera se convierte en la representante de la disciplina de la institución... en una especie de policía de tránsito, transmisora las más veces de absurdas prohibiciones, custodia de espacios exclusivos, de normas inexplicables... No podemos menos que entender esto como un sistema organizado y automatizado del hospital que de esa forma evita otros temas, otros espacios, otros contactos... hay un sistema de silenciamiento de lo prohibido... estos temas pueden ser: la iatrogenia, el maltrato, la asistencia deshumanizada, miedo a la muerte, miedo a enloquecer, pactos perversos, los deseos de huir, la lucha por el poder, la impotencia laboral... Todo este contenido institucional latente, jamás se pone de manifiesto en forma espontánea; se reprime, se niega o se transforma en un síntoma. Lo que es peor, la enfermera debe desarrollar verdaderos mecanismos grupales e individuales para defenderse de la intensa ansiedad que estos hechos le

producen. Es lo que se denominan **sistemas de defensa contra la ansiedad**: la despersonalización bajo el delantal, la disociación, la dilución de sus responsabilidades frente a otros profesionales, la rígida aceptación o la ritualización de las normas, etc." (32)

Creemos que el trabajo desplegado en las distintas reuniones, ayudó sin duda a pensar y avanzar sobre los aspectos contradictorios y a veces un tanto confusos, con los que se analizan los fenómenos relacionados con el encuadre y las normas. Alguien pudo decir con claridad, los inconvenientes que se generaron en un paseo con los pacientes que estaban sometidos a normas de convivencia muy estrictas y la frustración que ello despertaba. Con la misma claridad se pudo exponer los problemas que devienen cuando el enfermero atiende al paciente con una simetría que no permite distinguir quien asiste a quien o quien cuida a quien, situándose en el otro extremo, en el de dejar hacer todo lo que el paciente quiere con tal que no moleste.

Algunos sostienen repetidamente que se deben protocolizar los cuidados, como un instrumento que al fin diga: que hago yo y que no hago y en un intento de suprimir esa zona difusa en cuanto a la tarea, que como no la hace nadie lo debe realizar el enfermero. Igualmente eso no garantiza "escuchar al paciente", al decir de una integrante.

Nuestra sensación es que esos "temas silenciados" por mucho tiempo comenzaban a salir a la luz y aunque no se encontrara "la solución" podían ganar el lugar de la palabra y por tanto del debate productivo, en un intento serio por trabajar los conflictos que por años no permitieron siquiera preguntarse ¿qué es un vínculo que tenga que ver con lo terapéutico? Cuando ya se afirma como propuesta, el poder participar en actividades donde el paciente satisfaga las necesidades de realización personal, replantear actitudes para evitar la rigidez y el abuso de autoridad, buscar las herramientas científicas, entre otras, se percibe que el intento por poner en acción mecanismos terapéuticos ya está en marcha.

A medida que avanzábamos en el trabajo grupal los hechos nos confirmaban que temas como la salud mental del personal, los vínculos terapéuticos, la distancia óptima, encuadre, administración de recursos, capacitación, iban formando una misma trama argumental. En general a estos temas se los separa a los fines de estudio y en la búsqueda de encontrar respuestas para cada uno de ellos. Esta división es válida para el afuera de las personas pero en la subjetividad operan simultáneamente.

Así vemos como a pesar de que la capacitación ha estado presente en forma permanente en el hospital no ha sido registrada por el grupo como significativa para provocar cambios, más aún, no es sentida como pertinente, como generadora de cambio de actitudes. De ahí el haber sentido el momento generado para el trabajo de investigación como inaugurando la posibilidad de tener un espacio propio, de ser reconocido, de aprender sin darse cuenta, de lugar de reflexión, de expresarse libremente, sentirse partícipe, unir el presente con el pasado, etc.

Si lo anterior es cierto, la factibilidad de caminar por el andarivel que promueve la salud de los enfermeros está más cercano. Durante el trabajo habíamos enfatizado que al concepto de salud mental lo uníamos

indisolublemente con la adaptación activa, con la ruptura de los mitos, la creatividad, el aprendizaje, la transformación. Esto (lo de la salud) "no viene como una receta", al decir de una participante. Y efectivamente esto es lo que creemos. Lo peligroso no es el paciente, la locura en sí mismos, es la imposibilidad de trabajar aquello peligroso que se instala internamente si se paraliza el interjuego entre el mundo interno y el mundo externo. Lo peligroso se promueve cuando se fracturan las redes de contención, se instala el aislamiento y el encierro en sí mismo, el sentirse a merced de los acontecimientos, al alterarse los procesos identificatorios, cuando el grupo no aparece como sostén del psiquismo, el otro como eterno rival.

Por lo tanto sostenemos que la salud mental es una construcción que excede lo individual: es grupal, institucional y social. Pero nos queda la sensación de avanzar hacia aquella construcción cuando los integrantes del grupo pueden decir: "La experiencia de integración que se dio en este espacio se debería trasladar a los servicios", "Este trabajo nos ha hecho replantearnos muchas actitudes", "Mejorar el vínculo de modo que este sea constructivo y no destructivo", "Me parece que este tipo de trabajo ayuda a cuidarnos", "Me gratifica todo aquello que me aleja de la mecanización de la tarea diaria", "A través de este trabajo de investigación me doy cuenta las carencias de recursos que tenemos", "Sin ser una competencia todos contribuyeron con sus ideas... que en conjunto permitieron obtener conclusiones que a lo mejor se presumían pero que no estaban explicitadas y eso es lo bueno y sorprendente"

"Hemos ganado un espacio que nos fue difícil conseguir durante años", "Lugar nuestro donde podamos expresarnos libremente", "-Pude... establecer lazos... la importancia de la participación", "La importancia de tener un espacio con nuestros pares... expresar las necesidades y dificultades que nos plantea la tarea diaria".

Otro tema de estudio e investigación, a los fines de revisar el vínculo enfermero – paciente, se instaló cuando se desde los miembros del grupo plantean como operar desde los mecanismos de defensa. Nosotros como coordinadores hicimos un aporte teórico de lo que denominamos "construcción de la distancia óptima desde lo emocional". Este tema también nos remite a los temas tratados anteriormente, a los que está íntimamente imbricado. Cuando no existe una distancia óptima (distancia operativa en el ejercicio del rol enfermero) se afecta la salud y esto viene unido al predominio del hacer sobre el pensar, poca elaboración sobre los aspectos emocionales que despierta la labor diaria.

Creemos que esto tiene una historia. Durante muchos años se promovió, en la capacitación y en la práctica, el modelo del enfermero máquina, aquel que si "tenía vocación de servicio no podía sentir miedo, impresión o rechazo". Este tipo de enfermero se convierte con los años en un sujeto fragmentado, disociado, muchos al borde del estallido emocional.

"Muchas personas que inician su tarea con expectativas de realizar una función humanizada, van siendo llevados a posicionamientos enfrentados, polarizados, sin la posibilidad de una actitud integradora, sintetizadora, con las consecuencias que acarrea la no resolución de estos

conflictos: así surgen situaciones en las que el enfermero queda pegado al dolor (masiva identificación) como modo de contacto con el paciente, en una modalidad de indiscriminación y a partir de las defensas que se organizan en función de ese contacto demasiado cercano aparece la actitud de excesiva distancia, con la negación del dolor ajeno y el trato deshumanizado, llevando a considerar al otro como partes fragmentadas (por ejemplo disociación mente – cuerpo).

La dificultad para encarar la realidad que les toca vivir a los enfermeros, como una realidad en conflicto y contradictoria, los lleva a la imposibilidad de contener en sí sentimientos que se contradigan: vocación, miedo, rechazo, dolor, etc. De modo que el enfermero queda escindido como persona total, al fragmentarse los aspectos contradictorios de sí mismo y queda escindido como consecuencia el otro como persona – objeto total (el paciente), el modelo institucionalizado halla terreno fértil, estableciéndose, como evitación del dolor, mecanismos de disociación donde el yo, el objeto y el vínculo son parciales". (33)

Por lo expresado en el presente trabajo por los participantes y por propia experiencia sabemos, que sea como sea, el único vínculo con el que en general cuenta el paciente es con el enfermero. Por ello, si bien a veces logra por parte del paciente un nivel de reconocimiento por la ayuda que le aporta, también es el depositario de todos los sentimientos negativos, generados en realidad por la institución toda. En esta cadena de depositaciones difícilmente el enfermero logra un nivel de satisfacción en su capacidad reparatoria necesario para la promoción de su salud.

Por lo antedicho, es el motivo por el que hemos tratado de introducir en el trabajo intervenciones orientadas a acompañar en el proceso de integrar los aspectos disociados (sobre todo en las tres últimas reuniones) intentando incorporar otras versiones que impliquen el poder pensar desde juicios no valorativos en términos de bueno o malo. Que pudieran pensar en la coexistencia de sentimientos, y que en todo caso la disociación recuperara su carácter de instrumento, no de estereotipia, que detiene el aprendizaje.

Convenimos en el grupo de coordinación que un logro evidente del grupo fue el jerarquizar la propia experiencia como génesis o aporte a nuevas teorías. Considerar además que la bibliografía existente no reconoce o no da cuenta de nuestra realidad ni de las concepciones que se quieren poner en marcha. La necesidad de crear "literatura propia", al decir de uno de los integrantes responde a la situación descrita, conjugada a la valorización reflexiva de la práctica.

Reconocer que no se puede crecer sólo de lo que deviene de la psiquiatría tradicional, gesta la alternativa de apelar a otras fuentes de conocimiento, sobre todo aquellas que fortalezcan las competencias en el campo de la psicología. Esta idea nos remite al siguiente comentario: "Al carecer de un modelo teórico propio, el enfermero tendrá poco peso en el diagnóstico y en las estrategias terapéuticas. Escasa recuperación de la experiencia y en definitiva poco impacto en la salud de los internados y en la creación de otras estrategias de salud... la actividad será guiada por una gran cuota de improvisación y de sentido común. Con el predominio de las

concepciones biológicas – asistenciales hegemoniza el principio de incurabilidad de la locura, quedando la labor diaria atrapada a una verdad fatalista y paralizante”. (34)

La unión de la teoría con la práctica, está viva en casi todas las reuniones, desde valorizar la urgencia de que los enfermeros se profesionalicen y no por ello dejar de poner en escena los propios descubrimientos personales; tal como aceptar que los enfermeros son fuertemente cronificadores de los pacientes y que hay un antes y un después luego de darse cuenta de las secuelas de la manicomialización.

Un aporte teórico al respecto lo encontramos en el párrafo que transcribimos: “¿Desde donde interroga un investigador? ¿Qué orienta la pertinencia de sus preguntas? Desde la práctica, desde los hechos mismos. Pero se sitúa, en tanto ser social, en esa práctica, desde una ideología que tiene sus condiciones de producción, de emergencia, en el complejo de relaciones sociales, culturales, económicas que constituyen el escenario (contexto) de su tarea. Quien investiga en el campo de los procesos psíquicos, indaga sus leyes a partir de su práctica concreta, pero se sitúa frente a esa práctica y la interpreta desde su concepción del orden social e histórico... se manifiesta como concepción del sujeto”. (35)

Cerramos este segmento destinado a una reflexión final, con un comentario que permite interrogar de algún modo a las situaciones en las que el enfermero se siente tan despojado de poder: “No hay poder sin un altísimo monto de afectividad puesto en juego, tanto desde la perspectiva de los sujetos, como de la organización. Y si nos referimos a esta última diremos:

- Se trata de un juego de **relaciones desiguales y móviles**, que no están en mera posición de superestructura, sino que, allí donde actúan, tienen un rol productor.

- Allí **donde hay poder, hay resistencia** debido a su carácter vincular.

- **No hay sujeción estable**. El juego de las relaciones de poder se encuentra modificado por su ejercicio mismo.

- Existe una relación de realimentación positiva entre **poder y saber**”.

(36)

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

## CITAS

## BIBLIOGRÁFICAS

## CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) QUIROGA, Ana P. de; RACEDO, Josefina. "*Crítica de la Vida Cotidiana*". Ediciones Cinco, Bs. As., 1990.
- (2) ALBORNOZ, Edith; HERVIDA, Ricardo. "*Historia de la Enfermería del Hospital El Sauce*", 1997.
- (3) ADAMSON, Gladys. "*Fases y Mitos en Grupo Operativo*". Revista: Temas de Psicología Social, Nº 6, Bs. As., 1986.
- (4) ALBORNOZ, Edith; HERVIDA, Ricardo. "*Historia de la Enfermería del Hospital El Sauce*", 1997.
- (5) QUIROGA, Ana P. de; RACEDO, Josefina. "*Crítica de la Vida Cotidiana*". Ediciones Cinco, Bs. As., 1990.
- (6) Marco teórico del presente trabajo.
- (7) Ob. Cit.
- (8) ADAMSON, Gladys. "*Fases y Mitos en Grupo Operativo*". Revista: Temas de Psicología Social, Nº 6, Bs. As., 1986.
- (9) Ob. Cit.
- (10) QUIROGA, Ana P. de; RACEDO, Josefina. "*Crítica de la Vida Cotidiana*". Ediciones Cinco, Bs. As., 1990.
- (11) DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL DE LA NACIÓN. 1986
- (12) QUIROGA, Ana P. de. "*Matrices de Aprendizaje*". Ediciones Cinco, Bs. As., 1991.
- (13) MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y SALUD DE LA PROVINCIA DE MENDOZA, Documento, 2000
- (14) ADAMSON, Gladys. "*Fases y Mitos en Grupo Operativo*". Revista: Temas de Psicología Social, Nº 6, Bs. As., 1986.
- (15) VIDELA, Mirta. "*Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*". Ediciones Cinco, Bs. As., 1994.
- (16) BLEGER, José. "*Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*". Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1985.
- (17) FOUCAULT, Michel: "*Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*", Siglo XXI, México, 1987.
- (18) LÓPEZ, Pedro; HERVIDA, Ricardo. "*Subprograma de Capacitación de Enfermería del Hospital El Sauce*", 1989.
- (19) ADAMSON, Gladys. "*Fases y Mitos en Grupo Operativo*". Revista: Temas de Psicología Social, Nº 6, Bs. As., 1986.
- (20) BLEGER, José. "*Psicohigiene y Psicología Institucional*". Bs. As., Ed. Paidós, Bs. As., 1994.
- (21) Ob. Cit.
- (22) MIRANDA, Betty. "*Actitud Psicológica*". Ficha. Ediciones Cinco, Bs. As., 1988.
- (23) Ob. Cit.
- (24) Ob. Cit.
- (25) ADAMSON, Gladys. "*Fases y Mitos en Grupo Operativo*". Revista: Temas de Psicología Social, Nº 6, Bs. As., 1986.

- (26) QUIROGA, Ana P. de, "*Matrices de Aprendizaje*", Ediciones Cinco, Bs. As., 1991.
- (27) MIRANDA, Betty. "*Actitud Psicológica*". Ficha. Ediciones Cinco, Bs. As., 1988.
- (28) BLEGER, José. "*Psicohigiene y Psicología Institucional*". Bs. As., Ed. Paidós, Bs. As., 1994.
- (29) ADAMSON, Gladys. "*Fases y Mitos en Grupo Operativo*". Revista: Temas de Psicología Social, Nº 6, Bs. As., 1986.
- (30) Ob. Cit.
- (31) BLEGER, José. "*Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*". Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1985.
- (32) VIDELA, Mirta. "*Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*". Ediciones Cinco, Bs. As., 1994.
- (33) D' AGOSTINO, Lucía, "*La distancia óptima en el rol del enfermero*", Ficha, Ediciones Cinco, Bs. As. 1991.
- (34) ALBORNOZ, Edith; HERVIDA, Ricardo. "*Programa de Capacitación del Personal del Hospital El Sauce para un Proceso Desmanicomializador*", 1994.
- (35) QUIROGA, Ana P. de, "*Matrices de Aprendizaje*", Ediciones Cinco, Bs. As., 1991.
- (36) FOUCAULT, Michel: "*Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*", Siglo XXI, México, 1987.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La riqueza de la palabra, la multiplicidad de significantes, la infinidad de emergentes, nos interroga ahora a quienes hemos sido los co – pensores de este proceso, haciéndonos suponer que cualquier interpretación de lo acontecido es exigua y que sin duda coincidimos con quien afirmó: “Me quedé con gusto a poco”.

Varias de las conclusiones están en curso en el capítulo anterior, por lo que en el presente nos referiremos a aquello que consideramos requieren de un subrayado especial.

La primera idea gira alrededor de lo que de alguna manera fue manifestado por el grupo como una dificultad: el encontrar aspectos formativos para desarrollar competencias relacionadas a un modelo comunicacional y actitudinal que tuviera una impronta terapéutica. En esto, y luego de hacer la evaluación del proceso, inferimos que el grupo había adquirido un gran progreso en ese terreno. Si nos remitimos a la teoría de aprendizaje propuesto, en donde afirmamos que no hay un verdadero aprendizaje si no se da una **integración del pensar, el sentir con un hacer**, observamos que se había podido transitar un camino muy rico en ese aspecto.

Casi de modo constante se pudo traer la unión entre **rol, campo de trabajo y persona**, lo que afianza el recorrido que pretendimos hacer referido a una mirada crítica puesta en el vínculo.

Mal se puede hablar de la implementación de una técnica si no se tiene como condición previa para su ejecución el haber podido entender ¿Quién soy yo frente a esta persona que requiere de mis cuidados?, ¿Qué concepción tengo acerca de lo que es el hombre, sujeto y objeto de estos cuidados?

Al intentar un proceso de comunicación: ¿Puedo escuchar? ¿Hablo pero no dificulto que la otra persona lo haga? ¿Respeto o tolero los silencios del paciente? ¿Lo lleno de consejos para que vaya por la “buena senda”? ¿Lo ayudo a tomar decisiones a partir de su propia experiencia? Existiendo una relación asimétrica: ¿Me siento autorizado a convertirme en profeta, redentor o reformador de conciencias?

En razón de que dos de los integrantes del equipo de coordinación estamos en tareas de conducción, no podemos dejar de sentirnos responsables al detectar la demanda referida a la capacitación.

Muchos de los temas requeridos por los integrantes del grupo han sido enunciados en numerosos programas de capacitación institucional y además ejecutados con escasa repercusión. Pero hay una pregunta que nos moviliza y que parece de consideración obvia: ¿por qué nunca antes intentamos desarrollar un dispositivo de aprendizaje tal como el que instalamos para el trabajo de investigación?

Desde ahí percibimos que cobraba inusitada fuerza el objetivo implícito del grupo: la continencia mutua, la importancia de la mirada del otro, que nos hizo recordar lo apuntado por numerosos autores que afirman

que los grupos operativos de aprendizaje tienden adquirir por añadidura, un aspecto terapéutico para los participantes, sin que sea ese el fin explícito.

Bastaría con releer lo expresado en la última reunión para confirmar lo manifestado anteriormente, en donde por momentos, aparece con igual fuerza la importancia de la investigación con la resonancia emocional que moviliza el grupo y sus posibilidades reparatorias.

Todo esto nos exige ponernos en una actitud de descentramiento, de revisar críticamente los dispositivos didácticos, las estrategias de enseñanza – aprendizaje que requieren hoy los enfermeros. No implica, como conducta reduccionista, caer en la apología de la grupalidad, como solución mágica para los baches de conocimiento, pero sí el imperativo de hallar enunciados nuevos tanto para el aprendizaje como para la investigación, propuestas innovadoras y convocantes

Los interrogantes no están en los contenidos de la capacitación. Quienes tenemos algún grado de experiencia en este aspecto sabemos que esto se traza con cierta rapidez en un papel. La pregunta es ¿cómo hacemos para que los contenidos sean incorporados y trasunten en un cambio de conducta?

La experiencia realizada nos dio muchas referencias, nos colocó varias marcas, visibles para quien quiera ver, entre ellas, aquello de que no es lo mismo llenar cabezas que formar cabezas.

# BIBLIOTECA

- 1. FLEET, Los Puercos y el Puerto Rico, Ed. de la  
Primer de la...
- 2. BLOOM, John, The... Ed. de la...  
Nueva York, Ed. de la...
- 3. DANIEL, A... Ed. de la...  
D.M.S. - D.P.S. Santa...
- 4. EIKEN, J. SCH... Ed. de la...  
Primer de la...

## BIBLIOGRAFÍA

- 1. LARSEN, J. PO... Ed. de la...  
Primer de la...
- 2. KIRBY, John, La... Ed. de la...  
D.M.S. - D.P.S. Octubre 1980
- 3. D.M.S. - D.P.S. ... Ed. de la...  
Primer de la...
- 4. NICHOLSON, ... Ed. de la...  
Primer de la...
- 5. GIBSON, ... Ed. de la...  
Primer de la...
- 6. ... Ed. de la...  
Primer de la...
- 7. ... Ed. de la...  
Primer de la...
- 8. ... Ed. de la...  
Primer de la...
- 9. ... Ed. de la...  
Primer de la...
- 10. ... Ed. de la...  
Primer de la...

## BIBLIOGRAFÍA

- BLEGER, José. "*Psicohigiene y Psicología Institucional*". Bs. As., Ed. Paidós, Bs. As., 1994.
- BLEGER, José. "*Temas de Psicología (Entrevista y grupos)*". Ed. Nueva Visión, Bs. As. 1985.
- CANALES, Alvarado, Pineda. "*Metodología de la Investigación*". Ed. O.M.S – O.P.S, Serie PALTEX, México, 1989.
- ETKIN, J; SCHVARSTEIN, L. "*Identidad de las Organizaciones*", Paidós, Bs. As., 1989.
- FIORINI, Héctor. "*Teoría y Técnica de Psicoterapias*", Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1995.
- LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. "*Diccionario de Psicoanálisis*", Ed. Paidós, Bs. As., 2001.
- MORGAN, Arthur. *La Práctica de Enfermería en Salud Mental*. O.P.S. - O.M.S., Colombia, 1986.
- O.M.S. – O.P.S. "*Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su implementación*". Washington, D.C. USA, 1990.
- PICHON RIVIERE, Enrique. "*El proceso grupal*". Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1985.
- QUIROGA, Ana P. de. "*Matrices de Aprendizaje*". Ediciones Cinco, Bs. As, 1991.
- QUIROGA, Ana P. de; RACEDO, Josefina. "*Crítica de la Vida Cotidiana*". Ediciones Cinco, Bs. As., 1990.
- SCHVARSTEIN, Leonardo. "*Psicología Social de las Organizaciones*". Paidós, Bs. As., 1995.
- VIDELA, Mirta. "*Prevención: Intervención Psicológica en Salud Comunitaria*". Ediciones Cinco, Bs. As., 1994.
- CABALLERO, Rosa. "*Formación de Investigadores. Consideraciones y propuesta operativa*". Documento de trabajo ACOFAEN, Páginas 128, 130, Bogotá, 1992.

- DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL, ESCUELA DE ENFERMERÍA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, Documento: *"Encuentro Nacional De Enfermeras de Salud Mental, Córdoba, 1987.*

- D' AGOSTINO, Lucía, *"La distancia óptima en el rol del enfermero"*, Ficha, Ediciones Cinco, Bs. As. 1991.

- MIRANDA, Betty. *"Actitud Psicológica"*. Ficha. Ediciones Cinco, Bs. As., 1988.

- ADAMSON, Gladys. *"Fases y Mitos en Grupo Operativo"*. Revista: Temas de Psicología Social, Nº 6, Bs. As., 1986.

- ROTELLI, Franco y otros. *"Desinstitucionalización: Otra Vía"*. Revista Asociación de Especialistas en Neuropsiquiatría, Vol. VII, Nº 21, Italia, 1987.

- ALBORNOZ, Edith; HERVIDA, Ricardo. *"Programa de Capacitación del Personal del Hospital El Sauce para un Proceso Desmanicomializador"*, 1994.

- ALBORNOZ, Edith; HERVIDA, Ricardo, *"Historia de la Enfermería en el Hospital El Sauce"*, 1997.

- LÓPEZ, Pedro; HERVIDA, Ricardo. *"Subprograma de Capacitación de Enfermería del Hospital El Sauce"*, 1989.