

Nota

Relatos sobre ser madre y profesional de la salud

DANIELLE VARGAS SILVA BALTAZAR, TERESA CRISTINA OTHENIO CORDEIRO CARRETEIRO

DANIELLE VARGAS SILVA BALTAZAR
Doctora en Psicología,
Universidade Federal
Fluminense (UFF).
Rio de Janeiro, Brasil.

TERESA CRISTINA
OTHENIO CORDEIRO CARRETEIRO
Posdoctora en Psicología.
Universidade Federal
Fluminense (UFF),
Rio de Janeiro, Brasil.

FECHA DE RECEPCIÓN: 18/07/2019
FECHA DE ACEPTACIÓN: 23/08/2019

En este trabajo se presenta el resultado de un estudio realizado con profesionales de la salud que trabajan en hospitales públicos federales de Río de Janeiro (Brasil), que asocia el sufrimiento mental a los dilemas de conciliar la carrera profesional con la maternidad. Se tiene como referencia teórica y metodológica a la psicociencia y es un estudio de naturaleza cualitativa, basado en el análisis del contenido de los relatos de la vida laboral de profesionales de la salud que recibieron licencia de sus actividades laborales por ansiedad y/o depresión. En el análisis del proceso de la enfermedad mental se destacan dos hallazgos: *el trabajo impedido* y *la maternidad impedida*. Se trata de un doble impedimento vivido por las madres profesionales que tiene efectos en su salud mental, provocan sufrimiento y padecimiento y que puede llevarlas a ausentarse de sus actividades laborales.

Palabras clave: Enfermedad mental – Trabajo hospitalario – Maternidad.

Accounts of Being a Mother and a Healthcare Professional

This work presents the results of a study involving healthcare professionals working in federal public hospitals in Rio de Janeiro, Brazil, which associates mental suffering with the dilemmas of reconciling the professional career with motherhood. This is a qualitative study that takes Psychology as its theoretical and methodological framework and it is based on the analysis of the content of the stories of the working life of healthcare professionals, who took leave of absence from their work due to anxiety and / or depression. Two findings stand out from the analysis of the mental illness process: *impeded work* and *hindered motherhood*. This is a double impediment experienced by professional mothers that can have effects on their mental health, triggering suffering and ailment, and potentially the need to take leave of absence from work.

Keywords: Mental Illness – Hospital Work – Motherhood.

CORRESPONDENCIA
Dr. Danielle Vargas Silva Baltazar.
Rua Pereira da Silva, 492 1504
A, Laranjeiras, 22221-140.
Rio de Janeiro, Brasil;
daniellevsbaltazar@gmail.com

Introducción

El presente aborda el sufrimiento y la enfermedad mental de enfermeras y asistentes sociales, funcionarias de hospitales públicos federales en el municipio de Río de Janeiro, Brasil, y analiza, bajo una perspectiva psicosociológica [11, 8, 4] los relatos de la vida laboral [3] de dichas profesionales, licenciadas de sus actividades por síntomas de ansiedad y depresión.

La hipótesis general que orienta el estudio es que el sufrimiento psíquico y la enfermedad mental surgen al enfrentarse los profesionales a un proceso de *trabajo impedido* [6], es decir, aquel que les impide desempeñar un trabajo mínimamente adecuado. Lo anterior se asocia a otro hallazgo del estudio: la *maternidad impedida*, en el caso de las profesionales mujeres. Bajo esta hipótesis se sostiene que el exceso de trabajo les dificulta el desempeño de su labor materna satisfactoriamente. Ambos procesos —el profesional y el familiar— asociados amplifican el sufrimiento mental, transformando la licencia laboral en un camino posible para el sufrimiento que resulta de la compleja asociación entre la práctica profesional de cuidar y a la maternidad.

Salud mental, trabajo hospitalario y maternidad

La articulación del campo de la salud mental al panorama laboral en la contemporaneidad, permite analizar los procesos de la enfermedad mental del trabajador derivados de la reestructuración productiva. En el presente estudio se relaciona la maternidad con el trabajo para analizar el sufrimiento mental de las enfermeras y asistentes sociales que trabajan en hospitales. La perspectiva dista de aquella de la literatura científica hegemónica que en el proceso de la enfermedad laboral en la salud destaca principalmente aspectos como la falta de infraestructura y de condiciones ergonómicas, los riesgos de accidentes, de contraer enfermedades ocupacionales y de contaminación, el exceso de burocratización en los servicios [9], la jerarquización y verticalización de las relaciones interpersonales [5], el trabajo en turnos [10] o el contacto cotidiano con el dolor, el sufrimiento y la muerte de pacientes [14].

Todo trabajo posee un valor simbólico y convertirse en un trabajador es un acontecimiento social constructor de la identidad del sujeto; es una de las formas de asociarse al universo

sociocultural —como lo son lo étnico, lo religioso, la clase, lo político— entre otras identidades socialmente construidas. Trabajar es más que dominar una técnica y una actividad; es una de las maneras como los individuos se reconocen y se presentan socialmente. La pregunta «¿a qué se dedica?», hecha en reuniones sociales, se volvió sinónimo de «¿con qué trabaja?» o «¿cuál es su profesión?». El trabajo es, por lo tanto, un productor de subjetividades, aunque no sea el único [13].

Para investigar las relaciones entre la salud mental y el trabajo es importante tomar en cuenta las vivencias, experiencias y conocimientos producidos por el propio grupo de trabajadores. Es el/la trabajador/a que, conocedor/a de su día a día, podrá señalar los caminos de su placer y/o sufrimiento en el trabajo. Para comprender el carácter patogénico de una actividad profesional es necesario considerar aspectos de la historia de vida de los profesionales, como también es necesario considerar cómo los datos de la personalidad y aquellos derivados del contexto social se asocian, construyendo una trama compleja que se traduce, en última instancia, en la trayectoria de cada individuo. Eso nos lleva a que la comprensión del sentido del trabajo requiere la noción de clínica extensa, aquella que busca penetrar en la complejidad de la situación que envuelve la experiencia laboral para el individuo. En el presente texto se considera la trama que asocia el sufrimiento en el trabajo con cuestiones de la maternidad en profesionales de la salud, a partir del análisis de las historias de vida laboral.

La construcción subjetiva se produce a partir de varios marcadores. Para analizar la figura femenina se consideran dos grandes operadores simbólicos: la maternidad y el trabajo. Históricamente, ser madre era lo que la sociedad esperaba de la mujer y lo que más la representaba. Con el transcurso del tiempo, el trabajo pasó a ser un elemento importante a partir del cual la mujer accede a campos como el económico, la realización personal y el reconocimiento social. A pesar de la ampliación de su papel en la sociedad, la mujer todavía vive la sobrecarga de diversas demandas en las rutinas diarias: personales, laborales, domésticas y maternas. Además de su creciente actuación profesional, la mujer tiene también un papel privilegia-

do en el cuidado de los hijos, a lo que algunos autores se refieren como la doble jornada, uno de los retos del trabajo femenino [12].

El trabajo hospitalario se destaca principalmente por la presencia femenina, dado que la oferta de asistencia presenta características no solo técnicas sino también asociadas a las prácticas femeninas con respecto al cuidado. Si bien, en términos de calificación formal, no se valora el carácter sexuado y afectivo del trabajo en la salud, ni las competencias femeninas construidas socialmente, tales como «dulzura, pasividad, amor al prójimo» no se reconoce como trabajo profesional, esto ocasiona, consecuentemente, que determinadas categorías profesionales, históricamente femeninas, como la enfermería, el servicio social y la psicología, sean más explotados y subordinados en los servicios de la salud.

El trabajo hospitalario se caracteriza como una actividad de prestación de servicios y en su cotidianeidad pueden aparecer algunas formas de violencia en las relaciones interpersonales, jerárquicas y de poder entre el prestador de servicio/profesional de la salud con el usuario/paciente presentes en el hospital. Las relaciones de trabajo jerarquizadas y verticalizadas han sido un importante factor de producción de enfermedades entre profesionales de la salud.

A la dimensión relacional en el hospital denominada trabajo «afectivo» se le atribuye una otra función que el profesional debe ejercer: la de «saber ser» en contraposición al «saber hacer» técnico [17]. Esto significa que los trabajadores en la actividad movilizan sus conocimientos formales, sus capacidades físicas, cognitivas e intelectuales, así como los afectos inherentes a ellos y que trascienden las relaciones económicas, salariales y de poder. Entender los procesos de placer y sufrimiento en el trabajo es comprender la movilización psíquica a través de la cual se expresa la dimensión afectiva en el trabajo.

En el proceso de trabajo hospitalario se destacan las cuestiones alrededor de las relaciones interpersonales —las de los profesionales de la salud con sus colegas, con profesionales de otras categorías, la relación con los pacientes y sus familiares—; se trata de rela-

ciones jerárquicas. Todas estas relaciones impactan las experiencias extralaborales de los profesionales. Esta dimensión relacional del trabajo en hospitales está asociada a las cuestiones de la organización del trabajo y puede favorecer tanto las experiencias de placer y de bienestar como las de sufrimiento. El trabajo en la salud y los encuentros profesionales/usuarios pueden producir efectos tanto positivos como negativos. Los buenos encuentros podrán producir placer y una efectiva relación cuidadora. En los malos encuentros se podrá observar la descalificación del profesional, la dificultad de establecer un vínculo, la falta de responsabilidad del usuario, los servicios centrados en los procedimientos, los sufrimientos y la enfermedad.

El funcionamiento ininterrumpido del hospital impone la necesidad de organizar guardias diurnas y nocturnas. El régimen de trabajo en turnos y guardias tiene efectos en los sincronizadores individuales que se invierten con relación a los sincronizadores sociales, comprometiendo los ritmos circadianos y provocando desórdenes biológicos, psicológicos y sociales [15]. El trabajo organizado en turnos facilita las dobles relaciones y jornadas de trabajo, lo que es especialmente incitado por los bajos sueldos y por la ausencia de una política de carrera para el sector, transformándose en una práctica especialmente común entre los profesionales de los servicios de la salud. Las diversas relaciones laborales, el *multiempleo*, son elementos importantes para el análisis de los factores asociados al sufrimiento psíquico de los profesionales de salud. Sin embargo, uno de los datos a destacar de este estudio es que distinguió otra fuente de sufrimiento: aquella asociada a la *maternidad impedida*. Si las profesiones de la salud, conforme ya se mostró, tienen como elemento central el cuidado al paciente, las enfermeras y las asistentes sociales entrevistadas destacan que al ejercer la profesión sienten que están relegando, en muchos casos, el cuidado materno.

Este aspecto aparece asociado a la extendida carga horaria de trabajo, compuesta por diferentes relaciones laborales y por los turnos de trabajo a cumplir en los varios empleos. La excesiva carga de trabajo de la actividad de las profesionales compromete la rutina social y familiar, las ausenta del cuidado

cotidiano de los hijos, principalmente de los ritos sociales que giran alrededor del niño. Esta situación se vuelve más dolorosa cuando las actividades laborales ejercidas tienden más a ser una fuente de sufrimiento que de placer. Esto puede crear una compleja insatisfacción que asocia la laboral a la familiar. En este panorama pueden surgir dilemas para la madre profesional que se ve limitada para desempeñar la maternidad. La asociación trabajo/maternidad, presente en los relatos de las profesionales de la salud entrevistadas, constituye una fuente importante de sufrimiento, que en determinado momento se vuelve insoportable, al punto de recurrir a la licencia médica y a la baja laboral indicada por el perito médico.

Materiales y método

La muestra estuvo conformada por 11 mujeres profesionales de la salud 6 enfermeras y 5 asistentes sociales, con edades entre 32 y 50 años, con un mínimo de 10 años de formación y por lo menos siete años de desempeño en la asistencia directa a pacientes en hospitales federales de Río de Janeiro y que habían recibido licencia médico-psiquiátrica por ansiedad y/o depresión —según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) [1]— para la baja laboral, conforme los datos descritos en la tabla 1. El criterio para la inclusión de las enfermeras en la muestra siguió la técnica de *snowball* o de «cadena de informantes» [2]. La justificación para seleccionar profesionales con un mínimo de siete años de tiempo de servicio público federal se debió al hecho de considerarse que es el tiempo suficiente para que la profesional conozca la cultura de la institución hospitalaria federal de salud. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética e Investigación brasileño (protocolo 1/2012). La investigación utilizó como metodología cualitativa el historial laboral y el análisis de contenido para el tratamiento de los datos de la entrevista [16].

El historial laboral se llevó a cabo por medio de una entrevista semidirigida en profundidad con las profesionales de la salud que gozaban de licencia médica por diagnóstico de ansiedad y/o depresión, y estaban dispen-

sadas de ir al trabajo por lo menos seis meses. Desde la primera entrevista, después de la transcripción literal, se procedió a un análisis preliminar, en el cual se iniciaron las formulaciones teóricas, obteniéndose los contenidos recurrentes. Las entrevistas fueron realizadas por una investigadora y el análisis por ambas. El tamaño de la muestra se definió a lo largo del estudio, según el criterio del punto de saturación o punto de redundancia [7].

Las entrevistas realizadas según el relato de vida laboral permitieron acceder a las experiencias y al sentido que el trabajo en la salud tiene para las trabajadoras estudiadas y el proceso que llevó a la licencia médica. La perspectiva teórica psicosociológica postula que los individuos y el colectivo son indisolubles y permite la construcción de asociaciones entre el campo social y el psíquico. Esta perspectiva para el análisis de contenido ha contribuido para establecer relaciones entre el sufrimiento individual, el colectivo de trabajo y la institución hospitalaria.

En el grupo de las 11 profesionales de la salud entrevistadas, ocho (8) eran madres y de este subgrupo, siete (7) destacaron los dilemas entre ser profesional de la salud y madre, como un factor relevante de sufrimiento psíquico (tabla 2), que incluso aparece en la licencia laboral por ansiedad y/o depresión.

Resultados

En las entrevistas, las profesionales de la salud licenciadas de sus actividades por ansiedad y/o depresión, manifestaron en sus relatos el dilema y el sufrimiento. La profesional madre se siente muy exigida por tener una doble jornada de trabajo y señala las dificultades encontradas tanto en el campo privado, en el ejercicio de la maternidad, como en el ejercicio profesional, cuando se percibe delante de dilemas que implican la necesidad de optar entre el papel materno y el profesional. A partir de estos relatos se pudo estructurar los ejes analíticos que permiten una mayor comprensión del dilema profesional-madre y de la producción de sufrimiento psíquico ante el *trabajo impedido* y la *maternidad impedida*, conforme se describe a continuación.

Tabla 1. Datos de las entrevistadas

Profesión	Edad	Diagnóstico CIE10	Licencia psiquiátrica (meses/días)	Sector de trabajo
Asistente social-01	48	F32 trastorno de humor, episodio depresivo leve	3	Pediatría y CTI
		F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	10	Pediátrico
Enfermera-02	50	F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	12	Clínica Médica
Asistente social-03	39	F32 trastorno de humor, episodio depresivo leve	2	Urología
		F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	6	
Enfermera-04	37	F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	12	Pediatría
Enfermera-05	38	F41.2 trastorno de ansiedad y depresión	10 días	Pediatría
		F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	6	
Asistente social-06	38	F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	12	Núcleo de seguridad del paciente
		F43 reacción a estrés grave y trastorno de adaptación (síndrome de <i>Burnout</i>)		
Enfermera-07	35	F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	6	Cardiopediatría
Enfermera-08	40	F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	12	Cardiopediatría
Asistente social-09	36	F 32.2 trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	12	Maternidad
		F43 reacción a estrés grave y trastorno de adaptación (síndrome de <i>Burnout</i>)		
Asistente social-10	32	F 32.2 - trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos	9	Dispensario
Enfermera-11	39	F41.2 trastorno de ansiedad y depresión	6	Pediatría

Tabla 2. Datos sobre la maternidad de las profesionales entrevistadas (n 8)

Entrevistada	edad	Hijos			R ⁽¹⁾
		n	sexo	edad	
Asistente social-01	48	2	f	17	Sí
			f	14	
Enfermera-02	50	1	f	25	No
Asistente social-03	39	2	m	6	Sí
			f	9	
Enfermera-05	38	1	m	13	Sí
Enfermera-08	40	1	f	5	Sí
Asistente social-09	36	2	m	1	Sí
			f	5	
Asistente social-10	32	1	m	3	Sí
Enfermera-11	39	2	m	7	Sí
			f	10	

Ref.: (1): ¿Destacó dilemas entre maternidad y profesión?

Trabajo impedido

La insatisfacción tiene un sentido detonante del sufrimiento. Si se considera que toda actividad supone un esfuerzo por parte de la trabajadora para adecuarse a las características prescritas por la misma, la actividad real —aquella que de hecho le es posible realizar— dependerá de arreglos creativos que no siempre son posibles. Esa imposibilidad de adecuar el trabajo a las características psicofisiológicas de la trabajadora es lo que entendemos como el origen de los procesos de insatisfacción, sufrimiento y enfermedad en el trabajo.

La impotencia puede ser considerada por la trabajadora como una ausencia de sentido de la actividad que se expresa a través de un impedimento (de no poder realizar esa actividad):

(...) Eso también nos hace sufrir. Querer el bien público, el bien colectivo y no conseguir trabajar para ello, porque la institución no nos da condiciones (Asistente social-01). (...) no era solo el estrés, era la cuestión de la desatención con la salud, porque los que trabajamos en el hospital estamos sintiendo la falta de atención de la gestión (Enfermera-05). (...) aquel niño es sometido a cateterismo, vuelve todo sedado y lo dejan a nuestro cuidado. En realidad, nosotras trabajamos en una unidad que es semi intensiva pero que parece ser una enfermería. Uno no tiene todos los equipos» (Enfermera-08).

El impedimento puede provenir de no poder ejercer bien el trabajo que se sabe que debe ser hecho. Si se considera que en el servicio de la salud se trabaja con la vida, el cuerpo y la muerte, la actividad impedida puede adquirir contornos dramáticos de culpa y de responsabilización de la trabajadora, transformándose en una fuente de sufrimiento y enfermedad:

(...) me gusta mucho lo que hago, ¿sabe? Me gusta mucho, mucho, mucho, mucho, ¿sabe? Sí... es parte de mi identidad, de mi vida profesional, ¿entiende? Yo me realizo con mi trabajo, ¿entiende? Entonces... es... el no poder hacer mi trabajo es muy sufrido para mí, ¿entiende? Porque institucionalmente me impiden de hacerlo... es sufrido (Asistente social-03). (...) Yo pienso que el sufrimiento es no poder desempeñarme en mi actividad (Asistente social-09).

Los mecanismos de defensa individuales y colectivos, que permiten a la trabajadora vincularse al universo del dolor y del sufrimiento del proceso de trabajo hospitalario, manteniendo su salud mental, pueden comprenderse por el sentido relacional que el curar, el tratar, el asistir y el rehabilitar adquieren en el contexto laboral de la salud. Estar impedida de ejercer su oficio podrá ser una fuente de desinterés y de consecuente enfermedad:

(...) Dentro del servicio público siento que hay, muchas veces, esa cosa que lo lleva a uno a la monotonía, a la mediocridad, ¿sabe? Y si durante mucho tiempo quise luchar contra ello, ahora no tengo más ganas de luchar. No tengo más deseos de esconderme, pero tampoco tengo más deseos de estar en el frente de batalla (Asistente social-10).

La actividad impedida imposibilita a la trabajadora el ejercer sus capacidades técnicas, al igual que la dimensión cuidadora del trabajo en la salud y, consecuentemente, se convierte en una fuente de frustración e insatisfacción. La autonomía o su falta se sienten como un factor de gran relevancia en la discusión acerca del placer y del sufrimiento en el trabajo: «(...) Porque la peor cosa es trabajar en un sector en que uno se sienta restringida profesionalmente» (Enfermera-03).

Diversos estudios indican la importancia de que los procesos laborales garanticen a los/as trabajadores/as la autonomía necesaria para que puedan hacer las modificaciones en su actividad, tornándola realizable desde el punto de vista objetivo y subjetivo. Sucede que la actividad prescrita es estructurada, la gran mayoría de veces, sin tener en cuenta el saber de las/los trabajadoras/es. En los servicios hospitalarios de salud, considerando su dinámica relacional, la posibilidad de prácticas autónomas se considera vital pues le permiten a los/las trabajadores/as usar sus habilidades y potencialidades en la actividad de cuidar del otro.

Maternidad impedida

La maternidad aparece en los relatos como un proyecto intensamente deseado por las profesionales de salud, pero que es impedido por las exigencias de la organización del trabajo hospitalario. La maternidad impide a la profesional conciliar el cuidado de la práctica profesional con el cuidado exigido por la maternidad. «(...) después que nació mi hija tuve que hacer una opción, porque así, con una hija no podía más continuar viviendo en aquel ritmo en que vivía, ¡intenso!» (Asistente social-10).

Se observa que hay un enfriamiento de la dimensión relacional del trabajo en la salud, en la medida en que la actividad profesional impide a la madre profesional el ejercer la maternidad como proyecto de cuidado. Se instaura así un drama existencial, un conflicto entre proyectos de realización personal, que podrá tener diferentes desenlaces. Uno de los que destacamos está asociado al sufrimiento psíquico, como relata una de las entrevistadas:

(...) Las cosas fueron perdiendo sentido para mí. Es decir, a mi hija, que era todo lo que siempre quise, ya no la veía más, casi ya no tenía ni contacto porque durante la semana era aquel trajín. Y... a veces salía del trabajo en el Cuerpo de Bomberos y venía directo al hospital, treinta y seis horas, hacía las treinta y seis horas (suspiro) y... y casi no veía a mi hija (Enfermera-08).

Este dilema se ve reflejado en el relato de otra entrevistada sobre la relación con sus hijos. Hablar de los hijos funciona como un deflagrador del dilema y sufrimiento:

(...) Llego a la casa y ellos me dicen «Mamá estás trabajando mucho». El mes pasado me dijeron que querían que fuésemos mendigos, porque así no tendríamos dinero, pero por lo menos ellos pasarían todo el día conmigo (lloorando) (Enfermera-11).

El sufrimiento se desencadena a partir del doble impedimento dado por las exigencias del proceso de trabajo hospitalario y por la maternidad. La carga horaria de trabajo extendida para cumplir diversos servicios profesionales —que las lleva a realizar varias guardias sucesivas— y la ausencia en el cuidado de los hijos, promueven una vida de desilusión en las madres profesionales. En la medida en que se ven impedidas de dedicarse al cuidado materno, esta función es relegada a otros familiares, a una niñera o a una guardería en tiempo integral. Se trata de un dilema entre el cuidado materno y el cuidado ejercido en la práctica profesional que es generador de sufrimiento.

La no conciliación entre el cuidado materno y el cuidado profesional generan experiencias de sufrimiento para las profesionales entrevistadas, haciendo surgir sentimientos de culpa y fracaso:

(...) yo me quedaba contabilizando en mi cabeza así: «Ay, mi Dios, todo este tiempo que paso aquí podría estar con mi hija» y mi hija ya sufrió tres neumonías. Me sentí culpable, así de culpable, ¿sabe? (Asistente social-08).

Este sentimiento de fracaso aparece de modo retrospectivo en los relatos de las profesionales de la salud con una trayectoria de intensa inversión profesional en detrimento del ejercicio de la función materna. Así encontramos relatos como el siguiente:

(...) hoy miro hacia atrás y veo que mis hijas pasaron años de ausencia, no de negligencia porque nunca fui negligente, siempre fui una madre leona, pero ausente. Siempre fui una buena madre, pero ausente (Asistente social-01).

Las profesionales se refieren a la licencia laboral como una ruptura con el trabajo y un rescate de la relación con los hijos: «(...) yo tengo una buena calidad de vida, estoy mucho más con mis hijas, estoy creando un lazo con ellas que no tenía, que nunca tuve, de atención» (Asistente social-01). En otro relato, una de las entrevistadas dice: «(...) la única cosa que quise toda la vida fue tener hijos. Y ahora los veo creciendo y yo estoy fuera, estoy fuera, estoy fuera» (Enfermera-03).

En el relato de una de las enfermeras entrevistadas, la licencia laboral surge como una consecuencia de las dificultades inherentes a la conjugación de las demandas profesionales y las de la maternidad y que está relacionada con el proceso de sufrimiento y enfermedad mental que llevó a la dispensa laboral:

«(...) Yo me mataba, me mataba trabajando, cumplía con mi servicio, pero en casa no era nada. Mi hijo quería conversar y yo quería dormir. Con la licencia de trabajo pasé a tratar a mi hijo, él tampoco estaba bien» (Enfermera-05).

Consideraciones finales

Podemos afirmar que para el subgrupo de siete mujeres el sufrimiento se desencadena a partir del doble impedimento que se da ante las exigencias del proceso de trabajo hospitalario y la maternidad. La carga horaria de trabajo extendida para cumplir diversos servicios profesionales y la ausencia en el cuidado de los hijos lleva a las profesionales/madres a vivir una desilusión en la forma como ejercen la maternidad.

En la medida en que se ven impedidas de dedicarse al cuidado materno, esta función es ejercida por otros cuidadores, familiares o instituciones (guarderías en tiempo integral). Se trata de un dilema entre el cuidado materno y el cuidado ejercido en la práctica profesional que es generador de sufrimiento. En este contexto, la licencia laboral es vista como una respuesta frente a una doble insatisfacción: la vivida en el trabajo y la ejercida

en la maternidad. El sentido de ser cuidadora es colocado en cuestión en los dos contextos: profesional y familiar.

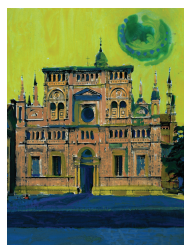
En el primero, por las presiones impuestas a la profesional, ella debe pasar a ser, prioritariamente, una cuidadora técnica. En el ámbito familiar, ella siente que, debido a los límites de tiempo, financieros y de cansancio, ella debe crear condiciones materiales para que otros, y no ella, puedan desempeñar el cuidado de los hijos. La función cuidadora es distanciada en ambos universos y es un impedimento de ejercer el trabajo y la maternidad con más placer y menos sufrimiento.

En el estudio en cuestión, el padecimiento mental no ha sido únicamente circunscrito a la nosología psiquiátrica, sino que su análisis se ha extendido hacia una perspectiva clínica ampliada. El campo de análisis de las licencias psiquiátricas por ansiedad y depresión, en el caso de profesionales de la salud del género femenino, debe ser objeto de otros estudios, ya que la actual investigación evidencia la existencia de asociaciones entre la historia de vida personal y laboral. De este modo, en este estudio se señala un dilema de género presente en el trabajo contemporáneo, que muchas veces queda circunscrito únicamente al diagnóstico psiquiátrico.

Referencias

1. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Biernacki P, Waldorf D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. *Sociol Method Res.* 1981; 10(2):141-63. DOI: <https://doi.org/10.1177/004912418101000205>
3. Bertaux D. Les Récits de vie. Paris: Nathan; 1997.
4. Carreteiro TC. Psicossociologia em exame. In: Machado MNdaM, Castro EM, Araújo JNG, Roedel S (orgs). *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. pp. 112-130.
5. Carreteiro TCO, Baltazar DVS. Mental illness of female nurses at federal public hospital in Brazil. *Int J Appl Psychol.* 2014; 4(4):162-7. DOI: [doi:10.5923/j.ijap.20140404.05](https://doi.org/10.5923/j.ijap.20140404.05)
6. Clot Y. A função psicológica do trabalho. Petrópolis, RJ: Vozes; 2006.
7. Denzin NK, Lincoln Y S. Handbook of qualitative research. Londres: Sage Publications; 1994.
8. Enriquez E. Psychosociologie des organisations. In: Bevort A, Jobert A, Lallement M, Mias A (orgs.). *Dictionnaire du travail*. Paris: Quadrige/PUF; 2012.
9. Filho JFS, Jardim S. A danação do trabalho. Organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Corá Editora; 1997.
10. Moreno C, Rotenberg L. (Org.) Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas. São Paulo: Atheneu; 2003.
11. Gaulejc V. La société malade de la gestion: Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social. Paris: Seuil; 2005.
12. Hirata H. A Precarização e a Divisão Internacional e Sexual. *Sociologias [Internet]*. 2009 [cit. 18/06/2019]; 21: 24-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n21/03.pdf>
13. Meda D. Travail: la révolution nécessaire. Paris: Aube; 2010.
14. Pitta A. Hospital dor e morte como ofício. São Paulo: Editora Hucitec; 1999. 4 ed.
15. Rutenfranz J, Knauth P, Fisher FM. Trabalho em turnos e noturno. São Paulo: Editora Hucitec; 1989.
16. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
17. Vieira SB, Seligmann-Silva E, Athaide M. Dimensões ocultas no hospital: o “trabalho sentimental” e as violências presentes na relação de serviço. In: Araújo A, Alberto MFP, Neves MY, Athayde M. *Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP&A; 2004. pp. 131-150.

Reproducción en nuestra tapa:



Carlos Rottgardt. *The End of the Sky n° 011, 2019* (técnica mixta, 20 x 15 cm).

Agradecemos a Carlos Rottgardt, artista, docente e investigador (Universidad Nacional de las Artes, Universidad de Buenos Aires, UNA/UBA), la autorización otorgada para la reproducción.

Datos de contacto:

Carlos Rottgardt <jardin_rojo@yahoo.fr>
<http://collagesmecaniques.blogspot.com/>