

Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo

Pascale MOLINIER

Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), Paris
Centre de Recherches sur le Travail et le Développement
Équipe de Psychodynamique du travail
molinier@cnam.fr

Recibido : 12-4-08

Aceptado : 10-6-08

Traductor : Antonio Morales Riveira

RESUMEN

A partir de la clínica y de la teoría en psicodinámica del trabajo, la autora muestra que para las enfermeras la compasión no es una capacidad psicológica “natural” sino una construcción colectiva producto de la experiencia en los cuidados hospitalarios. En el sector del trabajo técnico hospitalario (mantenimiento, alimentación etc.) trabajan en su mayoría, hombres. Una investigación de psicodinámica del trabajo llevada a cabo con directivos de ese sector, sugiere que el personal técnico hospitalario pertenece al mismo mundo vivido que aquel de los y las enfermeras. En torno a la dimensión compasional del trabajo hospitalario pueden superarse las divisiones corporativas para inventar nuevas formas de solidaridad entre enfermeras y personal técnico.

Palabras clave: psicodinámica del trabajo, enfermeras, trabajo de cuidado, mantenimiento y trabajo técnico hospitalario.

Work and compassion in the hospital. A psychodynamics approach

ABSTRACT

Starting from the clinic and the theory of psychodynamics of work, the author shows that compassion is not a “natural” psychological capacity for nurses, but a collective construction formed by the caring experience. A majority of men work in the technical hospital sector (maintenance, canteens, etc.). An investigation among the managers of this sector suggest that hospital technical staff belong to the same universe of experience as that of the nursing staff. Corporatist division could be overcome around the compassionate dimension of hospital work and new form of solidarity between nursing and technical staff, women and men, could be invented.

Key words: psychodynamics of work, nurses, caring, maintenance and technical hospital staff.

REFERENCIA NORMALIZADA

Molinier, P. (2008). Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo. (Work and compassion in the hospital. A psychodynamics approach). *Cuadernos de Relaciones Laborales, Vol. 26, núm. 2, 2008.*

SUMARIO

Marco teórico y metodológico. Relaciones de dominación entre mujeres. De la «disciplinización» de cuerpos al “saber-hacer discreto”. Domar las ambigüedades del *care*: una elaboración colectiva. Auto-compasión y catarsis en las relaciones de dominación. La expresión pública del *care*: el fracaso de la “coordinación de enfermería”. La misión social de los servicios técnicos: el talón de Aquiles de la institución. En el hospital, el trabajo de mantenimiento es a la vez técnico y compasional. La reducción del trabajo en el área técnica. Conclusión Bibliografía.

El trabajo es invisible. La solidez y la estética de una obra, el rigor de una demostración o el sabor de una comida, pueden ser apreciados y juzgados. Pero las esperanzas y la atención que el trabajo suscita, los esfuerzos individuales y colectivos que implica, las formas de inteligencia que moviliza, los sufrimientos y los placeres que produce, las modificaciones psíquicas que se producen en escena, nada de esto es visible. Algunas actividades son aun más invisibles que otras. Aquellas que, no pudiendo concretarse en un objeto o en una realización técnica, no se objetivan directamente. Se puede cuantificar el número de casos tratados por un servicio social o bien el número de actos realizados en un servicio de salud. Se puede tratar de evaluar los resultados gracias al cálculo de ratios (por ejemplo, dentro de la cantidad de patologías tratadas, el número de camas o el número de usuarios posibles y previstos). Pero la relación con los enfermos o con personas en situación de desamparo, no puede ser evaluada según los cánones y métodos de la gestión. Nadie podría criticar esta observación del más puro sentido común. Ello no impide que las formas de evaluación de la gestión estén en plena expansión en el ámbito de los servicios personales. De este modo, el trabajo hospitalario se organiza hoy en día de acuerdo con métodos calcados de aquellos de las empresas del sector competitivo (polivalencia, competencia por atribución de medios, sub-contratación...). ¿Han modificado las nuevas formas de organización del trabajo –de modo positivo o negativo- la calidad de los cuidados y tratamientos? La pregunta se torna de actualidad si se tiene en cuenta la insistencia con que el personal hospitalario y de sus sindicatos, afirman reiteradamente que el “enfermo” no es un “cliente”. Pero no subestimemos las dificultades. Comprometerse con el análisis que surge de esta pregunta es bastante desesperanzador; se puede chocar desde el comienzo con el estatuto ambiguo de la relación del cuidado y el concepto mismo de trabajo.

La organización de la gestión de los cuidados se ha impuesto ante la ausencia de una formalización del trabajo hospitalario. Inalcanzable a través de la evaluación de la gestión, la dimensión relacional del cuidado hospitalario parece igualmente resistirse a un análisis en términos del saber-hacer o de las habilidades. Lo “relacional” se define mucho más fácilmente en la esfera del no-trabajo, que en aquella del propio trabajo. Digamos, para tener una imagen, que el sufrimiento y el desamparo esperan siempre una mano tendida, una sonrisa. Precisamente, la *autenticidad* de un gesto tranquilizador o de interés por el otro se manifiesta como todo lo contrario a un esfuerzo laborioso; más bien, se trata entonces de una atención no calculada, *un darse, un don de*

entrega. Podría hablarse entonces de un *saber-ser*, noción evidentemente borrosa para categorizar de un modo distinto el registro de las “aptitudes naturales”, de las capacidades que no sabemos situar más allá de la ausencia de variables de la personalidad. Dicho de otro modo, sea cual sea el vestido bajo el cual se disimula la *naturaleza* femenina, en lo concreto siempre se regresa a las mujeres (o a lo *femenino* del hombre enfermero) para “humanizar el hospital”.

Una parte importante del trabajo de cuidado queda incrustada en la categoría de la *feminidad socialmente construida*. Bien sea en el trabajo doméstico o en los servicios, las actividades ejercidas en su mayoría por las mujeres son orientadas socialmente hacia el cuidado del otro (Tronto, 1993; Paperman, Laugier, 2005). Las mujeres, a diferencia de los hombres, se ven frecuentemente enfrentadas a situaciones en las cuales su actividad no tiene sentido sino bajo la condición de que ellas puedan reconocer lo que es la *vida*, es decir, la vulnerabilidad del cuerpo humano y el sufrimiento psíquico.

Pero los equipos de cuidados no son los únicos en los hospitales para quienes el trabajo implica entrar en relación con personas enfermas o en situación de desamparo. La vertiente relacional del trabajo realizada por los hombres en los servicios técnicos hospitalarios, así como su utilidad social, han sido hasta ahora largamente subestimadas¹. Excepcionalmente, un trabajo desarrollado en el hospital por algunos hombres, se ve aun menos que el desarrollado por mujeres y, en consecuencia, es menos valorado. Igualmente, las dimensiones ignoradas de este trabajo aparecieron a la luz de los conocimientos clínicos y teóricos construidos –inicialmente- a partir del sufrimiento y de las formas de inteligencia movilizadas por un trabajo típicamente femenino.

Marco teórico y metodológico

El material clínico expuesto en este artículo ha sido extraído de investigaciones de la Psicodinámica del trabajo. *Psicodinámica* significa que la investigación toma como centro de gravedad los conflictos que surgen del encuentro entre un sujeto, portador de una historia singular, y una situación de trabajo cuyas características están en gran parte, fijadas independientemente de su voluntad. Esta definición implica una teoría del sujeto y una teoría del trabajo. La primera se refiere a la antropología freudiana, la segunda a la ergonomía de lengua francesa (Dejours, 1993).

Desde los años 70, la ergonomía de lengua francesa, bajo la dirección de Alain Wisner, ha invertido el esquema de adaptación de la psicología científica al trabajo. *Ya no se trata de adaptar el ser humano al trabajo sino de adaptar el trabajo al ser humano*. La ergonomía de lengua francesa ha revelado la existencia de un

¹Se trata de servicios que aseguran la realización y la coordinación de trabajos de construcción y de mantenimiento de edificios, la seguridad y el mantenimiento de las instalaciones, la logística, la hotelería y la alimentación.

desfase irreductible entre el trabajo prescrito, tal como se conoce en las oficinas de métodos, y la actividad real. Si los trabajadores no hacen exactamente lo que se les dice qué deben hacer no es porque sean indisciplinados, irresponsables, o muy torpes para comprender las instrucciones. Un simple ejemplo: hacerlo rápido, bien y seguro. Cada instrucción es legítima pero no es evidente que se asimile como un todo. El compromiso realizado será necesariamente inestable a través del tiempo en función de la variación de las diferentes órdenes (presión por la producción, visita del técnico de seguridad, tasa de fallos aceptada), del estado de las máquinas, del número de personas presentes o ausentes, de su nivel de experiencia, de fatiga, etc. Ningún trabajador se contenta con aplicar las normas al pie de la letra. En esta perspectiva, *el trabajo es el conjunto de actividades desarrolladas por los hombres y por las mujeres para hacer frente a aquello que no está dado en la organización reglamentada del trabajo* (Davezies, 1993).

El trabajo no puede estudiarse sin hacer referencia a la autonomía y a la inteligencia de los operarios. Bajo esta base ergonómica, el aporte específico de la psicodinámica del trabajo consiste en mostrar la importancia de considerar *también* la subjetividad y no solamente la cognición, para adaptar el trabajo al ser humano.

La metodología de búsqueda utilizada se expone en: Dejours, 1993; Dessors, Jayet, 1990; Molinier, 2006. Esta metodología es específica para su objeto de estudio: el análisis del sufrimiento en el trabajo. Esta metodología implica: 1) la existencia de una petición que emana de las personas a las que concierne y se centra en dilucidar su sufrimiento en el trabajo, 2) el acuerdo de las direcciones y de los agentes sociales, 3) el trabajo voluntario de agentes participantes en la investigación, 4) una recogida de material realizada exclusivamente en el seno de pequeños grupos, 5) un informe escrito por los investigadores, sometido a la aprobación de los participantes que son, a su vez, los primeros destinatarios.

Relaciones de dominación entre mujeres

Las enfermeras hablan frecuentemente sobre sus años de aprendizaje como un período particularmente devastador y lleno de retos. Algunas hablan de sus años de estudio como un “agujero negro” que prefieren olvidar. No solo son duras las primeras experiencias de la enfermedad y la muerte. Porque más allá de esos encuentros, las alumnas enfermeras viven simultáneamente la experiencia de las relaciones sociales de trabajo. Deben conformarse con lo que se les pide y adoptar conductas de las cuales no aprehenden todo el sentido y que no pocas veces desaprueban. Las alumnas comprenden que por cuestiones de asepsia las joyas están proscritas. Pero los peinados fantasiosos, los mechones de colores rojo o azul, los maquillajes evidentes, el barniz de uñas en los dedos de los pies, las piernas mal depiladas, son igualmente puntos negativos que les parecen menos justificados. No se puede gritar en los pasillos ni reír a mandíbula batiente, ni correr, ni gesticular, ni contorsionarse, ni poner las manos en los bolsillos, ni oler a sudor... La vida de

las alumnas transcurre al compás de reproches negativos. “Compórtese bien”. “Usted no es bailarina de cabaret”. “Por favor señorita, use desodorante”. Las alumnas deducen que buena parte de la calificación se hace con respecto a su apariencia y que las supervisoras pretenden así quebrar las personalidades fuertes. Y esto no es para nada anecdótico. Las investigaciones realizadas en torno a enfermeras adultas, sugieren que las críticas que tuvieron como objeto el cuerpo erótico, han dejado secuelas que se parecen a un traumatismo; es decir, a una fractura síquica que difícilmente se puede entender y elaborar. Cuando las enfermeras evocan estos hechos, aun veinte años después, el sufrimiento y la rabia surgen en estado bruto, actualizados y no modificados por el tiempo y la experiencia. Hombros obligados a enderezarse, mechones que escapan bajo el gorro; la crítica parece a menudo tan insignificante que les faltan las palabras para mostrar la amplitud de su condición de perjudicadas. Porque, comparado con lo anterior, las enfermeras se ven mucho menos afectadas por las avanzadas lúbricas o machistas de algunos médicos y pacientes. Pueden tranquilamente circunscribir esos hechos a categorías relativas al sentido común y, sobre todo, ponerse de acuerdo sobre los hombres, en un ejercicio colectivo. Pero los sufrimientos y humillaciones infringidos por las mujeres adultas a las jóvenes son demasiado personales para poder ser socializados. Tomando como objetivo los defectos y los fallos del cuerpo erótico, alcanzan zonas de fragilidad inconcientes. Un acontecimiento de orden social inscrito en las relaciones de dominación entre las mujeres conduce a la desestabilización de la identidad sexual en un periodo de la vida en el cual la joven aun se busca y se inicia en la vida sexual.

En la teoría del traumatismo los acontecimientos exteriores toman su eficacia de los fantasmas que reactivan y del flujo de excitación pulsional que desencadenan. A diferencia del psicoanálisis, el análisis clínico del trabajo no permite acceder al inconsciente. De todos modos, podemos preguntarnos: ¿la imposibilidad de responder a las agresiones femeninas de manera distinta a la sumisión, no tiene como consecuencia el “congelar” los procesos de trabajo de elaboración de la relación real y fantasmal con la madre? Por otra parte, la identificación de las enfermeras como modelo de referencia distinto a la madre parece medianamente comprometida. Insistamos en este punto. Las enfermeras no le dicen jamás a una joven que es “simpática” o “graciosa”, aun si en su ausencia hablan de esta última en esos términos y si tienen en cuenta esas “cualidades” cuando discuten sobre su calificación. “La enfermera modelo” es una característica negativa, un modelo vacío que no aparece sino bajo la forma de sanción de las expresiones libres y de los usos singularizados del cuerpo. El sufrimiento generado por las intervenciones sucesivas de enfermeras adultas, orienta progresivamente a la enfermera novata a corregir su conducta, hasta que logra adquirir la actitud esperada. A través de esta manera de moldear imperceptiblemente -no formalizada y sin embargo estrechamente controlada por el colectivo de enfermeras- se traban entre las mujeres relaciones de temor, de odio y de sumisión, pero también, a veces, de apasionada admiración. *Aparición, revelación*, los términos no son demasiado fuertes para traducir la

devoción asombrada y el entusiasmo con el cual las enfermeras convertidas en adultas, rememorarán a la mujer que ha encarnado, para ellas, el ideal de enfermera. Un icono. A menudo han olvidado el apellido, y de aquella mujer solo queda una imagen: una blusa llevada con elegancia, un gesto a la vez preciso y gracioso, una voz ponderada y firme.

De la « disciplinarización» de cuerpos al “saber-hacer discreto”

En psicodinámica del trabajo se considera que toda conducta, incluso la más insólita, tiene una racionalidad frente a los problemas del trabajo. Si las enfermeras adultas desearan únicamente someter a sus estudiantes, se contentarían con pedirles obediencia y no buscarían modificar sus cuerpos. Pero el trabajo de enfermería es un trabajo *sobre* y *con* el cuerpo. Para convertirse en una herramienta eficaz, el cuerpo de las enfermeras debe, antes que nada, ser borrado. La fatiga, la vulnerabilidad, la irritación, el sufrimiento, deben desaparecer para que la presencia de la enfermera sea tranquilizadora. Una presentación “excéntrica” podría inquietar a los pacientes, volverlos desconfiados o por el contrario estimularlos a ciertas privacidades. El aspecto pulido de las enfermeras es una de las garantías de la docilidad de los pacientes. Pero no lo es todo. Forzando a las alumnas a reprimir sus movimientos espontáneos, se les obliga a dejar latentes sus necesidades inmediatas, a endurecer la pasividad. La “disciplinarización” del cuerpo y la demanda de pasividad, son etapas constitutivas de la postura síquica requerida para el trabajo de enfermería. Para hacer bien ese trabajo, es decir, para *sustraer de él un placer*, es necesario sentir el sufrimiento del otro, lo que implica ponerse a prueba uno mismo en su propia carne; *sentir su propio sufrimiento*. La *compasión* es la forma de sufrimiento generada por el trabajo de enfermería. Por compasión hay que entender en este caso, más allá de toda connotación religiosa y en su etimología literal, un *sufrir-con*, en el cual se debe demostrar sensibilidad frente a la desgracia del otro. La compasión no es espontánea en la experiencia de la enfermería, (ni en la experiencia humana). Y no es poca paradoja que este trabajo psíquico solo se mitigue bajo la coacción. En el caso de las alumnas de enfermería, el encuentro con los pacientes suscita inicialmente reacciones de temor, de angustia y de desagrado que se apoderan del cuerpo y engendran pánico y deseos de fuga. En la actividad de las enfermeras experimentadas, la compasión nunca se da en su estado puro. La compasión se conflictualiza con preocupaciones vinculadas a los imperativos organizacionales; actuar rápidamente, por ejemplo, con el agotamiento y la irritabilidad, con el miedo y la repulsión que nunca desaparecen del todo. Cosas todas ligadas con el deseo y la crueldad (Molinier, 2004).

Decíamos que el sufrimiento es esperar una mano tendida. Pero el sufrimiento no se ve y hay que aprender a adivinarlo. En realidad, no es el sufrimiento lo que llama a la mano tendida sino que la mano tendida, por su intención, se esfuerza por llegar al sufrimiento para mitigarlo. Desde este punto de vista, la eficacia del saber-

hacer en enfermería, depende fundamentalmente de su *discreción*. Cada vez que se trata de mitigar el sufrimiento (o de no aumentarlo), con el propósito de no cansar o molestar a la persona –y paralelamente para evitar los gestos o los desplazamientos inútiles- hay que saber anticiparse sobre la demanda y disimular los esfuerzos y el trabajo realizado para llegar al resultado deseado: poner al alcance de la mano del paciente el timbre y el vaso de agua, pero también proponerle al cirujano el mejor instrumento en el momento adecuado, etc. Este saber-hacer de las enfermeras es *discreto* en el sentido de que los medios puestos en marcha no llaman la atención de quien se beneficia y que deben poder ser movilizados sin esperar gratitud. Esto no se otorga. Una de las fórmulas más apreciadas por las enfermeras, “usted es mi rayo de sol”, es una manera de gratificación narcisista expresada por los pacientes, que comprueba y confirma simultáneamente el *sentido* del trabajo de las enfermeras y su *feminidad*.

La compasión no tiene, en consecuencia, nada de natural, en el sentido esencial del término. Se trata de un arreglo secundario, de una modificación de la subjetividad por el trabajo. Pero, una vez estabilizado por la experiencia, la compasión se torna auténtica, se experimenta *sin distancia*, precisamente como una pasión. El riesgo consiste en dejarse llevar por la compasión hasta la consunción y el agotamiento profesionales. Volveremos sobre este tema.

Domar las ambigüedades del *care*: una elaboración colectiva

Las situaciones en las cuales las enfermeras intervienen son tan poco visibles, las modalidades de la subjetividad son tan contradictorias y ambiguas, que no es fácil a ciencia cierta saber lo que hay que hacer y si se ha hecho bien. En una de nuestras investigaciones, una bella joven cuenta turbada que, durante varias semanas, aceptó los requerimientos de un enfermo en el servicio de reanimación. El quería que ella se cogiera la cabellera de una cierta manera que el paciente encontraba muy atractiva. Clavado como estaba en su lecho por los tubos y las cánulas, para el enfermo los cabellos de la enfermera, negros, sedosos y llenos de vida, eran la única *encarnación* que le permitía alegrarse. ¿Se trata en este caso de un cuidado más o de una trasgresión, un juego erótico? ¿Hasta dónde se puede ir en ese don de entrega sin perderse en él? La dimensión erótica de la relación no era eludida por la enfermera. El gesto de hacerse ese tocado la hacía sentirse mal consigo misma. Si ella, mal que bien había realizado el deseo del paciente, lo había hecho no por amor sino por compasión. Como dicen frecuentemente las enfermeras, lo que las lleva a tomar la decisión de transgredir las reglas es que los pacientes “no tienen nada ni nadie más que a ellas”. Otros relatos que completan este de la cabellera anudada, retoman la pregunta de cuales son los límites que no se pueden franquear, aun por compasión. Un anciano impotente quería dormir con una camisola con brocados rosados. Las enfermeras aceptaron ponérsela, pero rehusaron ir más allá con la perversión: el vejete quería y reclamaba que se le hicieran unas lavativas.

Las enfermeras no pueden describir su trabajo a través de generalizaciones o modelos en forma de cifras o de diagramas. Para hacer entender lo que hacen, deben contar una sucesión de historias a lo largo de las cuales se amplifique la espesura del drama humano que ellas, por su propia misión, tienen que sostener. Aunque el trabajo de enfermería es intangible para las herramientas de la gestión, permite, sin embargo, la posibilidad de acceder a él a través de una narración. En tanto que las enfermeras se dirigen a otros seres humanos, administradores y médicos, a quienes les damos el crédito de ser inteligentes, ¿por qué no se hacen comprender? Esperamos haber hecho un primer bosquejo. Hace falta una cierta valentía para aceptar hacer públicos estos pequeños relatos sin expurgarlos, sin censurar la vida. Si las enfermeras cuidan tanto que sus alumnos parezcan respetables, es también porque la moralidad de la mujer que toca el cuerpo de otros y soporta la sangre a la vista, es siempre sospechosa. Es, sin embargo, gracias a estos relatos que se transmite y sedimenta la experiencia compasional. ¿Qué se debe hacer cuando se encuentra a dos ancianas todas las mañanas en la misma cama? ¿Se debe tolerar que un paciente beba licor a escondidas? La cotidianidad de la enfermera está hecha de estos imprevistos. Cada situación inusitada queda fuertemente impresa en la personalidad de los pacientes y de las enfermeras, pero, gracias a la sucesión de relatos, cada situación se inscribe en la misma cadena de sentido. No es la dimensión íntima del placer “*per se*” lo que orienta la deliberación de las enfermeras; la meta compartida más elevada del trabajo de enfermería es hacer por y para el otro de modo que sufra lo menos posible. No es la trasgresión en si misma lo que se juzga, sino su grado de pertenencia a la esfera del *care*². De modo inverso, es también gracias a la deliberación que les enfermeras se inmunizan para no deslizarse de manera incontrolada por la ladera de la trasgresión y de sus ambigüedades. La sabiduría práctica toma *tiempo*, ciertamente, y en particular aquel de la pausa para el café, un tiempo *improductivo* y, sin embargo, indispensable a los ojos de la salud de las enfermeras y de la humanidad de los cuidados.

Auto-compasión y catarsis en las relaciones de dominación

Volvamos sobre las relaciones jerárquicas entre mujeres, sin duda la dimensión más desconocida de la experiencia de la enfermería, pero no por ello la menos dolorosa. Si nos atenemos a la clínica de las estudiantes de enfermería, parece que no pueden superarse las rivalidades y los odios, porque tocan las zonas más vulnerables

² Se comprende el “*care*” en este texto en el sentido fuerte del término, en referencia a « *ethics of care* ” El concepto de “cuidado” está en buena parte en el origen del desarrollo de la perspectivas feministas en la ética. Y es, a la vez, respuesta práctica frente a las necesidades concretas, que son siempre las del otro, singular (cercano o no) actividades necesarias para la supervivencia de las personas, sean “dependientes” o “autónomas”, trabajo llevado a cabo tanto en la esfera privada como en la pública), y todo ello con una dimensión moral que no puede ser despreciable; el “*care*” es necesariamente un asunto concreto, ligado a la particularidad de las situaciones y de las personas (Laugier, 2005).

de la psiquis de cada una de ellas. Si éste fuera el caso, trabajar se volvería insoportable. Pero el análisis de las situaciones del trabajo de enfermería sugiere que, entre las enfermeras graduadas, los sufrimientos generados por las relaciones jerárquicas pueden en parte ser elaboradas de forma colectiva, siempre y cuando la supervisora acepte plegarse a un *juego* en el que las enfermeras han decidido las reglas.

A lo largo de una investigación realizada en torno a un grupo de jefes, una mujer que trabajaba en reanimación nocturna, se reivindicó como el modelo de jefe general "pesada", un tanto psico-rígida, muy exigente con respecto a su personal y siempre a la caza del menor signo de dejadez, particularmente corporal o en el vestido. Esta mujer asume sin ambages la posición agresiva denunciada por las estudiantes de enfermería. La paradoja es la siguiente: en nombre de una ética –la de la calidad de los cuidados– esta mujer reconoce que inflige sufrimiento a su personal. Se trata de una contradicción moral. ¿Cómo se desenvuelve ella? Al final de la sesión de restitución del informe de la investigación, justo en el momento en el cual el grupo se iba a disolver, he aquí que la supervisora afirma que el trabajo en reanimación ejerce una fuerte presión sobre el personal, y que una buena supervisora debe saber a menudo soltar la rienda. E ilustra el asunto con la siguiente historia. Enteradas de que tomaba cursos de danza, las enfermeras de su servicio llegaron un buen día con tutús alquilados, suponiendo que, al estar todas en el cuento, podrían integrarla en danza. Proyecto cuando menos divertido, dado el carácter cuadrado y la silueta rolliza de esta dama. Jugando con el efecto de contraste entre su persona y la ligereza esperada en una bailarina, la narradora logró hacer irresistible la evocación de toda la pandilla partiéndose de risa pasada la medianoche, a lo largo de los corredores acristalados de la sala de reanimación. Pero la historia no se detiene ahí. Al día siguiente, un paciente le informa a un médico de estar muy sorprendido por haber visto danzar unas mujeres en tutú en los pasillos... ¡lo que le valió un ligero tratamiento con neurolépticos! El equipo de la noche no confesaría jamás el origen de este "delirio". Entre las supervisoras generales que escucharon la historia, algunas lloraban de la risa. Entre risa y lágrimas: este clima emocional es típico del colectivo de enfermería. Basta decir que los relatos de enfermería no tienen solamente una dimensión *moral-práctica*, sino también una función de *catarsis*.

El manejo del cuerpo erótico es, de nuevo, el centro de estas conductas insólitas. Se trata, para los subordinados, de subvertir las relaciones de dominación, no para abolir la jerarquía sino para testar el grado de pertenencia de la supervisora al colectivo de enfermería. ¿Está con ellas, es una enfermera como ellas, o bien está contra ellas? La supervisora debe, de alguna manera, probar que *comprende* a las enfermeras, sus sufrimientos y las modalidades colectivas de su *catarsis*. Ella forma parte del mismo mundo vivido. Sabe que el dominio de si misma y de las expresiones singularizadas del cuerpo, tienen límites. Reconoce que la excitación pulsional reprimida debe, a veces, encontrar en el trabajo salidas aceptables gracias a las cuales la excitación pulsional logre ser socializada, y aun valorada, en beneficio de todos. La supervisora debe aceptar que una actividad excepcional entre iguales

tiene un valor de reconciliación que anula las quejas y los rencores. El test es definitivo en lo referente a la legitimidad y a la autoridad de la enfermera jefe. El arte consiste en asumir el ridículo sin dejar de ser supervisora. ¿Hizo bien en hacerlo? Esta es la pregunta moral-práctica con la que ella asume el riesgo de discutir con sus colegas al final de la investigación. En nombre de la compasión, esta vez de cara al sufrimiento de los equipos, la supervisora general justifica la doble trasgresión (bailar en los corredores, no develar el origen del “delirio”).

El relato pone también en duda las relaciones de subordinación del cuerpo de enfermería –tomado esta vez en su conjunto- frente a los médicos, valga decir el prescriptor del neuroléptico³. Las supervisoras se burlan de la negación de realidad del médico, pero resulta significativo que la autenticidad de su propia relación con el sufrimiento y en defensa de los equipos, únicamente se expresa en el interior del colectivo. El humor mitiga considerablemente el peso de las relaciones con los médicos, pero, contrariamente a lo que las enfermeras desdramatizan, ello no modifica las condiciones externas. La evocación de los tutús interviene durante los últimos minutos de la investigación, cuando están seguras de que sus propósitos no aparecerán en el informe escrito. Solo entonces, las supervisoras aceptan mostrar a los investigadores la complejidad de la vida de los equipos y su propia posición ambigua, entre médicos y administradores, de una parte, y entre los equipos de enfermeras y entre las preocupaciones por la eficacia y la compasión por los equipos de otra.

La expresión pública del *care*: el fracaso de la “coordinación de enfermería”

Hay que tener en cuenta que en Francia, al final de los años ochenta, los sindicatos hospitalarios fueron sustituidos por un movimiento social bastante original: “la coordinación de enfermería” (Kergoat *et al*, 1992). La coordinación en la enfermería fue, como raramente se ve en otros medios, el surgimiento de una *comunidad de sensibilidad* fundada en el trabajo y orientada hacia la *polis*. Este periodo intenso ha marcado un giro en la historia de la profesión y ha contribuido a legitimar para las enfermeras los valores que a ellas se asocian. Pero su *poder de actuar conjuntamente* no ha alcanzado la meta perseguida, que no era otra que modificar el punto de vista de los representantes del Estado. Las decisiones políticas en materia de reestructuración del sistema de salud han continuado su marcha sin tener en consideración las dimensiones específicas de la actividad de las enfermeras. Las enfermeras no disponen de una teoría del trabajo que les permita llevar hasta el final su proyecto: el reconocimiento de su profesionalidad en la vertiente del trabajo relacional. En particular, no han sido capaces de argumentar que trabajar consiste en apartarse de un camino lleno de órdenes, y que toda descripción del trabajo revela descubrimientos, astucias y artimañas que llaman a la discusión y no

³ ¡La historia no dice si las enfermeras de noche realmente administraron el neuroléptico!

al oprobio y la sanción. Igualmente necesitaban inventar una nueva retórica que no encierre su experiencia en el registro de lo anecdótico.

De hecho, las enfermeras no pudieron resistir por mucho tiempo el juego de las negociaciones. Los representantes del Estado, tras un primer momento de desestabilización, finalmente lograron disminuir la legitimidad y el alcance político del movimiento, reduciéndolo al *pathos* femenino. De esta manera, un miembro del gabinete ministerial de la salud resumía la amplitud del malentendido: “Es increíble. ¡Estas muchachas de la coordinación te cuentan cada una en detalle los problemas de su vida cotidiana! Son conmovedoras, te impresionan, pero ¿cómo puede uno negociar con un pedazo de su vida?”. Observemos la conclusión de una de las implicadas: “Nos dimos cuenta que la calidad de los cuidados no es un problema para ellos. Para ellos, esto tiene que funcionar sin tener en cuenta lo humano. Ellos no saben qué es un hospital; nuestra vida” (Kergoat, Imbert, Le Doaré, Sénotier, 1992: 107 y 98). Lo que está en juego en el conflicto entre las enfermeras y el Estado, se sitúa en el más alto nivel: el de la ética, el de la civilización. Se trata de un conflicto sobre la definición misma de la *vida*. Para las enfermeras, la vida, la suya propia y la de las personas enfermas, no puede ser reducida a un sustrato biológico para el cual bastaría con aportar una respuesta instrumental. La vida se define como la experiencia de estar vivo, sufriendo y actuando.

Concluiremos esta parte con el ejemplo de una situación donde la *vida* ha sido olvidada. Otra supervisora, en la misma investigación al calificar su tarea como “titánica”, cuenta: “No se puede partir (del trabajo) porque las personas que uno trata viven en situaciones humanamente extremas y nosotras somos extremistas del extremo” ¿En qué registro se puede interpretar su exaltación? ¿Acaso se trata de un problema que revela lo que ella *es*, la estructura de su personalidad, o bien tiene algo que ver con lo que *hace*? En su servicio de pediatría, el “plan bronquiolítico” se aplica sin que el puesto suplementario para acoger a los niños se haya previsto. En caso de epidemia, se ubica a los bebés hasta en las reservas. Más aun, las enfermeras se convierten en vehículos de la epidemia y contagian a sus propios hijos. Pero este riesgo tampoco ha sido previsto ni mucho menos los medios para reemplazar a aquellas que deben ausentarse para cuidar a los suyos. La supervisora se quedará “en el terreno” para calmar a las familias, reemplazar a las enfermeras, asegurar la intendencia, calentar los biberones, descargar las provisiones de leche... tanto tiempo como sus fuerzas se lo permitan.

Esta supervisora que sufre de insomnio y de agotamiento profesional, como la mayor parte de sus colegas, tiene sin embargo que informar regularmente de la realidad de su servicio a los equipos de dirección. Sin éxito. El problema no está dentro de la propia organización del trabajo, sino precisamente en la consagración (sacrificio) de las supervisoras. De este modo su palabra se ve frecuentemente descalificada en el registro de su fragilidad personal. “Usted exagera... deje de dramatizar, es demasiado consciente, demasiado exigente, piense menos en sus enfermos, descanse, haga algo distinto a trabajar. ¿Está segura de que está bien? ¿No tiene problemas en éste momento?”.

La misión social de los servicios técnicos: el talón de Aquiles de la institución

La clínica que vamos ahora a exponer ha sido extraída de una investigación en psicodinámica del trabajo llevada a cabo entre directivas de proximidad en los servicios de alimentación, de hostelería, de mantenimiento, de logística y de seguridad contra incendios en un centro hospitalario universitario. Todos son “hombres de terreno” y técnicos altamente cualificados en el dominio que les concierne. Su trabajo es, para cada uno de ellos, un orgullo y un referente identitario fuerte: son cocineros, electricistas, etc.

Los servicios técnicos hospitalarios han tenido que hacer frente a las mutaciones tecnológicas y a un aumento de las exigencias en materia de comodidad y de calidad de vida. Muchas actividades en el campo de los transportes, del mantenimiento y de la limpieza, son subcontratadas hoy en día. Algunos oficios juzgados como no rentables desaparecieron (sobre todo, los oficios de pintor, carpintero, techador, alcantarillero, albañil, calderero, lamparero, tornero, cerrajero). Aparecieron otras necesidades en la informática, la biomedicina, la hostelería y el mantenimiento. Globalmente, el nivel de competencia requerido aumentó, en el contexto de una reducción en las contrataciones, en el cual los agentes titulares son impelidos a “evolucionar”. Ahora, la mayor parte de las actividades de mantenimiento implican conocimientos en electrónica, aunque se trate de reparar pomos de cerraduras, camas de hospital, ventanas, fontanería, calefacción o aire acondicionado. Trabajar en la alimentación implica plegarse a estrictos procedimientos de higiene y de seguridad, entre otras cosas. Los directivos de los servicios técnicos se ven confrontados con problemas de reubicación de sus agentes, cada vez más complicados en tanto que sus servicios incluyen, desde hace tiempo, la delicada misión de acoger el personal “no apto” para trabajar en los servicios de salud, por diversas razones: alcoholismo, toxicomanía, desórdenes de comportamiento, lumbalgias, etc..

Tiempo atrás, en las cocinas, la ausencia de tecnología sofisticada permitía emplear ejércitos de lavadores o peladores de patatas. Los jardines se mostraban muy útiles para reclasificar los servicios de agentes barredores de hojas muertas. El mismo orden se seguía en los servicios de transporte, de lavandería, etc. De ese modo, nunca formó parte de las costumbres de los hospitales públicos valorar esta *misión social* que fue cubierta *discretamente* por los servicios técnicos y a veces en detrimento de la calidad de su prestación (especialmente en la alimentación).

Debido a esta invisibilidad, los servicios técnicos pagan hoy un precio elevado; el de la vergüenza y la desvalorización: “Indeseables”, “desechables”, “ghettos”, “brazos caídos”, “servicios basura”... Estos términos, utilizados por los dirigentes técnicos, dan testimonio de como estas directivas muestran que existen personas con dificultades en relación con el balance negativo de sus servicios. Como hoy los servicios técnicos están sujetos a dar resultados, la inserción de los “brazos caídos” (el término es recurrente dentro de la investigación) resulta imposible. Mientras que la intolerancia hacia los trabajadores en dificultades aumenta entre el personal obrero, sus directivos se ven obligados muchas veces a darles trabajo a subcontra-

tas, ya que sus equipos no son siempre suficientemente competitivos con respecto a los nuevos criterios⁴.

En el hospital, el trabajo de mantenimiento es a la vez técnico y compasional

La dimensión relacional del trabajo de servicio está en el centro de las críticas que los directivos expresan a propósito de la subcontratación. Por ejemplo, cuando un aparato de televisión o un teléfono se estropeaban por la noche, el técnico residente lo reparaba enseguida. Ahora, la empresa exterior no realizará este trabajo hasta que el día siguiente, cuando corresponda, dentro del cronograma que ha acordado con su “cliente”, el hospital. Una solución que los directivos encuentran inaceptable, ya que un enfermo se ve privado toda una noche de distracción y de comunicación con sus parientes. Pero aun más: el personal técnico que quisiera arreglar la instalación para agradar a los pacientes, no podría hacerlo debido a los candados y protecciones puestas sobre los aparatos por quienes prestan el servicio, para evitar la competencia.

Instalar una ducha, pintar un calefactor, arreglar un batiente de ventana, cambiar una lámpara y muchas otras reparaciones, se hacen sobre el lecho del paciente. El cuidado para no molestar, cansar, dejar una persona a merced de una corriente de aire o bajo el olor de los disolventes, está tan presente como la preocupación de realizar bien el acto técnico. Hasta el punto de admitir que la reparación adecuada es aquella que cumple mejor el compromiso entre la eficacia técnica, por un lado, y la seguridad física de las personas y el cuidado del bienestar de los enfermos, por otro. Desde este punto de vista, *el personal de los servicios técnicos pertenece al mismo mundo vivido por las personas que cuidan a los enfermos*. La competencia de los servicios técnicos no es solamente técnica, sino que es simultáneamente compasional. Pero, a diferencia de las enfermeras, la compasión no figura ni siquiera como una característica de la “naturaleza” o de la “vocación” de los hombres que ejercen en el sector técnico. El trabajo técnico hospitalario sería un trabajo técnico como los demás, lo que justifica que se haya podido dividir las tareas entre prestatarios exteriores y servicios técnicos internos, según criterios estrictamente económicos. El mantenimiento de los ascensores es un buen ejemplo.

Cuando un ascensor se estropea, la sociedad exterior es responsable de las reparaciones técnicas, mientras que los servicios internos lo son de la liberación de las personas atrapadas (y pueden ser perseguidos judicialmente en caso de fallecimiento). En el trabajo de liberación, no se trataría, en teoría, más que de calmar a los atrapados, hacerlos salir por la rejilla, o si no pueden o no quieren salir, acompañarlos en el ascensor. Este papel de tranquilizadores es de hecho difícil de realizar. Pero la situación puede tornarse aun más delicada. El prestatario externo debe

⁴ Hay que señalar que no hemos realizado investigaciones en torno al personal de base.

intervenir en el tiempo fijado por contrato (dos horas). De hecho, el mecánico llega cuando puede, y los directivos de mantenimiento no están nunca seguros de que se respetará el compromiso. Más aun cuando saben que la empresa prestataria del servicio apenas se inquieta por la multa, que suele ser muy baja en caso de pasar el límite del tiempo previsto en el contrato. Mientras tanto, por los ascensores del hospital transitan pacientes acostados, con perfusiones, inválidos... con quienes no se puede correr el riesgo de esperar. El caso de una joven que moría en el ascensor estropeado mientras sus padres esperaban frente a la puerta, da cuenta de los dramas frente a los cuales los servicios técnicos no pueden quedarse inactivos. La liberación puede ocurrir antes de la llegada del mecánico y, aun si los empleados del hospital no tienen derecho a tocar la maquinaria del ascensor ni repararla, puede suceder que lo hagan de todos modos, a sabiendas de la sanción por cometer una infracción. Pero lo hacen por actuar pensando en el interés de las personas encerradas en el ascensor.

Los servicios técnicos no tienen sino una función instrumental. Entre los objetivos generales asignados a su tarea, figuran también los objetivos con respecto a los enfermos y el mantenimiento de sus condiciones de vida, de transporte, de seguridad. Pero también, en relación con el personal, los servicios técnicos resultan ser lugares de acogida e integración y reintegración de la personas con problemas. La pregunta no es entonces tratar de saber por ejemplo si –tomando un slogan evocado en la investigación– “el servicio de restauración es un cuidado”. No se trata de inscribir la dimensión compasional del trabajo técnico hospitalario bajo una mirada prescriptiva, como algo que hay que hacer. Se trata de reconocer que simplemente ya está ahí, movilizada por el propio trabajo técnico hospitalario.

La reducción del trabajo en el área técnica

Para inventar las formas gracias a las cuales la misión social de los servicios técnicos y la vertiente compasional de su trabajo podrían ser puestas en discusión en la institución, sería necesario que, previamente, los directivos técnicos pusieran en tela de juicio su definición masculina del trabajo: *¡No solamente del trabajo técnico, sino del trabajo en si!* Este punto de vista masculino es particularmente perceptible a propósito de las numerosas reuniones a las cuales se les invita a participar. Para nuestra gran sorpresa, los cuadros técnicos solo contabilizan como tiempo de trabajo aquel en el que están realmente activos, es decir, solo aquellos minutos en los que trabajan sobre sus documentos. El resto del tiempo de la reunión, que puede ser muy largo, lo consideran improductivo, una pérdida de tiempo, un aburrimiento. Los directivos no consideran que trabajen demasiado tiempo, ¡incluso si sobrepasan el número de horas legales! Se muestran muy sorprendidos de que nosotros no solo podamos tener otro concepto de la relación con el tiempo de trabajo, sino que se asombran cuando escuchan que el aburrimiento puede ser una contrariedad psicológica, ¡un sufrimiento generado por el trabajo!

Encontramos la misma definición de trabajo, reducida a su objetivación técnica, en las críticas dirigidas a los agentes que afirman dedicar parte de su tiempo para informar a las personas extraviadas en el hospital. Una coartada, según algunos directivos, para camuflar lo que solo es, en realidad, ganas de pasearse y pereza. A falta de una buena señalización, las peticiones de información son frecuentes y son parte integral del trabajo de los agentes que deben a veces incluso acompañar varios cientos de metros a personas de avanzada edad o discapacitadas. Trabajo no verificable, incontrolable, no medible y sin embargo tan útil. “Trabajó dos horas, el resto del tiempo dio información”... diría uno de los directivos. La exageración en lo dicho muestra significativamente su inquietud. En un contexto sobredeterminado por el temor de ver crecer las dificultades de los servicios técnicos debido a la ausencia de buenos resultados, los directivos técnicos, al sobre emplear las nuevas formas de evaluación de la gestión del trabajo, corren el riesgo de olvidar a los enfermos y las dificultades de sus subalternos. Toda la dimensión relacional del trabajo en el contacto con las personas hospitalizadas (y el tiempo que ello toma) corre el riesgo de ser escamoteado.

Tanto los directivos técnicos como los sindicatos, se vieron impotentes frente al desmantelamiento de los servicios técnicos hospitalarios. Los directivos interpretan sus fracasos frente a las reestructuraciones como una fatalidad, una consecuencia de las divisiones corporativas. La experiencia y la “mentalidad” de los electricistas, serían incommensurables frente a la de los cocineros o los albañiles. Nuestra investigación sugiere que reapropiándose de la dimensión más invisible de su actividad –la relación con los enfermos y con los subalternos en dificultad- los directivos de los servicios técnicos hospitalarios, y sin duda sus subordinados, podrían dejar de lado ciertas tendencias corporativistas para construir una comunidad de pertenencia y de reglas compartidas para la acción. Esto implica un trabajo de descentralización que no parece posible en hombres que se sienten orgullosos de su competencia técnica.

Hasta hoy incapaces de describir el trabajo afectivo, los cuadros técnicos están aun más desprovistos para reconocer lo que, quizás, debió haberse hecho y no se hace. Cabe el riesgo de que la realidad dé un giro brutalmente, en la forma de un accidente; el temor creciente de no dominar el peligro de las situaciones, es poco compatible con la expresión de lo vivido en la subjetividad del trabajo. Se sabe, en efecto, gracias a otros estudios realizados con colectivos masculinos (especialmente en la construcción, la cirugía, la policía, la industria procesadora), que los hombres luchan contra el sufrimiento en el trabajo poniendo en marcha estrategias de defensa colectivas que constituyen un sistema de conductas y representaciones sociales centradas sobre los valores de la virilidad (fuerza, valor, desprecio por el peligro). Estas estrategias colectivas de defensa apuntan a modificar, transformar y “eufemizar”, para no decir anestesiar, la percepción que tienen los hombres de la realidad que les hace sufrir. Para decirlo en otros términos, la cooperación defensiva entre los hombres apunta a oponer una *comunidad de la negación* de lo real del sufrimiento y de la vulnerabilidad humanas (Dejours, 1993).

Un hombre –un verdadero hombre- no expresa ni su temor ni sus estados de ánimo sobre todo delante de otro hombre. Los hombres tienen un “pudor”, nos han dicho los cuadros técnicos, al hablar de las dimensiones de la experiencia sensible. Al final de la investigación, estos últimos reconocieron, con emoción, que por primera vez habían sido capaces de hablar juntos de la dimensión humana de su trabajo y del sufrimiento que les genera. Nuestra investigación permitió abrir una “brecha” en las defensas de los cuadros técnicos. Pero sólo da pistas que merecerían análisis mucho más profundos. Así, no sabemos cómo los hombres que trabajan en los servicios técnicos hospitalarios elaboran la dimensión compasional de su trabajo. En efecto, a diferencia de las enfermeras, el trabajo compasional del personal técnico no parece ser el objeto de una construcción colectiva, ni de reglas del oficio, ni de una tradición estabilizada en el arte de vivir. Para estar bien hecho, el trabajo de cuidado no les permite a las enfermeras contraponer al sufrimiento la negación de la realidad. Ello no significa que estén “sin defensas”. Las enfermeras ponen en marcha una estrategia de elaboración del sufrimiento generado en su trabajo en la cual la narración y la discusión ocupan un lugar central. Una vez que han sido probadas bajo la mirada de sus colegas, las mujeres, a diferencia de los hombres, pueden expresar su sufrimiento y aun parecer ridículas, sin arriesgar su identidad sexual. Bajo ciertas condiciones, en sus conductas y relatos el sufrimiento puede encontrar salidas creativas, socialmente valoradas, por lo menos entre iguales, y transformarse en placer. Le echamos una ojeada a propósito de la estrategia del *tutú*. Algunos cuadros técnicos, entre los más veteranos, y en particular entre los responsables de la seguridad contra incendios, parece que han desarrollado modalidades sensibles similares a las de las enfermeras. A sabiendas de que organizan, entre otras cosas, formaciones para las enfermeras, surge la hipótesis de que una parte de la elaboración compasional se opera en ellos, tras los encuentros formales o informales con los equipos de cuidados. Hay que hacer notar que estos señores han aportado numerosos testimonios sobre su aislamiento dentro de los servicios técnicos.

Conclusión

La construcción, por parte de los servicios técnicos, de una comunidad de pertenencia que supere el aislamiento y las divisiones corporativas, parece ser, a pesar de todo, posible. Por otro lado, la posibilidad de hacer visible la vertiente compasional del trabajo técnico, podría permitir hacer caer, al menos en parte, las barreras entre técnicos y cuidadores, mujeres y hombres. Hasta el momento, los actos desarrollados por unas y otros no podían ser sino disyuntivos. Coordinación de enfermería, por un lado, acción sindical, por otro: sin un reconocimiento mutuo del sufrimiento, del trabajo y de los valores, una movilización colectiva dentro de la acción les resultaba simplemente imposible (Dejours, 1998).

Concretamente, estamos muy lejos de obtener el resultado esperado. Primero porque el personal hospitalario, atrapado por el drama humano que tiene la misión de mitigar, está exangüe. Segundo, porque es ese personal y no los administradores, quien soporta el peso aplastante y deletéreo de la culpabilidad del hacer mal, de “deshumanizar el hospital”. Por último, porque los conocimientos clínicos y teóricos sobre la movilización subjetiva en el trabajo, se difunden lentamente en la comunidad científica y *a fortiori* en las comunidades profesionales.

De todos modos, el “pudor” viril de los cuadros técnicos no justifica el desprecio y el escarnio hacia las mujeres, lo que parece ser un buen indicio. Mientras conserven, gracias a su actividad, una auténtica cercanía con los enfermos, sus defensas estarán sin duda menos cimentadas sobre la virilidad que las defensas de sus pares que ejercen los mismos oficios técnicos dentro de otros contextos organizacionales. E incluso frente a las defensas de médicos y administradores. A partir de la resistencia frente a la evaluación de la gestión, es decir, fomentando la dimensión compasional del trabajo hospitalario, es como pueden inventarse nuevas formas de solidaridad entre enfermeros y personal técnico.

La movilización de la subjetividad, no puede ser considerada como una variable de ajuste, ya que es lo que da sentido a la actividad. Las enfermeras y los técnicos de mantenimiento comparten, debido a su actividad, una preocupación similar por el cuidado de los otros. La desnaturalización del saber-hacer hospitalario escondida en la *feminidad socialmente construida*, hace visible que la cara desconocida del trabajo, el *care*, no repose sobre la dedicación, la buena voluntad o las calidades de alma de las personas, sino que implique condiciones organizacionales concretas. Ante todo, espacios de deliberación entre iguales para respirar y elaborar el sufrimiento generado por el trabajo, para arbitrar sobre lo que conviene hacer y ver las posibilidades de hacer comprender las dificultades del trabajo en un espacio público e interno de la institución.

El cuidado, para retomar la fórmula de Jean Oury, es un “trabajo inestimable”, es decir, a la vez imposible de “contar” y enormemente precioso (Oury, 2008). En la deconstrucción del sistema social de sexos, lo que está en juego no es solamente que las mujeres puedan desarrollar todas las potencialidades humanas, sino ese potencial indebidamente decretado como masculino. Está en juego también – y quizás más que nada – que la subjetividad y las formas de expresión pública del *care* sean liberadas de la *prisión del género* antes que nuestra sociedad se hunda en una deriva abstracta y cínica, dejándole a la *vida* como única salida el aislamiento y la desesperanza.

Bibliografía

DAVEZIES, Philippe

(1993): “Éléments de psychodynamique du travail”, *Éducation Permanente*, Num. 116 : pp. 33-46.

DEJOURS, Christophe

(1993): *Travail: usure mentale. Nouvelle édition augmentée. De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail*. Paris : Bayard Editions.

--- (1998): « Mai 68, travail et subjectivité : rendez-vous manqué ou détour nécessaire? ». *Travailler, Revue internationale de psychopathologie et de psychodynamique du travail*, Num. 1: pp. 123-136.

DESSORS, Dominique, JAYET, Christian

(1990): « Méthodologie et action en psychopathologie du travail. À propos de la souffrance des équipes en réinsertion médico-sociales ». *Revue Prévenir*, Num. 20: pp. 31-42.

KERGOAT, Danièle., IMBERT, Françoise., LE DOARE, Hélène, SENOTIER, Danièle

(1992): *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*. Paris: Éditions Lamarre.

MOLINIER, Pascale

(2004): “L’amour et la haine, la boîte noire du féminisme ? Une critique de l’éthique du dévouement ». *Nouvelles Questions Féministes*, vol 23, Num. 3: pp. 12-25.

--- (2006): *Les enjeux psychiques du travail*, Paris: Payot.

OURY, Jean

(2008): « Le travail est-il thérapeutique ? » *Travailler*, Num. 19: pp. 15-34.

PAPERMAN, Patricia, LAUGIER, Sandra, (eds.)

(2005): *Le souci des autres, Éthique et Politique du care*, Paris, Coll. Raisons Pratiques, Éditions de l’EHESS.

TRONTO, Joan

(1993): *Moral Boundaries*, Londres: Routledge.