



ANÁLISIS DE LA IMPLICACIÓN PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN ROL SALUDABLE EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Melina Cenzano Dragún y María Laura Lavarello

En este trabajo intentamos elaborar lo que experimentamos en una intervención institucional, ocurrida hace pocos años, en un hospital general de nuestra ciudad. La intervención institucional forma parte de nuestra práctica profesional como psicólogas desde el ámbito de la Facultad de Psicología (UNLP).

El dispositivo que implementamos consistió en 5 encuentros en pequeños grupos, con dos plenarios, de inicio y de cierre, con la totalidad de los residentes. Decidimos reelaborar a los fines de la presente publicación de cátedra, un trabajo donde abordamos los emergentes de uno de los grupos que coordinamos, que luego integró las conclusiones colectivas con la totalidad del equipo de intervención (Cenzano Dragún y Lavarello, 2009).

El análisis institucional nos advierte sobre la necesidad de tomarnos como sujetos en primer término, en la elucidación de nuestras implicaciones: ¿Qué sentido cobra para nosotras trabajar en el ámbito público, y en este caso, en el Hospital?, ¿Qué valorizamos de la experiencia?, ¿Por qué consideramos de importancia un dispositivo como este en una residencia médica?

¿Con qué nos encontramos?

Nos encontramos con residentes de medicina, en mayor medida de primer año, afectados por tener en tratamiento pacientes terminales, algunos de ellos de su misma edad. La gravedad de los pacientes y de la institución pública los

hacía entrar en crisis. Frente a lo cual el instructor hizo el pedido de intervención para analizar la relación médico paciente.

La residencia es un sistema de capacitación y asistencia que para muchos de estos profesionales representa su primer empleo. Confrontan al ingresar sus propios ideales en cuanto a lo público y al rol del médico, con la materialidad institucional del hospital (Fernández, 1999). Transición que los situaba ante la tarea de construir una identidad médica para llevar adelante su rol profesional: "Esto es una experiencia, una bisagra en la persona", "Uno entra a la residencia con ideales, cambiaste de vida, rendiste, te esforzaste, todos teníamos un ideal".

A su vez, leíamos un rasgo saludable en los residentes en relación a la posibilidad de desplegar y poner en palabras los conflictos y problemáticas, durante los encuentros grupales. Demostraban estar comprometidos con lo que hacían tanto en la productividad de sus debates y reflexiones, como en el registro de su malestar. Pudiendo habitar la dimensión política de la subjetividad (Ulloa, 1995) en el transcurrir del dispositivo de análisis institucional.

La apertura del primer encuentro estuvo signada por la angustia, el trauma, que aparecía en el corazón de la relación médico paciente, cuando se encontraba atravesada por la muerte. Mencionaban la dificultad en transmitir un diagnóstico y pronóstico desfavorable. En sus palabras: "Poder transmitirlo en términos objetivos, decirlo en tres palabras", "Uno comienza siendo objetivo, pero después es subjetivo", "Uno tiene que ser duro y genera angustia, nos es duro decirle que no se puede hacer nada".

Podemos pensar que se enfrentaban con enfermos que morían, mientras que su formación se basaba principalmente en curar enfermedades. La atención de pacientes terminales los conmovía como médicos, al no poder sanar; y como personas, en tanto se involucraban, sentían, se compadecían, angustiaban, odiaban. Se identificaban. Aparecían en estas situaciones críticas, la subjetividad de los enfermos y de los médicos:

Uno sale de la facultad y llegamos a los dos días, y se nos mueren los pacientes. La facultad no te prepara en las relaciones. Hay un clic cuando estas como paciente cambia la visión de las cosas. Estamos un poco inmutables. El otro todo el padecimiento y yo lo ayudo. La enfermedad es algo que no te toca.

El dualismo salud / enfermedad le quita posibilidades a la conducción y organización de la enfermedad, que puede hacerse si médico y paciente trabajan en alianza. Esta alianza es el principal recurso terapéutico a la hora de asistir y acompañar a pacientes terminales.

El médico quisiera, muy a menudo, ser sólo un técnico, pero no puede serlo pues está obligado a atender y a manejar los aspectos psicológicos del paciente. Por lo tanto, la atención del aspecto emocional de sus pacientes se convierte en una complicación engorrosa, y consecuentemente, el ideal que ambiciona pasa a ser "una medicina de enfermedades y no de enfermos" (Ferrari, Luchina, 1971, p. 41).

De esta manera, consideramos necesario introducir entonces la reflexión acerca de la relación médico-paciente como una relación de sujeto a sujeto. Que pudieran contemplar un acompañar el suceso final de la vida, cuestionar las intervenciones médicas apropiadas para esto o, incluso, la libertad del paciente y su familia de elegir si las querían o no. Mencionan que:

También está la ética profesional, chicos de nuestra edad con dolores óseos, había que hacer cuidados paliativos, no queríamos seguir dando tratamientos invasivos. Se repite la situación de muerte, pero no esa muerte; mi paciente estaba infectado, podrido, mejor que se murió, pero uno no puede apagarlo, mejor que se muera, así dejó de sufrir.

En la práctica encontraron que la relación médico paciente tiene un tiempo de constitución. Manifiestan, por ejemplo, que hay un antes y después a partir de la posibilidad de arribar y transmitir un diagnóstico. La falta de tiempo e intimidad en la asistencia obstaculizan el establecimiento de esta relación y el tratamiento. La vinculación es entorpecida cuando "el pase" se burocratiza. Según sus propias expresiones:

El paciente quiere respuesta y rápido, no le decís que tiene y se pone de la nuca. Cuando llegas al diagnóstico y se lo das, cambia totalmente la relación y te empieza a contar cosas que quizás no le daban trascendencia, lo baja a un punto que sabe que el diálogo puede empezar. Hay cosas burocráticas que superan la relación médico paciente, que el paciente se entere escuchando en el pase lo que

tiene, con personas que solo ingresan para el pase... al paciente se lo presenta casi como si no estuviera. Lo dejan al paciente llorando y vos tenés que retomar eso.

Veíamos que la dificultad de los médicos de conducir el timón en la relación bipersonal con el paciente, y de formar una alianza terapéutica con él, favorecía la interferencia de otras relaciones. Las relaciones familiares e institucionales –las jerarquías médicas, el interjuego con los distintos servicios, las tareas administrativas, la convivencia con otros enfermos en la sala– obstaculizaban el tratamiento con el paciente, en lugar de constituirse como agentes facilitadores. “Cuando la familia te aprieta empezás mal, esta interiorizado que el médico es un hijo de puta”.

La complejidad e importancia de esta tarea, los confrontó con una carencia en su formación y con los malestares que motivaron la intervención. Pensamos que esto se manifestó claramente en el hecho de que encontraban con mayor facilidad coincidencias en la manera de entender la enfermedad y el quehacer técnico sobre el cuerpo. Mientras que la incorporación de la subjetividad del enfermo, creaba diferencias entre ellos en tanto sujetos éticos.

En los diferentes encuentros aparecía de manera pendular la posibilidad de tomar en consideración o no, la subjetividad del paciente y la subjetividad de los médicos, puestas en juego en la organización de la enfermedad. Tanto la dimensión afectiva como política de la subjetividad estaban presentes en los intercambios grupales, aunque mayormente entendidas como aspectos disociados que pueden adicionarse o no a la relación médico paciente. Por momentos los depositaban en el afuera, sea en el instituido, sea en los pacientes y sus familias:

Hiciste el trabajo de otro por el paciente, pero no soluciona nada, el problema viene de otro lado, de fondo, y no lo vamos a solucionar. Yo trabajo a reglamento como los choferes, no hago gauchadas. Llevé al paciente, no me hacía caso, le dije que ayunara y la madre le traía comida, todo eso me satura porque no es problema mío. Es difícil lidiar con ese paciente, son pacientes patológicos.

En otros momentos, la posibilidad de considerar la dimensión subjetiva intrínseca a la relación médico paciente, se iba dibujando tímidamente:

Una paciente que llama mucho. Necesita contención, tiene una historia muy fea. En la guardia la reviso, charlo, ahí se serena y cambia la actitud. Es diferente, va en la capacidad humana, en saber adaptarse al paciente y no está en ningún libro. A veces uno parece una maquina y el paciente te cuenta cosas personales y vos le preguntas cuando empezó el dolor de cabeza. Esa estructura mental te termina transformando en un robot.

Uno de los objetivos que desde nuestras intervenciones fue abrir un espacio, detenerse y reflexionar sobre la diversidad de estilos y defensas propias de cada uno de ellos. Para que pudieran integrar las dimensiones afectivas y políticas de la subjetividad, en el ejercicio de su profesión. "Las defensas médicas, si son adecuadas, deben proteger al hombre que hay en el médico, cercenando lo menos posible, los aportes que el hombre puede hacerle al médico y que pueden enriquecer su ejercicio profesional" (Ferrari, Luchina, Luchina, 1971, p. 40). Esta elaboración les permitiría por un lado, cuidarse, y por otro, mejorar el tratamiento, cuidar la relación médico paciente.

A través del dispositivo de intervención, intentamos abrir la búsqueda de una vinculación útil -de una identificación empática transitoria- que les permitiera operar y crear estrategias. En este sentido trabajamos los límites y la distancia instrumental óptima, como una posible vía superadora de los extremos entre un ejercicio de rol desimplicado o una confusión afectiva con el paciente.

En los siguientes dichos podemos ver que aparecía una excesiva distancia:

A mi amigo lo traté como médico, que hijo de puta fui. Lo bueno es poder aceptar que se va a morir y que no nos genere gran ansiedad y culpa. Se te van a morir pacientes, si se te mueren 1500 ya es una anestesia general. Lo afectivo es un mundo e interfiere. Intento que mi forma de ser no interfiera.

Mientras a continuación, por el contrario, observamos una indiscriminación:

Te encariñas con el paciente y te sentís impotente por no poder salvarlo. Uno se aliena con el paciente pensando que va a salir.

La crisis de la institución de la salud

La presencia de la muerte también conmovía las significaciones ligadas a la función del hospital como lugar de asistencia y tratamiento. Las imágenes que nos despertaban los relatos de estos médicos residentes estaban asociadas a las del hospital como lugar final en un recorrido de abandono de las personas: "Este es un hospital de derivación de todo el país. Acá es el último destino, y los dejan hasta que se mueren", "Los clínicos son los que comen la fruta podrida".

La vida y la muerte se jugaban en ellos, en los pacientes y en el hospital. Según expresaban:

Nosotros estamos nuevos, nos da bronca y nos hacemos drama, en un par de años se diluyen porque el sistema es así. Me sigo peleando con distintos servicios. O colapso, siempre estoy al borde, o me voy a dar por vencido. El sistema te va a comer.

Cuando pensaban su relación con el hospital aparecía una falsa disyuntiva, entre salvarlo o que te coma el sistema. Se suma a la exigencia de tener que "curar la muerte", la de "salvar lo público" y el "ser médico": "No somos nosotros los que sostenemos el sistema, se va cayendo de a poquito", "Todos tenemos que poner un granito de arena para salvar la salud pública".

Desde los primeros encuentros aparecieron los atravesamientos institucionales que singularizaban la relación médico paciente. Las condiciones laborales competían con la posibilidad de establecer una práctica que para ellos tuviese sentido. Pudiendo ser críticos acerca de los ideales tradicionales de su profesión y enfrentando la necesidad de construir su identidad médica, la realidad institucional los subsumía en una encerrona trágica (Ulloa, 1995).

Todo te genera estrés, le das atención, sabes que haces las cosas mal, haces todo lo posible, pero no es gratis: te estresas. Después de 36 horas despierto la vocación se te va a la mierda. Nos jode que le quitamos tiempo a la relación médico paciente, cuando se lo dijimos a residentes superiores, nos dijeron que era el derecho de piso. ¿Se puede pensar en una vida como esclavo 4 años? ¿Hacemos trámites toda la mañana", Acá somos empleados públicos, esto es un ministerio más", "Lo que pensás vos lo pensamos todos, por tu salud mental pensas algo más: qué harías sin la residencia, si hubieras quedado afuera?

La realidad social e institucional contemporáneas interpelan ideales apuntalados en significaciones imaginarias sociales que hoy están en crisis

(Castoriadis, 1997). Sin esta envoltura institucional e imaginaria los profesionales quedan desprotegidos y exigidos, a costa de su propia salud. Aún sobreviviendo, en los delicados términos de conservar su salud, la crisis de las significaciones sociales imaginarias comprometía el poder preservar el proceso identificador implicado en la construcción de su rol (Bleichmar, 2005).

Mientras algunos de los sentidos de nuestro pasado sobreviven en su agotamiento, otros han sido radicalmente eliminados –grupalidad-. Pensamos que por este motivo, durante el proceso de intervención, la vía de tramitación colectiva o grupal fue vivenciada como novedosa dentro de un sistema fuertemente verticalista y jerárquico.

Consideramos que el poder establecer un lazo con el otro, compartir las vivencias, malestares, pensamientos y estrategias en los encuentros grupales, les permitió empezar a tramitar las crisis. Los aliviaba, podían visualizar que en tanto otros se enfrentaban a las mismas problemáticas, estas tenían que ver con condiciones objetivas y no con faltas individuales. Analizaban que se involucraban complejas variables y entrecruzamientos sociales e institucionales.

Por momentos, en lo discursivo, lo posible o imposible quedaba ligado a las decisiones que otros debían tomar o a la realidad social en la que ellos no tenían ingerencia, sin reconocerse como colectivo con poder político en su quehacer en lo cotidiano. Pero otras situaciones como el trabajo en equipo en las guardias, el haberse reunido para la confección de un petitorio, la organización y adhesión en una protesta contra la precarización de su trabajo y la intervención misma, en las que encontraban estrategias y posibles soluciones, nos hacen pensar que el aspecto político era tomado a su cargo.

Conclusiones

Nos preguntábamos en el comienzo del trabajo acerca de nuestra implicación como analistas. Desde una utopía activa institucionalista (Barembit, 2005) apostamos a la tramitación colectiva de un proyecto más saludable para

los trabajadores de la salud. Valorizamos en esta experiencia el poder compartir y dar a conocer las situaciones que vivimos los profesionales en las instituciones estalladas (Fernández, 2000), desnaturalizándolas, poniéndolas en análisis para pensarnos como sujetos. Dispositivos de reflexión como estos se vuelven imprescindibles para sustraerse de la mortificación hecha cultura y restituir la dimensión afectiva y política de la subjetividad.

Bibliografía

ALVARADO, L; LAVARELLO, M. L; & RIOS, C. (2006). *Los trabajadores de la Salud: la devaluación de la palabra*. Ponencia presentada en el I Congreso Nacional Y II Regional de Psicología. Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

BALINT, M. (1961). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires, Argentina: Libros Básicos.

BAREMBLIT, G. (2005). *Compendio de Análisis Institucional*. Buenos Aires, Argentina: Madres de Plaza de Mayo.

BLEICHMAR, S. (2005). *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires, Argentina: Topia.

CASTORIADIS, C. (1997). *El avance de la insignificancia*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

CENZANO DRAGÚN, M.; & LAVARELLO, M. L. (2009). *Sobre una intervención institucional en el ámbito público. La construcción de un rol saludable en los trabajadores de la salud*. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVI Jornadas de Investigación y V Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires, Argentina.

FERNÁNDEZ, A. M. (2000). *Instituciones Estalladas*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

FERNÁNDEZ, A. M. & COLS. (2006). *Política y subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Tinta limón.

FERRARI, H; LUCHINA, I; & L. LUCHINA, N. (1971). *La interconsulta medico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

LOURAU, R. & LAPASSADE, G. (1977). El análisis institucional. En: *Claves de la Sociología* (pp. 56-74). Barcelona, España: Laia.

LUCHINA, I. L. & LANGER, M. (1973). Relación Médico Paciente. En: Schavelzon, J.; Luchina, I.; Bleger, J.; Bleger, L., & Langer, M. *Psicología y cáncer*. Buenos Aires: Ediciones Horme.

ULLOA, F. (2005). *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.