

I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2009.

Sobre una intervención institucional en el ámbito público. La construcción de un rol saludable en los trabajadores de la salud.

Cenzano Dragun, Melina y Lavarello, María
Laura.

Cita:

Cenzano Dragun, Melina y Lavarello, María Laura (2009). *Sobre una intervención institucional en el ámbito público. La construcción de un rol saludable en los trabajadores de la salud. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-020/480>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYG7/TEEx>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

SOBRE UNA INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL EN EL ÁMBITO PÚBLICO. LA CONSTRUCCIÓN DE UN ROL SALUDABLE EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

Cenzano, Dragun Melina; Lavarello, María Laura
Facultad De Psicología. Universidad Nacional de La Plata.
Argentina

RESUMEN

Elaboración de una experiencia de intervención institucional en un hospital público, con jóvenes profesionales médicos, que iniciaban la experiencia de la residencia. Situaciones traumáticas relacionadas a la asistencia de pacientes terminales llevaron a replantear la subjetividad en juego en la relación médico-paciente y en la identidad médica. Desde los primeros encuentros, aparecieron los atravesamientos institucionales que singularizaban su práctica. La realidad social e institucional contemporánea interpe-la ideales apuntalados en significaciones imaginarias sociales que hoy están en crisis. Este conflicto encuentra su expresión más patológica en fenómenos sociales desubjetivantes. Análisis de nuestra implicación en la intervención institucional, en relación al valor otorgado a la vía de tramitación colectiva.

Palabras clave

Subjetividad Relación médico paciente

ABSTRACT

ON AN INSTITUTIONAL INTERVENTION IN THE PUBLIC SPHERE. THE CONSTRUCTION OF A HEALTHY ROLE IN HEALTH WORKERS

Elaboration of an institutional intervention experience in a public hospital, with young medical professionals who were beginning their internship. Traumatic situations related to the medical care of terminal patients lead to the reconsideration of the subjectivity involved in doctor-patient relationship and medical identity. From the first encounters, the institutional crossings which make this practise special arose. The present social and institutional reality demands ideals underpinned by imaginary social significances which are in crisis. This conflict finds its most pathologic expression in desubjectivising social phenomena. Analysis of our place in the institutional intervention, regarding the value given to collective processing.

Key words

Subjectivity Doctor patient relationship

En este trabajo intentamos elaborar lo que experimentamos en una intervención institucional, ocurrida el año pasado en un hospital general de nuestra ciudad. La intervención institucional forma parte de nuestra práctica profesional como psicólogos desde el ámbito de la Facultad de Psicología (UNLP). Como docentes de la cátedra de Psicología institucional brindamos este servicio de extensión a partir de las demandas que desde hace algunos años, recibimos desde el sector público, y particularmente por parte de los trabajadores de la salud. Nuestro objetivo es poder compartir lo que fuimos pensando, sin eliminar lo que resuena en nosotras como preguntas o sensaciones, que van más allá de nuestras matrices de pensamiento. En este sentido, nos centraremos 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?

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 trabajar en esta oportunidad, los emergentes del pequeño grupo que coordinamos, para en un segundo momento, elaborar conclusiones colectivas de la experiencia con la totalidad del equipo de intervención. El encargo que nos solicitó el instructor del Servicio, atendía a la necesidad de trabajar la relación médico-paciente, particularmente, la afectación que despertaba en el grupo de residentes, el trabajo con pacientes terminales de su misma franja etárea.

¿CON QUE NOS ENCONTRAMOS?

Nos encontramos con un grupo de jóvenes profesionales médicos, que iniciaban la experiencia de la residencia. Para muchos, esto significaba atravesar la transición de ser estudiantes, con una imagen e ideal del rol médico apuntalados en enunciados identificatorios culturales y sociales, a ser trabajadores médicos, que ante la materialidad y los roles a disposición en el hospital, ponían a prueba estos enunciados. 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".

En la emergencia de diferentes conflictos y problemáticas, como en la productividad de sus debates y reflexiones, posibilitada por la implementación del dispositivo, leíamos un rasgo saludable en los residentes. Frente a nuestra mirada, se constituían como sujetos críticos comprometidos éticamente. Se preguntaban mucho, querían tener voz, pensar y pensarse en la relación médico paciente y en la residencia.

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".

Creemos que la muerte puso en jaque la significación del médico como sanador, y las disociaciones salud-enfermedad, mente-cuerpo y enfermo-enfermedad. El pensarse en su lucha contra la enfermedad -circunscripta sólo al paciente-, y la cura como un atributo identitario del ser médico, los situaba en un imposible. "La conducción y organización de la enfermedad se hace aun más importante cuando los otros recursos terapéuticos son pocos, o las enfermedades son graves o fatales. El mal pronóstico de la enfermedad no exime al médico de la conducción y organización de la misma, sino que lo exige en mayor grado"[1].

Consideramos necesario introducir entonces la reflexión acerca de la relación médico-paciente como una relación de sujeto a sujeto, que pudiera contemplar un acompañar ese suceso final de la vida, el cuestionar las intervenciones médicas, e incluso la libertad del paciente y su familia de elegir si las querían o no. Mencionan que: "También esta 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 dejo 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; que la falta de tiempo e intimidad en la asistencia obstaculizan el establecimiento de esta relación y el tratamiento; y que la vinculación es entorpecida cuando el pase se burocratiza:

“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 empezas 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 puesta 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 esta 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”.

Poder abrir un espacio, detenerse y reflexionar sobre la diversidad de estilos y defensas propias de cada uno de ellos, fue uno de los objetivos que desde nuestras intervenciones queríamos vehiculizar 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”[2]. 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 gene-

re 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”; y en estos, por el contrario, 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”.

HABÍA OTRAS CRISIS EN JUEGO...

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: “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,

La dimensión trágica del ámbito institucional en el que tienen que llevar adelante su práctica cobra expresión en los límites del sujeto coartado como frustración, impotencia, resignación, angustia, sentimiento de culpa, etc. Para desplegar las expectativas de su vocación -constituir su identidad médica-, estos jóvenes dependen de un sistema que según ellos denuncian, los maltrata; siempre y cuando no hayan claudicado en sometimiento: “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 pensá algo más: que 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. Interpenetrados en los malestares por el no saber hacer frente a la complejidad de la relación médico paciente, encontramos la manifestación de este conflicto. Vimos durante los encuentros, cómo estos médicos residentes se encontraban violentados a elegir entre sobrevivir, a costa de dejar de ser, en términos identitarios, o autopreservarse, seguir siendo quien se era, a costa de su propia vida, esto último ligado a la sobreexigencia. Dos ejes de la problemática de la subjetividad entraban en contradicción: la supervivencia biológica y la vida psíquica o representacional, competían: “Ahora a las 5 me quedo a ver a un paciente, no hay camillero, lo tengo que llevar y traer yo, hoy me voy a las 7 de la tarde”, “yo quiero tener una vida normal, me llama un amigo y no lo puedo ver”, “Los accidentes médicos son producto del cansancio”, “Después de la guardia no sabemos a cuántos pacientes matamos”.

Las vivencias de culpa, o de impotencia, de falta de sentido con respecto a su práctica, eran a nuestro entender, la expresión más patológica de los fenómenos sociales desubjetivantes.

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 un descubrimiento (o mejor, un redescubrimiento, una recreación).

Consideramos que el poder establecer un lazo con el otro, com-

partir 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, 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, 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.

Nos preguntábamos en el comienzo del trabajo acerca de nuestra implicación. Operamos desde una utopía activa institucionalista en tanto apostamos a que la gestión colectiva autónoma es una condición de posibilidad para la creación de salidas saludables. En este sentido fueron gratificantes las ideas por ellos expresadas en el plenario final, donde valorizaron el trabajo de reflexión realizado: hablaron de hacer cambios y que podrían hacerlos, entre ellos hablar en la residencia de las relaciones humanas. Asimismo el pedido de continuidad de la experiencia de intervención.

NOTAS

[1] FERRARI, H.; LUCHINA, I.; LUCHINA, N. *La interconsulta medico-psicológica en el marco hospitalario*, Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1971

[2] FERRARI, H.; LUCHINA, I.; LUCHINA, N. *La interconsulta medico-psicológica en el marco hospitalario*, Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1971

BIBLIOGRAFÍA

ALVARADO, L.; LAVARELLO, M. L.; RIOS, C. Los trabajadores de la Salud: la devaluación de la palabra, Iº Congreso Nacional Y IIº Regional de Psicología. Universidad Nacional de Rosario, 2006.

BALINT, M. El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Libros Básicos. 1961.

BAREMBLITT, G. Compendio de Análisis Institucional. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires, 2005.

BLEICHMAR, S. La subjetividad en riesgo, Topía Editorial, Buenos Aires, 2005.

CASTORIADIS, C. El avance de la insignificancia, Ed. Eudeba, Bs. As., 1997.

FERNANDEZ, A.M. y Cols. Política y subjetividad, Ed. Tinta limón, Bs. As., 2006.

FERRARI, H; LUCHINA, I.L.; LUCHINA, N. La interconsulta medico-psicológica en el marco hospitalario, Ed. Nueva Visión, Bs. As., 1971.

LANGER, M. La Relación Medico Paciente, clase magistral, Cátedra de Psicología Medica, Facultad de Medicina, UBA, 1973.

LOURAU, R. El Análisis Institucional. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1975.

LUCHINA, I. Relación Medico Paciente, clase magistral, Cátedra de Psicología Medica, Facultad de Medicina, UBA, 1973.

ULLOA, F. Novela clínica psicoanalítica, Ed. Paidós, Buenos Aires, 2005.