

Libros de **Cátedra**

Psicología institucional

Edith Pérez
(coordinadora)

FACULTAD DE
PSICOLOGÍA

S
sociales



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

CAPÍTULO 1

INTERVENCIONES INSTITUCIONALES EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA INTERVENCIÓN CON MÉDICOS RESIDENTES: REFLEXIONES

Agustina D'Agostino, Matías Karagenzian, Justina Rocha, Iara Vanina Vidal

Introducción

El objetivo del siguiente trabajo es relatar la experiencia de intervención en una residencia clínica de un Hospital Público.

En un primer momento, relatamos como el dispositivo de intervención permitió pasar de la *queja* a la *protesta*. Se nominaban como “quemados”, “incendiados”, “cansados”. Dando lugar, en tanto organización grupal, a una salida a la situación en la que se encontraban.

En un segundo momento, abordamos la tensión entre posiciones *pasivas* hacia aquello que les pasa y posiciones *activas* de creatividad y movimiento.

En un tercer momento, trabajamos sobre la dupla *afuera-adentro* y *ellos-nosotros*. El grupo depositaba los malestares y problemas afuera y no los visualizaba como propios. Asimismo observamos que al referirse a “ellos” eran los que no hacían, no cumplían o no se responsabilizan y cuando decían “nosotros” eran los que se responsabilizaban, exigían y resistían a la desidia.

Por último, presentamos la dificultad que encontramos de pasar del lugar de estudiante al lugar de profesional. Dicho proceso necesita construir un lugar y construirse ellos como actores de la experiencia. Ello lleva aparejado otra dificultad que tiene que ver con el “acto médico”.

En el momento previo a la intervención nos preguntábamos ¿Cuál sería la demanda de este año en relación a la intervención? Ya que la experiencia se venía realizando en dos años anteriores con grupos diferentes de primer año de la residencia.

Durante la intervención surgió la pregunta de si ¿podría pasar el grupo de una posición pasiva de queja o una activa de protesta? Entendiendo que el adentro-afuera es parte de ellos como formando parte de la institución.

La demanda

En relación a la pregunta de la demanda, nos encontramos por un lado, el pedido de trabajar sobre los que les pasa “entre ellos”, dicho por los residentes como:

Acá pasamos mucho tiempo juntos y podemos compartir como afrontamos la experiencia de estar en la residencia...Tenemos mucha carga... Estamos mucho tiempo juntos y pasan cosas”. Y otro residente dice: “espero que podamos sacar los trapitos al sol.

Por otro lado, también nos demandaban un espacio “catártico” donde ellos pudieran poner todas sus *quejas*. En general estas tuvieron que ver con lo que *ellos* visualizan como el *afuera*: el Ministerio, la dirección del hospital, los médicos de planta, los jefes de residentes. Nuestro objetivo, era como dice Ulloa convertirlo en *protesta*.

Si bien la demanda, había surgido de uno de los Jefes de Residentes, que había pasado por la experiencia años atrás. Asimismo, se le propuso al grupo que decida si querían que los jefes participaran de la intervención o no. Los residentes decidieron que no, pero un día que uno de los Jefes entró a una sala para ver si estaban las sillas suficientes, una residente le dice: "Sin jefes" y comenta a sus compañeros: “me di el gusto”

El afuera-adentro. Ellos-nosotros

En la intervención no se pudo aclarar el por qué se daba dicha hostilidad hacia los jefes. Sin embargo, eran estos quienes demandaban la intervención, los acompañaban en las medidas que llevaban a cabo, como los paros y la carta a la dirección. Uno de los jefes de residentes decía: “La nota la hicimos entre todos pero están enojados con nosotros (lo dice en relación a los directores del Hospital)”.

Pensamos que se jugaba algo del lado de la autoridad, como si "quien tiene autoridad es malo" De la misma manera, se producía un enfrentamiento en relación a los médicos de planta: “Antes era: “¡uh mira este tipo!” ahora me parecen unos mamarrachos” y continúan “tienen pocos huevos, todo el mundo hace lo que quiere”.

En esta frase podemos ver la desilusión en relación a los profesores, que son médicos de planta, el desconocimiento de la autoridad y de quitarles cierto ejercicio del poder, por ser uno “mamarrachos” .Por otro lado la fragmentación que sufre la institución ya que cada uno “hace lo que quiere”. Dicha fragmentación afecta directamente la atención de los pacientes “Te cambian el tratamiento de un paciente y no te dicen nada”.

Sin embargo, cuando los “médicos de planta” hacen uso de su autoridad, lo sienten como un respiro. Comentan que ellos rotan por diferentes salas cada dos meses, entonces cuando pasan a una de las salas que “los plantas” son organizados y se hacen cargo dicen “Es como comparar el gobierno de Argentina con el de Suiza”.

Donde la diferencia de países obviamente hablan de un mal o buen funcionamiento de la sala.

Ante una situación problemática los residentes tomaron la medida de no entregar la “epicrisis”, como respuesta a esto un médico de planta les dijo: “los voy a hacer mierda”. En ese momento pudieron reaccionar grupalmente, hicieron una carta contando lo sucedido, aunque reconocieron que no entregar la epicrisis había sido un error.

Podemos concluir que aparecen diluidas las diferencias entre autoridad y autoritarismo. Sin embargo cuando los médicos se dirigen a ellos desde la autoridad son reconocidos (parece Suiza) y cuando los tratan desde el autoritarismo se pueden defender por vías institucionales.

Otra de las escenas críticas eran los “pases de guardia”, donde hasta los residentes del último año, delante de los médicos de planta los maltrataban. No obstante, reconocían que al hablar de lo mismo con el residente en los pasillos, sentían que en ese momento les otorgaban su lugar como médicos. Como si estar delante de un medico de planta, obligaba a los residentes a mostrar su autoridad, mientras que en otro contexto podían convertirse en un par.

También relataban situaciones en el pase de guardia, donde los médicos de planta hablaban del paciente como si no estuviera. Eso muchas veces angustiaba al paciente. Pero ellos como médicos tampoco podían hacer nada con eso, no lo decían ni trataban de evitarlo.

En varias oportunidades aparecieron escenas donde los residentes son responsables absolutos del paciente y no ellos y la institución “El paciente es nuestro y si se muere es nuestra culpa”.

Con el equipo de intervención trabajamos en este punto. Por un lado la diferencia entre culpa y responsabilidad, y por otro, el hecho de que ellos se encuentran en una institución y que la responsabilidad no les es absoluta. Aunque sus superiores les hagan sentir eso, sino que las responsabilidades son compartidas. Ante esta situación la solución era “Armemos una sala paralela”.

De la queja a la protesta. De lo pasivo a lo activo

Esto de armar algo paralelo nos reenviaba a la noción de implicación de Lourau (1977) y al grupo objeto secta de Guattari (1976). Ellos como residentes de clínica médica eran parte del Hospital. Por un lado se sentían los únicos responsables de los pacientes, como si fueran de ellos. Por otro lado no se sienten parte del Hospital y piensan en armar una sala paralela.

Sin embargo, en un momento pudieron pensarse ellos como parte de la institución y decían:

Hablamos sobre estrategias para modificar algunas cosas; yo me planté en la puerta de la intendencia y me tuvieron que ir a buscar un camillero del comedor.

Ahora las guardias las manejamos nosotros y decide cada guardia que es urgencia y que no.

Participamos de una asamblea, se trataron temas más grandes, se trató el tema del salario y acordamos en hacer una carta y llevarla todos al Ministerio de salud.

Asimismo, en la asamblea en una situación horizontal con el resto de los trabajadores del hospital relataron que la asimetría se diluyó. Cado uno pudo decir lo que pensaba y proponer acciones desde un ejercicio de poder como sostiene Foucault (1978). Toda esta modificación los llevó a poder enunciar “Somos médicos ahora”.

Los primeros encuentros con los residentes estuvieron atravesados por un discurso quejoso - catártico, que daba cuenta de un gran automatismo. Se ponía de manifiesto el modo en el cual la maquinaria hospitalaria aplastaba la subjetividad de estos médicos, haciendo desaparecer la resonancia íntima entre ellos. Podríamos situarlos en un momento de “encerrona trágica”, al decir de Ulloa.

Las Significaciones Imaginarias Sociales que los sostenían como profesionales médicos antes del ingreso al hospital, se veían barridas por el funcionamiento alienante de la institución. No estaba habilitada aún esa instancia que pueda conmover el funcionamiento instituido. Empujándolos a una posición mortecina en donde aparecen como meros reproductores de una dinámica que los destrata y los inhibe para crear, encerrándolos (Encerrona trágica). Su formación, su ingreso económico dependen de ese hospital que los maltrata o destrata. Una lógica que sólo permite la resignación que los lleva a la pasividad mortificante. Así, la mortificación se hace cultura y se ve reflejado en lo que ellos sostienen “El hospital público es así”, “si hace 120 años que es así, nosotros no lo vamos a cambiar”.

Prevaleciendo el sufrimiento, la merma de la inteligencia, la ausencia de alegría, la resignación acobardada.

Retomando los sentidos que otorga Ulloa (2005) a “lo mortecino”, nos dispusimos a intervenir en un grupo de residentes apagados (si bien se “encendían” con la queja). Con falta de fuerza, de viveza, directamente asociada al mal humor, al sentimiento de dolor, enojados e impotentes.

Prevalecía entonces una queja vaciada de producción, en donde el grupo solía esperar soluciones mágicas, imaginarias, sin que estas dependieran de su propio esfuerzo (el Ministerio de salud, los directores, los jefes, los médicos de planta). Frente a este escenario la propuesta consistía en recuperar, o instituir, un accionar crítico y una autocrítica desde donde la queja pueda asumirse como una verdadera protesta. Donde la infracción abra paso a la trasgresión, fundadora de transformaciones y de cambio.

Podemos pensar entonces en un “primer tiempo grupal” donde se visibilizan los síntomas de aquello que Ulloa denomina Síndrome de Violentación Institucional. Este término supone un plus de violencia arbitraria, que trasciende aquella violencia legítima y necesaria para las normas de funcionamiento indispensables en una institución. Los médicos, violentados, sienten afectada la modalidad y el sentido de su trabajo, que empieza a perder funcionalidad vocacional a expensas de automatismos sintomáticos.

En referencia a los síntomas, observamos una fragmentación en la comunicación que conspira contra la posibilidad de un acompañamiento solidario.

Por otro lado, la alienación como síntoma de la Violentación Institucional era producto de un empobrecimiento paulatino. Observamos entre los residentes que la alienación a la institución había quebrantado el lazo social, no sólo entre ellos en el hospital, sino también en sus ámbitos personales, presentando un desinvertimiento libidinal del “afuera”. Este afuera no existiría entonces como tal, ya que todo es el hospital y el hospital lo es todo para ellos, de ahí la encerrona que mencionáramos.

Por último se hace evidente el grado de desadueñamiento del propio cuerpo, también relacionado con la falta de comunicación y la merma de los estímulos

libidinales. Un desadueñamiento corporal tanto para el placer como para la acción, llegando a planos límites autonconservativos, como el sueño y la alimentación. En esto relataban los residentes:

¿Cómo haces para llegar a tu casa y relajarte y olvidarte? Te quedas enganchado.

Es antifisiológico, necesitas lucidez y no se puede (refiriéndose a las guardias) Si no dormiste tenés un humor de perros. Con comer y dormir, estamos.

El imaginario “Acto médico”

Respecto a la crisis del proceso identificador, Castoriadis (1997) señala que en nuestra cultura, el proceso identificador, la creación de un “sí mismo” individual-social pasa por lugares que ya no existen, o que están en crisis. No existiría, ni emergería ninguna totalidad de significaciones imaginarias sociales que pueda tomar a su cargo los apuntalamientos identificatorios individuales. De esta manera nos encontramos ante la crisis de las significaciones que mantienen unida a esta sociedad, lo que se traduce en el nivel del proceso identificador. Podríamos pensar que también el lugar del médico en la sociedad está pasando por lugares que ya no existen.

El médico no siempre tuvo el mismo reconocimiento o prestigio a nivel social. En el Siglo XVIII, por ejemplo, su rol estaba más ligado al de ser un asistente de la enfermedad en su evolución natural. Recién en el Siglo XX podemos observar un mayor reconocimiento y valoración del rol médico, nos encontramos ante la presencia del modelo médico hegemónico y un desarrollo creciente en lo que refiere a la ciencia y la tecnología.

Sin embargo, deberíamos reflexionar también sobre lo que significa *ser médico* en la Argentina actual. Parecería que hay algo del orden del imaginario sobre el ser y el hacer del médico que no estaría coincidiendo con las prácticas que llevan a cabo estos médicos en el hospital público hoy. Buscar las camas, los insumos, pelear con el de rayos, hacer el llamado, empujar la camilla y ayudar a bajar al paciente de una ambulancia son prácticas que llevan a cabo como médicos pero que en su discurso son negados como parte de la actividad

de un médico. Son prácticas que estos médicos realizan pero que en su imaginario parecieran no hacer “Acto médico”.

El acto médico es definido entre los médicos como aquel en que el profesional orienta su dinámica de acción hacia un objeto- persona que lo necesita o solicita de su ayuda en la lucha por preservar su vida y su salud; teniendo en cuenta los componentes: éticos, legales y científico- técnico (Perales Cabrera, 2001).

Más allá de las definiciones acabadas, nos interesa abrir visibilidad sobre lo que es para los participantes el acto médico. En su discurso presentan al acto médico como algo distinto de las acciones y las prácticas cotidianas que ellos realizan. Nos encontramos ante el mito de un médico que no hace (ni haría) la tareas que estos “médicos estudiantes” realizan en el hospital público.

El acto médico pareciera no ser consolidado nunca. Las diferentes prácticas que se realizan en el hospital aparecen como fragmentos que no llegan a conformar situación. La implementación del dispositivo de intervención, constituyo una apuesta a modificar aquello que se presentaba fragmentado, a-histórico y lejano de las prácticas llevadas a cabo.

Castoriadis (2008) define la época actual como de *inconformismo generalizado*, habiéndose encarnado la significación imaginaria capitalista de la expansión ilimitada. El autor toma para una descripción socio- histórica de la época las formulaciones de Johann Arnason acerca del rechazo de la visión global de la historia como progreso o liberación, el rechazo de la idea de una razón uniforme y universal y el rechazo de la diferenciación estricta entre las esferas culturales. La propuesta consiste en que nos encontramos ante las falacias del saber y el no saber, dónde *nosotros sabemos todo así que déjennos hacer y nadie sabe nada*, no hay discurso coherente posible, así el orden de las cosas es tan bueno o tan malo como cualquier otro. Esto podemos observarlo en diferentes expresiones como aquellas referidas a los médicos de planta:

Ya no atienden pacientes, no van al laboratorio, no evolucionan pacientes. Hay Jornadas y nosotros tenemos que estar pensando en lo que los pacientes no van a recibir porque no estás.

Se supone que estamos acá para aprender, y que todas las actividades deben estar supervisadas por los plantas que son gente con experiencia y capacitada, pero eso no pasa y es un tema de formación.

También es plata, yo me he llegado a preguntar si se pueden tener tantos Hospitales públicos, si estamos a la altura para tantos.

Una residencia es compleja y sabemos que tiene mucha carga horaria pero acá hacemos cosas que van más allá de la residencia Uno elige formarse, pero esto excede.

El hospital se va comiendo el tiempo "anti-hospitalario"... al principio era como venir a Disney. Después ya no es todo tan divertido, es un panorama desalentador.

Lo que más te desgasta es la actividad no médica, me quita energía, no es mi trabajo estar buscando una camilla.

Conclusiones

Finalmente, hemos podido visualizar que la demanda ha ido cambiando en el momento que cambian los grupos. En esta intervención la demanda tuvo que ver con poder pensarse como parte del Hospital y rever sus representaciones del ser médico y del acto médico.

Bibliografía

CASTORIADIS, C. (2008). La época del conformismo generalizado. En: *El mundo Fragmentado* (pp.13- 28). Argentina: Terramar.

CASTORIADIS, C. (2008). ¿Camino sin salida? En: *El mundo Fragmentado* (pp.45- 74). Argentina: Terramar.

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

FOUCAULT, M. (1978). El dispositivo de la sexualidad. En: *Historia de la Sexualidad. La voluntad de saber* (pp.75- 110). México: Siglo XXI Editores.

GUATTARI, F. (1976). La transversalidad. En: *Psicoanálisis y Transversalidad* (pp.92-107). Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.

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

PERALES CABRERA, A. (2001). El acto médico: Criterios, definición y límites. *Diagnostico (Digital)*, 40 (1).

ULLOA, F. (1995). La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental. En: *Novela Clínica Psicoanalítica* (pp.205-236). (1°ed.). Buenos Aires, Argentina: Paidós.