



"Intervención con médicos residentes, algunas reflexiones."

D'Agostino Agustina

Karagenzian Matías

Rocha Justina

Vidal Iara Vanina

iaravaninavidal@gmail.com

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

En un primer momento, relataremos como el dispositivo de intervención permitió pasar de la **queja**, (que eran muchas y de todo tipo, se nominaban como “quemados”, “incendiados”, “cansados” y otros), a la **protesta** en tanto organización grupal, de una salida a la situación en la que se encontraban.

En un segundo momento, plantearemos una tensión que se planteó desde ellos entre las posiciones **pasivas** o de resignación hacia aquello que les pasa y una posición **activa** de creatividad y movimiento.

En un tercer momento, trabajaremos sobre la dupla **afuera-adentro** y **ellos-nosotros**, donde el grupo deposita los malestares y problemas afuera y no los visualiza como propios, asimismo como observar que “ellos” son los que no hacen, no cumplen o no se responsabilizan y “nosotros” somos los que nos responsabilizamos, exigimos y se resistimos a la desidia.

Por ultimo, presentaremos lo dificultad que encontramos de pasar del lugar de estudiante al lugar de profesional, proceso que 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”.

Preguntas claves: 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 venia 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**, que en general 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, se le propuso al grupo que decidieran ellos mismos 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 dí el gusto”*

El afuera-adentro. El ellos-nosotros

En la intervención no se pudo aclarar el por qué se daba dicha hostilidad hacia los jefes, que por otra parte eran quienes demandan la intervención para ellos, los acompañaban en las medidas que llevaron 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 es quien tiene autoridad es “malo”.

Asimismo, se producía un enfrentamiento en relación a los médicos de planta: *“Antes era: “¡uh mirá 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” y por otro lado la fragmentación que sufre la institución ya que cada uno “hace lo que quiere” y dan como ejemplo: *“te cambian el tratamiento*



de un paciente y no te dicen nada” Dicha fragmentación afecta directamente la atención de los pacientes.

Sin embargo, cuando los “médicos de planta” hacen uso de su autoridad, ellos lo sienten como un respiro y aclaran 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.

Asimismo se había dado una situación donde como medida los residentes habían decidido no entregar la “epicrisis” y antes una situación problemática, un médico de planta les dijo: *“los voy a hacer mierda”*. Ante esta situación pudieron reaccionar grupalmente, hicieron una carta contando lo sucedido aunque reconocieron que no entregar la epicrisis había sido un error. Entonces podemos concluir que si bien aparecen diluidas las diferencias entre autoridad y autoritarismo, 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 para los residentes eran los “pases de guardia”, lugar donde hasta los residentes de tercer año cuando estaban delante de los médicos de planta los maltrataban. Sin embargo, reconocían que después hablaban de lo mismo con el mismo R3 en los pasillos y sentían que en ese momento le otorgaban su lugar como médicos. Como si estar delante de un planta, los obligaba a los R3 a mostrar su autoridad y 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, y 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 ellos son responsables absolutos del paciente y no ellos y la institución. El paciente es de ellos y si se muere es su culpa. Con el equipo de intervención trabajamos en este punto, por un lado la diferencia entre culpa y responsabilidad, y por otro lado el hecho de que ellos se encuentran en una institución y que la responsabilidad no es solo de ellos, aunque sus superiores les hagan sentir eso, sino que las responsabilidades son compartidas.

Ante esta situación lo que se les ocurre a algunos residentes era: *“armemos una sala paralela”*



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

Esto de armar algo paralelo nos reenviaba a la noción de implicación de Lourau y al grupo objeto secta de Guatari. Ellos como residentes de clínica médica eran parte del Hospital pero, por un lado se sienten los únicos responsables de los pacientes, como si fueran de ellos y 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 y cada uno pudo decir lo que pensaba y proponer acciones desde un ejercicio de poder como sostiene Foucault. Toda esta modificación los llevó a poder enunciar: *"... somos médicos ahora..."*

Como veníamos describiendo, 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, que los empuja 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 reflejado en lo que ellos sostienen: *"El hospital público es así", "si hace 120 años que es así, nosotros no lo vamos a cambiar",* y prevalece el sufrimiento, la merma de la inteligencia, la ausencia de alegría, la resignación acobardada.



Retomando los sentidos que otorga Ulloa 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 asociado al mal humor, al sentimiento de dolor, enojados e impotentes en los cuerpos.

Prevalecía entonces la queja, una queja vaciaba 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, como enunciamos al principio. 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, término que 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 afectados 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. Nos encontrábamos con residentes aislados que han construido un “nosotros”, quizás en un intento (fallido) de generar un colectivo, que no resulta más que la adopción de una forma más compleja de fragmentación, que toma forma ahora en este “ellos - nosotros”, desarrollado anteriormente. 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, dentro del establecimiento, sino que trasciende las fronteras del Hospital provocando un desinvestimiento libidinal del “afuera”. Afuera que no existiría entonces como tal, ya que todo es el hospital, 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 hacés para llegar a tu casa y relajarte y olvidarte. Te quedás*



enganchado...”, “...Es antifisiológico, necesitás lucidez y no se puede (refiriéndose a las guardias)...”, “...si no dormiste tenés un humor de perros...” “...Con comer y dormir, estamos...”

Frente a este escenario y a partir de los sucesivos encuentros pudieron generarse algunas grietas, quiebres discursivos que debimos aprovechar para promover un cambio de posicionamiento.

¿Qué es eso del “Acto médico”?

Respecto a la crisis del proceso identificatorio (Castoriadis, 1997) pensaremos que hablamos como lo hacemos porque, en nuestra cultura, el proceso identificatorio, la creación de un “sí mismo” individual-social pasaba 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. Estaríamos ante la crisis de las significaciones que mantienen a esta sociedad, como a toda sociedad, unida, dejando a la vista como esta crisis se traduce en el nivel del proceso identificatorio. El lugar del médico en la sociedad estaría 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 imaginario no hacen “Acto médico”.

Desde los mismos médicos, este acto se define 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). Abrir visibilidad respecto a qué es el acto médico nos conduce a pensar en los diferentes fragmentos que no llegan a conformar situación, a los lazos fragmentados y a la



posibilidad de modificar algo de este orden, generando a partir de la implementación del dispositivo de intervención un espacio capaz de alojar lo inesperado donde tenga lugar la ternura.

Castoriadis (2008) definirá la época actual como de *inconformismo generalizado*, habiéndose encarnado la significación imaginaria capitalista de la expansión ilimitada, tomará para la descripción de esta época socio- histórica las formulaciones de Johann Arnason sobre el 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. Siguiendo al autor nos encontramos ante las falacias del saber y el no saber, dónde *nosotros sabemos todo así que déjenos 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 podemos notarlo en expresiones como: “*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.

Resaltamos, así mismo, la importancia de poder acompañarlos en los primeros momentos de su inserción profesional a partir de un espacio de diálogo, escucha y reflexión en medio de tanta vorágine.





Bibliografía

- CASTORIADIS, C.(2008) “La época del conformismo generalizado”. En Terramar. *El mundo Fragmentado*. Argentina
- CASTORIADIS, C.(2008) “¿Camino sin salida?” En Terramar. *El mundo Fragmentado*. Argentina
- CASTORIADIS, C. (1997) “La crisis del proceso identificador” en *El avance de la insignificancia*. Ed. Eudeba. Buenos Aires, Argentina.
- FOUCAULT Michel. (1978) “Método” en *Historia de la Sexualidad*. Siglo XXI Ediciones. México.
- GUATTARI, F. (1976) *La transversalidad en Psicoanálisis y Transversalidad*. Siglo XXI Editores. Buenos Aires.
- LOURAU, R. y LAPASSADE, G. (1977) “El análisis institucional” en *Claves de la Sociología*. Editorial Laia. Barcelona
- PERALES CABRERA, A. (2001) “El acto médico: Criterios, definición y límites”. *Diagnostico* (Digital). Volumen 40 (número 1)
- ULLOA, F. (2005) “La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental” en *Novela Clínica Psicoanalítica*. Paidós – Buenos Aires

Edición:

*Cátedra I de Psicología Institucional y Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario.
Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.*

Fecha de Publicación:

Agosto de 2012

http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/144_psico_institu1/trabajos.php?a=12

*Universidad de Buenos Aires - Facultad de Psicología - Psicología Institucional Cát. I - V.H. Schejter
Hipólito Yrigoyen 3242, Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, CP:C1207ABQ
Teléfono: 4931-6900, int. 145*