

**"JORNADAS DE ENCUENTRO MULTIDISCIPLINARIO"
DE LAS
INSTITUCIONES PSIQUIATRICAS"**

Crónica de los Crónicos"
7, 8 y 9 de Mayo 1992)

**"El Trabajador Institucional: Cronicidad y
Motivación Laboral"**

- Amaia ETXEBARRIA: Supervisora de
Enfermería
del Departamento de
Rehabilitación en
Vitoria/Gasteiz
- Dr. Víctor PUENTE: Médico Psiquiatra Adjunto
del Departamento de
Rehabilitación en
Vitoria-Gasteiz
- Juan JORDANA: Trabajador Social del
Departamento de
Rehabilitación

ARTICULO DE PRENSA

CARTA ABIERTA AL USUARIO DEL HOSPITAL DE GUIPUZCOA
(EGIN DIA 17/04/92)

"Sres. Usuarios: Las enfermeras/os que trabajamos en el Hospital de Guipúzcoa llevamos tiempo preguntándonos lo que saben o no saben todos ustedes de los enfermeros que les cuidan durante las 24 horas de esos días, peores o mejores, que pasan ustedes con nosotros, de todo lo que hay detrás de las caras agradables, del trato solícito y abnegado, de las palabras de apoyo y de consuelo, de los malos momentos pasados junto a ustedes, de nuestra profesionalidad y preparación para su mejor bienestar.

Pues bien, señores usuarios, **detrás de todo esto hay un cansancio crónico, desencanto, descontento y desilusión.** Se preguntarán por qué, ¿verdad? **Pues háganse ustedes a la idea de que trabajar cuando todo el mundo está de fiesta, cuando todo el mundo celebra sus festividades (incluyéndose Navidad y todo tipo de aniversarios), y por el contrario, tener fiesta cuando no hay nadie en nuestra casa con quien convivir y además tener cada vez mayores cargas de trabajo, más turnos y menos reconocimientos de ningún tipo, no es nada fácil de llevar."**

.../...

José M^a CRESPO

(Personal Enfermería)

CRONIFICACION

Quizás convenga explicar el título de la ponencia, que no hemos querido cambiar, pues nos parece que resume bastante bien el tema, tema que por otro lado nos parece difícil, espinoso y conflictivo.

En nuestro trabajo cotidiano, existen una serie de frases que escuchamos frecuente y habitualmente (en los pasillos, en las reuniones de equipo, ...), como pueden ser: "aquí no se hace nada", "siempre igual, siempre lo mismo", "el equipo no está motivado...", "no hay tiempo para nada", "parecemos autómatas", ... etc.

A partir de estas frases y como hemos dicho del título de la ponencia, del cual extraeremos tres términos:

- institución psiquiátrica
- cronicidad
- motivación

nos podemos plantear una serie de preguntas:

- ¿Existe un paralelo entre la enfermedad crónica y la cronificación del equipo cuidador?
- ¿Existe relación entre la dinámica institucional y la cronificación de nuestros pacientes?
- ¿La cronificación de un equipo y la falta de motivación van juntas, una es la causa de la otra, o el efecto?

Suponemos que la mayoría de los presentes en esta sala, trabajan o por lo menos tienen contacto con enfermos crónicos, la mayor parte esquizofrénicos, al menos psicóticos crónicos (Paranoias, P.A.C., Parafrenias), aunque otros tipos nosológicos no sean infrecuentes.

Cuando decimos que una enfermedad es crónica, nos basamos en una cuestión de evolución (así, la esquizofrenia como enfermedad mental que debuta al final de la adolescencia y termina cuando el paciente fallece) y de los deterioros observables en estos enfermos durante dicha evolución.

Quizás podríamos objetar varias cosas a este hecho:

- 1º) Hay diferencias clínicas y semiológicas entre las diferentes psicosis crónicas (esquizofrenia, paranoias, etc)
- 2º) Toda psicosis crónica cursa con brotes, es decir, no hay una continuidad evolutiva sino que ésta se ve salpicada de **rupturas** y a esto llamamos "descompensaciones".
- 3º) Sabemos también que un porcentaje más o menos importante de los procesos crónicos presentan un solo brote en su evolución.

Por lo tanto, ¿qué es lo que hace que una enfermedad sea crónica?.

No pensamos que la enfermedad por sí sola provoque su cronicidad, quizás haya que ir a buscar las causas en el interior de las instituciones psiquiátricas con su dimensión clásica de asilo, mal entendida, ya que si en una época anterior (siglo XIX) no había otras posibilidades, esta dimensión de asilo ha sido entendida más tarde como **"DEPOSITO"**.

Aquí encontramos palabras tan famosas como alienación, hospitalismo... y sobre todo, una respuesta habitual en nuestros pacientes: "Esta es mi casa".

En efecto, los asilos de alienados constituyeron un lugar de tratamiento, pero también, de aislamiento y control de los enfermos mentales dentro de la propia sociedad, hasta que ciertos psiquiatras como Pinel, Kraepelin y Bleuler, comenzaron a pensar que se podía tratar de otras formas a estos enfermos, sobre todo con el trabajo.

Llegada la época de los medicamentos psicótrópos, los síntomas que estaban en el origen del aislamiento del sujeto (agitación, violencia, peligrosidad, ...), comienzan a reducirse en intensidad, con lo que otra serie de cuestiones comienzan a inquietar a los profesionales de la salud mental: necesidad de la hospitalización, reintegración en la vida comunitaria y por lo tanto, la desinstitucionalización y la rehabilitación psiquiátrica.

Dicho esto, no nos olvidemos que existe un número más o menos importante de enfermos psíquicos que no podrá salir del hospital psiquiátrico por razones diferentes (edad, incapacidades físicas, duración de su hospitalización, ...) y por los que no se puede **"HACER"** nada.

¡GRAN ERROR!. El trabajo del Psiquiatría no consiste en hacer, sino en "tratar", que tampoco quiere decir curar. Trabajar en Psiquiatría quiere decir escuchar, acompañar, "estabilizar" (=normalizar), mejorar, ...; en el fondo, trabajar con un sujeto, enfermo sí, pero sujeto que tiene una historia, que presenta una demanda (más o menos expresa) lo que implica una relación con el otro y cuya problemática principal es una falta de deseo; deseo que habrá que estimular y si esto no fuera posible, lo que habrá que hacer es **suplir**.

Hay que tener en cuenta, que para una serie de pacientes, el único lugar de vida es el Hospital Psiquiátrico y con ellos, lo único que podemos hacer es **ESPERAR**; esperar que ellos mismos decidan su alta. Esperar no es sinónimo de no hacer nada, esperar significa "no precipitar", respetar una temporalidad (existe un tiempo lógico de comprensión y un tiempo lógico de conclusión), que nos la dará el propio paciente; significa trabajar en 3 registros (S., I., R.), sin limitar nuestra intervención a uno de ellos, el imaginario, donde nos colocamos en una posición de modelo ideal a seguir ("Somos los que sabemos").

Por lo dicho hasta ahora, pensamos que la enfermedad psíquica, el enfermo psíquico ni se cronifica ni cronifica. Preguntemos entonces: ¿Quién se cronifica?. Quizás y esto no es más que una opinión personal, sea la propia institución psiquiátrica. Esto nos lleva a formularnos una nueva cuestión: ¿Quién es la Institución Psiquiátrica? **TODO TRABAJADOR**.

Los americanos, desde hace unos años, han inventado un síndrome que actualmente está muy de moda, pues se habla de él en ciertas revistas de divulgación de masas. Este síndrome se denomina "Síndrome de Burn-out", algo que se puede traducir sencillamente como "Quemarse".

Vamos a intentar rápidamente ubicar este síndrome. El "Burn-Out" nace hacia el año 1974, tras la observación de una serie de síntomas que aparecen en personas cuya profesión les pone en contacto con individuos que tienen problemas.

Freudenberger, en ese año escribe: "El Burn-Out se manifiesta de diferentes formas y los síntomas y la intensidad varían de unas personas a otras. En general aparece después de un año de actividad en un servicio, porque precisamente en este momento entran en juego una serie de factores. Uno de los signos anunciadores, es la pérdida del carisma del jefe o del líder del establecimiento y el efecto que ello produce en la moral del personal.

Hoy en día existen incluso escalas de medición del grado de intensidad del Burn-Out. Estas escalas han sido elaboradas por Maslach y Ayala Pines, donde se miden tres variables:

- la despersonalización
- la realización personal
- y el agotamiento emocional

Pero, ¿qué es el Burn-Out?

Existen dos versiones del Burn-Out. Algunos autores piensan que es un síndrome; otros piensan que es un proceso.

Maslach ha confeccionado una serie de definiciones (Leer pág. 46)

Existen varias etapas en el síndrome del Burn-Out:

1º) DALEY: - Etapas de alarma, de la que se puede derivar o bien un aumento de capacidad de lucha para mantener una actuación eficiente o bien un conflicto abocado a la frustración.

- Etapas de Resistencia, donde el sujeto intenta dominar la situación.
- Etapas de agotamiento

2º) EDELWICH y BRODSKY:

- Entusiasmo
 - Fase de Estancamiento
 - Fase de Frustración
 - Fase de Apatía:
- + disminución de la calidad y cantidad de trabajo
 - + tendencia al absentismo
 - + enfermedades psicosomáticas
 - + fallo al realizar algunas tareas
 - + conducta diferente en las reuniones (crítica destructiva, silencios, ...)
 - + denigración de los compañeros de trabajo

Algunos autores, como Levin, enumeran una serie de causas del Síndrome de Burn-Out:

- Nivel alto y continuado de stress
- Exigencia constante de perfección
- Receptibilidad mínima para acoger las quejas del personal
- Expectativas de grandes esfuerzos con recompensas insuficientes
- Trabajo repetitivo

- Cambios en la política de la entidad
- Rechazo de la participación

Lo que podemos observar en este síndrome, es una "**queja**", un malestar que afecta al profesional de la salud mental, entre otros.

Lo que también observamos, es que se evita el cuestionamiento personal y subjetivo que permitiera encontrar las razones de la cronificación del trabajador. En efecto, estos autores son expertos en la proyección, mecanismo de defensa que permite que sentimientos personales con una tonalidad indeseable, puedan ser localizados en el exterior (stress, dificultades, medios insuficientes,...). Sin querer decir que estos factores no influyan en el malestar, éste es subjetivo y por lo tanto, de cada individuo.

Esta descripción semiológica realizada por los autores americanos, no es nada nuevo ni reciente. Ya en 1930, Sigmund Freud, padre del psicoanálisis, escribía en su artículo titulado "Malestar en la Cultura": "Por eso también se concibe fácilmente que el sentimiento de culpabilidad engendrado por la cultura, no se perciba como tal, sino que permanezca inconsciente en gran parte o se expresa como un malestar, un descontento que se trata de atribuir a otras motivaciones".

Otro psicoanalista, éste de nacionalidad francesa, Jacques Lacan, escribe en el seminario sobre "La Carta Robada" (Escritos), con respecto al artículo de Freud: "Lo que Freud nos enseña en el texto que comentamos, es que el sujeto sigue la hilera del simbólico, pero de lo que ustedes tienen aquí, la ilustración es todavía más sobrecogedor: no es únicamente el sujeto, sino los sujetos, asidos en su intersubjetividad, los que toman la fila, dicho de otra forma, nuestras avestruces, las cuales, más dóciles que los corderos, modelan su ser en el momento en el que les recorre la cadena significante".

Si lo que Freud ha descubierto y vuelve a descubrir en un abrupto cada vez mayor, tiene un sentido y es que el desplazamiento del significante determina a los sujetos en sus actos, en su destino, en sus rechazos, en su ceguera, en sus éxitos y en su suerte, a pesar de sus dones innatos y sus adquisiciones sociales, sin respeto por el carácter o el sexo y que lo quiera o no seguirá el tren del significante, todo lo que venga del campo psicológico".

El Psicoanálisis o al menos las enseñanzas de Freud y Lacan, influyeron grandemente en lo que se denomina "Terapia Institucional" o también llamada "Psicoterapia Institucional", de la que hablaremos brevemente y que servirá de punto del enlace con la motivación.

Encontramos en los diccionarios médicos, dos definiciones de la palabra INSTITUCION:

- "Establecimiento, escuela, hospital" (intra hospitalario)
- "Acción por la cual se instituye, se establece en relación a lo que es natural" (Extrahospitalario)

Hay que decir, que todo trayecto institucional resulta obligatoriamente de la interacción de lo imaginario de cada uno de los intervinientes y de su historia personal,

de la confrontación de una reflexión teórica y de su práctica en equipo y por fin, de la historia del lugar, de su herencia cultural y de su tradición.

Actualmente, cabe distinguir dos corrientes en la Terapia Institucional:

- Movimiento de Psicoterapia Institucional: Para ellos, la institución es en sí misma terapéutica cuando se organiza como un lugar de palabra, el paciente no siendo únicamente objeto de cuidados, sino sujeto en una red de relaciones, la terapéutica se ejercería por el análisis del inconsciente de los pacientes y de los cuidadores.
- Institución sería crear instituciones que servirán de soporte a diversas terapéuticas.

Si hacemos un poco de historia, nos encontramos con tres nombres importantes dentro de la Psicoterapia Institucional: Daumezon, Tosquelles y Sivadon.

En su tesis (1935), Daumezon la consagra al personal del hospital psiquiátrico y describe un mundo cerrado donde los intercambios son limitados debido a la existencia de "castas" impermeables y jerarquizadas, lo que se considera antiterapéutico, pues mantiene a los enfermos en un estado de dependencia y de sumisión, agrava su patología y corta a los enfermeros del mundo médico. De ahí la necesidad de crear relaciones auténticas a través de lo que él llama "islotos terapéuticos", que serán lugares de relación organizados siguiendo procedimientos de concertación colectiva, creando instituciones e intercambios. Fue algo revolucionario que permitió una crítica de la estructura asilar, segregativa, esterilizante y cronificadora.

Hay que reseñar también que Daumezon otorga un papel preponderante a la **enfermera psiquiátrica** (cuidador) en la psicoterapia institucional.

Daumezon escribe: "El enfermero, técnico de la ayuda a los pacientes en lo cotidiano, es el colaborador más eficaz y el mejor mediador con las instituciones".

Tosquelles, influenciado por el psicoanálisis de Lacan y por la filosofía marxista, dirá: "La psicoterapia institucional no existe en ninguna parte, no existe más que un MOVIMIENTO de psicoterapia institucional nacido y cada vez recién nacido en los establecimientos psiquiátricos clásicos".

Una vez introducido el tema de la psicoterapia institucional de una manera histórica, veamos lo que ocurrió más adelante, sobre todo en Francia. Allí, existía el "Grupo de Sèvres", definido por Daumezon como "los herederos de Freud y los herederos de Pinel". Durante unas jornadas de reflexión, llegarán a una escisión provocada por las diferentes posiciones respecto al lugar que debería ocupar el psicoanálisis en la institución psiquiátrica. Así, para Oury, la actitud del personal tiene un índice psicoterápico y es un "ambiente instituido", que médicos y personal de enfermería "pueden ser por un tiempo verdaderas psicoterapeutas". Por el contrario, Diatkin opina que el discurso analítico no debería generalizarse al personal de enfermería.

Para la corriente lacaniana, el análisis del medio terapéutico es indispensable y va a contribuir a la desalineación. Su contrario no produciría más que la perennización de las resistencias de la institución. Las resistencias de los cuidadores a sus propios conflictos, se ven reforzadas por la estructura del establecimiento y sus sistemas de defensa. el trabajo analítica, en tanto "psicoanálisis de la institución", requiere un espacio donde la palabra sea libre, donde todo tema o conflicto puedan ser abordados,

un lugar definido como analizador, "organizado en la falta", rompiendo con la jerarquía y abierto a toda crítica que permita desvelar el sentido de la demanda.

Las reuniones de equipo, más allá del papel facilitador en la transmisión de informaciones, tienen un papel esencial en el descubrimiento y tratamiento de los problemas contra-transferenciales. Su elucidación es importante, pues mejora y trata al personal, así como permite la movilización de los enfermos.

Dentro de esta corriente lacaniana, es necesario destacar el nombre de un psiquiatra-psicoanalista llamado J. OURY, quien en su experiencia de "La Borde", instituyó el término de "descompartimentación"/"destabilización" (décloisonnement), que intenta romper con todo lo que conlleva una institución de concentración, a saber, la cronificación del enfermo y su enfermedad, la uniformación de las responsabilidades y de las iniciativas debido a la rutina asilar y a la ritualización del tiempo. De esta manera, se consiguen multiplicar los intercambios, lo que conlleva efectivamente a conflictos, siendo éstos entendidos como creadores de vida.

En 1958, Oury introduce los términos de cuidador y cuidado, indicando que éstos atributos pueden ser revestidos por cualquiera, según las necesidades del momento. Esto exige al equipo cuidador una gran disponibilidad de acogida, de escucha y de intervenciones institucionales auténticas.

Por último, quisiéramos hacer mención del concepto de **INSTITUCIONALIZACIÓN**, que se puede definir como el análisis permanente de la demanda de los enfermos que conduce a modificar permanentemente la estructura del establecimiento, poniendo en marcha instituciones diversas y ajustadas a las necesidades del momento, aunque vayan a tener un carácter efímero. Esto permite evitar la repetición estereotipada de las actividades para luchar contra la rutina y el inmovilismo.

"Quien tiene que ver con la manera en la que evolucionan y se articulan las instituciones ... y quien se mantiene inseparable de la noción de inconsciente y de su necesaria y particular escucha."