

**Universidad Nacional de Mar del Plata**

**Facultad de Psicología**

**Investigación de Pre-Grado**

**Título** : “ Personas que trabajan con personas. Cuando el terapeuta enferma ”

**Supervisión** : Rodriguez, Adriana Maria.

**Alumnos** : Clemente, Daniel Héctor – Matr. 1717/90

Año 2002

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA.**

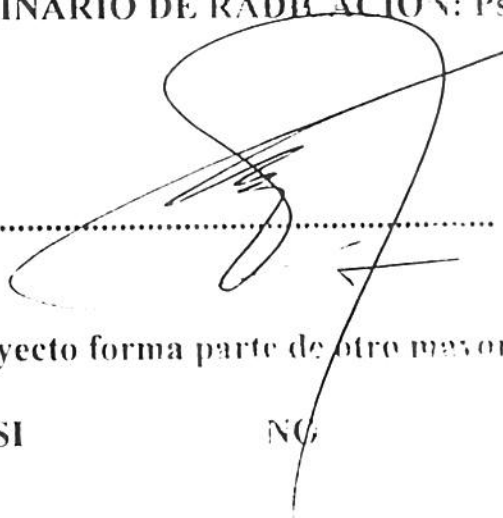
**PROYECTO DE INVESTIGACION. REQUISITO CURRICULAR.**

**PLAN DE ESTUDIOS 1989.**

**NOMBRE:** Clemente, Hector Daniel.      **Mat. No.:** 1771/90.

**CATEDRA O SEMINARIO DE RADICACION:** Psicología Clínica.

**SUPERVISOR:** .....



**Consignar si el proyecto forma parte de otro mayor en desarrollo:**

**SI**

**NO**

**TITULO DEL PROYECTO:** *PERSONAS QUE TRABAJAN CON PERSONAS. CUANDO EL TERAPEUTA ENFERMA.*

**PALABRAS CLAVES:** -anticipación.  
-contratransferencia.  
-disociación instrumental.  
-personalidad.  
-responsabilidad.

**DESCRIPCION RESUMIDA:**

Como futuros profesionales, no estamos exentos del continuo <sup>(1)</sup>salud-enfermedad, eso nos pone en una posición de vulnerabilidad ante la posibilidad concreta de dejar de ser alumnos y convertirnos en profesionales de la salud.

Se tratara de insertar la propuesta dentro del marco Institucional y en

### LUGAR DONDE SE REALIZA EL TRABAJO:

En las ciudades de Mar del plata y Rosario (Prov. de Santa fe), en diferentes espacios como son: Bibliotecas Municipales, Biblioteca de la Facultad de psicología, Biblioteca Nacional de Rosario, Facultad de Psicología.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

- 1- Recopilación histórica de datos
- 2- Consultas técnicas a profesionales
- 3- Evaluación de datos.
- 4- Reuniones de supervisión.
- 5- Consultas a Internet.
- 6- Síntesis investigativas.

### BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIAS:


- ETCHEGOYEN, H : "LOS FUND. DE LA TECN. PSICOANALITICA.  
Edit. AMOPRODU - 1986.
- KRISTOFER DE JOURS : "TRABAJO Y DESGASTE MENTAL, UNA  
CONTRIBUCION A LA PSICOPATOLOGIA DEL  
TRABAJO: OPS - BS AS"
- RODRIGUEZ SALGADO, C : "SALUD EN EL PERSONAL DE  
SAW" FASAMENT. P.
- "APRENDER DEL PACIENTE."



FIRMA DEL  
SUPERVISOR.



FIRMA DEL  
ALUMNO.



FIRMA DEL COMITE DE  
INVESTIGACION.  
COMPROMISO 12/12/99  
FIRMA DEL  
COMITE DE INVE-  
STIGACION

### **OBJETIVOS GENERALES:**

El alcance de la Investigación, es básicamente exploratorio, por que se intentará determinar que situaciones o fenómenos ponen en riesgo la labor del Terapeuta, tanto en su rol técnico, como en el personal.

### **OBJETIVOS PARTICULARES:**

A nivel técnico se investigara la situación Clínica, la disociación instrumental, el psiquismo al servicio del consultante, la inhibición de la propia descarga, las cadenas asociativas y la transferencia.

A nivel personal, se indagará sobre la disponibilidad (cognitivo-afectiva), las proyecciones, la movilización afectiva, y las situaciones históricas que se movilizan frente al otro.

Estos dos polos darán una idea acerca de una descarga potencialmente traumática, que conducira a trabajar sobre PREVENCIÓN y promoción de la salud de quien ejerce las prácticas, tratando en lo posible de evitar a nivel personal, la Regresión (defensas arcaicas y aspectos narcisistas) y la violencia (omnipotencia dada por el abuso de poder), a nivel técnico evitar la progresión (revisión de modelos, construcción de redes de sosten de pares, revisión del encuadre, revisión del rol), y la creatividad estratégica (ética y recursos).

### **MÉTODOS Y TÉCNICAS:**

- Material bibliográfico
- Material de videos.
- material de Internet.
- Sugerencias del supervisor.

DEBIDO A QUE, DURANTE EL CURSO DE LA REALIZACION DE ESTA INVESTIGACION TUVE QUE IRME (POR CUESTIONES LABORALES) A RADICAR A LA CIUDAD DE ROSARIO, ESTE TRABAJO LO REFORMULE Y REALICE SOLO, PUES MI COMPANERA QUEDO EN MAR DEL PLATA, ENTONCES LA REALIZACION CONJUNTA ERA IMPOSIBLE, DADOS LOS TIEMPOS PERSONALES Y POR SUPUESTO LA DISTANCIA.

ADEMAS, CABE CONSIGNAR, QUE EL CAMBIO DE SUPERVISORA, TAMBIEN SE DEBIO A ESO. PUES LA LIC. RODRIGUEZ, ES ORIUNDA DE LA CIUDAD DE ROSARIO, Y VIAJA A MENUDO A DICHO LUGAR, FAVORECIENDO LA SUPERVISION Y EL CONTACTO PERSONAL CONMIGO.

DANIEL H. CLEMENTE.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Daniel H. Clemente', written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

## Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo conocer qué les sucede a las personas que trabajan con personas, haciendo hincapié en el rol del terapeuta, especialmente en su faz Clínica y los problemas de sus prácticas : privadas ( consultorios ), o institucionales ( hospitales ); como los afectan y cuál es el límite entre la salud y enfermedad del Psicólogo.

Se comenzara presentando algunos aspectos que hacen al rol del Psicólogo, la actitud Clínica e incumbencias de sus prácticas.

Posteriormente se analizaran las consecuencias sociales que afectan al Terapeuta en desempeño laboral; el hecho de trabajar en contextos turbulentos que lo atraviesan en su vida personal y alcanzan a su labor como profesional del campo de la salud.

Además se consignaran los obstáculos que pueden presentársele y cómo lo influyen, qué consecuencias le trae aparejado, repercusiones a nivel físico y mental; y modos de prevención.

Para cerrar el trabajo hacemos una **conclusión** conjunta confirmando o refutando las hipótesis que paulatinamente se fueron construyendo.

Son muy significativos los Indices Epidemiológicos que diferentes Investigaciones señalan, acerca de la morbilidad o aparición de enfermedades a edades cada vez mas tempranas en los Profesionales de salud. Entre algunas de sus causas consignaremos:

- 1- El continuo y sostenido contacto con el sufrimiento, el dolor y las diferentes conflictivas humanas.
- 2- La caída del valor social de la profesión, en nuestro País.
- 3- La sobrecarga laboral debido al excesivo numero de pacientes y las implicancias que esto acarrea como son: la carencia de recursos, el tiempo, la presión horaria, etc.
- 4- La merma en las retribuciones y estímulos de todo tipo, etc.

## Selección y formulación del problema

Los cambios anímicos de tono emocional en períodos más cortos de tiempo, son evidentes en el personal de salud. Si no tienen adecuada descarga y elaboración, se potencian y se pasan, entonces, de estados normales de variable intensidad emocional a otros de una alta frecuencia emocional : crisis.

El Síndrome BURN-OUT se detectó en distintos profesionales del área salud que tenían trastornos emocionales debidos a la situación laboral. La traducción sería “ incendio, quemazón ”; esto es, no puede tomarse distancia y por eso produce el cuadro: BURN-OUT como una llamada, un incendio, siendo su sintomatología progresiva, con una característica : la sensación de desgaste.

El concepto implica un deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que llevan consigo el ejercicio de la profesión, dentro de la demanda de recursos físicos, tenemos: mayor cantidad de tiempo de trabajo dentro de alguna Institución para aumentar el ingreso económico o la experiencia (cubrir guardias, hacer horas extras, etc.); dentro de la demanda de recursos emocionales, tenemos: la exigencia por atender varios casos en una jornada de trabajo (casos diferentes la mayoría de las veces), que implica muchas veces no tomar un descanso necesario.

Es conocido que los profesionales que trabajan con personas que sufren a menudo un desgaste físico y psíquico, que tiene como principal eje causal el mantener vínculos basados en un compromiso empático, generalmente intenso, dando lugar a una dificultad para operar, dificultad para la toma de decisiones (muchas veces urgentes), dificultad para interpretar, dificultad para pensar y darse cuenta que es lo que realmente al paciente le sucede.

## Marco Teórico

### Eje Psicodinámico:

Se busca comprender a la persona desde una perspectiva psicológica en tanto hombre en relación consigo mismo, con la naturaleza, y con otros hombres, reconociendo el origen de éste hombre como ser Histórico-social.

Apelamos a conocer la identidad del Psicólogo en su práctica profesional donde es importante la Disociación Instrumental para el logro de sus objetivos. Consideramos la Personalidad como estructura-estructurante que de cuenta de la Singularidad, una estructura en funcionamiento.

Veremos con el hombre en Situación Clínica; la clínica es clínica en situación, así tenemos la tendencia a apoyarnos siempre sobre lo que nos falta, donde la conducta es expresión de un vínculo y el cuerpo el lugar donde se manifiesta el conflicto.

La actitud es muy importante, conjuga al sujeto y al contexto en una práctica, donde el profesional actúa desde el rol e implica la capacidad de encuentro con otro; encuentro con la información que requiere modalidades de acción relativamente estables y coherentes (esto se construye, no es algo innato), es importante salvaguardar el respecto de sí mismo y la dignidad del paciente, promoviendo una sana curiosidad por el otro, una capacidad de espera, un aceptar y reconocer límites, donde es importante la formación, la información, la capacitación y una revisión constante de los propios puntos de vista, tratando de ponerse en el lugar del otro sin dejar de ser uno mismo.

La crisis está en el espacio de lo transicional, tenemos crisis-solución-ruptura-sutura, donde se juegan lo social, lo mental y lo psíquico. La crisis es tomada aquí como una situación, no como una enfermedad mental; ésta misma crisis afecta a la Psicoterapia y a su práctica, abrumados por las exigencias de ésta, desde lo social: entendiendo que cuando el malestar hace síntoma se traduce en crisis.

## BIBLIOGRAFIA

- Revista de Psicólogos. Distrito X. Prov. De Bs. As. Año 3, Nro. 10 : “Crisis en los profesionales de salud: El Síndrome de Burn-Out” Lic.Nancy Terroni y Hugo Tedeschi.
- Revista de la Asociación Médica Argentina. Nro.1 Año 1997. Psicopatología Laboral: Enfermedad laboral del médico. “ Síndrome de Tomas y Burn-Out por el Dr. Marcos Meeroff.
- Material del Curso de Enfermería del Hospital Privado de Comunidad. “ El cuidado de los cuidadores”.1997
- Compilación de Teóricos de Personalidad. Mat. Cimeps.1997-Lic.Luisa Bidegain
- Síntesis de Teóricos. Mat. Cimeps.1997 Lic. Carmen Rodriguez Salgado.
- Crisis, Ruptura y Superación Introducción al análisis transicional. René Kaes.
- Clínica Psicoanalítica en tiempos de crisis. Mat. Cimeps .1996. Horsntein, Peget, otros.
- Ética y Psicoterapia; Mat. Cimeps .1997. Alberto Gauthier.

## CAPITULO 1: Rol del Psicólogo Clínico, Actitud Clínica, Incumbencias

*“ Como quiera que sea el sencillo propósito de ésta nota, ha sido llamar la atención sobre aspectos estéticos del Psicoanálisis. No importa que no sirva para nada. Sus rituales, aristas absurdas son elementos que un artista no debería desechar jamás ”*

*“ El Psicoanálisis en flores ”. 1996 Edit. Colihue. Alejandro Dolina “Crónicas del Angel Gris”*

### 1-1 Material de trabajo del terapeuta:

“ El Psicoanalista, el terapeuta trabaja ante todo con su inconsciente ”

La caricatura del terapeuta, eternamente silencioso, que deja que la sesión se despliegue según la voluntad de la palabra, es una mala posición, es una caricatura errónea del trabajo del terapeuta. Lo que hay que demostrar es que los analistas trabajan activamente: hay expectativas, fines, decepciones: por lo que están en una posición muy precisa que puede llamarse como diría Lacan (1): “Políticas de estrategia y táctica”.

Todo Analista y todo Terapeuta está dispuesto a decir algo, ese algo es una experiencia singular: la de saber percibir fuera de el mismo (percibir de modo inconsciente) el inconsciente durante la sesión.

Existe la cura, es el camino que transitan el profesional y el paciente, además hay momentos de ruptura, momentos radicales; a los que llamamos experiencias, entonces la dirección de la cura está conducida hacia ese punto de experiencias, llamado también por Lacan (op. Cit.): “ Secuencia Transferencial ”

Por **Transferencia** se entiende, en Psicoanálisis, el proceso en virtud del cual los deseos Icc. se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de una relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Casi siempre lo que los Psicoanalistas denominan Transferencia, sin otro calificativo, es la “Transferencia de la cura”. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura Psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de Transferencia.

Por **Contratransferencia** se entiende, al conjunto de las relaciones Icc. del analista, frente a la Transferencia de éste. En muy pocos pasajes alude Freud a lo que llamó Contratransferencia, en ésta Freud ve el resultado de la “influencia del enfermo sobre los sentimientos Icc. del médico<sup>2</sup> y subraya que “ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas”, lo cual tiene como corolario la necesidad del analista de someterse él mismo a un análisis personal.

Entonces tenemos que si la transferencia es lo que separa la pulsión de la demanda, el deseo del analista es lo que vuelve a traer y agregamos: vuelve a traer la demanda, la extrae, la suscita, la provoca, la orienta, la orienta hacia donde?: hacia el Gran Otro, hace que sea un interlocutor privilegiado para los síntomas.

Esta enseñanza apunta, sobre todo y esencialmente a formar, fabricar, orientar lo que se llama; “el yo del terapeuta”, no su yo inconsciente, sino el yo comprendido como superficie de percepción; para el “yo del terapeuta”, las excitaciones no son externas o internas: Freud (2) dice “ El Psicoanálisis nos muestra que personas a las que creemos

convencerse de que los únicos obstáculos verdaderamente serios, se encuentran en el manejo de la transferencia.

Hay una sola cosa que él analista debe saber: Ignorar lo que sabe.

Hablemos de Contratransferencia un poco más, el objeto de deseo está en el exterior y éste lugar es el que debe ocupar el analista. Entonces lo primero: interpretar la transferencia, lo segundo: Ocupar su lugar. Así ubicada la relación Terapeuta-Lugar como elemento decisivo, surge de inmediato una pregunta. ¿cuál es el orden de subjetividad que el Terapeuta debe revisar en si mismo para lograr sostener su lugar?

Es una pregunta que implica que no todo el mundo puede ese trabajo.

El deseo del Analista definiría una situación en la cual, el mismo, efectivamente ocupa su lugar, el concepto de contratransferencia define el conjunto de obstáculos imaginarios que se oponen a ésta ocupación.

Ferenczi (artículo publicado en 1928) dijo “ Falta una Metapsicología de los procesos psíquicos del analista durante el análisis”. Durante el trabajo prolongado de cada día, el analista abandonarse por completo al placer de agotar libremente su narcisismo y su egoísmo. Solo puede agotarlos en su imaginación y por cortos momentos; existiría una carga excesiva, que difícilmente encontrara su paralelo en la vida cotidiana que tarde o temprano supondrá la puesta a punto de una higiene especial del analista.

Es necesario abordar el tema de la supervisión debido al sesgo de la contratransferencia: el trabajo de supervisión no se refiere solo al paciente del cual el analista habla, son también las reacciones contratransferenciales del analista. Digamos que son los tres medios: Autoanálisis-Análisis Personal-Supervisión, no para suprimir la contratransferencia, sino para orientarla en vista de favorecer el acceso del analista a su lugar de objeto.

De las manifestaciones contratransferenciales, privilegiamos una que está en la clase de todas las reacciones: **la angustia del analista**. La angustia no siempre consciente, que al mismo tiempo es la marca de un inmenso peligro para el analista. “(las negritas son mías”)

En la práctica: trabajar como analista, como terapeutas, implica conducir al paciente donde podemos, pero no más allá; hasta donde exponga la posibilidad, la integridad mental, física, psíquica.

Leyendo. El texto de Fiorini, “La relación de trabajo”, nosotros también acordamos lo siguiente items como habilidades y destrezas en la tarea del Rol del terapeuta:

1-Contacto empático manifiesto: El Terapeuta demuestra que es capaz de comprender lo que el paciente expresa, y comprender desde la perspectiva del paciente. La empatía del terapeuta se expresa por gestos, como escuchar atentamente, seguir los giros dramáticos del relato en contacto con las emociones que despierta.

2-Calidez: El terapeuta evidencia con gestos y tonos, que el paciente no le es indiferente que, como ser humano, éste siente un afecto de fondo, discreto pero palpable.

3-Espontaneidad: El terapeuta contribuye a crear un espacio de libertad, creatividad, permisividad. Invita al paciente a aflojarse. La espontaneidad es un modelo corporal, gestual, postural y tonal.

4-Iniciativa: El terapeuta desempeña un rol activo, estimulante de la tarea y de las capacidades del paciente, aplicables a la tarea; con esa función: interroga, orienta la búsqueda, solicita detalles, construye modelos. La intensidad la tarea es asunto de ambos en todo momento.

5-Actitud Docente: El terapeuta asume el rol docente, enmarca su actividad en una concepción pedagógica de la relación de trabajo y moviliza todos sus recursos didácticos destinados a facilitar los aprendizajes, que son partes del proceso terapéutico.

Aplica ciertos principios pedagógicos generales:

A) Motivar para la tarea: motivación inicial para la psicoterapia y el trabajo sobre la misma para la entrevista, aprovechando todo momento propicio para reforzarla.

B ) Clarificar los objetivos: que orientan la puesta en marcha del proceso, cualquier momento de cualquier sesión posterior se presta para redefinir los objetivos a largo plazo.

C ) Reforzar todo avance de la tarea: intervenciones de reforzamiento expresadas en la aprobación del terapeuta. El énfasis está puesto en la dirección del movimiento realizado y sus consecuencias.

D ) Claridad del método expositivo: el terapeuta las da a sus intervenciones, formas, modos de construcción y palabras que facilitan su comprensión por parte del paciente.

E ) Exposición abierta de su método de pensamiento: el terapeuta muestra su modo de razonar, sus diferencias ( y datos de los que parte para hacerlas) acerca del paciente.

F ) Utilización de todo recurso facilitador del proceso de investigación y comprensión de la problemática: el terapeuta está abierto a enriquecer su método de trabajo con cuanto recurso ofrezca un valor didáctico (objetos propios del paciente, como ser: fotos, poemas, escritos personales, etc.), empleo de grabador (volver a escuchar una sesión reveladora), trabajar con la tarea problema y observar como la aborda el paciente en su sesión.

El paciente da indicios del tipo de relación que necesita (a menudo son sutiles), dar respuesta a esta demanda, dependerá de la capacidad del terapeuta (sensibilidad) para registrar aquellos indicios y flexibilidad para seleccionar los instrumentos, en función de la estructura de aquella demanda. La estrategia implica de la demanda es la de repetir diferenciando, para así dejar de repetir. Requiere del vínculo, funciones muy específicas, fundamentalmente la flexibilidad técnica del terapeuta.

En el proceso terapéutico se van entretejiendo dos tareas:

- 1- Se concentra en la actuación yoica del trabajo en un foco (esclarecimiento o insight).
- 2- Realización de un vínculo, en el cual simbólicamente preveen gratificaciones y estímulos gratificadores de ciertas condiciones vinculares de desarrollo, que actuarán obstaculizando para el mejor crecimiento previo del potencial yoico.

Tanto la **presencia** como la **ausencia** pueden configurar alternativas técnicas válidas. “[las negritas son mías]”. Nuestros estudios nos autorizan a sostener: presencia en ciertas condiciones, ausencia en otras. En este enfoque creemos posible distinguir, como:

Presencia del terapeuta:

- 1-Presencia de la capacidad de contacto empático.
- 2-Presencia de la capacidad de recibir la problemática del paciente y atenderla.
- 3-Presencia de la capacidad de reformular el sentido de esa problemática.
- 4-Presencia de la capacidad de información e interrogación.
- 5-Presencia de la capacidad de iniciativa y de realizar propuestas.
- 6-Presencia de aspectos de realidad del terapeuta: estilo de pensamiento, comunicación, ámbito de consulta, etc.
- 7-Presencia de la capacidad de compromiso en el vínculo. Interés por el mismo.
- 8-Presencia de su capacidad de producir experiencias vinculares correctivas.

### Ausencias en las conductas técnicas del terapeuta:

- 1- Conductas de abstinencia, evitar dar gratificaciones directas a deseos transferenciales del paciente.
- 2- Presencia de una no inmediata respuesta a los mensajes del paciente (conductas de rodeo y estructura de demora).
- 3- Presencia de una modalidad selectiva en los intercambios, supone ausencia de un diálogo natural de desarrollo lineal.
- 4- Conductas de anonimato, mediante las cuales el terapeuta omite ofrecer datos de su persona que no sean necesarios para el proceso de ese paciente.
- 5- Conductas de pasividad, donde reciba todo aquello que el paciente aporte como material, esperar en silencio hasta que ciertos mensajes puedan configurarse como un material, aceptar como emergente modalidades de conductas que produzcan al paciente, sin inducirlos.
- 6- Presencia de una distancia emocional que le permita evitar una invasión de carga emocional del paciente sobre el mismo, evitando también el desborde emocional de sus propias respuestas.

Presencia y Ausencia: “ Son técnicas de complementariedad”.

	PACIENTE	TERAPEUTA	TERAPEUTA
REGLAS	Condiciones : materia - conducta	Indicación técnica	Contraindicación técnica
1	Supuesta <b>presencia</b> fantasmática del otro en la transferencia. Como deseo inconsciente o nivel edípico.	<b>Ausencia</b> : función recortante de la figura del fantasma.	<b>Presencia</b> : función ilusionante que presentifica la figura del fantasma.
2	<b>Ausencia</b> : del desarrollo del sí mismo, un déficit de estructura, falta básica. Como demanda a nivel pre-Edípico.	<b>Presencia</b> : función estructurante.	<b>Ausencia</b> : función desestructurante que repite el déficit en las funciones parentales.

Otro aspecto a tener en cuenta en las implicancias del terapeuta , es que no todo lo que aparece en el proceso analítico es transferencia. Al lado de la transferencia se encuentra siempre algo que no es transferencia y lo llamaremos, **alianza terapéutica** (3). “[las negritas son más]”.

En la disociación terapéutica el yo está destinado a disociarse como consecuencia del proceso analítico, dijo Sterba, que lo presentó en 1932 en el Congreso de Wiesbaden y lo publicó en el International Journal de 1934; su trabajo habla de una disociación terapéutica del yo en dos partes: “ La que colabora con el analista y la que se le opone” la primera está vuelta hacia la realidad, comprende los impulsos del Ello, las defensas del yo, y los dictados del Superyo.

La disociación terapéutica del yo se debe a una identificación con el analista, cuyo prototipo es el proceso de formación del Superyo, identificación fruto de la experiencia

Según Sterba (1934), la transferencia se establece como resistencia al trabajo de investigación del análisis, ya que el paciente actúa para no recordar una experiencia infantil, que promueve una defensa del yo frente al Analista.

El trabajo del analista consiste en superar la resistencia de Transferencia que obstruye el avance del proceso, la actitud de trabajo del Analista, y la forma que le habla al analizado (su uso de nosotros) y su constante llamado a la tarea son una invitación para que el paciente se identifique con él.

La alianza terapéutica se sigue entendiendo como asentada en las funciones autónomas del yo, concretamente en la autonomía secundaria. Tal alianza es la base indispensable del tratamiento analítico es pregenital y diádica.

Freud (1912) al respecto de Transferencia y Alianza discrimina dos actitudes del analizado contrapuestas: Cooperación y Resistencia. La Alianza terapéutica tiene que ver con la alianza positiva y hasta con la negativa (cuándo factores, por ejemplo, de rivalidad, llevan al paciente a colaborar).

La alianza se formaría: entre el YO racional del paciente y el YO racional del terapeuta, a partir de un trabajo o proceso de identificación con la actitud y el trabajo del analista. Todo esto depende del Paciente-Analista-Encuadre, donde los factores de encuadre promoverían la Regresión y también la Alianza del Trabajo. La Alianza Terapéutica contiene siempre una mezcla de fantasía y realidad.

La Alianza de Trabajo puede (Zetzel, 1940) ser reforzada o inhibida, si no existiera tal Alianza marcaría para la autora el límite de inalizabilidad. La contribución más importante del Analista a la Alianza Terapéutica, proviene de su trabajo diario con el paciente, de cómo se comporta frente a él y el material de su interés, esfuerzo y compostura.

Cada vez que se introduce una medida nueva es necesario explicarla, es importante la franca admisión por parte del analista de sus errores técnicos, sin que ello implique para nada, ningún tipo de confesión contratransferencial.

M. Rabich (1981), dice que hay que atender a los factores Clínicos que pueden descubrir la parte Psicótica de la personalidad (expresión de lo que llama P.P.P.), (Bion 1957), es por ejemplo, cuándo surge una fachada de colaboración, sentimientos agresivos y tendencias Narcisistas; cuyo objetivo es atacar el vínculo y entorpecer la labor analítica (rasgos de hipocrecía y complacencia) provocan una sobrecarga en la contratransferencia.

Winnicott, haciendo referencia a la triada de crianza, describió que “la madre recibe amparo emocional del padre, al tiempo que ampara a su bebé”; los Analistas y Terapeutas en formación experimentan su propia necesidad de amparo profesional, mientras aprenden a brindar el amparo Psicoanalítico, que necesita el paciente en tratamiento: deben poder extraer fuerzas de la experiencia de su propio análisis, también en su propio conocimiento teórico-técnico que le permitan seguir funcionando analíticamente bajo presión.

Casey Patrick (4) nos habla de **Supervisión Interna** como un proceso de autoexamen llevado a cabo en la sesión. El autor propone diferentes propósitos con él:

\*Tener bajo control el proceso terapéutico.

\*Averiguar la visión que el paciente tenga del Terapeuta.

\*Proveer y seguir las consecuencias de intervenciones posibles del Terapeuta: cuando éste comete un error, lo puede estudiar en un **autoexamen**, la reorientación casi siempre es posible. “[La negritas son mías]”.

Como cualidades para el autoexamen: valentía para enfrentar los propios fracasos, errores, faltas, cultos a la verdad, curiosidad científica, respeto por el paciente y humildad personal, confianza en uno mismo y ser infatigable en su trabajo.

Los estudiantes de Psicoterapia, imaginan que pacientes y supervisores esperan de ellos una comprensión inmediata, ello les instala una urgencia de saber para parecer competentes, de ahí que ofrecen a los pacientes interpretaciones prefabricadas, originadas en textos o enseñanzas de otros.

El terapeuta es alguien que trata de comprender lo inconsciente del paciente, pero no siempre se admite que los pacientes, a sabiendas o no, también leen lo inconsciente del Terapeuta; todo Analista-Terapeuta comunica al paciente, acerca de sí mismo, mucho más de lo que cree.

Acercas del **saber y uso del no saber**, a veces los terapeutas tienen que tolerar largos periodos en los que se sienten ignorantes y desvalidos, los estudiantes ocupan una posición privilegiada.

### Algunas Implicancias.

- A- Cuando el terapeuta empieza a tratar pacientes sus recursos son limitados, tiene conocimiento teórico, experiencia de su propio análisis y algunos conocimientos de trabajos ajenos. El supervisor debe ampararlo durante ésta fase inicial del trabajo clínico.
- B- Mientras están bajo supervisión los terapeutas necesitan adquirir la capacidad de reflexionar sobre ellos mismos, de un modo especial y espontáneos durante la sesión así aprenden a observarse a sí mismos y a observar al paciente.
- C- Hacia el término de la formación, el proceso de supervisión debe transformarse en un diálogo entre supervisor interno y supervisor externo. “Llegar a ser Terapeuta es un proceso que empieza, continúa y nunca se completa”  
Supervisando a otros podemos ver con mayor claridad nuestros propios errores.  
“[las bastardillas son mías]”.

Los pacientes no ven al Analista como una pantalla en blanco, sino que perciben su estado de ánimo y responden en consonancia; los impactos de los pacientes afectan al terapeuta, ya que obedezcan a la personalidad, a la transferencia o al modo de ser de aquellos; todo terapeuta debe aprender a abrirse a la alteridad, comprender toda emoción que provenga de un paciente por más diferente que éste sea. Es inevitable que todo terapeuta cometa errores, es importante que sea capaz de admitirlos, por eso la supervisión interna y externa son valiosas para contenerlo.

No solo "aprender del paciente" puede dar inicio a la Terapia, también una terapeuta puede estar amparado por la estructura que proporciona la teoría y la familiaridad con su inconsciente; para no terminar abrumado por la patología del paciente.

### Actitud Clínica: conceptos circundantes de la labor terapéutica

Material de trabajo.  
 -vivencias.  
 -afectos.  
 -representaciones.  
 -fantasías.  
 -deseos.  
 -ansiedades.  
 -conflictos.

Campo de trabajo  
 una praxis que  
 Implica una trans-  
 ferencia recíproca:  
 Sujeto-contexto.

Un hacer: Operación  
 Psicológica  
 -una tarea de porqué  
 y para qué.  
 -Interviene desde un  
 Rol que vehiculiza un  
**Esquema Conceptual  
 Referencial Operativo**

implica

- Sólida formación.
- Procesamiento formativo.
- Organización que le da forma a contenidos teóricos.
- Formarse es trabajarse a sí mismo.
- Sistematización integradora.
- Permite situarse, incluirse en un campo.
- Planea problemas de relación: aquí-ahora.
- Desarrolla recursos de acción.
- Instrumento orientador del pensar y del hacer.
- Nunca un conjunto de recetas técnicas.
- Implica el estilo personal.
- Experiencias personales.
- Sistemas de valores.
- Ideología.

Se articulan:  
 Nivel teórico  
 Ordenamiento de  
 Información

Encuadre: marco protector.  
 \*Dispositivo a lograr más apto para los objetivos.  
 \*Actúa como continente.  
 \*Rol, objetivos, tiempo, lugar.

Nivel Actitudinal  
 Se ha ido construyendo

\*Requier modalidades relativamente estables y  
 coherentes de: Pensamiento-Acción-Sentimientos  
 \*Ponerse a prueba: **Actitud Psicológica:**  
 -Capacidad de encuentro con el otro.  
 -Encuentro con información.

## Actitud Clínica

Implica:

- Cada situación que enfrenta es específica y peculiar.
- Capacidad de decisión autónoma para: ver, pensar, actuar.
- Respeto por el otro como persona.
- Reconocimiento de límites: admitir la necesidad de capacitación y revisión constante de los propios puntos de vista.
- Poner a prueba hipótesis.
- Poder comprender, ponerse en lugar del otro, mediante el secreto profesional.
- No valoración crítica: aceptación emocional sin que esto signifique desaprobación.
- Formación, supervisión e información.
- Aceptación y reconocimiento de límites.

- 1- Capacidad de Continencia: \*Albergar dentro de sí lo del otro.  
\*Se desarrolla sobre el modelo originario madre-bebe: relación asimétrica.
- 2- Capacidad de Desciframiento:
  - \*Intente decodificar lo manifiesto-observable.
  - \*Construye hipótesis.
  - \*Procede desde una escucha y una mirada.
  - \*Registro desde el E.C.R.O.
  - \*Promueve el insight, la intervención del entrevistador.
  - \*Entrevistador se convierte en el depositario operativo.

### Intervenciones Verbales:

- Interrogar.
- Informar.
- Confirmar o rectificar.
- Clarificar.
- Recapitular.
- Señalar.
- Interpretar.
- Sugerir.
- Intervenciones Directivas.
- Operaciones de Encuadre.
- Meta Intervenciones.

También es conveniente consignar la existencia de la **Empatía y Vínculo Empático**, “[las negritas son mías]”.

Spilzinger consideró la empatía como: elemento aportado por la madre y la actitud receptiva de ésta, también como vínculo entre ambos; capacidad para dar respuesta, para favorecer el vínculo.

**Empatía y tratamiento Terapéutico:** uso operativo posee tres connotaciones:

- 1- Función continente del Terapeuta.
- 2- Intuición y establecimiento de un vínculo.
- 3- Interpretación del analista, más que la recepción de mensajes del paciente.

Empatía (Enciclopedia Británica); la habilidad para imaginarse uno mismo en el

### Aspectos constitutivos:

**A- Aspecto Abarcativo:** Schafer la definió como a la empatía; sería la experiencia interna de compartir y comprender los estados psicológicos momentáneos de otra persona. Lo que se comparte y comprende es una organización jerárquica de deseos, sentimientos, pensamientos, defensas, representaciones del self y representaciones de las relaciones personales reales y fantaseadas.

**B- Nivel de Expectativas:** Es el nivel de interdependencia que corresponde a las expectativas y que centra en la empatía: se privilegia la expectativa mutua y renovada de lograr un contacto empático con el interlocutor.

**C- Rol de la Imaginación:** Hay momentos en los que las palabras del paciente dan lugar a una intervención del analista (interpretación o construcción) con lo cual se hace consciente lo inconsciente y se relaciona en el aquí y ahora con el pasado.

## RESUMEN

Aspectos que hacen al rol del Psicólogo: Esta primera parte trata de conceptualizar un perfil posible del como sería un terapeuta en su campo de trabajo, en su actitud clínica, en su rol e incumbencias.

Se trató de armar un grupo de acciones y consecuencias de los actos de un terapeuta, así como también implicancias del análisis.

Se destacan como la vasta parte del instrumental del terapeuta, algunos conceptos por demás significativos: transferencia, contratransferencia, presencia-ausencia, empatía, actitud psicológica, disociación terapéutica y otros.

En el Capítulo siguiente para complementar con esto, se propone ver como las consecuencias sociales afectan a todos los individuos en una sociedad, donde no está al margen de tales consecuencias la persona del terapeuta. Es evidente la idea cada vez más generalizada de que hay un nuevo sufrimiento que se va diversificando a manifestandose en todos los sectores, incrementandose en el campo de los profesionales de la salud.

A continuación veremos dichas consecuencias sociales.

## BIBLIOGRAFIA

- \* Martínez, M:M: “ La investigación cualitativa Etnográfica en educación”.  
Edit.Educar.1991.
- \* Nasio, J:D; “Como trabaja un Psicoanalista”. Psicología Profunda.  
Edit.Paidós. 1996.
- \* Fiorini, H: “Teoría y Técnicas en Psicoterapia”. Cap 7: La relación de trabajo  
(mat.Cimps.1996).
- \* Fiorini,H: “ La presencia del terapeuta: Reglas y Técnicas de complementariedad.  
Presencia y Ausencia”.Revista Asociación ASS. Bras. Psic. Sao Paulo.(Vol.6,N 22,P:P  
98-101).1987.
- \* Etchegoyen, H:” Los fundamentos de la técnica Psicoanalítica”  
Cap. 18: La alianza terapéutica de Wiesbaden a Ginebra.  
Cap. 19: La relación analítica no transferencial.  
Cap. 20: Alianza Terapéutica: discusión, controversia y  
Polémica. Edit. Amorrortu. Buenos Aires 1993.
- \* Spitzinger y otros: “ Self y proceso empático. Empatía y vinculo empático “.  
Revista de la asociación Psico. Arg. (A.P.A.).Vol XI.1997.
- \* Casement.Patrik: “Aprender del Paciente”.Edit. Amorrortu.1990.Buenos Aires
- \* Rodriguez Salgado, C: “ Sintesis de teóricos de Psicología Clínica:  
Operación psicológica, actitud clinica, encuadre,  
Método clinico, tarea, rol, esquema referencial,  
Intervenciones operativas, confluencia, desciframiento”.  
1991.
- \* Laplanche J. Pontalis J.B.: “ Diccionario de Psicoanálisis”.  
Edit.Labor. S.A.- Barcelona, España 1981.

## CAPITULO 2: “Consecuencias Sociales que afectan al terapeuta como individuo y profesional”.

*“Todo el pensamiento moderno está infiltrado por la idea de pensar lo impensable”.*  
Michel Foucault.

### II-1: Historia y subjetividad:

Junto con las transformaciones del Estado, se ha dado lugar a una reformulación profunda de lo público y de las relaciones del individuo con él, lo cual ha ocasionado nuevas formas de individualidad que ponen en crisis los sentidos con los que hasta acá estaría comprendido es la noción de individuo (5) y la noción de Salud Mental que ampliaremos.

Con el Psicoanálisis la función del otro, en la constitución de la subjetividad y la problemática de la alienación, alcanzan su mayor grado de complejidad y determinación. Lo que proviene de la sociabilidad y la función del otro, empujan fuertemente hacia la historización de la subjetividad: la relación de la subjetividad está tensionada entre el Eros y el Thánatos (ámbitos de funcionamiento mental). A la vez determinado por circunstancias de la época que le toca vivir. Tenemos que contemplar “otra subjetividad”, respecto del Ello, donde Freud sitúa aquello que excede a toda subjetividad singular, lo inestructurado pero activo en los procesos mentales (aloja a lo reprimido organizado sobre la base de formas de la representación, junto a la fuerza desestructurante de los instintos; unidos para llegar a la consciencia) un mismo lugar psíquico donde se alojan ciertos universales de especie y también de cultura, instintos y edipos son siempre determinaciones de lo inconsciente reprimido (historia de la sexualidad infantil, vicisitudes singulares del narcisismo). Podemos así comprender que lo nuevo de la época se enfrenta siempre con niveles inerciales de subjetividad. “(las bastardillas son mías)”.

### Tres órdenes de temporalidad histórica presente en al subjetividad:

- 1- La Filogénesis: ordena el funcionamiento de la organización libidinales (erogeneidad, satisfacción sexual, reproducción, etc.).
- 2- Invariantes de la Cultura: sobre todo en relación con las funciones del otro para la estructuración del Psiquismo (Edipo, castración, inconsciente, reprimido, represión ).
- 3- Una temporalidad más Epocal: ligada a formas sociales y culturales (organización de la familia,, modos de crianza, valoración, comportamiento de las identidades sexuales, valores morales, ideales, formas de sociabilidad, etc).

El modelo de las series complementarias (Freud S.1918). recogía éstas diferentes temporalidades, para dar cuenta de la formación del **síntoma** “( las negritas son mías)”. El recuerdo, (individual y social) está sometido a una relación con el pasado simple e inercial, expuesto a las distorsiones que imponen las defensas, especialmente la represión por su relación con los deseos; así todo recuerdo es encubridor pues vincula al sujeto a algo establecido (visto y oído) pero a la vez sometido a la recomposición que impone el deseo, ilusión y defensas que interpone el yo. La memoria es un dispositivo mental más complejo, pues por un lado puede permanecer limitada a la evocación de lo

La Dimensión Histórica: depende de la articulación de los instintos o fuerzas de lo social, de los cuerpos de los individuos, es tanto lugar de inscripción de lo vivido, anhelos y deseos ligados a sus recuerdos, para un funcionamiento pleno de la alteridad.

**Producción de Subjetividad:** a partir de los supuestos de **subjetivación y singularización**, el individuo adquiere los recursos mentales y el conjunto de significaciones, que le permiten actuar sobre determinados sectores de su vida social y su cultura. Su subjetividad es producida por la cultura, a su vez el individuo es productor de ésta, dando vida a la forma social. La relación social habrá de constituir la individualidad, no se trata de individuos preexistentes que se relacionan “(las negritas son nuestras)”.

Para que la individualidad se sostenga son necesarias las relaciones sociales concretas, o sea, la presencia del otro en el lenguaje y la acción.

La subjetividad solo puede reconstituirse post factum, es decir comprendiendo los sistemas de producción de subjetividad y deslindándolos (escuela, familia, valores sociales, etc.).

En la tradición de la modernidad, el individuo mismo debe disociar un espacio subjetivo interior (lo íntimo): propio, singular y secreto, el narcisismo libidinal, recuerdos, etc; de un espacio exterior (lo público): espacio donde se definen pertenencias y participación de las simbólicas culturales y de los intercambios sociales reglados, también.

Es difícil por otro lado, hoy por hoy hablar de familia como una sola forma de vínculo filial, de la escuela como espacio de formación, de la sexualidad como normalidad consensuada sobre el comportamiento sexual. Mas bien observamos diversidad y polimorfismo aceptadas socialmente. Así mismo nuevas instituciones sociales han ido tomando forma de producción de subjetividad (medios masivos de comunicación, informática, internet, cines, etc.), donde la producción subjetiva se liga a las funciones tradicionales de la familia, produciendo caos y dispersión. En el modelo de vida urbana, se modificó mucho hoy “la función del padre”, crecen las familias monoparentales, se modificaron los derechos de la Patria Potestad que iguala a ambos progenitores, aumentando los lugares unipersonales, divorcios, etc. Todo acompañado de rasgos subjetivos nuevos en relación con éstas funciones de familia, generándose una nueva violencia social de localización doméstica.

### **Algunos caracteres subjetivos, ligados a nuevas demandas en Salud Mental:**

1-Pasivización de los individuos, respecto de la cultura y la vida social: hay un dominio de la llamada “sociedad del espectáculo”, transita a nivel de la subjetividad reforzando la función del espectador, contemplando imágenes, dificultando la diferencia entre realidad y virtualidad.

2-Saturación del Yo: tal pasivización se somete a diversas estrategias: de información, consumo, pornografía, etc. Hay una sobreabundancia de sus imágenes.

3-Maquinización: y robotización de los vínculos: por vía de una operacionalización utilitaria de las relaciones sociales (amistad, pareja), utilizando diferentes aparatos para el goce sexual (vibradores, por ejemplo); aparatos de energía, gimnasia con aparatos especiales, hotline, etc.

4-Superficialidad: ausencias en el compromiso emocional. Son relaciones intensas, pero fugaces; un ejemplo sería el zapping de la T.V. como modalidades de encuentro con los otros.

5-Sensibilidad Apostada: Adquirida en la sensibilidad que aportan los programas

7-Dominio del valor de cambio sobre el valor de uso: dominio de cambio y sobrevaloración de lo nuevo y lo último; propios de la renovación permanente de los objetos de la técnica y el consumo que impregnan las relaciones afectivas.

Vemos, en ésta producción de subjetividad que los individuos reproducen con mucha facilidad los mecanismos sociales y económicos que lo llevaran al individualismo y a la masificación ( valores de mercado, privatización, desactivación global de lo público ) acompañado por un empobrecimiento de la capacidad creativa. Se homogeneizan las costumbres y los hábitos; se expande cada vez más éste proceso de penetración y dominación cultural.

El **objeto de deseo**, también muestra rasgos de masificación e indiferenciación, sus deseos como su singularidad parecen causados por los mismos objetos del consumo masivo; representación y realidad son una misma cosa; llevándolos a la sola reproducción automática de la realidad que habitan. “[las negritas son mías]”.

La subjetividad ha modificado también, sus **relaciones con el cuerpo**, éste tiende a desprenderse de su valor de imagen o a fusionar la imagen o cuerpo real convirtiéndolo en una suerte de “maquina” que debe funcionar, así éstos individuos cuidan sus cuerpo, no como lugar donde habita el yo, no como el lugar que requiere el cuidado de la salud; sino como mecanismos que deben cuidarse conservándose en formas, haciéndolos funcionar adecuadamente. “[las negritas son mías]”.

La subjetividad se sostiene sobre un régimen de diferencias, entre las representaciones de palabra y las representaciones del inconsciente (cosa). Las palabras son tomadas como “cosas”, el cuerpo es tomado por “cosa”. Así la cosificación reemplaza a la relación del objeto, empobreciendo la fantasía y el deseo (se habla en general de vacío de contenidos singulares, de historia libidinal y de fantasía). La sexualidad en éstas circunstancias toma formas cercanas a lo autoerótico, mecánico; como una descarga de excitación a veces con matices francamente perversos, quedando desactivada, muchas veces, la diferencia de los sexos (castración), deficiencias en las dinámicas de la represión.

La nueva singularidad promueve una **cotidianidad privilegiada**, sin mucha reflexión sobre la existencia, ni crítica sobre lo existente, lo que caracteriza el devenir de éstos individuos como repetitivo y monótono. “[las negritas son mías]”

### **Tenemos:**

\*Repetición: ligada al Eros: caracteriza la experiencia de neurosis.

\*Repetición: Respecto a la relación pasional: próxima a la psicosis de los estados pasionales.

Otro rasgo de la subjetividad es la “compulsión al lazo social” determinado por la vivencia en los individuos a pertenecer a un grupo social, sociedades, iglesias e instituciones.

La cuestión es luchar contra la exclusión y pertenecer, un lazo social permanente mente amenazado a fragmentarse: en la vida social se instaló una sospecha de disociación, entre lo que los individuos sienten y hablan. Los afectos y emociones de los individuos, encuentran dificultades crecientes en los modos de ligarse a las palabras y a la experiencia emocional con los demás (son individuos que poseen una incapacidad para describir sus estados efectivos a través de la palabra) conocido como ALEXITIMIA. Se trata de individuos exigidos por sus obligaciones de trabajo, muy exigentes consigo

Entre las nuevas demandas en Salud Mental, encontramos que persisten aún patologías clásicas, sobre todo las formas más graves de psicosis, pero los neuróticos de siempre ya no nos hablan tanto de sus vicisitudes con el amor y el odio, la duda y la pasión, la transgresión y la culpa. Nos hablan de: dificultad para enamorarse, problemas de convivencia en pareja, duda y desconfianza con personas de otro sexo, insatisfacción de su vida actual, fracaso y frustración de proyectos y anhelos, soledad, cierta violencia en la vida social. En ocasiones contienen una agresividad que suele estallar en sus relaciones cotidianas, suelen estar a disgusto con el cuerpo que habitan, obsesionado con los cuidados que les requiere (dietas, gimnasios, etc.) al que a la vez intoxican con medicamentos, drogas, alcohol. Etc.

En el campo del Psicoanálisis los cambios se han ido sucediendo, tanto en pacientes como en Analistas, y en las formas de llevar adelante sus tratamientos.

Hoy día, muchos pacientes no entran fácilmente en nuestros modelos teóricos de las neurosis, a la vez desbordan y hacen impotentes nuestros recursos técnicos; hay una frecuencia de nuevas demandas de padecimientos Psicosomáticos, trastornos funcionales debido al estrés ( ligados a hábitos de trabajo y ritmos de vida); crecieron las preocupaciones hipocondríacas por la salud, hábitos dietéticos, cuidado del cuerpo.

Ahora tenemos que el afecto reprimido se hace lenguaje en síntoma y permiten nuestro abordaje por la palabra. El conflicto involucra una dimensión de la sexualidad reprimida, en una dinámica de oposición-transacción con las fuerzas del superyo y la realidad del exterior. El Psicoanálisis opera así, sobre lo reprimido, y cuenta con la palabra en transferencia, con la fantasía y el desco.

Los analistas hace tiempo modificaron criterios clásicos, como el tiempo en sesiones, frecuencia de éstas, sus intervenciones, relación de la cura con la transferencia. Los síntomas han variado.

En el plano de los afectos observamos: sentimientos de vacío, indiferencia, queja hipocondríaca, desconfianza hacia todo tipo de vínculo ( sobre todo de pareja ), cierta violencia en la relación con los otros, hay una creciente fetichización en el mundo de las relaciones. Se observa una renegación en la constitución de la realidad para esos sujetos.

En relación con el Analista: Toma una forma operatoria de hacer, de un consumir esperando de él, respuestas eficaces y rápidas, más que interrogantes.

El objeto en las neurosis narcisistas se dirige hacia la dirección del consumo, es una presencia idealizada, no proviene de ninguna historia de idealización previas, sino del funcionamiento sociocultural; objeto inerte que no se inscribe en ninguna historia libidinal anterior, posee inercia en un transcurrir, lo encontramos en los objetos típicos de consumo: drogas, alimentos, videos; también el "otro" es consumido (literalmente), sin fantasía, ni creatividad, reemplazado rápidamente cuando a dejado de entretener.

En muchos de éstos nuevos síntomas ( adiciones, trastornos Psicosomáticos, alimenticios, etc.) parece insinuarse la fuerza de la repetición compulsiva como un goce que hace fracasar la palabra, impide la premisa metodológica de hacer consciente lo inconsciente ( Freud 1914-1937) que requiere el trabajo de las representaciones-palabras, y parece cura sin transferencia, sin ligazón.

#### Desafío para el Analista

Capacidad de elaboración  
Teórica

Poner a prueba la factibilidad del método  
analítico para un abordaje de éstos

Tiempos más allá de lo cronológico, tiempos de los dinamismos inconscientes y la transferencia. El paciente y analista poseen “zonas mudas”, aspectos emocionales resistidos, significaciones que son rechazadas. La relación analítica bajo la presencia del amor de transferencia, es un lazo social caracterizado por el espacio abierto al retorno de los rasgos emocionales de las relaciones primarias, edípicas (madre-padre-hijo). Tampoco es posible el autoanálisis, porque siempre se trata de un “otro” en relación afectiva, a través del cual se haga presente el pasado infantil reprimido y haga síntoma. En esa relación misma no es suficiente un “otro interior”, como sola representación, es necesario ese otro ( el analista ) que deviene objeto en la transferencia, investido por el deseo y la fantasía. “[las bastardillas son mías]”.

Las personas que desestiman las relaciones amorosas mantienen con el Analista un vínculo desafectivizado, indiferente; presentan dificultades análogas a las neurosis narcisistas. La transferencia es resistida, ligada a la repetición, se repite para no recordar, suprime las resistencias a recordar, permitía suprimir lo cual equivaldría a “levantar represiones”.

Como intervenir con éstos nuevos pacientes?

Si la búsqueda de la palabra no resulta verdadera para el paciente y el analista, el análisis simplemente no se produce.

Estos pacientes demandan ayuda, pero no estrictamente análisis, donde la transferencia implica resistencia.

Las ocurrencias, emociones del analista, son esenciales, ya que aportan la libido necesaria para que se constituya la relación terapéutica. El analista se ve enfrentado a tener que generar por sí mismos las condiciones para que sea posible el análisis y debe hacerlo preservando lo esencial del método analítico ( asociación libre, atención flotante, abstinencia y neutralidad valorativa); señalar, explicar, sugerir al paciente éstas dificultades emocionales son claves para que se registre el tipo de vínculo y afectos que genera el otro.

Generar en éstos pacientes una percepción sobre sí mismos, que amplíe la comprensión de su malestar, tender a que el paciente pueda hablar de su malestar desde un registro afectivo y emocional. Una tarea dirigida a incitar desarrollo de transferencia en el paciente, para ir generando un vínculo que pueda sostener una experiencia analítica.

Existe una equivalencia entre trastornos Psicosomáticos y depresión; se tiene la impresión de que éstas personas, a través de los síntomas Psicosomáticos anulan toda vivencia de duelo (6), fijando toda la tensión del afecto sobre el cuerpo.

Dentro de las vicisitudes del amor y las nuevas depresiones encontramos que la subjetividad no es nunca autónoma, su dependencia del otro no permite nunca su estabilidad definitiva. La triple servidumbre del yo (Freud, 1914), es a la vez una servidumbre a los dominios del otro en nuestro mismo ser. Es contra la función del otro, en nuestra vida mental que se revela la pulsión de muerte.

Lo que llamamos depresiones, son siempre formas diversas de esta servidumbre por el otro, de los sufrimientos, de su posesión y su pérdida.

Lo que el Psicoanálisis aporta al conocimiento de la pulsión ( visto por filósofos y poetas ) es la fusión la tendencia del yo a confundirse con el objeto, dado el intenso anhelo a fundirse con él.

Un rasgo común a todos estos modos de depresión actual, es la prominencia de formas de renegación (7) de la realidad social que vive el individuo ( renegación del cuerpo, de las diferencias de los sexos). Muchos de los caracteres bizarros y

Las patologías del narcisismo y violencia actual nos muestran que la realidad sólo se invierte si posibilita alguna forma de placer o satisfacción. La tendencia a desprenderse del otro, aniquilarlo en su vida psíquica (aún a riesgo de destruir el psiquismo propio), sobreviene cuando la realidad se ha hecho traumática para el sujeto, fuente de frustraciones y odio; éstos mismos procesos en diferentes grados los vemos en la sociedad: en las micro-violencias de las relaciones cotidianas. Es la economía narcisista, la primera en anunciar las dificultades del yo con la realidad.

No se trata de nuevas enfermedades, sino de ciertos modos de respuestas de la subjetividad a su relación con una realidad que se ha hecho insoportable y en el cual el narcisismo tiene un papel central. “Detrás de la fortaleza del narcisismo está la fragilidad del yo” “[Las bastardillas son más]”.

Patologías del Narcisismo	surgen de la tensión entre	Individualismo actual Exigencias de la realidad.
------------------------------	-------------------------------	---

## 11-2-Atravesamientos en Salud Mental

Existe una nueva forma de realidad actual, la especularización notable de mantener y configurar ciertas realidades como meros espectáculos. Hay un giro de los individuos cautivados por las imágenes. Los cambios son rapidísimos.

El individuo actual muestra fuertemente sus rasgos narcisistas, observamos un retiro narcisístico sobre el propio yo, aislamiento de los individuos, pérdidas de formas clásicas de sociabilidad.

La cultura objetiva (producción técnica de objetos) va en aumento; la cultura subjetiva (lo que cultiva al hombre) se va empobreciendo.

Acercas de la cultura del amor encontramos que, en la búsqueda de la felicidad, Freud (8) señaló el amor genital sexual con una doble vertiente:

-satisfacer el instinto y el deseo.

-generador de una dependencia penosa del objeto (amor patológico).

La vida amorosa actual en muchos individuos implica una sexualidad adictiva, pero disociada del amor, un modelo de sensibilidad promovido por los medios.

Otro aspecto relevante estaría dado entre: **sexualidad y procreación**, dadas las nuevas ofertas de fertilización (reproducción humana por afuera de los circuitos del amor y de la sexualidad); en el problema del amor, el narcisismo es esencial y dominante sobre la sexualidad, el amor pasional es un amor desgraciado, es un amor de sí mismo.

El amor no cambia, sí los modos de relación entre personas, las posiciones del hombre y la mujer son simétricas (cada uno se ama en el otro, cada uno especula sobre el amor del otro) no existe un narcisismo que no sea objetal. Hoy en las parejas se encierra un conflicto sobre la libertad y la autonomía; autonomía y derechos, el que ama quiere poseer, la sumisión del otro da placer.

Las personas suelen tener relaciones discontinuas, amistades que involucren sexo. La sexualidad se vuelve más perversa, a la pobreza de sus afectos se suma el desinterés por el otro.

Andre Green (9), bien lo describe: "...curiosamente no suele estar perturbada la relación con la realidad".

Muchas parejas se sostienen dentro de relaciones enfermas, "parejas adictivas", toda adicción implica la lucha de una parte del sujeto, contra su tendencia a la esclavitud de un objeto, de lo cual su necesidad se ha vuelto imperiosa. A la vez tal objeto adictivo tiene para él cualidades benéficas de protección, completud, amparo, sostén, "el otro me llena la vida", con lo cual es un otro persecutorio y amenazante. La comida, sexualidad, intensidades de sexo les dispararán un goce extremo. Son parejas envueltas en un narcisismo extremo instalado en la fantasía de una posición absoluta: "lo uso según mi necesidad, lo quiero según mi voluntad". Es un presente eterno.

La nerviosidad moderna muestra que los apremios de la vida han crecido, generando nuevos modos de sufrimiento subjetivo: depresión, crisis ansiosas, pánico e inseguridad, consumo masivo de psicotrópicos (relacionado con el consumo, con el mercado); hombres y mujeres recurren a nuevas drogas (tranquilizantes, ansiolíticos, hipnóticos, etc.) para soportar ciertos malestares de la vida social que son sufridos en sus cuerpos y sus mentes: son verdaderas drogas sociales. Agrava el hecho de que muchos psicofármacos están legitimados por los médicos, en primer lugar porque los laboratorios productores, lucran.

La cocaína, empieza a vinculársela a exigencias de la fama o del éxito.

Las relaciones de trabajo se han vuelto ansiógenas; el estrés se acrecienta en las empresas, afectando principalmente al personal subalterno. Tenemos una nueva pasión social: “ser uno mismo y a la vez “no ser más que eso”; también hay un nuevo temor a la exclusión social, pues las formas actuales de participación social dependen crecientemente del éxito individual, generando un cambio profundo en el imaginario social; el temor nuevo es el de ser excluido de lo social, se abandonó la pretensión de igualdad social, problemas de inserción social y marginalidad

A los nuevos excluidos sociales se les proponen nuevos lazos sociales pero al modo de pequeños guetos, neocomunidades (por ejemplo: homosexuales, mujeres golpeadas, ex-alcohólicos, etc.); esto hace crecer la figura del experto, como ingenieros sociales, ya que intentan arreglar el tejido social dañado. “[las negritas son mías]”.

Todos somos jóvenes. Borramiento de las diferencias: La cultura actual exige de los individuos capacidad competitiva, para eso es necesario estar en forma, un modelo social existoso en ambos sexos; el arreglo personal, vestimenta, peinados es indiferenciado.

La infancia se acorta, la adolescencia comienza antes, y por ende se prolonga en algunos casos hasta los treinta años, conservando sus hábitos y vínculos al modo adolescente. La juventud así ha devenido en un modelo eterno, hay un borramiento de diferencias: los jóvenes se parecen entre sí; hay un borramiento de generación: idealización del joven por sus cualidades de flexibilidad, rapidez, movilidad, borramiento de género: modelo social prevaleciente, ser joven.

También, la arquitectura, hoy por hoy los nuevos espacios muestran el pasaje de una estética cargada de sentido histórico a una estética dirigida a la “sensación”, es lo dominante. Shopping, avenidas, grandes hoteles turísticos, tiempos compartidos, etc.; forman una modalidad de encuentro acotado y pasajero, la masa es anónima, todo es interior y exterior a la vez.

Respecto a la Identidad, las nuevas identidades son frágiles, efímeras; las identidades de hoy reniegan de la pérdida y el apego, se refieren en objeto de consumo, la individualidad busca definir su identidad y el consumo de objetos (el capitalismo industrial, a la par que produjo diversos objetos para satisfacer necesidades de los individuos; produjo también en los mismos, la necesidad de consumirlos).

Desde una revisión histórica podríamos decir que, la segunda guerra mundial, fue madrina de la Revolución Psiquiátrica de los años 50 que llevó a la implantación del campo de la Salud Mental; el padrino fue el Estado Benefactor que garantizó la solidaridad estatal, derechos y protección social de los riesgos para atenuar las desigualdades reales en la vida social.

El Estado actual liquida los principios de solidaridad y beneficencia, también los valores de protección social.

----- EEUU: gobierno de Kennedy      Benefactor.

El Estado Benefactor creó ciertas garantías sociales, con seguros obligatorios, dirigidos a la protección de los principales riesgos (enfermedad, vejez, invalidez, desocupación, etc.); ante tales riesgos, el Estado garantizaba un principio de igualdad entre todos los ciudadanos, asegurando equidad y justicia.

En Argentina, pese a las dictaduras militares, éstos derechos fueron en general respetados.

En los años 80 la crisis en el Estado Benefactor modificó su rol respecto a los individuos, las cuestiones de Salud Mental rompieron con la patología individual, para convenirse en problemas de integración social; excluidos, marginales. Existieron problemas de financiamiento, aumento de desocupación, sumado al aumento de marginación en América Latina, también está la crisis financiera del 30 en los E.E.U.U; el Estado se retiró de la cobertura de riesgo transfiriendo esas funciones a empresas privadas, reteniendo para sí algunos mecanismos de control. El objetivo: privatizar los riesgos para obtener rentabilidad económica.

La inclusión de la Seguridad Social, como responsabilidad primaria del Estado, es lo que funda en nuestro tiempo, una visión de lo social que no es meramente individualista, toda prevención de riesgos, se funda en la solidaridad, la creación de seguros tuvo como fin, asegurar la solidaridad y protección colectiva.

La Medicina del futuro será individual, gregaria y colectiva; gran parte de las nuevas demandas en Salud Mental, consiste en pedidos de individuos que por diversas razones padecen alguna forma de discriminación; o sea se ingresa en un proceso de: **discriminación -> victimización -> asistencia**, que impregna con frecuencia las acciones en Salud Mental, respondiendo a la constitución de un nuevo imaginario social sobre las desigualdades sociales.

La exclusión social es un proceso y no sólo un existente social dado, las tensiones sociales se han agudizado, la solución de riesgos por vía de los seguros van perdiendo vigencia.

El Estado Benefactor ya no existe: El Estado tiene sus funciones de fiscalización y garante del sistema de salud, en Argentina los nuevos excluidos no tienen características identificables sino que son un conglomerado heterogéneo.

La atención en salud prepaga (prestaciones, obras sociales, etc.) son nombrados y asumidos como "trámites" que hay que realizar frente a cualquier necesidad de atención y bajo ésta modalidad mercantil, la estratificación y generalización de individuos es inestable: "el que está enfermo es un cliente que paga por lo que consume". "[las bastardillas son más]".

Salud Mental y privatización, se articulan muchas veces en la medicalización, desentendiéndose de problemas que son más de fondo y globales de la salud. El cuerpo y la vida se toman crecientemente privados. Se piensa que el Estado y los gobiernos solo deben ocuparse del problema de la salud, cuando los sectores privados, no quieren o no pueden hacerse cargo.

Se propone la oferta de atención nuevamente a criterios médicos-asistenciales de menor costo, a la vez que se desplaza hacia el trabajo social la contención de las poblaciones.

El Estado toma su rol activo sobre la base de una triple derrota:

Salud Mental:  
doble víctima  
del ajuste

Crece la demanda de atención y se complejizan los fenómenos que debe encarar

El proceso de privatización en salud, modifica los criterios de cobertura, haciendo más restrictiva y direccional la atención.

Las consecuencias con las que nos encontramos son:

\* Sector Público: Es un sector en Salud y en proceso de restricción de sus funciones. Se requieren dos aspectos para que funcione lo comunitario:

- 1-Interacciones interpersonales directas para la integración social de los individuos.
- 2-Interacción de la comunidad.

En América Latina se integran acciones de Salud Mental con otros sectores (hogares de menores, escuelas, programas sociales, violencia social, adicciones, etc.). Asistimos a un cierto retorno al modelo asilar.

\* Sector Privado: Tiende a hegemonizarse en grandes empresas que invierten en Salud para ganar económicamente, sobre todo el crecimiento de seguros privados (prescribiendo medicamentos). Tenemos una eficacia superficial sobre la demanda, rapidez de resultados sobre los síntomas, pragmatismos en los principios terapéuticos. Psicólogos, Psiquiatras, Psicoanalistas, junto a otros profesionales Psi, reciben sus pacientes derivados para tratamientos o en consulta por un médico generalista y perciben remuneraciones iguales a otros especialistas. En un mercado sobreofertado de profesionales y sin ningún respaldo corporativo los seguros tienen todo a favor para ampliar el mercado.

**Nuevo Objeto de la Salud:** Ya no es posible hablar de las enfermedades como el objeto de la Salud Mental; el objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo el individuo o los grupos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y a su comunidad.

Las intervenciones comunitarias y las prácticas asistenciales y de rehabilitación, deben pensar a un individuo en sus relaciones sociales reales, éste contexto de la Salud Mental engloba el conjunto de las prácticas terapéuticas que se realizan.

Hay cuestiones globales y locales (económicas, políticas, salud, laborales, empleo, vejez, marginalidad social, enfermedad, etc.) implican también una tensión subjetiva que afecta a la vida emocional, pensamiento, cuerpo y a la capacidad de acción de los individuos.

- Relaciones Individuales    Sociedad.

Crisis

- Problemas Globales    Situaciones Locales.

1-Hay crisis también en los saberes tradicionales, grandes desplazamientos entre teorías de lo social cobijadas bajo las grandes ideologías de éste siglo, teorías dominadas por un subjetivismo extremo, lecturas débiles de la realidad en que vivimos. A la Salud Mental tales movimientos la afectan en forma con el ingreso de nuevos irracionalismos teórico-terapéuticos, nuevos objetivismos médicos por vía de los psicofármacos, hegemonía de los seguros de enfermedad que modificaron las condiciones de trabajo de los profesionales, y distorsionaron mucho la racionalidad de sus métodos terapéuticos.

El profesional de la Salud Mental está obligado a pensar conjuntamente: los problemas del sufrimiento mental del individuo y las dinámicas de integración-

(anónimos, modernos), además los sistemas electrónicos (cajeros automáticos, tarjetas de crédito, edificios inteligentes, etc.), que crean la ilusión de que se puede estar solo y comunicado con todo el mundo.

La atención se diversificó enormemente (escuelas, teorías, prácticas), los regímenes de atención responden más a los contratos de una relación de servicios, que a la Ética Médica.

Tenemos

- Sector Público: empobrecido, atendiendo a los más pobres.
- Sector Privado: en manos de grandes empresas de seguros.

La Psicoterapia, fue adquiriendo una dimensión Médico-Psicológica, por el difundido uso de términos biologicistas que penetraron en toda la sociedad, en diálogos cotidianos, con los medios masivos de comunicación.

Los terapeutas fueron ampliando su campo de intervención: tratamiento de niños, familias, parejas, grupos, instituciones, etc.; ocupando más lugares: escuela, justicia, prácticas médicas diversas, etc.

Hoy día con la disminución de salarios de la clase media, debiendo (el terapeuta) ceder a una precarización de su trabajo, a su vez que son exigidos a nuevas formas de intervenciones para las cuales no han sido formados:

atención primaria, estrategias de acción comunitaria, poblaciones marginales, etc.; asistimos a un malestar general de los profesionales del sector Salud Mental, hay que intervenir más rápido y eficazmente en consultorios privados bajo los criterios de las empresas médicas, seguros y obras sociales.

Aparte surgen nuevas terapias mejor adaptadas para responder y encubrir padecimientos encerrados a las nuevas demandas (terapias sexuales, flores de Bach, control mental, etc.), debemos pensar en las carencias de la sociedad que éstos grupos suplen, tales nuevos servicios” están dirigidos a desarrollar o potenciar la personalidad, no restaurar la Salud Mental en los individuos afectados, con una racionalidad Médica y Psicoanalítica concreta. Dejan de lado el contexto del sujeto.

Asistimos a la conformación de un nuevo escenario de la Salud Mental que obliga a redefinir las relaciones con el sector salud. La inclusión de la sociedad como perspectiva para comprender los procesos de salud y enfermedad.

Se reformularon los criterios diagnósticos pues la atención prestada al sufrimiento mental se deriva de una comprensión comunitaria del mismo, no se limita a una diferenciación del individuo en función de su discapacidad o su clasificación diagnóstica.

El sector Salud Mental es básicamente un ámbito multidisciplinario destinado a prevenir asistir, y propender a la rehabilitación de los procedimientos mentales y lo hace desde una comprensión de los lazos sociales deseables implementando políticas dirigidas a la integración social y comunitaria de los individuos involucrados.

Nueva configuración de Salud Mental; se determinan dos aspectos:

- \* De Orden Médico: antecedentes familiares, enfermedades, depresiones, alcoholismo, etc.
- \* De Orden Social: desempleo, marginación, promiscuidad, hacinamiento, etc. La protección social es siempre incumbencia del Estado, el agente de Salud Mental se limita a denunciar éstos factores en la causación de riesgos. Se espera que cada instancia de campo de la salud se autogestione como lo hace una empresa, se incentiven a las acciones privadas y semiprivadas (de ahí la expansión de los seguros de

Los usuarios ven sometido su sufrimiento mental a criterios económicos de mercado (utilidad, eficacia, menor costo); gran cantidad de problemas (psicosis, esquizofrenia, adicciones, violencia, etc.) no son pasibles de ser abordados por éstas empresas quedando en mano del Estado su cobertura.

La O.M.S considera tres motivos para potenciar los programas de salud en el mundo:

- 1- Los padecimientos psíquicos aumentan y la mayoría de ellos son prevenibles.
- 2- El área de Salud Mental puede contribuir a desarrollar y revertir los procesos de deshumanización en las organizaciones sociales (atención de salud).
- 3- El personal de Salud Mental tiene la capacidad (saber hacer) para hacerlo.

Las condiciones sociopolíticas del mundo y especialmente de Latinoamérica en éste fin de siglo se caracterizan por la profundidad, diversidad y vertiginosidad de los cambios, mientras que las condiciones de vida de los pueblos se ven particularmente afectadas.

En éste marco de uso indebido de drogas, se manifiesta como uno de los males de fin de siglo: drogas psicotrópicas y uso indiscriminado de productos farmacéuticos (modo común de enfrentar problemas cotidianos).

Este período histórico presenta:

- Mundialización de la economía y nueva división del trabajo.
- Explosión tecnológica y uniformación mediática.
- Profunda desigualdad entre culturas y pueblos.
- Transparentación de conflictos étnicos y religiosos.
- Polarización creciente de la producción.
- Migraciones y organización descontrolada.
- Disminución progresiva de la participación social.

Nuevos sufrimientos socioambientales:

- \* Dependencias.
- \* Corrupción.
- \* Aumento de incesto.
- \* Suicidio.
- \* Homicidio entre adolescentes.
- \* Abandono social de niños y viejos.
- \* Discriminación.
- \* Enajenación.

## RESUMEN:

Es necesario pensar a la Salud Mental y la Salud-Enfermedad como un proceso histórico, socialmente determinado resultante de la cultura, estilos y condiciones de vida, modos de organización social, en determinado tiempo y espacio, que como tal requiere nuevas categorías de análisis para su estudio y abordaje.

Así en la Salud Mental definida históricamente y la ausencia de enfermedad (desde lo epistemológico) constituye un campo teórico-político en construcción. El campo de la Salud Mental precisa constituirse como transdisciplinario que admita la comprensión de la subjetividad, y singularidad diferenciando lo individual de lo colectivo, atendiendo el conflicto en lo cotidiano de las instituciones y de la sociedad.

La Salud Mental puede concebirse como un proceso histórico y socialmente determinado de integración de elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y los grupos, con crisis permisibles e imprescindibles, registrables subjetiva y objetivamente donde personas y grupos participan activamente de sus propios cambios y los de su entorno social.

Es importante la formación y capacitación del personal de Salud Mental.

## **BIBLIOGRAFIA:**

\* Galende, E: "De un horizonte incierto"

Cap.1: "La nueva configuración en Salud Mental".

Cap.2: "Subjetividad y cultura. El malestar de la individuación Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual".

Cap.5: "La subjetividad actual y su patología". Cap.6: "Las nuevas demandas en Salud Mental". Editorial Paidós. 1997.

\* Malvarez, S: "Salud Mental y fin de siglo. Aportes para el análisis estratégico".  
Córdoba. 1996.

## Capítulo 3 : “Los padecimientos de la persona del terapeuta en su desempeño laboral”.

*“La sociedad de los trabajos difíciles: los hombres vulgares están siempre satisfechos de sí mismos. Dan por buenos sus gustos, preferencias y opiniones, sin reflexionar demasiado. No exigen nada, no se permiten a instancias superiores. se conforman y están encantados con lo que son. Por el contrario, los hombres excelentes, viven exigiéndose; éstos hombre, hombres desestiman lo que no les cuesta esfuerzo. Esta es la vida como discípulos: la vida noble” (pág. 181).*

*Alejandro Dolina. Crónicas del Angel Gris. Ed. Cohlue. 1996.*

### 111-1: Trabajo y Desgaste Mental: algunas conceptualizaciones introductorias:

Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) están constituidas por factores socio-técnicos y organizacionales del proceso de producción implantados en el establecimiento (comúnmente llamado “condiciones de trabajo”) y por los factores de riesgo del medio ambiente de trabajo (riesgos físicos, químicos, biológicos, tecnológicos y de seguridad; así como los efectos de desequilibrios ecológicos). Ambos grupos de factores constituyen las exigencias, requerimientos y limitaciones del puesto de trabajo, cuya articulación combinada da lugar a la carga global del trabajo prescripto; la cual es asumida, asignada o impuesta a cada trabajador provocando de manera inmediata o mediata efectos, directos o indirectos, positivos o negativos sobre la vida y salud físico-químicos de los trabajadores (dichos factores están determinados en última instancia por el proceso de trabajo vigente resultante de las relaciones sociales y variables que actúan a nivel del contexto socio-económico y características propias de los establecimientos.

La organización científica del trabajo tiene como consecuencia directa una enfermedad mental; precisamente porque los trabajadores y los miembros de dirección de la empresa persisten individual y colectivamente, hasta donde sus fuerzas permiten, también sus capacidades; constituyendo su ideología defensiva contra el sufrimiento. Pero cuando se agotan las capacidades de adaptación y de resistencia o se interrumpe de modo involuntario la actividad laboral (enfermedad, accidente de trabajo, desocupación, jubilación abrupta, etc.), el drama aparece con toda su fuerza.

Pero también el trabajo puede dar lugar al placer, derivado del deseo y convertirse en uno de los elementos estructurantes que permita conquistar el equilibrio psíquico y la salud mental.

No siempre es posible hablar de salud; evocar el sufrimiento y la enfermedad es en cambio más fácil, todos lo hacen, es como si siguiendo El ejemplo de Dante (10), cada uno de nosotros tuviera en sí la experiencia necesaria para describir el infierno, nunca el paraíso; precisamente nosotros intentamos describir aquello que en el enfrentamiento del hombre con su tarea, pone en peligro su vida mental.

El campo potencial de la Psicopatología del trabajo está ocupado por el Psicoanálisis, la Psicosociología y la Psicología Abstracta.

En El siglo XIX la lucha por la salud se identifica con la lucha por la supervivencia, "vivir para el obrero es no morir". El movimiento Higienista fue de alguna manera la respuesta social frente al peligro. Así podemos distinguir en este siglo tres corrientes: el Movimiento Higienista, el Movimiento de las Ciencias Morales y Políticas, y el Movimiento de los Grandes Alienistas (Pinel, Esquirol, Kraepelin, etc.), donde los médicos ocuparon una posición clave.

Es solamente a partir del final de siglo, que son atacadas las leyes sociales que conciernen específicamente a la salud de los trabajadores.

De la primera guerra mundial hasta 1968: un espacio particular debe ser consagrado a la introducción del Taylorismo, siendo un en día un modelo de organización del trabajo. Nueva tecnología de sumisión del cuerpo y de la disciplinarización; la organización científica del trabajo hace nacer tensiones psicológicas desconocidas hasta entonces, sobre todo la variable tiempo y variable de trabajo. Los resultados exigidos son absolutamente nuevos y hacen aparecer el cuerpo como principal punto de impacto de los daños del trabajo, cuerpo sin defensa, cuerpo explotado, cuerpo fragilizado al quedar desposeído de su protector natural que es el aparato mental. Un cuerpo, entonces enfermo o que peligra de estarlo.

La consigna de la reducción de la jornada de trabajo (8 horas) dejó lugar a la lucha y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, por la seguridad, por la higiene y para la prevención de las enfermedades.

Luego de 1968: Identificamos una nueva materia: la "Salud Mental" Entonces hasta aquí: \* La lucha por la supervivencia, condenaba la excesiva duración del trabajo.

\* La lucha por la salud del cuerpo, conducía a denunciar las condiciones del trabajo.

\* El sufrimiento mental, resulta de la organización del trabajo (división del trabajo, contenido de la tarea, el sistema jerárquico).

Psicopatología del Trabajo: Aquí el acento está generalmente puesto sobre los comportamientos humanos; su objetivo es limpiar el terreno no comportamental ocupado por los actos impuestos: movimientos, gestos, ritmos, carencias y comportamientos productivos. Tal proyecto se refiere sobre la elucidación del trayecto que va desde el comportamiento libre, hasta el comportamiento estereotipado, trataremos por nuestra parte de hacer resaltar en el sufrimiento, a aquello que más tiene de empobrecedor, es decir la desaparición de los comportamientos libres.

La ideología defensiva funcional, tiene como objetivo principal enmascarar, contener y ocultar una ansiedad particularmente grave.

Las personas trabajando en instituciones se niegan a hablar de la enfermedad y del sufrimiento, cuando alguien está enfermo intenta esconder esta información a los demás, pero también a su familia y vecinos; apenas se menciona la enfermedad, aparecen numerosas justificaciones como si la persona tratara de disculparse (se refiere a un sentimiento colectivo de vergüenza), surgiendo una verdadera concepción de la enfermedad propia de ese ambiente.

De la conformación de un individuo dotado de una historia personalizada y la organización del trabajo portadora de un orden terminante y despersonalizante, surgen

primer término a la ausencia de designación y de finalidad del trabajo.

La vivencia depresiva condensa de alguna manera los sufrimientos de indignidad, de inutilidad y descalificación ampliándolos. Esta depresión es dominada por la fatiga; la vivencia depresiva se alimenta por la sensación de embotamiento intelectual, de aniquilosis mental, de parálisis de la imaginación y marca el triunfo del condicionamiento sobre el comportamiento improductivo.

En lo relacionado con el hombre y el contenido significativo del trabajo podemos esquematizar:

A) Contenido significativo respecto al sujeto: Entre la dificultad práctica de la tarea, el significado de la tarea realizada respecto a un oficio y profesión y el status social ligado implícitamente al puesto de trabajo.

B) Contenido significativo respecto al objeto: La tarea puede transmitir un significado simbólico para alguien o contra alguien; la actividad laboral por los gestos que implica, las herramientas que pone en movimiento, el material procesado, la atmósfera en la cual actúa; transmite un cierto número de símbolos, la naturaleza del encadenamiento de éstos símbolos depende a la vez, de la vida interior del sujeto.

Lo esencial del significado del trabajo es subjetivo. El significado en profundidad del trabajo para cada individuo sólo puede revelarse por medio de técnicas particulares (ejemplo: Psicoanálisis individual).

Nunca hay una neutralidad de los trabajadores de la salud a lo que ellos hacen, la relación es de placer o de desagrado. El puesto de trabajo tiene en sí mismo un significado con respecto a los conflictos en una institución. El sufrimiento comienza cuando la relación hombre-organización del trabajo está bloqueada, cuando un trabajador utilizó todo lo que disponía de saber para cambiar la tarea (cuando los medios de defensa contra las restricciones físicas, se hayan agotado).

Cuando más rígida sea la organización de trabajo, mayor es la división del trabajo, menor es el contenido significativo y sobre todo menores son las posibilidades de redecifrarlo correctivamente, el sufrimiento aumenta.

Tenemos: Contenido Económico del Trabajo → Tensiones de orden:

- físico y psicomotor.
- psicosensores.
- intelectual.

El sufrimiento mental, resultante de una frustración a nivel del contenido significativo de la tarea, puede conducir a afecciones somáticas.

La ansiedad sería la respuesta a nivel psicológico de todo lo que contiene el riesgo y no está controlado por la prevención colectiva. Hay diferentes formas:

1- Ansiedad relativa a la degradación del funcionamiento mental y del equilibrio psicoafectivo: Resulta de la desestructuración de las relaciones psicoafectivas espontáneas con los compañeros de trabajo, o de su intoxicación por la discriminación y la sospecha, o la implicación forzada en las relaciones de violencia y agresividad con la jerarquía; la otra forma es la desorganización del funcionamiento mental, implica las restricciones que terminen en una autorepresión del propio funcionamiento mental y en el esfuerzo por mantener los comportamientos condicionados.

2- Ansiedad relativa a la degradación del organismo: Resulta del riesgo que pesa sobre la salud física; las malas condiciones de trabajo ponen en peligro el cuerpo de dos maneras: riesgo de accidente de carácter repetitivo y grave comienzo (quemaduras, heridas, fracturas, muerte); y riesgo de enfermedades profesionales (aumento del índice de morbilidad, acortamiento de la esperanza de vida, enfermedades psicósomáticas).

Contrariamente a lo que podríamos imaginar, el trabajo no fabrica enfermedades; las descompensaciones Psicóticas y neuróticas dependen en última instancia de la estructura de las personalidades, que son adquiridas mucho antes de entrar en la producción. La estructura de la personalidad nos puede indicar el aspecto que toma la descompensación, así como su contenido, pero ésta no basta para elegir el momento indicado para la descompensación; hay tres componentes a considerar:

- 1) La fatiga que hace perder al aparato mental la agilidad de sus mecanismos.
- 2) El sistema frustración-agresividad racional que deja sin salida alguna, una parte importante de la energía pulsional.
- 3) La organización del trabajo como correa de transmisión de una voluntad que se opone a las inversiones pulsionales y a las sublimaciones.

La enfermedad somática: Cuando las defensas del carácter y del comportamiento no intervienen en el trabajo, el riesgo que se corre es una acumulación de energía pulsional que no encuentra donde descargarse. Las enfermedades somáticas aparecen sobre todo en individuos que presentan una estructura mental caracterizada por la pobreza o la ineficacia de sus defensas mentales (neurosis de carácter o neurosis del comportamiento); cuando tales defensas son desbordadas por la gravedad de los conflictos o por la realidad, éstos sujeto presentan la aparición de una enfermedad somática.

Idea → La organización del trabajo ejerce sobre el hombre una acción general específica cuyo punto de impacto es el aparato psíquico.

Bajo ciertas condiciones emerge un sufrimiento de índole mental que puede deberse al choque entre:

- Historia individual: colmada de proyectos, esperanzas, deseos.
- Organización del trabajo: que los ignora.

- \* El trabajo repetitivo crea la insatisfacción y es un puente de acceso hacia la enfermedad.
- \* La forma que tiene el sufrimiento cambia con el tipo de organización del trabajo.
- \* El contenido del trabajo es fuente de una satisfacción sublimatoria.

### III-2: Labor Preventiva en Instituciones:

La incorporación definitiva en el sentido técnico y profesional del Psicólogo y del terapeuta al equipo médico y al de Salud Pública es consecuencia de un mejor conocimiento del hombre sano y enfermo; y de una más ajustada comprensión de la historia natural de la salud y de la enfermedad.

Abordamos una actividad profesional interdisciplinaria.

El progreso científico y tecnológico acentúan la tendencia hacia la especialización y llevan a la creación de profesiones nuevas o a nuevas funciones dentro de las profesiones clásicas. Pero éstas deben estar coordinadas e integradas; por ello se habla de trabajo interdisciplinario y multidisciplinario.

Una buena organización del trabajo es un requisito esencial para la salud profesional.

- 1- Promoción de la salud o prevención inespecífica.
- 2- Prevención específica.
- 3- Diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.
- 4- Limitación de la incapacidad.
- 5- Rehabilitación.

Psicohigiene: Parte de la Higiene Mental; capítulo importante de la Medicina Preventiva, para delimitar el campo de aplicación racional de los conocimientos y técnicas Psicológicas más efectivas en beneficio de la comunidad.

El Psicólogo debe actuar fundamentalmente como asesor o consultor en instituciones públicas o privadas que como el hospital tienen infinitos problemas de desajuste social, emocional, administrativo, que traban a menudo su acción y eficiencia. Toda institución es el medio por el cual los seres humanos se pueden enriquecer o empobrecer, o vaciarse como personas; lo que comúnmente se llama adaptación es sometimiento a la alienación y la estereotipia institucional.

En la práctica se espera que la gente enferme para curarla, en lugar de evitar la enfermedad y promover un mejor nivel de salud; con el agravante de que el mismo médico tiene una dreotomía o disociación entre salud pública y medicina asistencial.

Son variados los cambios de actuación del Psicólogo clínico, pero si a éste le interesan los problemas psicológicos de la salud tiene que ubicarse correctamente en el campo de la **higiene mental**. La función social del Psicólogo clínico, no debe ser básicamente la terapia sino: la Salud Pública, y dentro de ella la higiene mental. “[las negritas son nuestras]”;

El Psicólogo debe intervenir intensamente en todos los aspectos y problemas concernientes a la Psicohigiene y no esperar que la gente enferme para recién poder intervenir.

La Higiene Mental es el estudio de la administración de los conocimientos, actividades, técnicas y recursos Psicológicos que ya han sido adquiridos para encarar los aspectos psicológicos de la salud y enfermedad, como fenómenos sociales y enfermedad como problema social y colectivo. El Psicólogo Clínico debe en el campo de la higiene mental, aplicar el principio de indagación y acción que son inseparables, ya que ambas se enriquecen recíprocamente en el campo de la praxis.

Al ingresar a cualquier Institución, el Psicólogo, lo primero que hace es investigar y tratar a la Institución misma, ese es su “primer cliente”, no se debe crear otra Institución dentro de la primera a modo de una superestructura. Debe observarse la Institución desde el punto de vista Psicológico: objetivos, funciones, medios, tareas, etc. El Psicólogo dentro de una Institución es el colaborador y no debe convertirse en centro de la misma; sus funciones deben ejercerse a través de los integrantes de la misma. El Psicólogo debe tener una actitud clínica: manejo de cierto grado de disociación instrumental que le permita identificarse con personas y sucesos, pero que también permitan mantener cierta distancia que imposibilita que se involucre en los sucesos que debe estudiar.

La Psicología Institucional aplicada a los hospitales resulta ser un arma terapéutica eficaz, en el sentido de que en todo hospital (su estructura) se transforma en sí mismo en un agente psicoterapéutico de gran eficiencia, en profundidad y amplitud.

Una tarea altamente **ansiógena**, como lo es el contacto diario con la enfermedad y con la muerte, crea en el equipo médico y auxiliares comportamientos defensivos de

con un empleo alienante y abusivo de medicamentos (sedantes, hipnóticos), con los cuales sólo se encubren las situaciones de conflictos, con mucha frustración para todos. “[las negritas son más]”.

Otro problema institucional, es el **ritmo de altas** y El aprovechamiento de las camas que se ve relacionado con una necesidad inconsciente por parte del médico de retener a su paciente y por esto de ser retenido, estructurándose una verdadera simbiosis hospitalaria, dado que el alta de cada paciente obliga al médico a reintroyectar todo lo que él tenía proyectado, con la consiguiente movilización de ansiedades y lo mismo ocurre con el paciente que en sus condiciones de regresión se ve movilizado en sus ansiedades, al tener que reubicarse en la vida extrahospitalaria y asumir obligaciones y conflictos de los que se había separado momentáneamente por su intervención. El intervenir sobre los pacientes y su relación con la familia y los médicos resulta vital para cortar el circuito de realimentación.

Al responder a las mismas estructuras sociales, las instituciones tienden a adoptar la misma estructura de los problemas que tiene que enfrentar; en los hospitales, la disociación cuerpo-mente que rige en los pacientes, rige en la misma Institución. En Instituciones hay una fuerte disociación entre objetivo explícitos e implícitos, los explícitos (sería el propósito de curar al enfermo mental) y los implícitos (sería que la institución psiquiátrica tiende a defender a la sociedad del alienado, separándolo). En conclusión, el asilo tiene en su organización la misma alienación que sus pacientes, tienden a ser tratados como cosas, la identidad se pierde totalmente, los contactos sociales se empobrecen, se llega a una monotonía con una fuerte deprivación sensorial, lo cual afianza la alienación en los pacientes. Las instituciones tienden a reprimir y a segregar tanto como la sociedad misma; movilizar la organización de una institución significa movilizar ansiedades Psicóticas (11) que en ellas se encuentran condensadas y controladas.

La Psicología Institucional debe siempre empezar a se aplicada al mismo grupo que tiene a su cargo la tarea en una institución, por una exigencia técnica del trabajo a realizarse.

Conviene que se hallen bien delimitadas las funciones, status, roles; tanto como las vías de comunicación, calidad y frecuencia de las mismas; para todo ello es imprescindible que el equipo en su totalidad trabaje como **grupo** operativo, bajo la supervisión de un colega que esté totalmente fuera de la tarea; el trabajo de saneamiento de tensiones no debe terminar nunca, sino ser siempre una de las tareas fundamentales del equipo mismo.

Por su propio encuadre los Psicólogos no pueden actuar proyectando sus propios conflictos y tampoco pueden estructurar una situación persecutoria con la institución que tienen que atender, y es por ello que el conflicto de la institución se reproduce fácilmente dentro del equipo mismo que actúa como absorbente de tensiones. Se debe tener en cuenta que no es lo mismo acción que actuación psicopática; la primera es parte o momento de una praxis, que falta en la segunda. “[las negritas son más]”.

### III-3: Consultorio, sus crisis:

Las experiencias en los consultorios, donde se atienden quejas sobre precios, salarios, hiperinflación, desempleos, honorarios, etc.; llevó a reflexionar sobre la crisis y la realidad actual. “La crisis de nuestra sociedad actual, llegó a los consultorios”. “[las bastardillas son nuestras]”.

nuevo encuadre, más adecuado a la época; reemplazar ciertos aspectos de rigidez por una mayor flexibilidad y replantear el tema de la asimetría, pues terapeuta y paciente comparten la misma situación de crisis y están además inmersos en ella.

Las crisis, son situaciones de pérdida del equilibrio previo a sufrirlas, de los referentes externos habituales que nos dejan sin posibilidad de predecir lo que va a ocurrir. Pérdida de normas que regulan las situaciones sociales, llevando a una lectura de la cotideaneidad.

La inestabilidad externa de las situaciones de crisis social, pone en peligro la identidad personal, generando situaciones de amenaza e incertidumbre en la gente

Qué ocurre ante éstas crisis?: Podemos encararlas con un movimiento regresivo, tratando de volver a situaciones conocidas. Actuar como si no existiera futuro; podemos también intentar un **movimiento progresivo**, encontrando salidas, preservando la capacidad de pensar, reconstruir lazos de sostén afectivo, recuperar valores fundamentales como la solidaridad; buscando creativamente nuevos parámetros; una creatividad

estratégica (actualidad), donde la conducta predictiva sirve a los fines de la adaptación.

En el consultorio se acostumbra a trabajar con crisis, con personas en crisis; por otro lado vemos que en la actualidad el terapeuta está también atravesando las mismas crisis externas que los pacientes.

Solución posible: reflexionar y recomponer los lazos de apoyatura en los grupos de pares, donde pueden hallarse nuevas alternativas, nuevos enfoques. Se encontrarán encuadres que permitan, con flexibilidad y creatividad, sostener la Identidad Profesional; es importante discriminar cuándo el paciente alude a situaciones reales que tienen que ver con la situación actual (desempleo, situación económica, etc.) y cuando alude a situaciones potenciales inherentes a su patología y a su proceso terapéutico.

La conducta de un ser humano o grupo está en función de las relaciones y condiciones interactuantes en cada momento dado. El conjunto de elementos, hechos, relaciones y condiciones constituye lo que se denomina situación que cubre un cierto período de tiempo; si hablamos de abordaje clínico, lo hacemos en términos de la persona en su situación.

Si hablamos de "situación de crisis": hay acumulación de situaciones de crisis, o sea, diferentes series causales que determinan la situación crítica. Para pensar una situación, pensar una personalidad necesitamos de la Psicología y del Psicoanálisis, tomando diversos órdenes de realidad que cercan al paciente, sea éste una persona, grupo, aparato psíquico, instituciones de un país en crisis, etc.

En una situación de crisis, la creación del vínculo terapéutico (vínculo continente) posibilita crear nuevas situaciones, el tema es pensar en situaciones. Focalizar es un proceso abstracto incluido en el concepto de situación.

Situación, entonces: designaría un objeto articulador de diferentes tipos de objetos, discursos, cuernos, grupos, fantasmas, etc; la situación ubica al paciente y al terapeuta en la zona de entrecruzamiento; la situación en tanto objeto articulador propone una lógica de inclusión, conjunción e integración.

La dirección de la cura tiene sus riesgos ya que sus efectos son impredecibles; el analista no hace más que prepararse para la ocasión mediante su análisis didáctico, su análisis de control, articulados al estudio, la enseñanza, la transmisión de la Psicología, etc.; y aún así nunca va a estar preparado porque su espera no se funda sobre el conocimiento de su objeto ya que la ignorancia en efecto, no debe entenderse aquí como ausencia de saber, sino al igual que el amor y el odio como pasiones del ser: puede ser

...“No sé qué decir”...

“Me aburre”...

...“Es fascinante”...

...“Temo perderlo”..., etc.

El analista está en dificultades con su inconsciente, pero esto no es una falla a reparar sino por el contrario, el analista está en dificultades con su inconsciente porque la transferencia es inconsciente para él y es ésta la condición para que halla análisis. Es por eso que el análisis cita siempre al filo, es decir: cuándo la clínica no está en los bordes?.

Entre los síntomas del analista se encuentran:

1- Saber Referencial: exceso de un plus, llamado “teoría” que es relleno donde una carencia se demuestra sin que se sepa siquiera formular el goce fálico resistencial porque sólo está ligado a la palabra en su dimensión obturante (Lacan, 1962).

2- Inhibición: El silencio como refugio. Hay que saber qué decir si no se le ocurre nada; si el paciente no habla, el analista tampoco (adjudicándole a menudo la falta de un saber referencial).

Lacan (1962) introduce el concepto de “sinthome”, pone en acto así una instancia de su enseñanza: acortar un límite, marcar un borde, agujerear el saber confluído; función del maestro que no deja de arrojar algo nuevo que hace hablar a veces para poder decir algo; en ocasiones intervenir prediciendo (si nuestro síntoma posibilita hacer algo diferente). La condición del analista, es la de no poder responder más que con su propia dificultad de “ser” y es en esto que la transferencia es fuente de la resistencia, “desmantelar el sentido del síntoma, es premisa para no engordarlo” “[las bastardillas son nuestras]”.

Nos dice Freud (11), que el sujeto sólo existe en el lugar de la ruptura “propia de una contradicción entre el yo y una vida anímica más amplia”. Hoy nos encontramos con lo que podríamos definir como nuevas formas de tramitar el malestar; los terapeutas sabemos estar a la altura de las circunstancias? , cuáles son los límites del psicoanalista o del terapeuta?, éstos condicionados por una cultura de la que ellos mismos son podadores. Cuerno y palabra son inseparables, ya que se habla desde un cuerpo, y éste nos habla de nosotros, aunque a su significado debe buscárselo dando cuenta de las leyes que rigen el proceso primario.

Cuáles son los límites de un análisis?: La ética se interesa en obtener que el sujeto se haga responsable de lo que ha elegido, manifieste el porqué y lo acuerde con lo que puede saber de su deseo que lo constituye. Por ello, no todo lo que somos no es consciente, pero sólo desde la consciencia podemos seguir proyectando nuestra realidad en tanto sujetos del inconsciente. La ética se pregunta por el sentido originario del deseo humano ante la necesidad racional de justificar la decisión en el momento de pasar a la acción. Fuera de éste deseo, no podemos hallar más que supersticiones como decía Spinoza, 1677 (12).

La ética no es un estado permanente del sujeto, sino que hay actos donde se juega la dimensión ética, por ello debe diferenciarse la ética de la moral, ya que si la primera refiere al momento en que el sujeto toma una decisión y se hace responsable de sus actos; la moral es el conjunto de reglas y valores que se constituyen histórica y socialmente. También debe diferenciarse la ética de otros valores que no pertenecen a la ética y no por ello dejan de ser sumamente importantes: valores ideológicos, lógicos, religiosos, estéticos, políticos, higiénicos, sociales, etc. Es como dice Fernando Savater, 1987 (13), "quizás precisamente lo que en realidad no haya sean valores específicamente éticos, pues la ética consiste más bien en un modo de considerar desde la perspectiva de acción, el decir desde el sujeto y su libertad, los distintos valores en juego, tratando de jerarquizarlos en una totalidad individual de sentido".

En éste sentido la ética que comporta la clínica implica respetar la ética de cada sujeto. Por ello no puede hablarse de ética, sino de éticas. La práctica del terapeuta plantea una ética basada en el respeto de las diferencias: mi deseo es diferente del deseo del otro, y si quiero respetar mi deseo, debo respetar el deseo del otro, de lo contrario desaparezco como sujeto. Para ello el analista debe actuar según los principios de **ABSTINENCIA Y NEUTRALIDAD**. El concepto de abstinencia establece que la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas. Implica no satisfacer la demanda del paciente, ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponer. Con el término de neutralidad, nos referimos a que El terapeuta no dirija la cura en función de un ideal cualquiera, a no dar consejos, a tener en cuenta el discurso del paciente.

La abstinencia a la función del analista, el qué de las interpretaciones y crea, como señalaba al inicio, un espacio soporte de las manifestaciones pulsionales que se juegan en la transferencia; tal principio funda la práctica psicoanalítica, ya que la diferencia de otras, en especial de la medicina.

En cambio el concepto de neutralidad es tributario de una concepción positivista que pretende la ilusión de un analista neutral y objetivo. Esta lleva a elucidar la implicación del analista, es decir, la contratransferencia. El terapeuta no sólo es requerido por la transferencia sino por todas las demandas que origina la situación analítica, entre ellas las que emanan de él mismo, de sus exigencias, de su pensamiento.

La contratransferencia precede a la situación analítica a través del análisis personal del terapeuta, su formación y adhesión a diferentes perspectivas teóricas, pero la misma no adquiere su verdadera dimensión hasta que se la verifica junto con las demandas internas nacidas en la situación analítica. Es allí donde la transferencia es descubierta y pensada como contratransferencia; esto es muy importante considerarlo con pacientes en crisis, donde predomina lo negativo.

Cada uno posee en su propio inconsciente un instrumento con el cual poder interpretar las expresiones del inconsciente de los demás; para ello se hace necesario el análisis personal, única forma de dar cuenta de lo resistido, las resistencias y las reacciones contratransferenciales, de ésta forma poder utilizarlas como un instrumento terapéutico.

Esto se impone en todo el tratamiento, en especial en pacientes límites, con quienes, al trabajar con lo negativo es necesario utilizar un nuevo dispositivo psicoanalítico diferente del recurso diván-sillón, es imposible no registrar las resistencias contratransferenciales. Negarlas puede llegar a ser un obstáculo en el tratamiento. En la clínica con este tipo de pacientes se requiere un analista que pueda tolerar las frustraciones que devienen al trabajar con patologías de difícil solución; éste es un paciente de riesgo y el mismo, es un riesgo de muerte. Si los analistas en otras épocas trabajaban con las fantasías de muerte, hoy éstas se han transformado a partir de una cultura "suicidógena" en la posibilidad de muerte real, como decía Giles Lipovetsky (14): El analista también es afectado por la misma situación en la que debe intervenir; lo cual puede ocurrir que en muchas situaciones al no elaborar sus propias situaciones contratransferenciales lo lleve a caer en una actitud narcisista que pone en funcionamiento reacciones primitivas regidas por el yo-Ideal de la omnipotencia narcisista infantil, en detrimento del trabajo con pacientes; van a aparecer resistencias en la contratransferencia que se manifiestan en sentimientos excesivos de amor u odio, abrumamiento, teorizaciones especulativas, actitudes voluntaristas que devienen de un sentimiento de culpa, dificultad para captar el sentido del discurso, una excesiva distancia que lo lleva a no establecer la necesaria implicación o por el contrario una sobreimplicación, etc. Todas ellas pueden conducir a diferentes formas de actuación que se constituyen en lo que se denominó: contratransferencia negativa.

Recordar que 'la pasión es siempre el índice de lo que hay que hacer, pero también de aquello a lo que renunciar

Respecto a lo patológico como posibilidad se deben considerar las conductas anómalas, como el despliegue de potencialidades existentes en todos los individuos, que se dan en virtud de una convergencia pluricausal, afectando todos los procesos (volitivos-intelectivos-afectivos).

Los mecanismos defensivos aparecen como modos de mantenimiento de ciertas relaciones estructurales que evitan la desorganización y caídas en situaciones de masividad emocional inmanejables. Se busca un equilibrio; son dinámicos en la normalidad y patológicos en las diferentes formas de ejecución y movilización. La personalidad (como organización móvil y constante).

Se desplaza en el ámbito de lo real, en un polo estaría la normalidad y en otro polo estaría la patología.

Imposible una interpretación patológica excluyente de lo social, como constitutivo.

La reorganización supone la asimilación de la cultura como experiencia el proceso patológico primario se refiere a la desestructuración precipitada por la situación actual desencadenante, que al obrar sobre ciertos puntos vulnerables reactiva situaciones persecutorias.

El proceso patológico secundario: implica todas las formas de reestructuración que darán lugar a un nuevo estado de equilibrio (patológico).

En relación a lo dicho, abordaremos el tema de la crisis y las modalidades de afrontamiento, tanto en la salud como en la enfermedad. Así, tenemos que:  
Crisis: estado temporal de trastorno y desorganización caracterizada principalmente por una incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, la resolución final depende de numerosos factores incluyendo:

- 1- Gravedad del suceso precipitante.
- 2- Recursos personales del individuo (fuerza del yo, experiencias exteriores de crisis).
- 3- Recursos sociales del individuo (asistencia de otros significativos: familia - amigos - pareja - profesionales).

No sólo las crisis implican reacciones emocionales como el llanto, o los gritos, sino también reacciones somáticas como úlceras, cólicos, etc.; o trastornos de conducta como son por ejemplo: los generados por los conflictos interpersonales. Reducen las defensas del individuo.

Los resultados peligrosos pueden ser físicos o psicológicos: suicidio, homicidios, violencia (abuso, maltrato, etc.); que amenaza la vida directamente.

La crisis es un sistema de la vida social, importante el contexto donde se desenvuelve la persona, particularmente en las interacciones del sujeto con otros subsistemas y el medio ambiente (familia y comunidad).

El sistema persona incluye, subsistencias:

- Conductas
- Afectos
- Somática
- Interpersonal
- cognoscitivo

Tenemos: A- Adaptación al ambiente

B - Integración de subsistemas

C- Toma de decisiones (enfrentamiento)

→ La desorganización en cualquiera de las tres puede conducir a una crisis.

Resolución de la crisis es un proceso dirigido a la integración de la experiencia (de crisis) dentro de la manufactura de la vida.

Los sistemas se unen en transacciones unos con otros: la conducta de una persona afecta al resto de quienes interactúan, esto es inevitable; son vistas (las transacciones), como -> entradas - consumos - salidas. La crisis, es la versión extrema de la transacción, son puntos decisivos entre dos períodos de gran estabilidad, puede transcurrir tranquilamente o involucrar trastornos considerables, una acumulación de sucesos que toman al individuo por sorpresa.

Abordaje:

- Considerar que el suceso precipitante para la crisis en general, puede encajar en el intento del paciente por aferrarse a actividades del desarrollo.
- 2- Las crisis pueden acaecer a través de dificultades en los logros de ocupaciones (habilidades, conocimiento, disposición).
- 3- Descubrir como "éste" individuo, percibe "éste" suceso precipitante.
- 4- Ver el impacto que tendrá éste conflicto individual en su entorno
- 5- Papel del contexto durante la crisis.
- 6- El trastorno y el dolor emocional, son partes "normales" de la transición de

8- Todo análisis durante la crisis, deberá ser tentativo, darlo a consideración del paciente viendo cómo se adapta a ésta situación particular.

## RESUMEN:

En éste capítulo se pretende mostrar como la persona del terapeuta resulta afectada, por motivos personales y por muchos más ajenos a su profesión.

La enfermedad mental, no es algo de lo que sea patrimonio de quienes no son profesionales del campo de la salud.

También se hace una referencia a la Psicopatología del Trabajo poniendo el acento claramente sobre los comportamientos humanos, aquí se muestra que no hay una neutralidad de los trabajadores respecto a lo que ellos realizan en sus prácticas diarias; ansiedades, somatizaciones, etc. se ven reflejadas en infinidad de formas y casos.

Hablamos también de Psicohigiene, como parte de la higiene mental un capítulo de la Medicina Preventiva que se ocupa de ésta problemática.

El consultorio, en éste marco, está en "crisis", aspecto que es imposible no contemplar y tomar cartas en el asunto para prevenir fundamentalmente.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- \* Bleger, J.: "Psicohigiene y Psicología Institucional". Editorial Paidós. Biblioteca de Psicología Central. Buenos Aires. 1999
- \* Bruck, C.: "El Psicoanálisis, saber mal estar". Revista Topia. Buenos Aires. 1983.
- \* Carpintero, E.: "La subjetividad del analista: cuerno y contratransferencia Revista Topia. Buenos Aires. 1983.
- \* De Diego Vallejo, R.; Valdivieso, P.: "Psicología del Trabajo. Nuevos conceptos, controversias y aplicaciones. Editorial Pirámide. 1998.
- \* Fedida, P.: "Crisis y Contratransferencia". Páginas 221,222. Editorial Amorroutu. Buenos Aires. 1995.
- \* Green, A.: "Uno, otro, lo nuestro: valores narcisistas de lo mismo Artículo del texto: "Narcisismo" El 80 ediciones. Buenos Aires. 1983.
- \* Hornstein, L.; Puget, J.; y otros: "Clínica Psicoanalítica de tiempos de crisis . Revista Asociación Argentina de Psicoterapia para Graduados. N 16. 1990. Mat. Cimeps.
- \* Peyrou, G : "Los terapeutas y la crisis en el consultorio Material de circulación interna de la UBA.
- \* Riviere, P. : "Teoría de la Enfermedad Única. El proceso grupal". Ed. Nueva Visión. 1998. Mat. Cimeps.
- \* Rodríguez Salgado, C. : "Contribuciones Bioéticas sobre la Psicología Clínica y las Psicoterapias actuales".
- \* Slakie, K : "Intervención en crisis" Ed. Manual Moderno. México. 1991. Mat. Cimeps.
- \* Voronovsky, D.: "Obstáculos en la Clínica Revista Actualidad Psicológica. N 218. 1995.

## CAPITULO 4: “Síndrome de Thomas y Burn-out”.

*“He aprendido que un hombre sólo tiene derecho a mirar a otro hacia abajo, cuando ha de ayudarse a levantarse. Son tantas cosas las que he podido aprender de ustedes, pero finalmente de mucho no van a servir porque cuando me guarden dentro de esa maleta, infelizmente me estaré muriendo”.*

*Gabriel García Márquez.*

Palabras Clave: - Enfermedad laboral del médico.  
- Síndrome de Burn-out.  
- Psicopatología laboral.  
- Salud ocupacional.

Profesionales (en salud) de distintas especialidades, sobre todo que atienden guardias, servicios de terapia intensiva y enfermos de H.I.V (SIDA), confirman que con frecuencia creciente está adquiriendo preeminencia una sintomatología, cuyo nexos común es el accionar profesional.

Ya se conocía éste cuadro con dos denominaciones distintas:

- \* Europa: “Síndrome de Thomas”
- \* Estados Unidos: “Burn-out”.

### Definición:

Enfermedad que contraen los profesionales del cuidado de la salud, en primer término los médicos, que adquiere habitualmente cronicidad; afectando preferentemente a profesionales de menor categoría, sin diferencias de edad ni sexo, contagiosa de persona a persona por vía mental, últimamente muy difundida, especialmente en los centros de mucha población, que repercute intensamente en el medio familiar, de tratamiento muy complejo y escaso resultado aún.

### Cuadro Clínico:

Según autores, consultados la lista de síntomas es extensa sobresaliendo los siguientes, que Goldbarg (15) clasifica de la siguiente manera:

- 1- Psicológicos: distanciamiento, irritabilidad (ataques de enojo o tristeza), aburrimiento, cinismo, toma de riesgos innecesarios, deficiencia en la toma de decisiones y procesar informaciones, tendencia a accidentes.
- 2- Emocionalmente exhausto: disminución de sentimientos, interés y preocupación por los pacientes, incapacidad de “darse” o “entregarse” común en profesionales jóvenes, idealistas, distanciamiento del paciente, evitar el contacto, ausentismo, almuerzos largos, papeleo, uso del alcohol y las drogas, conflictos interpersonales.
- 3- Sentimientos de incompetencia: Reducción de logros personales, autoevaluación negativa, sentimientos de insatisfacción, fracaso, sentimiento de culpa por estar emocionalmente exhausto o por tratar al paciente como un objeto.

4- Despersonalización: Sentimientos negativos y cínicos hacia el paciente, sentimientos de frustración en incompetencia, culpar al paciente (el paciente se merece sus problemas), sobrenombres despectivos (algunos, como evitar el contacto con los pacientes, serían propios de los profesionales que trabajan en servicios de H.I.V).

Sardi y Ficher: señalan que la mayoría de los profesionales afectados, incapaces de dar respuestas eficaces, se abandonan al ejercicio de una práctica cotidiana, rutinaria, de mínimos incentivos; intentando encontrar a manera de compensación, estímulos "vitales" fuera de la profesión.

La edad más frecuente es en profesionales jóvenes de reciente incorporación a la actividad profesional.

En cuanto al sexo, es por igual, pero se exterioriza más en hombres que en mujeres.

El cuadro es polifacético y plurisintomático de variable duración, existe una continuidad entre molestias físicas y psíquicas que se van desarrollando con intensidad y amplitud variable.

Las primeras manifestaciones son descontento que en ocasiones cede con el descubrimiento al ambiente y a las tareas. Otras veces se agrava a raíz de alguna situación de estallido brusco que parte de un superior jerárquico, o también de la queja de un enfermo.

Con la continuidad del proceso, el descontento se intensifica y se suma irritabilidad, con estallidos ante situaciones críticas o simplemente dificultades para el ejercicio profesional, para terminar con el desgano.

Es común recurrir al clásico vocablo estrés profesional o emocional, con repercusión, en la vida familiar por un lado, y por el otro en la calidad de la labor, cuya primera manifestación es el desarreglo de la relación médico-paciente.

Gradualmente el cuadro se agrava, en relación directa con la intensidad del trabajo y la magnitud de los problemas y responsabilidad del ejecutor. Inicialmente el profesional acepta estas situaciones críticas pero su repetición lo agobia y a menudo lo agota.

El profesional de salud se siente profesionalmente exhausto, despersonalizado. Se siente frustrado y también fracasado. En esta situación se suman con frecuencia síntomas físicos como cefaleas, dolores osteoarticulares, dolores digestivos y sobre todo cardiovasculares y perturbaciones en la vida sexual. Caemos en la cuenta de que El trabajo médico, tanto más que implica un grado máximo de responsabilidad y riesgo, puede conducir a cuadros singulares, consideración a tener en cuenta cuando abordamos un tratamiento del proceso.

#### IV- 1: Qué es la enfermedad de Thomas?:

Es un trastorno de la identidad profesional del médico, cuyo síntoma cardinal es la pérdida de la autoestima. Lo acompañan el desánimo y el tedio en la labor diaria, una ausencia de expectativas de mejoría y la creencia de que sólo en otro lugar es posible trabajar en una medicina con verdaderos fundamentos éticos y científicos. Otra característica relevante es que se presenta en forma colectiva y que en los otros países de la Comunidad Europea y en los Estados Unidos, ya comienza a ser considerada como una **epidemia**.

El profesional afectado por este síndrome, incapaz de dar respuestas eficaces, se

atribuible a la difícil realidad de su ocupación. Otros describen el "Burn-out" como un "síndrome de agotamiento emocional, deficiente personalización de las relaciones humanas y reducción del sentido de realización personal, que ocurre frecuentemente en individuos que trabajan en servicios asistenciales y educativos

Su alta prevalencia se debería a las aspiraciones irreales de muchos profesionales, a la falta de un criterio claro y contrastable para el éxito y los logros personales, a las bajas retribuciones, en relación con otros sectores, a la estratificación poco flexible en el trabajo, a la escasa comprensión social y a una gran exposición a la consideración pública. Es ampliamente conocido que las condiciones de trabajo inciden significativamente sobre el estado emocional del trabajador y no pueden ser una excepción a ello (a menos que se trate de robots) quienes se desempeñan en el sector salud.

Un reciente estudio llega a la conclusión de que "se trata tanto de un problema personal como de organización, y que probablemente no sólo afecte la calidad de vida del profesional, sino que también disminuya la calidad de la asistencia al paciente e incremente los costos asistenciales

Finalmente, otros autores la incluyen en "el amplio campo de la frustración profesional" y, si bien presenta aspectos comunes con el Burn-out, el estrés profesional, "la fatiga de la compasión" y demás trastornos de la adaptación, la enfermedad de Thomas se diferencia de éstos en dos elementos puntuales (siempre presentes en ella) que son la pérdida de identidad profesional y su forma colectiva de presentación. Pero además, la enfermedad de Thomas es (en lo profesional) compatible con una normalidad emocional y con una normal adaptación a otros aspectos de la vida diaria, y no requiere para desencadenarse de la concurrencia de circunstancias especialmente duras, ni de personalidades muy predisuestas.

#### IV-2: Qué es el Síndrome de Burn-out?

Es conocido que los profesionales que trabajan con personas sufren a menudo un desgaste físico, que tiene como principal eje causal el mantener vínculos basados en un compromiso emocional intenso. Este fenómeno que es conocido en la actualidad como "Síndrome de Burn-out", proviniendo dicho término del inglés (burnout: "consumirse", "apagarse") se presenta a menudo en los profesionales que trabajan en instituciones asistenciales.

El Síndrome de Burn-out es considerado un fenómeno de desgaste profesional fácilmente observable en los profesionales que trabajan con personas, estando expuestos a presiones emocionales repetidas, asociadas a un compromiso intenso con los demás, durante un periodo de tiempo prolongado (Maslach y Jackson, 1981) . Las características principales del Síndrome de Burn-out son: el desgaste profesional, la despersonalización, la escasa satisfacción laboral o sentimiento de incompetencia.

Si se toma en cuenta la conducta de los profesionales de la salud, se pueden hallar indicios de ausentismo laboral, aumento del consumo del tabaco, del alcohol y/o fármacos, conductas agresivas, entre otros síntomas asociados con éste síndrome. Por otra parte si se toman en consideración los aspectos profesionales de dichos trabajadores, se observa a menudo la presencia de irritabilidad, insatisfacción laboral y apatía, ansiedad, depresión, etc.

El instrumento que se utiliza para medir el Síndrome de Burn-out es el Maslach Burnout Inventory (M.B.I) desarrollado por Maslach y Jackson, consta de 22 ítems que

### Evolución, complicaciones y formas clínicas:

Hay tantas formas clínicas, como enfermos, ya que está enferma la persona que ejerce la atención de la enfermedad de otros.

Se podría hablar de desgaste, de la "quemadura".

1- Primer Grado: ocasional y de corta duración.

2- Segundo Grado: cansancio físico y emocional de mayor duración y repercusión.

3- Tercer Grado: síntomas crónicos de depresiones.

En realidad se trata de un proceso crónico, con sintomatología intermitente o continua, si hemos de guiarnos por la experiencia local, a menudo el cuadro adquiere gravedad, aparecen complicaciones, imposibilidad de seguir ejerciendo o decisión inmediata de abandonar la profesión que son situaciones de menor riesgo, comparadas con depresión crónica, alcoholismo y hasta drogadicción, que en algún lado termina con el suicidio del colega.

### Etiología:

#### Factores Predisponentes:

**Factores Individuales:** son múltiples y variables pero se pueden resumir en:

- \* Información insuficiente y/o equivocada sobre la profesión médica.
- \* Ausencia de especial interés por la profesión.
- \* Nula preparación para ella.
- \* Características individuales, sobre todo psíquicas.

Sardi y Fisher, mencionan factores educacionales como ser "cambios substanciales en la formación de pre y postgrado, por lo que es útil introducir metodologías activas en aprendizaje que faciliten El hábito constante de estudio y la actualización de conocimientos".

**Factores Sociales e Institucionales:** La manera de ejercer actualmente la medicina es el factor condicionante más importante.

El médico asistencial, se ha convertido en trabajador en relación de dependencia de una empresa médica, estatal o privada y por consiguiente actúa en condiciones impropias como ocurre en la mayoría de los profesionales manuales o de técnicas mecánicas. Horarios excesivos, trabajo sobrecargado en ese lapso, carencia de recursos materiales y/o humanos indispensables para una correcta atención, remuneración insuficiente que obliga a trabajar en varios en varios lugares, y hecho más grave aún, inseguridad en el cargo.

Consecuencia: dificultades económicas, falta de horas necesarias de descanso, vida familiar incorrecta y generadora de disconformismo en la pareja, dificultades para estudiar y renovar conocimientos.

Pero hay que agregar otra causa de agresión: la disconformidad del paciente y su entorno familiar hace difícil una correcta y fluida relación médico-paciente, ya que se ha convertido en relación entre dos enfermos, el médico y el paciente, ambos víctimas de una medicina mercantilizada y deshumanizada. Por supuesto que el cuadro se agrava cuando los enfermos pertenecen al sector de más bajos recursos.

En estas condiciones es frecuente que surjan acusaciones de mala praxis, en buena

**Factores Desencadenantes:** En determinado momento el vaso se rompe, en ocasiones de manera estruendosa.

Desde luego hay una relación directa entre la magnitud de la sintomatología, la gravedad y responsabilidad de las tareas que se realiza.

Por otra parte, el cuadro más o menos moderado y/o interrecurrente, se agrava por cualquiera de las muchas circunstancias que agravan la labor profesional: falta de recursos, horarios que se hacen insostenibles, estallido de alguna epidemia, sobrecarga de internados, falta de medicamentos, quejas públicas de enfermos disconformes, suspensión de pagos por lapsos indeterminables, medidas disciplinarias desmotivadas, etc.

Por lo general los factores condicionantes sociales e institucionales se convierten por sumatoria y persistencia en factores causales.

### **Las características del trabajo como antecedentes del Burn-out en profesionales de la salud:**

El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) ha puesto de manifiesto que éste fenómeno tiende a producirse en las profesiones que se dirigen a la prestación de servicios sobre las personas, entre las que se encuentran los profesionales sanitarios.

El Burn-out puede ser entendido como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, laboral y en el propio sujeto. Recientemente el Burn-out ha sido estudiado en función de la situación, el contexto social, naturaleza del trabajo y las características de éste, más que en función de variables personales.

Las características del puesto de trabajo son predictores significativos de las tres dimensiones de Burn-out: despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal.

La falta de feed-back tiene un efecto especialmente negativo en aquellos profesionales de la salud que se perciben con una baja competencia y una baja necesidad de crecimiento.

### **IV-3: Manifestación de Trastornos Emocionales:**

Se observó que hay una serie de situaciones que facilitan el terreno propicio para el desarrollo de trastornos emocionales; el trabajar con pacientes con alta morbilidad y con alta mortalidad; la presencia de tecnología cada vez más compleja (dando lugar a que hubiera cada vez más presión sobre el personal asistencial, particularmente sobre los médicos); presión por el uso de esa tecnología; presión por la posibilidad de discriminar hasta dónde utilizarla. En éstas áreas específicas de cuidado otra de las situaciones comunes es la alta frecuencia de atención de pacientes en situaciones de estadio de fin de vida.

También, las decisiones relativas a intentar continuar con la vida (resucitación, por ejemplo) o maniobras intervencionistas en pacientes cuyas posibilidades de vida o supervivencia son, o muy cortas en tiempo, o muy pobres en calidad de vida, o ambas cosas a la vez. Y aquí empezamos a ver que hay una cantidad de similitudes a la atención de un paciente con SIDA en estadios avanzados de la enfermedad.

Se agregan los conflictos de 'tercero en discordia': ante las decisiones que el paciente no puede tomar y quedarían subrogadas a un familiar. Este directa o

Existen también conflictos internos en el staff porque no siempre las decisiones son compartidas; no siempre la responsabilidad son compartidas; no todas las personas están en la misma condición emocional en forma permanente ni fuera ni dentro de su trabajo. Esto se hace más notorio en el contacto constante con situaciones de mayor demanda y mayor riesgo.

Los cambios anímicos (de tono emocional) en períodos más cortos de tiempo, son evidentes en el personal de salud. Si no tienen adecuada descarga ni elaboración, se potencian y se pasa, entonces, de estados normales de variable intensidad emocional a otros de una alta frecuencia emocional: son las crisis.

Otras de las razones que colaboran también en la marcada incidencia de trastornos emocionales, es que hay una mayor proporción de pacientes con trastornos y problemas difíciles de toda índole: físicos, sociales, emocionales.

Qué ocurre con el personal de salud ante la confluencia de los fenómenos descriptos?: angustia, miedo, frustración, insatisfacción.

Cuando se detectó, en distintos profesionales del área de salud, que tenían trastornos emocionales debido a la situación laboral, se describió como el “síndrome de Burn-out”. La traducción más clara sería la de “incendio, quemazón”. Lo que sucede justamente es que no puede tomarse distancia y por eso se produce el cuadro. Burn-out es como una llamada de incendio. La aparición de la sintomatología, si bien es progresiva, al hacerse clara y evidente, tiene una característica: sensación de desgaste. Claramente, el concepto implica un deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y emocionales que lleva consigo el ejercicio de la profesión. Esto último es muy importante porque hace al diagnóstico diferencial; y porque las indicaciones terapéuticas son distintas.

Una de las personas que han estudiado el concepto de “Burn-out” es Cherniss, quien en 1980 describe el proceso en tres estadios:

\* En el primer estadio surge estrés por demandas que exceden los recursos emocionales o físicos.

\* El segundo estadio es cuando se experimenta daño con síntomas de tensión, fatiga, irritabilidad.

\* En el tercer estadio se intenta enfrentar con distancia (no física sino emocional) la situación que se considera perturbadora. Por ejemplo se acude a mecanismos de aislamiento o bien a situaciones de pesimismo, inflexibilidad con uno mismo y los demás, siendo éstas conductas no habituales en la persona. Si ésta es una conducta habitual, esto no es un síntoma, pero si aparece en una persona que no tiene éstas conductas, entonces estamos ante síntomas.

Los síntomas del Burn-out pueden ser, a su vez físicos y/o emocionales:

Síntomas Físicos: los más característicos son las cefaleas tensionales, por ejemplo: “no puedo tener los ojos abiertos”. Los otros síntomas típicos desde el punto de vista físico son la fatiga y el agotamiento. Puede aparecer insomnio, o su contrapartida, soñar reiteradamente con situaciones laborales no productivamente; éstos son sueños-problema: es un sueño que evidencia la presencia del conflicto y además el intento fallido de elaborarlo. Son sueños que se van incrementando y reiterando.

Aparecen, también, trastornos gastrointestinales y todo tipo de síntomas sin causa orgánica detectable: dolores y malestares generalizados.

Síntomas Psicológicos: son la falta de entusiasmo, la falta de interés, dificultad para concentrarse, tensión constante: es la persona que está permanentemente en estado de alerta, a la defensiva, irritabilidad, depresión, negativismo. Siempre se trata de cambios

hacer todo, no puedo delegar y permitir que otro lo haga, porque no sé si lo va a hacer bien. Cuando lo hace otro se equivoca y me crea problemas

#### **IV-4: La ansiedad en los grupos hospitalarios:** ×

Los profesionales que trabajan en instituciones (médicos, especialistas, personal de enfermería, Psicólogos, etc.) se enfrentan a menudo a situaciones de crisis individuales, grupales, y/o organizacionales, los cuales obstaculizan una dinámica grupal adecuada y por lo tanto disminuyen los logros, lo cual dificulta el buen funcionamiento en equipo.

Las problemáticas más frecuentes se originan por falta de insumos, desvalorización del rol en ciertos sectores de trabajadores; la presencia de pacientes con enfermedades terminales, las emergencias, las terapias intensivas, el cansancio, el estrés psicofísico, etc.

El Psicólogo con training individual y grupal; éste es, formado para la coordinación de grupos de salud, deberá realizar un análisis de los diversos factores que inhiben u obstaculizan El desarrollo y el buen funcionamiento de los grupos de trabajo. A partir de allí se establecen los objetivos y roles para la aproximación de conductas adaptativas en vistas a la salud mental de sus integrantes.

Un factor importante a tener en cuenta es el stress psicofísico, término descrito por Seyle , en 1936, que alude a la relación entre una tensión y un padecimiento producido por situaciones insatisfactorias, provocando alteraciones Psicósomáticas.

Recordando el esquema de Winnicott, aplicándolo a presiones individuales de los profesionales de la salud, se observa que los fracasos y potencialidades evolutivas que han quedado detenidas o “congeladas” se pueden llegar a reactivar ante éstas circunstancias y reiterarse los fracasos.

Winnicott cuando se refiere al verdadero y al falso self, explica éste último como una medida de protección frente a la indefensión.

En relación a los grupos de trabajo Bleger, J (16), (1974) sostiene que el grupo en las instituciones es un conjunto de individuos que interactúan entre sí compartiendo ciertas normas en una tarea. Dicho autor analiza los diferentes tipos de ansiedad que atraviesan los grupos y observa que generalmente se produce una tendencia al mantenimiento de las conductas y las normas (estereotipia) con la finalidad de evitar la ansiedad que conlleva los cambios y lo desconocido. En cuanto a las relaciones de tipo jerárquicas aconseja que las autoridades no sólo deben transmitir información de tipo teórica, sino fundamentalmente deben brindar estrategias para una adecuada resolución de los problemas que se le presentan a menudo a los subalternos. Esto tiene vinculación con las interacciones que se generan en los equipos de trabajo en salud, entre las autoridades y los subordinados, ya que en reiteradas oportunidades se presentan quejas de los residentes de los diferentes sectores, de falta de apoyatura técnica y afectiva por parte de sus superiores inmediatos. Todo esto hace que el ingreso a la tarea asistencial sea más traumático.

Además se torna importante fomentar la capacidad de cooperación de cada uno de los trabajadores del equipo en salud. Bion (17), (1974), analizando los grupos en tiempos de guerra llega a una conclusión similar respecto de la trascendencia de la cooperación grupal por lograr un máximo rendimiento.

#### **Incidencia del estrés y en síndrome de Burn-out en servicios asistenciales:** ×

Por agotamiento emocional se entiende la sensación de estar emocionalmente agotado por el contacto diario con los demás.

La despersonalización alude a una respuesta fría, endurecida e impersonal hacia los sujetos que el profesional debe atender; y por los bajos sentimientos de realización personal en el trabajo se entiende la disminución de los sentimientos de competencia y éxito profesional.

Lazarus y Folkman (1984) consideran el estrés un fenómeno definido como “cualquier suceso en el que las demandas ambientales o internas (o ambas) sobrecargan o exceden las posibilidades adaptativas de un individuo, al relacionar, por un lado las demandas externas del entorno con las demandas internas del individuo, y, por otro lado, con los recursos del individuo. Lo que define en última instancia al estrés es la percepción que la persona tiene la capacidad estresante del hecho y la percepción de la propia capacidad para enfrentarse al mismo”.

#### **IV-5: Orientación Terapéutica:**

Resulta hoy indudable el sentido/sentimiento de crisis que experimentan un cierto sector de profesionales de la salud de nuestro medio como resultado de una serie de elementos multifactoriales. Por lo tanto, la terapéutica de éste síndrome debería basarse en la intervención sobre los distintos factores causales que actúan (simultánea o consecutivamente y con diferente intensidad) en cada profesional y en el conjunto.

El planteo terapéutico de modificar los factores predisponentes y desencadenantes es posible si asumimos el compromiso de utilizar los variados recursos de índole legislativa, económica, educacional y administrativa que la sociedad posee. Así, las organizaciones oficiales (gobierno, universidad, asociaciones profesionales) podrían ocuparse del enfoque terapéutico de los factores predisponentes y los propios profesionales, de los desencadenantes.

Lo que se debe tener en cuenta es que la práctica asistencial puede ser organizada de manera tal que los estímulos y gratificaciones logren compensar la “agobiante rutina cotidiana”.

El Estado debe estar, asimismo, presente y potenciar su papel como gerente de la salud de prestadores y prestatarios de los servicios sanitarios; además debe sumarse al esfuerzo de los propios médicos y de sus instituciones representativas.

Deben evitarse el aislamiento y la disgregación, mediante la estimulación del “sentimiento de pertenencia”, trabajando en equipos o grupos y alentando la integración hacia un trabajo de excelencia, que redundará en mayores niveles de gratificación.

#### **IV-6: Consideraciones desde la Bioética:**

Rodríguez Salgado (18), refiere a la bioética tanto a la disciplina como al movimiento que tiende a generalizar una actitud crítica frente a las novedades tecnocientíficas.

La Psicología Clínica se encuentra también entrelazada con la disciplina bioética en la imprecisión de las fronteras, la introducción de la interdisciplina y las implicaciones de las prácticas.

La bioética ordena la reflexión sobre las prácticas sociales, en cuatro principios: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Quizá sea la autonomía la que más vincula la bioética y la Psicología, por los riesgos que implica el avasallamiento de la misma y la posibilidad de “manipulación”. También son parte de nuestra cotidianeidad y se nos presentan como inevitables, cuestiones tales como la relación equipo de salud-paciente, los comités de ética, la noción y práctica del consentimiento informado, la distribución de recursos, la dificultad de acceso a los sistemas de salud y educación. Aquí, debemos considerar el principio de beneficencia, también como valor fundamental de toda práctica psicoterapéutica, por se éste un principio que le da entidad a dicha práctica, el paciente acude en búsqueda de lograr el bienestar que no tiene, ésta justificación de hacer el bien al paciente, viene acompañada con la exigencia ética e insoslayable de no dañar (la no maleficencia). En cuanto al principio de justicia, nos encontramos en el campo reconocidas en los ámbitos oficiales y en los privados son accesibles a los medios más favorecidos económicamente, en tanto el acceso es limitado a los más desposeídos.

Es aquí donde nos enfrentamos con la vulnerabilidad de las relaciones humanas; entramos de ésta manera a cuestiones que conciernen a las relaciones de los profesionales de la salud con sus pacientes. El plano de desequilibrio o asimetría se juega debido a los roles distintos que cumplen los primeros proporcionando sus conocimientos, experiencias y ayudas para auxiliar a los segundos, que son los que padecen y no pueden aliviarse a si mismos.

En nuestra disciplina psicológica en su faz clínica, ésta asimetría se agudiza en la relación paciente-psicoterapeuta en las consultas, por la mayor imprecisión y relatividad de los conocimientos de las causas de los trastornos y sus tratamientos, las dificultades para que el paciente comprenda las características de su mal, y la sugestión que por sí sola provoca la actuación del profesional. El encuentro se realiza en la mayoría de los casos en un momento probablemente crítico de la vida y allí deben acordar acciones y valores que son lógicamente diversos. Es aquí donde nos encontramos con los dilemas éticos de la relación que se establece entre los pacientes y los profesionales de la salud mental, y es aquí también donde las prácticas adquieren entidad en relación a la bioética.

A su vez la relación interpersonal que mantienen terapeuta y paciente, es el objeto y la mecánica de la psicoterapia.

Todo esto conduce a una singular relación de dependencia del paciente y confiere al terapeuta, poderes que necesariamente deben ser condicionados por reglas éticas más rigurosas que en otras disciplinas.

Como profesión tenemos que tender a contar con miembros que puedan tomar decisiones no sólo de acuerdo con lo que es permitido sino con lo que es preferible. Una conducta es ética porque es consistente con un principio ético, y no necesariamente controlada por ese principio. Esto implica enfatizar la responsabilidad individual sustentada en una ética de “virtudes”, por sobre una ética de ajuste a “códigos y normas”.

## RESUMEN

En base a investigaciones hechas con profesionales de la salud es que se ha hallado un notorio porcentaje de profesionales que padecen un marcado cansancio físico y psíquico; considerándose en la actualidad dichos fenómenos bajo el rótulo de Síndrome de Burn-out.

En algunos trabajos se ha intentado definir un perfil epidemiológico de riesgos de los trabajadores de la salud, apuntando la mayoría de los mismos al vínculo con los pacientes como factor preponderante de Burn-out, lo que se suma a otros factores que incidirían en la salud psicofísica de dichos trabajadores; como el caso de los turnos rotativos, los bajos salarios y la carga horaria de trabajo, entre otros. Uno de los síntomas que se asocia a éstos elementos negativos para la satisfacción del trabajador es el aumento del índice de ausentismo.

Algunos de los objetivos que se debería proponer un coordinador que trabaje con grupos de profesionales de la salud: poder instrumentar en la práctica estrategias adecuadas para mejorar la comunicación, los roles y el desempeño, fomentar el trabajo en equipo, promover la motivación laboral y moderar el grado de ansiedad y el estrés de dicho personal, mediante la contención y la reflexión de las problemáticas vigentes.

Resulta imprescindible diseñar técnicas efectivas de intervención precoz que permitan prevenir la cronificación de los trastornos y el deterioro de los niveles de salud de los consultantes. Se postula una legítima ética del tiempo en psicoterapia, privilegiando aquellas intervenciones que puedan lograr el efecto terapéutico deseado con el menor dolor, el menor costo y la mayor celeridad posible.

## BIBLIOGRAFÍA:

- \* Dejours, C.: 'Trabajo y Desgaste Mental. Una contribución a la Psicología del Trabajo'. Editorial Humanitas. 1992.
- \* Material del Curso de Enfermería del Hospital Privado de Comunidad. "El cuidado de los cuidadores".
- \* Meeroff M.: "Síndrome de Tomas y Bum-out". Enfermedad laboral del médico. Psicopatología Laboral. Revista de la Asociación Médica Argentina. N 1. 1997. Bs. As.
- \* Neyraut, M.: "La Transferencia". Editorial Corregidor. Bs. As. 1976
- \* Paz, Rafael: "Psicopatología, sus fundamentos dinámicos". Cap. 4: El enfermar como proceso. Ed. Galerna. 1971. Mat. CIMFPS.
- \* Sardi, R; Fischer, H: "El Síndrome de Tomas ataca al Médico'. Revista Consultor de Salud. N 144. Año 1996.
- \* Terroni, N; Tedeschi, H.: "Crisis en los profesionales de salud". "El Síndrome de Burn-out". Revista de Psicólogos. Distrito X. Mio 3. Nro. 10.

## CONCLUSION FINAL:

La idea en un principio del trabajo fue conocer la evolución del cuadro llamado: Síndrome de Burn-out, en el profesional del campo de la salud, entendiéndose por esto: Prevención, factores desencadenantes, aspectos sociales, económicos, etc ; que propiciarían el desarrollo del cuadro.

Se le dió una lectura desde el campo de lo Psicodinámico.

En un principio, se mostró el perfil del terapeuta y las características de su campo de incumbencias, nos encontramos así, con un conjunto de factores que predisponen a desencadenar una enfermedad mental y/o física, tal idea esta presente desde el inicio mismo del trabajo donde se cita que "...el Psicoanalista, el Terapeuta, trabaja ante todo con su Icc.", además de vislumbrarse temas como Actitud Clínica, transferencia, contratransferencia, alianza terapéutica, saber y uso del no saber.

Avanzando un poco más en el trabajo, nos encontramos con los atravesamientos sociales, a modo de influencias constantes y cambiantes de difícil manejo ( en cuánto a los riegos que la tensión en lo social implica), también se trabajan aspectos de relevancia como son la historia y la subjetividad ( características del nuevo sufrimiento psíquico), surgiendo una primera hipótesis sobre PREVENCIÓN para el personal del campo de la salud.

Posteriormente, basándonos en lo hasta aca visto entremos en el campo de los riesgos que el Psicólogo tiene en su trabajo diario, recalcando una vez más la importancia de la labor preventiva dentro de las Instituciones. Se considera al profesional y al paciente dentro de un mismo nivel de peligrosidad de contraer una enfermedad de tipo mental.

Luego entramos de lleno dentro de lo que significa en sí, el cuadro llamado SINDROME DE BURN-OUT, que es la pieza troncal de esta Investigación, donde se puede constatar de que se trata de una enfermedad de tipo *laboral* que contraen los profesionales que trabajan con personas, que adquiere habitualmente cronicidad, sin distinción de edad ni sexo, que inside en el desempeño laboral, que posee un tratamiento muy complejo y de escaso resultado aún; son profesionales que se sienten atravezados por su trabajo, pero que en un 15% de los casos la sintomatología es tan grave que cruzan la línea, uno de los síntomas más llamativos y de peores consecuencias es el desinterés progresivo que el profesional de la salud tiene con sus pacientes: empieza evitando los casos más difíciles y a tener síntomas de agresividad con los pacientes, en los casos más graves.

También son muy significativos los índices Epidemioilógicos, sobre apariciones a edades cada vez más tempranas, en profesionales de este campo.

Me pareció pertinente escribir un conjunto de sugerencias para concluir con este trabajo:

- 1- Mejorar la calidad asistencial.
- 2- Mejorar las dimensiones de calidad del servicio que se presta.
- 3- Definir las cargas máximas asistenciales.