



Intervención en un hospital geriátrico

Ricardo Hidalgo – Horacio C. Foladori



ANTECEDENTES

El Hospital que nos convocó no presentaba ninguna anomalía particular, simplemente se trataba de un centro de salud inquieto por pensar algunas dificultades en su funcionamiento; pretendía cambiar algo de la cultura interna y adecuarse paulatinamente a algunos de los cambios que se estaban visualizando en el medio social: mejorar el rendimiento de sus empleados, mejorar la atención a los pacientes y sobre todo convertir al Hospital en un lugar un poco más saludable (físico y mentalmente) para trabajar.

CONTRATO

Luego de varias entrevistas con el Director del Hospital nos atrevimos a proponer un modelo de funcionamiento que nos permitiera realizar simultáneamente un diagnóstico y una micro intervención, abriendo espacios nuevos y generando un muy incipiente modelo de reflexión sobre el acontecer del Hospital. Se propuso entonces trabajar durante 4 meses con dos grupos sucesivos de aproximadamente 12 integrantes cada uno, en sesiones semanales de una hora y media. Ello suponía intervenir sobre el 25% de los funcionarios de la institución. El equipo de especialistas dispuso la utilización de la técnica del grupo Balint que proveía de un modelo de intervención psicodinámico, generando la libre asociación focalizada en las vicisitudes del trabajo, privilegiando el intercambio verbal facilitando así la simbolización y la historización de los participantes. También formó parte del marco teórico del equipo técnico el grupo operativo de Pichón-Rivière y los referentes conceptuales y técnicos de intervención institucional desarrollados por la corriente del análisis institucional francés. El primer grupo sería integrado de manera heterogénea por personal seleccionado por la administración de la institución según criterios propios. El segundo quedaría abierto a las conclusiones que se pudiesen extraer del primero. La única condición establecida por el equipo consultor consistió en que los grupos fuesen de participación voluntaria. Finalizados ambos grupos(*), se elaboraría un informe detallado sobre la situación de la institución así como una serie de propuestas con vistas a profundizar algunas líneas de trabajo, según los objetivos propuestos. Por tanto, esta primera experiencia (piloto) se constituía en un primer momento de un trabajo a largo plazo. (*) Ponencia resumida de un trabajo más extenso a publicarse próximamente en la Revista Psicología, de la U. de Chile

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA INICIAL

El primer grupo incorporaba un personal variado, a saber: en su mayoría auxiliares, además de un médico, una asistente social, un kinesiólogo y una nutricionista, todos ellos integrados por elección directa de la Administración del centro. Quedó claro de inmediato una cierta «confusión» entre los integrantes que no sabían si estaban allí por decisión propia o porque la institución los había enviado. En todo caso, fue significativo el sentir de varios de los miembros que manifestaron que si bien originalmente tenían deseos de asistir por propia motivación, cuando se enteraron de que era «obligatorio» se sintieron tanto decepcionados como molestos por la actitud de la institución que sintieron como autoritaria. Si bien ello podía constituir una fantasía natural en grupos institucionales, la misma se vio corroborada en los hechos por una sanción administrativa que fue aplicada a uno de sus miembros, quien se había negado a asistir a la primera sesión. Frente a este hecho – el que de algún modo marcó todo el desarrollo del taller – la palabra del equipo de especialistas (realizada tanto en la propuesta presentada como en la consigna de trabajo dada al grupo) quedó invalidada, ya que la estructura institucional decidía, finalmente, acerca de la suerte de los participantes. De algún modo, la institución los había privado de su palabra. Afortunadamente, esta apreciación evaluativa permitió cambiar radicalmente el enfoque del Equipo técnico para el segundo grupo – aspecto que había sido previsto por cuanto los grupos habían sido planificados para este efecto, de manera secuencial. El Equipo de especialistas redactó un llamado el que fue acogido por la institución que lo difundió, constituyéndose en 15 días un segundo grupo con características sustancialmente diferentes al primero, a saber: – la mayoría de los integrantes eran del sector administrativo del Centro. – todos ellos concurrieron porque así lo deseaban. Puede decirse, asimismo que mucho de lo que aquí se expone fue posible por la comparación entre los dos grupos, si bien ambos operaron de manera dispar, el discurso de cada grupo fue tomado como mostrando los diversos aspectos de la vida institucional, de sus obstáculos, de su sentir y de su devenir, así como de las expectativas de cada uno de los funcionarios que laboran en su interior. En síntesis, el discurso producido por cada grupo se estructura como las dos caras de una misma moneda.

FACTORES DE ANALISIS

1. La problemática del alta

El alta constituye un indicador privilegiado ya que condensa un sin número de efectos y afectos. Desde un punto de vista teórico se puede decir que el alta establece el momento de corte, de separación entre el adentro y el afuera institucional. Separación donde se juega la conclusión de un proceso y donde se evalúan los resultados: tanto el paciente como la institución se separan el uno del otro y discriminan cada uno lo propio. Momento de duelo en el que se acepta o no la independencia a partir de la tristeza que implica abandonar lo que se tenía. El duelo que realizan los funcionarios supone admitir que el paciente «se curó» por lo que su ayuda ya no es necesaria. Para el paciente, el duelo implica tener que reconocer que el Centro Geriátrico no es su casa y que debe hacerse cargo de sí mismo de ahora en adelante. Desde la perspectiva institucional, el alta es el momento en el que se cumple el objetivo y la institución demuestra su eficacia; su existencia queda así justificada. Por ello, es posible afirmar que tal vez sea en el momento del alta donde la

institución se juegue su verdadero sentido. En tanto Centro asistencial tiene como cometido incidir en un proceso de cura (según los tiempos estipulados para ello) . En algunos casos pareciera que el Centro tiende a convertirse en un asilo. ¿Porqué sucede esto? El grupo humano de funcionarios alimenta la idea de que nadie cuida mejor al anciano que el Centro y a su vez el anciano se gratifica con la idea de que está curándose y que por el motivo de estar enfermo, recibe atenciones que no recibiría en su propia casa estando sano. El beneficio es para ambos por lo que el resultado es la saturación del Centro: son siempre más los que llegan que los que se van. Se alimenta así la idea de que del Centro se sale muerto.

2. Historia personal e historia administrativa.

«El futuro es envejecer». Trabajar en el Centro es contar con un empleo público, lo que en los hechos significa un empleo de por vida. Y ello no es poca cosa en este modelo económico que se ha caracterizado por introducir la inseguridad entre las personas. Desocupación, privatización del sistema de salud y de previsión, las personas aún no se acostumbran a que no cuenten ahora con lo que contaron buena parte de su vida, sobre todo aquellos que tienen más de 35 años de edad y que vivieron en otra época. Por tanto el empleo hay que cuidarlo. Pero el empleo no ofrece a la luz del funcionario, estímulos suficientes para volcarse a él de manera creativa y productiva. La falta de incentivos es un denominador común, el escalafón es muy limitado y se requieren muchos años para poder ascender. No hay muchas posibilidades para cambiar de tareas por lo que el trabajo se convierte en una cosa muy rutinaria, tediosa, aburrida y poco gratificante, sobre todo cuando todas las semanas hay ancianos que fallecen, lo que no deja de deprimir. Se generaliza así un estado de apatía profundo que más allá de la buena disposición momentánea, se revierte en un clima laboral pobre en ideas y en relaciones tensas de trabajo.

3. Institución hacia adentro e institución hacia afuera.

Se trata de cotejar las imágenes que el Centro genera: hacia el exterior y hacia su interior. En el primer caso, el Centro resulta un lugar de movimiento. Se dictan cursos diversos para especialistas y se entrenan personas en el manejo primario del anciano, se plantean proyectos productivos y se recupera la atención del anciano en los espacios comunitarios. Todo ello, y otras iniciativas se dirigen a posicionar al Centro en un lugar particular, liderando el trabajo con el anciano en el medio. Así, se ha ganado un reconocimiento público por su labor. Ello no está en duda. En el otro polo, el Centro supeditado a su vez a una política económica nacional, resulta el lugar de lo estático; a nivel interno el Centro congela a sus funcionarios, bajos salarios, pocas posibilidades de ascenso, carencia de incentivos, trabajo sentido como poco productivo, insatisfacción, ausentismo, etc.; todo lo cual brinda una imagen un tanto gastada y apática de su devenir. ¿Cómo pensar estrategias que relacionen estas dos imágenes tan disociadas? ¿Cómo introducir metodologías y estrategias destinadas a rescatar en lo interno lo externo, como una manera de autovaloración a través de aquellos aspectos más positivos que el Centro presenta? ¿Cómo reconocer en lo externo lo interno, generando condiciones reales desde el afuera, en las que el Centro se ubique de otro modo consigo mismo y con el entorno del Estado?

4. Relación de los funcionarios con la institución y con ellos mismos

La institución se preocupa de sus funcionarios de manera burocrática y paternalista, es decir, continuando el movimiento mecánico sin altibajos ni sobresaltos. Nada es más importante que otra cosa en el orden institucional y así lo sienten los funcionarios. A su vez, la institución dispone de todo, de manera autocrática: * dispone del horario (puede organizar actividades fuera del horario y los funcionarios deben asistir igual)* dispone del deseo de los funcionarios; es ella que decide si deben o no hacer tal o cual cosa.* dispone de la vida familiar de los funcionarios.* dispone de la calidad del trabajo ya que determina los grados de satisfacción y de frustración de sus funcionarios. La manera en cómo los funcionarios hablan se condensa en el modelo de

LA QUEJA.

En ambos grupos, el modelo es el mismo y reiteradamente se puede escuchar como un pensamiento rumiante que plantea sus reflexiones en términos de una demanda, de un pedido letárgico y hasta en algunos casos, hipocondríaco. La queja guarda la función de asegurar un cierto ostracismo de lo cotidiano, un particular alejamiento del sufrimiento y del involucramiento. Dado que siempre hay algo de qué quejarse, se cuenta así con un instrumento que inhabilita, que protege del pensar y sentir en el «aquí y ahora» institucional y que tácticamente coloca a todos los funcionarios enfrentados con todos los demás. La queja además da cuenta de la impotencia frente a una cotidianeidad que no pregunta y que se impone a pesar de las voluntades personales. Y tal vez, también la queja sea una manera de identificación con los pacientes, ancianos que tienden, en muchos casos, a generar pena, compasión, culpa, como una manera de seducción para lograr mejor trato. La queja nos invita a pensar en un estado regresivo más o menos permanente que se caracteriza por culpar al afuera y no hacerse cargo de las propias responsabilidades personales. Son siempre los otros los que no hacen lo que deberían hacer. La esencia de la queja se define como algo – una falta – que se pide a otro que se haga cargo. Si la falta se asumiera como problema, se vería surgir el deseo de pensar las acciones que tiendan a construir sobre la carencia. La queja muestra entonces una actitud más primitiva. Ahora bien, hay que interrogarse también acerca de las condiciones institucionales que producen la aparición de la queja y no del deseo de construir creativamente. Por otro lado, los funcionarios se sienten en esencia un buen equipo. Así, hay un factor grupal que los hace también esforzarse para tapar los «huecos» de los compañeros. Esto se relaciona con una respetable exigencia a ser mejores y a hacer mejor las cosas, exigencia que muchas veces impide la escucha de las necesidades personales y de la de los pacientes. El discurso en los grupos es inicialmente desde el «deber ser» – seguramente para mostrar ante extraños que conocen el oficio y también para dar cuenta de este «alentarse» permanente que hacen los equipos. Tiempo después pueden comenzar a reconocer algo de la realidad de su trabajo:- que no «aman» tanto a los ancianos. – que el trabajo con ellos no siempre es gratificante. – que es agotador.- que hay trabajos que son rechazados porque producen repulsa. – que no conforman un equipo tan concertado y que tienen problemas de responsabilidades. – que si bien cada quien hace lo que debe, a veces «otros les cargan la mano». – que se entristecen cuando un anciano muere o cuando

no es aceptado en la familia, al ser dado de alta. – que no le ven muchas perspectivas a su trabajo. – que la solidaridad entre los funcionarios es cosa del pasado. En suma, el clima laboral se ve teñido por una suerte de inercia regresiva en la que – por el tipo de trabajo y por las condiciones del mismo – juega un importantísimo papel el movimiento emocional, el que no alcanza a ser contenido por las exigencias del trabajo mismo. Si bien en general se puede afirmar que todo el mundo trabaja mucho, hay factores desgastantes que generan una especie de desubicación con respecto a las responsabilidades concretas que el trabajo implica. El pensar sobre la tarea ha sido desplazado por el sentir con respecto a los compañeros, constituyéndose un ambiente en el que pesan más las características «familiares» que las «laborales».



[Regresas a Artículos](#)

Texto del archivo de la Escuela de Psicología Grupal Enrique Pichon-Rivière · Análisis Institucional.