

Algunos problemas del psiquiatra



Dr. Zeirith Rojas Alfaro



La razón de este trabajo es mi deseo de expresar algunas ideas acerca de problemas que he visto y vivido.

No pretendo ser exhaustivo, ni siquiera tener la razón. Sólo quiero transmitir mi parecer, con la esperanza de que lo que digo encuentre eco en otros, y éstos quieran ir más allá.

Me voy a referir especialmente al psiquiatra que trabaja con pacientes hospitalizados, en Costa Rica. Pero mucho de lo que diré, probablemente, se aplique a otros trabajadores, como psicólogos, enfermeras, etc. El tipo de problema del que hablaré ya fue descrito hace más de diez años. (Para bibliografía, véase "Burnout. From Tedium to Personal Growth", escrito por Ayala M. Pines, Elliot Aronson y Ditsa Kafry y publicado por The Free Press, de New York).

Hace casi treinta años comencé a trabajar en el antiguo Hospital Chapuí. Más de una vez he contemplado con tristeza la aparición lenta y progresiva de patología psiquiátrica en algún colega. Claro que, esta misma patología, la encontramos en cualquier otra profesión; y un psiquiatra puede suicidarse, lo mismo que un oncólogo puede morir de cáncer. Algunos

habrían enfermado en otro trabajo; pero, en general, un aperezamiento, falta de interés y desilusión se va apoderando, no de un médico, sino de toda la institución. Los individuos se preguntan ¿qué pasa? y generalmente acaban culpando a otros colegas o profesionales.

Se espera que el Médico Residente, a través de sus estudios, logre una visión objetiva del enfermo mental y de su enfermedad.

Cuando se gradúa, para enfrentarse al caos de sentimientos, ideas y actos que representan la enfermedad mental, posee dos armas: sus conocimientos y sus propios sentimientos. Aunque la especialidad de la psiquiatría está más atrasada que otras especialidades médicas, el psiquiatra recién graduado conoce palabras mágicas, como "neurotransmisores", "transferencia", "reforzamiento positivo", etc., que le señalan la ruta para aclarar el caos. Pero aun así, cuando uno se enfrenta a una situación determinada, con un determinado paciente, es muy fácil no saber qué está pasando, y sin embargo, recibir el impacto emocional. Esto lo viven, en forma más intensa, aquellos empleados que tienen un contacto más directo y más prolongado con el paciente. Este último, con gran frecuencia, trata al



psiquiatra como si éste fuera otra persona; puede que hasta le cambie el nombre. Puede adorar o detestar al médico, sin que éste sospeche el motivo. Esto cansa mucho. El psiquiatra tratará de entender y de ayudar al paciente; muchas veces, sin éxito; y, lo que resulta más duro, el paciente puede no agradecer sus esfuerzos.

Quien estudia medicina, lo hace para acabar con la enfermedad; y tal vez, sin que se lo reconozca a si mismo, para acabar con la muerte; en el fondo, su propia muerte. Quien estudia psiquiatría, lo hace buscando acabar con el dolor del alma y con la locura; y eso parece ser tan difícil como acabar con la muerte. Los pacientes y sus familiares necesitan creer que alguien puede acabar con el dolor y la muerte; así, esperan, en sus fantasías, que el médico sea un dios benefactor. Cuando muchos ansían que uno sea de determinada forma, uno se siente obligado a ser así. Pero la vida se encarga de frenar el endiosamiento del médico: todos sufrimos y todos morimos. Si el médico, o el psiquiatra, cae en la trampa de pretender actuar como un dios, irremediablemente descubrirá su incapacidad y esto lo llevará a la depresión. Para salvarse, podría negar la realidad, cayendo en la manía. El resultado más probable es que el psiquiatra se deprima un poco; si a esto se agregaran problemas ajenos al trabajo, el cuadro se complica. Los médicos, en general, logran bastantes curaciones y esto los ayuda a no sentirse incapaces. El psiquiatra se enfrenta a

incapaces. El psiquiatra se enfrenta a patología más persistente; muchas veces, el paciente actúa como si prefiriera seguir enfermo. Esto hace más dura la profesión del psiquiatra. Después de un tiempo de estar sometido al choque con la patología mental, el psiquiatra comienza a defenderse: se aleja, de distintas maneras, de la fuente de sus frustraciones; habla, menos rato con cada paciente; llega tarde al pabellón y se va más temprano; se tarda más en la cafetería; gasta más rato charlando con sus colegas u otro personal. Algunas técnicas pueden traer resultados positivos (dedicarse a la docencia o a la investigación); otras, pueden ser nocivas y repercutir en la vida privada (refugiarse en el alcohol, drogas o sexo). Algunos fuman como si quisieran espantar a los pacientesmosquitos.

Los trastornos psicosomáticos podrían tener aquí un lugar. Es claro que, si el psiquiatra huye de la relación cercana con el paciente, su trabajo va a deteriorarse. Y esto aumentará su sentimiento de fracaso.

El psiquiatra se enfrenta a mucho dolor; esto desgasta. Necesita recibir afecto, apoyo, admiración; necesita de algo que lo haga sentirse valioso; podríamos decir que necesita que le recarguen sus baterías. Nuestro sistema hospitalario no es muy bueno para esto. Por ejemplo, nuestros médicos no pueden recetar aquellos medicamentos que no están dentro de la lista de los aprobados por la institución. Otras medicinas



sólo pueden ser recetadas por otros tipos de especialistas. No podemos recetar medicamentos no psiquiátricos a empleados de la institución. Esas reglas tal vez sean necesarias, pero son letales para la imagen de sí mismo que tiene el médico. El psiquiatra de nuestro hospital se ve obligado a cuidar de tantos pacientes, que se ve obligado a tratar de llevar a cabo una tarea imposible. Yo envidio al cirujano: nadie le pide que opere en menos tiempo del que él necesite para hacerlo. Con el personal que tenemos, nuestras metas son grandiosas: queremos tratar a pacientes de todas las edades, hospitalizados y ambulatorios; psicóticos, neuróticos, etc.; rehabilitar y hacer prevención primaria; además, docencia e investigación. Abarcar tanto es hacer las cosas mal; eso nos deprime; y el círculo continúa. El personal no se puede aumentar por falta de dinero. Esta ambición desmedida por hacer más y más, se traduce en horarios y programas no realistas; y, paradójicamente, esto nos lleva a hacer menos y a hacerlo mal. Otro factor dañino: tal vez porque sentimos que damos mucho y recibimos poco, nos negamos con frecuencia a darle al colega; pasivamente, no le damos apoyo; o, en forma activa, exigimos tanto del otro, que nuestra crítica se vuelve destructiva.

Si lo que he dicho es cierto, debemos corregir nuestro rumbo. Como primer punto, deberíamos comprometernos a hacer planes realistas, que tomen en cuenta la dificultad del trabajo que queremos hacer y nuestras limitaciones.

‘Todo el personal que tiene que lidiar directamente con el paciente psiquiátrico, está expuesto a un mayor desgaste emocional que el personal de otros trabajos. Por lo tanto, debe tener metas definidas y posibles, con horarios que permitan terminar las tareas. No es sano que el trabajador, rutinariamente, esté laborando horas extra. Con este método, lo que la institución logra es que pronto sus empleados dejen de ser eficientes. Se debe evitar que un trabajador repita, como máquina, un mismo trabajo, indefinidamente. En lo posible, el trabajador debería hacer el trabajo que le dé más satisfacción; pero, aun así, debería buscarse que se dedique a diferentes actividades, alternando las de contacto directo con el paciente con otras que le permitan descansar mientras aun trabaja. Las reuniones del personal, para fines administrativos, docentes u otros, permiten variar de actividad y descansar, mientras se hace algo benéfico para la institución. Sería magnífico promover algún sistema que permita que quien hace algo bueno, reciba reconocimiento. El sistema “democrático” de que lo mismo reciben el bueno y el mal trabajador, es destructivo.

Todo empleado debería tener supervisión, lo cual significa recibir retroalimentación. La Residencia debería destinar más tiempo al estudio y al trabajo supervisado y menos a guardias. Preferiblemente, debería durar cuatro años. Y los psiquiatras ya graduados deberían tener programas de Educación Continuada.



Además, debería de haber facilidades para que el empleado que se sienta aburrido de su trabajo pueda recibir la ayuda apropiada.

Es cierto que tenemos vacaciones profilácticas; pero su efecto se pierde, si, por otro lado, trabajamos más de lo debido. Ultimamente se nos dan incentivos económicos por trabajar en docencia y en investigación. El dinero ayuda, pero no es todo. Es muy importante que el empleado tenga relaciones personales satisfactorias que compensen por las frustraciones de la relación con los pacientes. Y es muy necesario que el trabajador sienta, con convencimiento, que su labor es valiosa y que él la hace bien.

Se le ocurre a uno que, una forma de resolver este problema, sería tratar de identificar a los médicos más propensos a desarrollar este cuadro y no aceptarlos en la Residencia. Pero, según los autores arriba mencionados, los más propensos son los más idealistas, aquellos que más desean ayudar a los pacientes y más aspiran a hacer bien las cosas. Estos autores proponen, más bien, escoger a estas personas y cambiar el ambiente para que no los afecte en forma tan destructiva.

Para poder resolver un problema, el primer paso es darse cuenta de que éste existe. Pregúntese, el lector, si existe en nuestro hospital algo de lo que he dicho. Si la respuesta es sí, pregúntese si valdría la pena hacer algo al respecto.