

AGOTAMIENTO PROFESIONAL Y TRAUMATIZACIÓN EN EL CAMPO DE LA DISCAPACIDAD JORGE CANTIS ¹**Publicado en Actualidad Psicológica “Discapacidad Hoy”. N° 362 Abril 2008**

Introducción

La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (C.I.F.) es un documento publicado por la Organización Mundial de la Salud que inscribe la discapacidad en el contexto más amplio de la salud.

En este contexto la C.I.F. desplaza el interés hacia la vida en contraposición con los indicadores tradicionales de la salud basados en la tasa de mortalidad. La C.I.F. está basada en la integración de los dos modelos conceptuales: el modelo médico y el modelo social. En esta integración de ambos modelos es fundamental dar el sostén a la familia que tenga un miembro con discapacidad transitando por una situación traumática (Cantis, J. 2001).

Lo más frecuente es que las familias con un integrante con discapacidad se replieguen o desarrollen una tendencia reactiva y busquen ayuda profesional. De la misma manera que la familia puede estar traumatizada igual les ocurre a los profesionales, quienes corren el riesgo de un agotamiento profesional.

¿Cómo cuidar a los que cuidan?

Concepto Tradicional de Burn-Out

El Síndrome de Burn-Out (quemado o de desgaste) fue descrito en 1974 por el psicólogo clínico Herbert Freudenberg quien trabajaba con personas con problemas de adicción en una clínica de Nueva York.

Este psicólogo observaba que paulatinamente el personal voluntario iba dejando de funcionar adecuadamente en su trabajo, manifestando síntomas de agotamiento emocional, falta de realización personal, deshumanización, manifestaciones físicas y mentales y problemas de conducta.

Charles Figley (1995) describió el trauma vicario que se manifiesta en los profesionales como un fuerte estado de tensión permanente al estar expuesto en forma constante al trauma, a lo crónico, al dolor y al sufrimiento constante del otro.

2.

Albert y Gaulejac (1993) reformularon el concepto de Burn-Out y lo definieron como una enfermedad de la idealidad, poniendo la mirada en el funcionamiento inadecuado

de las instituciones. La problemática ya no está centrada solamente en el efecto de la cronicidad de los pacientes sobre los profesionales, sino en la falta de sostén institucional para estos últimos.

En un trabajo muy interesante y con aportes muy significativos, Eva Giberti (2001) defiere el estrés del Burn-Out discriminando que en este síndrome lo que está afectado es la identidad del profesional y que en el estrés esto no se genera.

En mi experiencia como psicoterapeuta y supervisor he recibido varias consultas de profesionales del área de la salud y de la educación con significativas crisis de identidad profesional: necesitaban tomar distancia del campo de la discapacidad e intervenir en otras especialidades de su profesión. La impotencia y la frustración eran uno de los indicadores más salientes.

Agotamiento profesional y neurosis traumática

Freud (1926) al desarrollar el concepto de trauma lo plantea como básicamente económico y como la imposibilidad de tramitar las incitaciones tanto endógenas como exógenas.

La investigación de la fijación al trauma puede culminar con el apego a un proceso tóxico de la pulsión como en las patologías del desvalimiento (adicciones, afecciones psicosomáticas, enfermedades terminales y discapacidades) (Maldavsky, D. 1993).

Una de las problemáticas en las neurosis traumáticas es la dificultad de cualificación de los estímulos con una significativa alteración económica.

Muchas veces los profesionales, en el trabajo cotidiano con las personas discapacitadas, se sienten invadidos por fuertes sentimientos de impotencia que no pueden procesar y que generan un gran obstáculo en los abordajes terapéuticos. Son procesos de indiscriminación e identificación con la apatía y el letargo de la persona con discapacidad.

Sabemos que uno de los mecanismos necesarios para el trabajo en la clínica es la disociación operativa. Pero me pregunto si es suficiente este mecanismo ya que en la clínica de la discapacidad hay mucho del impacto de lo visual y no sólo de lo discursivo del paciente. ¿Cómo se posiciona un profesional frente a las deformidades físicas de su paciente y cuánto de lo siniestro retorna en el psiquismo del terapeuta?

La clínica de la discapacidad se refiere a cuerpos desvalidos, pasivos, con subjetividades arrasadas y a la forma en que el terapeuta debe vincularse a través de la ternura evitando

sentimientos de lástima y de compasión que, sabemos, son un severo obstáculo para los abordajes.

Sentimientos del Terapeuta

Hay sentimientos que se despiertan en los terapeutas que derivan de la neurosis de estos y hacen de resistencia y existen sentimientos que derivan de los conflictos inconscientes del terapeuta.

Freud plantea que ningún terapeuta va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y juicios internos. Este es un tipo de afecto que puede tener el terapeuta y que hace de resistencia.

El profesional tiene una cantidad de sentimientos que son despertados por el paciente y a los cuales el terapeuta le puede prestar su riqueza interna o sea, en tal situación la mente del terapeuta está tomada en arriendo, en alquiler por el paciente.

Muchas veces lo anterior implica algo de neurosis del terapeuta, pero la cuestión es mucho más objetiva que subjetiva, depende mucho más del tipo de paciente que de la cuestión del terapeuta.

Toda esta perspectiva nos introduce a la problemática de la contratransferencia.

La contratransferencia abarca a todos los sentimientos y no depende ni de la cualidad ni de la intensidad del sentimiento porque puede ser cualquiera: furia, compasión, rechazo, asco, impaciencia. No depende ni del sentimiento ni de la intensidad del sentimiento sino del modo de producirse, del origen del sentimiento en cada terapeuta. Porque puede ser producido por la neurosis del terapeuta, por contagio afectivo ó por empatía (Cantis, J. 1999)

Muchas veces ocurren los tres procesos al mismo tiempo, lo más conveniente es que el terapeuta logre diferenciarlos.

Agotamiento profesional y problemas con la empatía

Una de las problemáticas en el campo de la discapacidad es la tendencia a la inoculación del carácter de excepción por parte del paciente y su grupo familiar.

El carácter de excepción consiste en que la persona con discapacidad y su grupo familiar se siente con el derecho a pasar por encima de los reparos que detienen a otros y la discapacidad aparece como sentimiento de injusticia y afán de venganza.

Muchas veces frente a esta situación planteada los terapeutas se indiscriminan pasando de la lástima a la autolástima con lo cual fracasa el proceso de empatía. Y esto es un gran indicador de agotamiento profesional enmascarado.

La herida narcisista del terapeuta lo lleva a realizar intervenciones inadecuadas estableciéndose una alianza nefasta con la imposibilidad del otro. Su sentimiento de autolástima lleva a que se extienda el problema especialmente en el marco institucional, donde se va expandiendo hacia los niveles directivos, los cuales recíprocamente sienten lástima por los profesionales que asisten a pacientes desvalidos y a su vez estos directivos buscan o despiertan lástima en las instituciones gubernamentales o en las O.N.G. Todo esto tiene un gran costo social en lugar de un efecto revitalizante.

También este sentimiento de lástima hacia el profesional se extiende a los familiares de aquellos terapeutas que asisten a personas discapacitadas.

Durante las supervisiones institucionales muchas veces he observado en los equipos interdisciplinarios procesos de contraidentificación, en la cual los terapeutas empiezan a superponer sus propios sentimientos con los del paciente ó con el grupo familiar.

Este efecto de contagio afectivo, en que las palabras y las conductas y actitudes de la persona discapacitada producen un efecto hipnótico en el terapeuta, hace que éste nivele por lo bajo y genera un proceso en que su mente permanece apagada al percibir que en el paciente discapacitado la conciencia está desactivada. Es tal el abrumamiento del terapeuta que hace una regresión a núcleos aletargados.

Riesgos de agotamiento profesional en el campo de la discapacidad

La clínica de la discapacidad nos enfrenta a situaciones de riesgo de desgaste profesional por la complejidad de las variables que intervienen.

Tales variables las podemos enumerar como: niños discapacitados con extrema pasividad y letargo ó su contrapartida de hiperactividad, padres con fuerte discurso querellante en las instituciones, tendencia de los padres a la hiperinformación diagnóstica con su desmentida patológica de la realidad psicofísica de su hijo, maltrato pasivo ejercido por los padres con el hijo discapacitado, un tipo de maltrato en que no hay gritos ni golpes. Este último va desgastando al terapeuta por la invisibilidad de la violencia familiar. También la desinvestidura materna expresada en actitudes de abandono como no realizar los seguimientos médicos de su hijo discapacitado, generan en el terapeuta fuertes estados de agotamiento .

Otra situación de riesgo de agotamiento se presenta en la problemática de la sexualidad, en especial en los adolescentes con retardo mental con respecto a escenas de masturbación compulsiva y exhibicionista, ya que los profesionales quedan sin recursos para poder intervenir adecuadamente.

Las problemáticas relacionadas con el equipo interdisciplinario se observan claramente en escenas de agotamiento en especial cuando los profesionales pierden la autonomía de su propia disciplina, obturando su especificidad y aceptando el “tutelaje epistemológico” tal como lo plantea Castorina. El profesional se siente perdido y acepta la anulación de su disciplina y se subordina a otra. Este fenómeno lo he observado claramente en los espacios de supervisiones institucionales en el marco de Escuelas Especiales ó Centros de Día en que los profesionales pierden el discurso propio de la disciplina para adoptar el de otra disciplina, psicologizando todo el tiempo la problemática de la persona discapacitada y desestimando por ejemplo los factores orgánicos, tales como lesiones cerebrales.

También está el riesgo institucional de mimetización e identificación con la problemática de la personas discapacitadas ya que estas instituciones quedan encerradas en un fuerte asistencialismo endogámico sin posibilidad de circular en los medios científicos ó en las presentaciones de trabajos en jornadas y congresos.

Procesos identificatorios y agotamiento

En mi experiencia clínica con el abordaje de personas adultas con discapacidad adquirida, como por ejemplo: severas secuelas cognitivas, sensoriales, motoras y emocionales a consecuencia de un stroke (ataque cerebral) o de un accidente de tránsito, el terapeuta corre el riesgo de no confiar en el potencial del paciente identificándose con el extremo pesimismo del afectado. Es tal el sufrimiento y la vulnerabilidad de los adultos con discapacidad adquirida que el terapeuta, al sentirse invadido por tal dolor psíquico, adopta una actitud paternal abandonando su función psicoterapéutica, posicionando al paciente adulto como un niño y fomentando en él conductas infantiles.

Uno de los sentimientos que se despiertan en los terapeutas es el estado de pánico como efecto y angustia identificatoria. Me refiero en especial a aquellas situaciones de acceso brusco e inesperado al mundo de la discapacidad como por ejemplo en los accidentes cerebro-vasculares o en los traumatismos de cráneo a consecuencia de un accidente de tránsito. En estas situaciones el terapeuta puede fantasear el riesgo de verse involucrado en una situación similar a la de su paciente lesionado cerebralmente.

Otro aspecto es la desconfianza del potencial del paciente o sea la transmisión de su pesimismo al terapeuta a quien contagia dicho estado ligado a la frustración del deseo ambicioso (Cantis, J. 1999).

La desconfianza desemboca por parte del paciente en el impulso de arruinar todo proyecto clínico como un intento de esterilizar ligado con la envidia.

¿Qué sucede cuando se advierte el goce del paciente en arruinar todo? El terapeuta reacciona con una tendencia a hablar e intervenir en exceso. Siente que no ha dado lo suficiente y ello porque el paciente adopta una actitud que es una mezcla entre arruinar y demandar. Frente a esta situación el terapeuta puede quedar confuso y una de las manifestaciones de este hecho es el aceleramiento vertiginoso y la entrada a una hiperestimulación sensorial para despertar al paciente lesionado cerebralmente, para sacarlo del estado de sopor.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el exceso de estimulación implica el riesgo de violentar al paciente, lo cual debe evitarse.

También aparecen sentimientos de culpa en el terapeuta por advertir las diferencias entre el paciente y el profesional así como una tendencia a nivelar por lo bajo (Cantis, J. 2005).

Lo identificatorio se manifiesta en una clara desvitalización anímica del terapeuta que se expresa en somnolencia en la sesión con el paciente o en ataques de irritabilidad con el paciente con el objetivo de sacarlo de la apatía y el desamparo. Además las manifestaciones somáticas (mareos, alergias, taquicardia, problemas digestivos) son una clara expresión de la identificación con la angustia del paciente.

Todas estas manifestaciones del terapeuta lo llevan a intervenir con el paciente en dos modalidades: en una forma hostil e irritable (intervención intrusiva) o en una forma apática y somnolente (intervención con falta de cualificación por parte del terapeuta); en ambas situaciones el profesional pierde la meta clínica hacia adonde se dirige.

Como defensa del proceso identificatorio encontramos en el terapeuta una marcada tendencia al furor curandi o su contrapartida, que se presenta desahuciando al paciente.

En la actitud de desahuciar se observa claramente un proceso de desinvertidura en la que el terapeuta desaloja de su mente al paciente. Pero lo más complicado es la actitud clínica de algunos terapeutas que habiendo desahuciado al paciente lo siguen atendiendo; todo esto se liga con cuestiones éticas y con una identificación con el paciente, pues en el fondo el terapeuta siente que la persona discapacitada no tiene esperanza respecto de él, ya que el desahuciarlo tiene que ver con una falta de futuro. Y esa mezcla entre desahuciar y seguir atendiendo sin esperanza daña mucho al terapeuta porque no termina creyendo en aquello en lo que se formó.

También podemos hablar de un atrapamiento clínico donde el terapeuta pasa a ocupar inadvertidamente el lugar de un personaje en una escena traumática del paciente. Por ejemplo en los adolescentes con retardo, que relatan que en la casa todos le gritan y el terapeuta se descubre a sí mismo gritándole. El terapeuta está metido en una escena promovida por el paciente. Muchas veces el terapeuta no lo descubre y queda atrapado

(Maldavsky, D. 2007).

Otra forma de atrapamiento clínico se produce cuando los pacientes lentificados promueven la impaciencia del terapeuta y esto sucede por angustia de contagio.

Tan importante es el entrar en el atrapamiento clínico como la capacidad de rescatarse y en la medida que el terapeuta pueda rectificarse se evita el agotamiento profesional.

Lieberman (1962) plantea como operacionalizar la alianza terapéutica lo cual sucede cuando un terapeuta que aborda cuestiones oportunas se encuentra con un paciente que acuerda con él, pero cuando el terapeuta aborda cuestiones inoportunas el paciente lo orienta hacia cuestiones oportunas.

Los pacientes discapacitados al principio de un proceso psicoterapéutico suelen tener rasgos caracterológicos muy marcados tendientes a mantener un estado de parálisis o de nivelar hacia abajo, por lo tanto es importante tener en cuenta que el terapeuta muy a menudo debe rescatarse de los pacientes que desorientan la meta clínica.

Prevención del agotamiento profesional

Sabemos que la prevención en los profesionales de salud mental se basa en tres necesidades básicas: el análisis personal, la supervisión y la formación y actualización permanente. En este último punto he observado en los últimos diez años en la formación de los profesionales jóvenes, una tendencia a intoxicarse de conocimientos y saberes que no logran procesar y por los cuales quedan invadidos, de modo que muchas veces entran en conflicto con la especialidad o la orientación elegida.

La producción científica tanto como la investigación preservan al profesional en especial del agotamiento, ya que a través de ellas se pone en juego la creatividad y la toma de distancia necesaria respecto al desvalimiento cotidiano del paciente.

En el trabajo institucional son fundamentales las reuniones periódicas en las que tanto el personal profesional como el no profesional se encuentren en modalidad de taller para reflexionar acerca de las situaciones difíciles y luego continuar el proceso reflexivo en el marco de una supervisión.

Es importante evitar fragmentaciones en el equipo de trabajo y lograr un enfoque unificado en el mismo y aceptar la necesidad de una cabeza pensante que logre cohesión y organice las grandes metas.

Bibliografía

- Aubert, N. y Gaulejac, V. (1993): “El coste de la Excelencia”, Ed. Paidós.
- Cantis, J. (1999): “ La contratransferencia en la clínica de la discapacidad”, en “Contribuciones al trabajo Psicoanalítico con niños y adolescentes” Asappia, Ed. R. Vergara.
- Cantis, J.(2001): “ Discapacidad: Subjetividad, Vitalidad interior y Familia”, en “Trabajo Psicoanalítico con niños” Asappia, Ed. R. Vergara.
- Cantis, J. (2005): “Trauma, duelo y cuerpo de los adolescentes con discapacidad adquirida”, en C.D. Duelos en la infancia y la adolescencia, Modos de intervención. Jornada Anual Usal Asappia.
- Figley, C.R. (1995): “Compasión Fatigue”, Ed. Brunner/Mazel, Nueva York.
- Freud, S. (1926): “Inhibición, síntoma y angustia” Ed. Amorrortu. Tomo XVIII
- Giberti, E. (2001): “ Atención a niños y niñas víctimas: El efecto Burn- Out en los profesionales”, en “Maltrato Infantil; riesgos del compromiso profesional” Ed. Universidad.
- Liberman, D. (1962): “ La Comunicación en Terapéutica Psicoanalítica”, Ed. Eudeba.
- Maldavsky, D. (1993): “Metapsicología de las neurosis traumáticas”, Revista de Psicoanálisis, Tomo L nº 1.
- Maldavsky, D. (2007): “La intersubjetividad en la clínica Psicoanalítica, Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL)” Ed. Lugar.
- Maldavsky, D. , Cantis, J. , Duran, R. , Garcia Grigera, H.(2007): “Tres Casos de Afasia: Investigación de las erogeneidades, las defensas y su estado con el algoritmo David Liberman (ADL)” en “Subjetividad y Procesos Cognitivos” Nº 10 Lenguaje. UCES.