

Trabajo de enfermería, su novela laboral

Elena de la Aldea

Silvia Emmer

*Virginia Schejter**

¿De dónde procede el carácter de siniestro del silencio,
de la soledad, de la obscuridad?

S. FREUD "Lo siniestro".

La tarea de enfermería, lugar de encrucijada, pivote del equipo de salud, resume una vasta gama de matices que el dolor, el sufrirlo y provocarlo, tiene para el ser humano.

En el trabajo con la enfermedad, consideramos el rol de enfermería como riesgoso, tanto a nivel físico como psíquico, como una ocupación con un sufrimiento, un erotismo y un trabajo psíquico intenso.

El personal de enfermería ocupa ese lugar de mediación, de contención de emociones, fantasías y angustias, de contacto, donde el cuerpo se juega en relación a otro cuerpo en peligro, sufriente, en lucha, de alguna manera, entre la vida y la muerte.

El dolor -dice Joyce MacDougall- ese puente privilegiado que asegura el vínculo entre soma y psiques, interroga a todos los que se ocupan del sufrimiento humano.¹

Haciendo un rápido recorrido por los diferentes momentos de la obra de Freud sobre el tema del dolor², este aparece en una

* Elena de la Aldea. Psicóloga. Trabaja con grupos e instituciones.

Silvia Emmer. Psicóloga. Trabaja cuestiones de psicología grupal e institucional.

Virginia Schejter. Psicóloga. Trabaja sobre instituciones y comunidades.

¹ MacDougall, Joyce, *Alegato por una cierta anormalidad*, Petrel, Barcelona, 1982.

² Existe un interesante y completo trabajo de J.B. en *Entre le reve et le douleur*, Gallimard, Paris, 1977.

primera etapa relacionado con la imposibilidad de descargar y ligar dentro del sistema "psi" lo displacentero. Luego es asociado al erotismo como el placer y la excitación de recibir y producir dolor en el sadismo y el masoquismo. Más adelante, a propósito del narcisismo, Freud habla de la regresión producida por el dolor físico como una vuelta de la libido sobre el yo. Finalmente el dolor es asociado con el duelo por la pérdida libidinal del objeto amado o de ideales.

La enfermedad remite a lo más desconocido y temido por el hombre. A ese algo incomprensible al que el hospital como institución alude, desafía, pero también oculta. Lugar de recuperación que lleva a la salida -"el alta"- o depósito de dolor y muerte. Es un espacio donde la sociedad descarga lo finito, la vulnerabilidad humana. Entre paredes claras se produce el silencio.

Zona en que se juega el límite entre la vida y la muerte. Más allá el silencio, el velatorio, el cementerio.

La enfermera dentro del equipo comparte y disfruta de este desafío y también de este saber y no saber sobre lo imposible de la inmortalidad, fantasía más o menos presente en todos.

Llama la atención una frase escuchada repetidamente en un grupo de enfermería: "Me gusta trabajar en UTI" (Unidad de Terapia Intensiva). El quirófano, unidad coronaria y UTI son tal vez los lugares de mayor riesgo con respecto a la vida del paciente, también los más tecnificados, con normas y códigos muy específicos de lo que se debe hacer en cada momento. Aquellos lugares donde el ritmo del cuerpo se mezcla con el ritmo de los aparatos. Lo específicamente humano se confunde, se borra con la tecnología. Hombres y máquinas juntos en un último recurso para prolongar la vida.

" Se conecta, se desconecta" al paciente. La máquina ayuda a mantener esa fantasía de omnipotencia que encubre lo humano-mortal.

En este saber y no saber, en este desafío cotidiano tal vez encuentre más expuesta a sus vicisitudes que otros miembros del equipo. Cercanía del cuerpo, contactos más permanentes, más íntimos, relaciones intensas y poco duraderas -"una se olvida de las caras" dice una de ellas- la exponen a la necesidad de emplear una energía muy grande en mantener la ilusión y renovar los intentos.

Los fracasos, las distintas situaciones dolorosas, el desborde pueden fácilmente transformar el sueño en pesadilla.

En una investigación como enfermera realizada por Priece y Bergen³ se concluye

que la enfermera está constantemente obligada a luchar contra la idea de que ella no es capaz de hacer más para impedir que el enfermo muera.

Aparece así permanentemente - sobre todo en este tipo de servicios - la fantasía de que ese triunfo sobre la muerte *es posible* (pero ella no puede) y cuando sobreviene lo inevitable, las ideas de culpabilidad afloran rápidamente.

El hospital como institución repite historias nunca iguales. Imprevisibilidad, urgencia, gravedad no permiten anticipar. Es, dicen ellas, "vivir en sobresalto".

Este sobresalto produce un gran desgaste pero también da vuelo a excitantes fantasías mesiánicas y opaca toda intensidad fuera de sus puertas. Guardia, quirófano o sala o...caras, motivos, recursos, soluciones: siempre algo distinto, muchas veces urgente, algunas mortal.

En esta urgencia el tiempo se detiene, es sólo el tiempo apremiante de un gesto no el tiempo de los ciclos vitales, de la cotidianeidad.

Cantidad de horas. Intensidad de lo vivido, cansancio, tensiones y juegos de poder dentro del equipo, amores, pasiones, deslucen cualquier escenario exterior. "Afuera la vida se opaca" dice una de ellas. Trabajo insalubre, física y psíquicamente. Expuestas al contagio, a accidentes de una tarea que requiere gran esfuerzo físico, presentan gran número de enfermedades profesionales.

Los turnos rotativos, la sobrecarga de trabajo, las situaciones imprevistas interfieren la posibilidad de organizar ritmos centrados en sus necesidades biológicas y psíquicas básicas de alimentación, sueño, eliminación, vida amorosa y familia.

La escasez de personal de enfermería, el elevado ausentismo (íntimamente asociado con lo que venimos planteando) y el bajo nivel de remuneraciones, lleva en muchos casos a cubrir más de un turno o a tener más de un trabajo.

³ Priece, T.R., Berger, B.J., *The relationship to death as a source of stress for nurses on a coronary care unit*, Omega, 1977, pp. 229-237.

El hacer, en este contexto de incertidumbre y exigencia, impide también descargar, pensar, ligar, elaborar.⁴ En nuestras instituciones asistenciales no existe espacio retórico ni práctico para ello: "Hoy te ríes, mañana lloras".

La enfermera ocupa también un lugar de encrucijada, de pivote, entre distintos personajes: médico, paciente, familia, otros miembros del equipo de salud, del hospital. Lugar de encrucijada no de reconocimiento ni de poder formal.

Se le atribuye eficacia, rendimiento técnico, responsabilidad, presencia, y al mismo tiempo, se le pide que se borre ante la figura omnipresente-ausente del médico, que asuma errores y torpezas, propias y ajenas, pues la figura de éste debe ser preservada ante los enfermos y sus familiares en su infabilidad y destreza. "Yo cubro al doctor, porque no vaya a ser que los enfermos le pierdan confianza", dice una enfermera.

Relación difícil, juego de dependencia mítica, que encubre una dependencia mutua. Trabajar con alguien idealizado y en tanto tal odiado (ambivalencia) del que se desprende, en quién se confía, que no está cuando se le necesita

... la noche es terrible: los doctores no están o no vienen si uno los llama, ... para despertar al doctor es un triunfo.

Hombre fuerte y sabio, niño caprichoso y dormilón, al que hay que matenar, hombre sexuado deseado y lejano, cercano e imposible.

Satisfacción de conocer las debilidades, de encubrirlas, de ir más allá, de poder más en esos lugares menos. Conocer el otro lado del héroe.

Escenario poco definido de actuación, de complicidad, de triunfo pero también de exposición, de desamparo y de riesgo.

Cuando las cosas salen bien se felicita al médico, cuando las cosas salen mal la culpa es de la enfermera

⁴ En *El Proyecto* este tema reaparece. Hay un capítulo titulado "El dolor". Dice ahí: "Podemos concluir que el *dolor* consiste en la irrupción de grandes cantidades (Q) hacia Y ... Todos los dispositivos de índole biológica, tiene un límite de eficiencia, más allá del cual fracasan... ¿Existe algún dispositivo que puede ser interpretado como el equivalente del fracaso de estos dispositivos? Tal fenómeno es, según creo, el dolor". Freud, S., *El Proyecto*. C.B.N., 1985, p. 221.

aseguran.

Habría que limitarse a hacer sólo lo que manda el reglamento proponen algunas. Pero entonces

... ¿quién lo hace?

La satisfacción de estar allí cubriendo, tapando huecos, borrando las huellas de lo que falta, conjurando la castración y la muerte, configura la novela laboral del profesional de enfermería.

Personaje de ficción colectiva, heroico o desvalorizado, difícilmente persona con sus problemas concretos, con logros, fracasos y limitaciones.

Para todas estas expectativas institucionales y también personales, enfermería carece en muchas ocasiones de los recursos adecuados, ya sean estos materiales, organización, técnicos, de conocimientos o de formación (el porcentaje de personal capacitado profesionalmente es mínimo en relación a los auxiliares e idóneos).

Su nivel de remuneración no es acorde a la complejidad de estas expectativas. Otro factor de exigencia y frustración que, junto con el sentimiento fuerte y la mayor parte de las veces objetivo de no ser escuchadas en sus demandas y en sus propuestas ni reconocidas en su trabajo⁵, determina la vivencia de impotencia y desvalorización tan frecuente en este sector laboral.

Ellas alternan entre una imagen de sí mismas como "super enfermera" sacrificada y poderosa y otra ignorante y sumisa.

El vínculo que la enfermera establece con los pacientes es un tema muy complejo.

Vivida como salvadora, curadora, provoca con su presencia ese mismo dolor que debía mitigar. Ese dolor que se reedita activamente en curaciones -no siempre imprescindible-, ese dolor que las instituciones de salud sostienen por el aislamiento, la pasividad, el

⁵ El retraimiento narcisista que provoca la enfermedad lleva la mirada del paciente hacia sí mismo y no hacia ella. En Inhibición, síntoma y angustia, Freud dice "En el dolor físico nace una elevada carga narcisista del lugar doloroso del cuerpo, carga que aumenta cada vez más y vacía, por decirlo así al yo" p. 2882.

desconocimiento, la incertidumbre, el miedo, del que algunas veces no sólo son cómplices sino que refuerzan.⁶

La enfermera pasa cotidianamente por identificarse y tomar distancia; "llevarse el paciente a casa" o mecanizarse; pensar que podría ser su hijo, su madre, ella misma, o poner una barrera infranqueable; llorar su muerte o contabilizar los "óbitos".

Este vaivén entre mimetizarse y discriminarse en diversos grados, este pegarse y despegarse al dolor y a las pérdidas implica un trabajo psíquico, el de la elaboración del duelo con cada paciente.⁷

Duelo siempre renovado, nunca concluído. El responsabilizarse, la sensación de culpa por lo que debió haberse hecho antes o no haber hecho, por lo que se hizo. Los reproches por la falta de conocimientos o de recursos alternan con la búsqueda de culpables o la negación de los hechos.

La fantasía de eludir la muerte se reedita con cada caso y día a día entrando al hospital como un inevitable sostén del trabajo mismo.

Nos parece que, dado el número importante de personas que cubren estas tareas y de pacientes (padecientes) que pasan por sus manos, es una tarea imprescindible, desde nuestra profesión, trabajar en esta dirección.

"El trabajo del duelo no trabaja, duele", decía Marika Torok hace unos años. Creemos que en el caso de la enfermera esta reflexión es total descriptiva de lo que sucede en su psiquismo. Este dolor se va acumulando con pocas posibilidades de drenar y transformarse en experiencia, aprendizaje y creatividad.

⁶ El dolor en los seres humanos nunca tiene un sentido tan unívoco: es miedo y al mismo tiempo tentación, excitación, contacto con la intensidad y ciertos aspectos de la verdad "...el dolor deja abrirse paso a la naturaleza primitiva a través de las diferentes capas de la educación". Freud, S., *El chiste y su relación con el inconsciente*, O.C., Biblioteca Nueva, p. 1073.

"El dolor está asociado con las sensaciones y como tal es camino hacia la satisfacción erótica, lo que se goza no es el dolor sino la excitación sexual concomitante (...) En el sadismo el instinto parece perseguir un especialísimo acto final. Además de la humillación y el dominio, el causar dolor. Ahora bien, el psicoanálisis parece demostrar que el causar dolor no se halla integrado entre los actos finales primitivos del instinto. El niño sádico no tiende a causar dolor ni se lo propone expresamente. Pero una vez llevada a efecto la transformación en masoquismo, resulta el dolor muy apropiado para suministrar un fin pasivo masoquista, pues todo nos lleva a admitir que también las sensaciones dolorosas, como en general todas las displacientes, se extienden a la excitación sexual y originan un estado placiente que lleva al sujeto a aceptar de buen grado el displacer del dolor": Freud, S., *Los instintos y sus destinos*, O.C.B.N., 1915, p. 2046.

⁷ Aquí el texto de Freud *Duelo y melancolía* (1915) es de rigor.

Es la misma dinámica institucional la que lleva a silenciarlo, a negarlo en un pacto tácito de sus miembros.⁸

El dolor es también protector de la vida, vigía, guardián. Cuando falla, como describe J. MacDougall, en algunas afecciones psicósomáticas, debe ser reemplazado por operaciones concientes de protección corporal y psíquica. "Tanto la integridad psíquica como la biológica se hallan amenazadas por la pérdida de lo experimentado y de la representación del dolor".⁹

Un enfermero, en uno de nuestros talleres de reflexión, hablando de un paciente en una situación de dolor extremo al que había que amputar una pierna, decía:

"Por eso nosotros a los 40 años ya somos viejos, porque estar todo el tiempo con el dolor de los otros nos gasta".

⁸ Enfermería podría ser considerada como un "dispositivo analizador", al decir de Lourau, del funcionamiento de la institución toda y, más que eso, del poder médico, como modelo hegemónico de relación social.

⁹ MacDougall, Joyce, *op. cit.*, p. 238.