



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **INGRID VALERIA VALENZUELA FERREIRA CC. 171968825-9**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“INHIBICIÓN Y ANGUSTIA EN EL PERSONAL DE UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DESDE LA TEÓRIA PSICOANALÍTICA”**. **Estudio del personal auxiliar de enfermería y de Psicología del Hospital Psiquiátrico Julio Endara en el trabajo con pacientes psicóticos, entre febrero y marzo de 2014**, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, mayo 2014

INGRID VALERIA VALENZUELA FERREIRA

CC. 171968825-9

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**“INHIBICIÓN Y ANGUSTIA EN EL PERSONAL DE UN HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO DESDE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.**

**ESTUDIO DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y DE
PSICOLOGÍA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA EN EL
TRABAJO CON PACIENTES PSICÓTICOS, ENTRE FEBRERO Y MARZO
DE 2014”**

AUTORA:

VALERIA VALENZUELA FERREIRA

DIRECTORA:

DRA. MARIE-ASTRID DUPRET

QUITO, 2014

*A todos aquellos que dieron escucha a este trabajo
desde sus primeros esbozos,
Gracias.*

ÍNDICE

Resumen.....	v
Introducción.....	1
1. Inhibición y angustia en la Obra de Freud.....	4
1.1. Inhibición.....	5
1.1.1. Usos del término “inhibición” en la Obra de Freud.....	6
1.1.2. Inhibiciones y funciones del yo.....	8
1.1.2.1. Condiciones psíquicas en la generación de inhibición.....	8
1.1.2.2. Algunos tipos de inhibiciones.....	9
1.2. Angustia.....	10
1.2.1. Primer momento: angustia y libido (1869-1917).....	11
1.2.1.1. Neurastenia vs. Neurosis de angustia (1895).....	11
1.2.1.2. La angustia en el aparato psíquico (1900).....	13
1.2.1.3. Angustia infantil (1916-1917).....	14
1.2.1.4. Angustia ante un peligro real (1916-1917).....	14
1.2.2. Segundo momento: Situaciones de peligro (a partir de 1926).....	15
1.2.2.1. Angustia automática y angustia señal (a partir de 1916).....	17
1.2.2.2. Angustia y formación del síntoma (a partir de 1926).....	18
1.2.2.3. Lo peligroso (1926-1936).....	20
2. Psicosis en Psicoanálisis.....	22
2.1. Antecedentes.....	22
2.2. El mecanismo de la paranoia.....	22
2.2.1. El conflicto con el mundo exterior.....	26
2.3. La forclusión del Nombre-del-Padre.....	27
2.3.1. El Nombre-del-Padre.....	27

2.3.2. La forclusión.....	29
3. Hospital Psiquiátrico Julio Endara.....	33
3.1. Antecedentes del HPJE.....	33
3.2. Funciones y atribuciones del personal auxiliar de enfermería.....	35
3.3. Funciones y atribuciones del personal de psicología.....	36
4. Metodología.....	39
4.1. Población.....	39
4.2. Herramientas utilizadas.....	40
4.2.1. Encuestas.....	40
4.2.2. Entrevistas.....	42
5. Presentación y análisis de la información.....	43
5.1. Encuestas al personal auxiliar de enfermería-características generales de la población.....	43
5.1.1. Características sociodemográficas.....	44
5.1.2. Características laborales.....	46
5.1.3. Opinión laboral.....	48
5.2. Entrevistas al personal auxiliar de enfermería y de psicología.....	50
5.3. Análisis de la información.....	58
5.3.1. Inhibición en el personal auxiliar de enfermería.....	59
5.3.2. Inhibición en el personal de psicología.....	62
5.3.3. Angustia en el personal auxiliar de enfermería.....	63
5.3.4. Angustia en el personal de psicología.....	68
5.3.5. Otros aspectos.....	70
Conclusiones.....	73
Recomendaciones.....	77
Bibliografía.....	78
Anexos.....	81

ÍNDICE DE TABLAS

<u>Tabla N.- 1</u>	
Número de auxiliares y resultado de la encuesta.....	43
<u>Tabla N.-2</u>	
Auxiliares que respondieron, según sexo.....	44
<u>Tabla N.-3</u>	
Promedio de edad del personal, según sexo.....	44
<u>Tabla N.-4</u>	
Número de trabajadores jefes de hogar.....	45
<u>Tabla N.-5</u>	
Número de trabajadores que habitan con distintos miembros familiares, según sexo.....	45
<u>Tabla N.-6</u>	
Número de trabajadores de acuerdo al nivel de instrucción, según sexo...	46
<u>Tabla N.-7</u>	
Promedio de años de trabajo con pacientes psiquiátricos, según sexo.....	46
<u>Tabla N.-8</u>	
Promedio de años de trabajo en el HPJE, según sexo.....	47
<u>Tabla N.-9</u>	
Número de auxiliares que han faltado al trabajo en el último mes, según sexo.....	47
<u>Tabla N.-10</u>	
Calificación a la relación laboral con las autoridades, según sexo.....	48
<u>Tabla N.-11</u>	
Calificación a la relación laboral con personal auxiliar de enfermería, según sexo.....	48
<u>Tabla N.-12</u>	
Calificación a la relación laboral con pacientes, según sexo.....	49

Tabla N.-13

Calificación al nivel satisfacción de acuerdo a las actividades diarias.....49

RESUMEN

El presente trabajo aborda algo del impacto psíquico que genera en el personal de un hospital psiquiátrico el trabajo con pacientes psicóticos. Para tal efecto, se ha formulado la siguiente hipótesis: *el trabajo con pacientes psicóticos genera inhibición y angustia en el personal auxiliar de enfermería y de psicología del Hospital Psiquiátrico Julio Endara*. En un primer momento se desarrollan ambos conceptos desde las postulaciones de Sigmund Freud. En un segundo momento se trata, brevemente, ciertos supuestos de la estructuración psicótica, tal como fueron propuestos por Freud y leídos y replanteados por Jacques Lacan, a fin de poner en contexto teórico la condición de trabajo que se pretende analizar en esta disertación. En el tercer capítulo se precisan las funciones y atribuciones de ambas áreas del personal en el marco de dicha institución. Más adelante se detalla la metodología empleada en forma de encuestas y entrevistas. Finalmente, se expone la información obtenida de manera sintetizada para dar paso al análisis teórico de la misma, comprobando así la hipótesis propuesta.

INTRODUCCIÓN

La presente disertación nace del interés por el trabajo que se realiza dentro de una institución psiquiátrica, el mismo que me ha llevado a realizar prácticas observacionales en el Hospital Psiquiátrico San Lázaro y prácticas pre profesionales en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara. En el transcurso de estas últimas, no cesaron de manifestarse quejas de los pacientes respecto al trato propinado por los auxiliares de enfermería. Además, la experiencia de trabajo junto a la psicóloga de la institución permitió reconocer cierta afectación generada por el contacto directo con los pacientes. Desde la posición neutral que mantuve frente a estas situaciones, surgió en mí la motivación de tener un acercamiento teórico hacia la posición de estos grupos del personal en su trabajo con pacientes psicóticos.

Socialmente, un hospital psiquiátrico es y ha sido el lugar de *depósito* de esas *partes* que no encajan en el sistema, en la colectividad. De allí que estos establecimientos hayan sido regidos por la acción social y la caridad en el inicio de sus días en nuestro país. En la actualidad, de alguna manera se mantiene esta situación de beneficencia, en tanto este trabajo amerita un esfuerzo extra que no todos los profesionales están dispuestos a dar. En este sentido, los benefactores/personal quedan en segundo plano dejando el protagonismo a los beneficiados/pacientes. No hay una pregunta por la “salud mental” de aquellos que atienden la “salud mental” de otros.

Por otro lado, esta investigación parte de la premisa de que hay algo de la estructura psicótica que genera angustia en otras personas, en tanto les es extraña y desconocida. La condición enigmática de esta se cuela por los poros de la misma teoría médica que, lejos de darle una explicación, dedica a esta la creación y re-creación de manuales instructivos. Sin embargo, pese a todas las medicinas y tratamientos farmacológicos que existen, esta estructura no se vuelve aprehensible para el neurótico. No hay preparación teórica o práctica que anticipe el impacto psíquico que puede experimentar todo aquel que, no siendo parte de esta, convive con dicha condición de estructura. Si bien la familia es el primer medio social de un psicótico, el hospital psiquiátrico ocupa el siguiente lugar. De hecho, desde la teoría psicoanalítica existen ciertas aproximaciones hacia el entorno familiar del psicótico, a diferencia del ambiente *de curación* que no ha recibido mayor atención por parte de los teóricos.

Las manifestaciones del impacto psíquico en los trabajadores de un hospital psiquiátrico pueden ser varias, sin embargo, la condición científica que requiere este tipo de estudio obliga a delimitar aquello que se pretende encontrar. Es por esto que, como resultado de las resonancias del texto *Inhibición, síntoma y angustia* escrito por Sigmund

Freud en 1926[1925], se han elegido el primero y el último de estos fenómenos para ser analizados en el personal del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Este es el objetivo principal que persigue este trabajo.

Para esto, se ha elaborado la siguiente hipótesis: *El trabajo con pacientes psicóticos genera inhibición y angustia en el personal de un hospital psiquiátrico*. La población elegida como objeto de estudio es el personal auxiliar de enfermería del área clínica y el personal de psicología del hospital mencionado, por tratarse de los trabajadores que mantienen mayor contacto con el paciente día a día. En un primer momento se tuvo la intención de establecer diálogo solamente con los empleados que hayan trabajado por más de cinco años con este tipo de pacientes, en torno a la idea de que a más tiempo, mayor afectación. Esta delimitación fue abandonada en el transcurso del estudio de campo a razón de que los testimonios daban cuenta haber vivido mayor impacto al inicio de sus años de trabajo; entonces, las experiencias de aquellos integrantes relativamente nuevos de estas áreas del personal podían aportar a este trabajo incluso en mayor medida que aquellas de los antiguos, por encontrarse en un tiempo cronológico más cercano a las mismas.

La parte práctica de esta disertación se llevó a cabo desde una posición de escucha que, pese a estar atravesada por el método científico que condiciona a este trabajo, viabilizó el decir de cada miembro del personal. De esta manera se aplicó encuestas a toda el área de auxiliares de enfermería, buscando obtener las características sociodemográficas y laborales de esta población. Además, con estas se pretendía reconocer la opinión de cada trabajador respecto a sus condiciones laborales. Este momento del estudio permitió elegir a aquellas personas que manifestaban ciertos conflictos dentro de su ambiente de trabajo. Así, se realizó entrevistas individuales semi estructuradas con cada uno de estos empleados.

En cuanto al área de psicología, por tratarse de un número reducido de profesionales –tres en todo el Hospital–, se realizó una serie de entrevistas individuales semi estructuradas de las cuales se obtuvo la información objeto de análisis en el presente escrito. Previo a esto, se dio inicio al estudio teórico que enmarcó este trabajo y permitió establecer el tipo de preguntas que se propuso al personal, procurando sutileza en su elaboración a fin de evitar posibles resistencias.

Los datos de las encuestas fueron procesados de manera cuantitativa a modo de estadísticas presentes en esta investigación. Mientras que, la información de las entrevistas fue sistematizada de forma cualitativa y sintetizada en páginas posteriores.

De esta manera, esta disertación se estructura en cinco capítulos. En el primero se expondrá, desde la teoría psicoanalítica, el concepto de inhibición. Para esto se

hablará rápidamente de los usos del término que hace Freud en la teoría. Más adelante, se describirán las causas que, según Freud, llevan al apareamiento de este fenómeno. De la misma manera se tratará a los tipos de inhibiciones, entre las que se incluye aquella que concierne a esta investigación: la inhibición en el trabajo. A continuación, se desarrollará teóricamente al fenómeno de la angustia tal como fue propuesto por Freud en los dos momentos que se distinguen respecto a este concepto: el primero en el que considera a la angustia como libido transmutada y el segundo en el que la angustia resulta de las situaciones de peligro a las que se enfrenta el sujeto.

En el segundo capítulo se abordará brevemente la cuestión de la estructura psicótica en el marco de la teoría psicoanalítica, en los planteamientos de Freud a partir del Caso Schreber y la propuesta de la forclusión del Nombre-del-Padre hecha por Jacques Lacan. Con esto se pretende hablar del contexto de trabajo del personal con pacientes psicóticos desde una perspectiva teórica, por ser esta la característica laboral que se analiza en esta investigación. Es importante señalar que, dada la complejidad de la teoría y el hecho de que esta disertación no tiene por tema principal a la psicosis, este escrito se limitará a una lectura básica de ambos autores; una lectura que no pretende abordar más que ciertos contenidos teóricos puntuales.

El tercer capítulo pretende dar un panorama general del ambiente laboral del personal a estudiar, dando así un contexto a la problemática. En este se expondrán los antecedentes de la institución y las funciones y atribuciones tanto del área de auxiliares de enfermería, como del área de psicología.

El cuarto capítulo está dedicado a la explicación detallada de la metodología que se ha empleado para el estudio de campo de esta disertación. Se hablará de la técnica utilizada para aplicar las encuestas al personal auxiliar y para la realización de entrevistas semi estructuradas a ambas áreas del personal.

El quinto y último capítulo está destinado a exponer los resultados de la aplicación de las herramientas mencionadas. Primero, se detallan los resultados de las encuestas mediante tablas. Más adelante, se expone, de manera sintetizada, los comentarios que contribuyen a la comprobación de la hipótesis planteada. Finalmente, se realiza un análisis de la información en base a la teoría expuesta en los primeros capítulos. Se estudia a cada fenómeno por separado, al igual que a ambas profesiones. Es decir, se desarrolla: en primer lugar, la inhibición en el personal de auxiliares de enfermería; en segundo lugar, la inhibición en el personal de psicología; en tercer lugar, la angustia en los auxiliares de enfermería y , por último, la angustia en el área de psicología.

CAPÍTULO 1

INHIBICIÓN Y ANGUSTIA EN LA OBRA DE FREUD

No será sorpresa que el origen del título de la presente investigación surge de las resonancias del artículo *Inhibición, síntoma y angustia*, escrito por Sigmund Freud en 1926[1925]. Es por esto que resulta menester referirse a eso que pudiese sostener la decisión de, aparentemente, no incluir al síntoma en este trabajo.

Al considerar los planteamientos propuestos por Freud en el mencionado artículo, no se puede abordar la inhibición sin pasar por su distinción del síntoma. De igual manera, el desarrollo final de la teoría de la angustia nace de la relación que Freud establece entre esta y la formación sustitutiva. Entonces, en el desarrollo teórico que viene a continuación, necesariamente aparecerá la palabra “síntoma” más de una vez.

Por otro lado, en psicoanálisis, el síntoma, como una de las formaciones del inconsciente, registro subjetivo de que algo no anda, es la respuesta a la castración que cada persona ha logrado construir. La práctica del análisis es reconocerse como sujeto del síntoma. En la clase 1, del 16 de noviembre de 1976, del Seminario 24, Lacan dice: “Saber hacer allí con su síntoma, ése es el fin del análisis” (Lacan, 2005, p.3). El síntoma es producido por todo aquel que ha ingresado al lenguaje, sin embargo, no puede ser escuchado, traducido y leído en todo momento o lugar.

En el análisis, se procura mantener ciertas condiciones que abren un espacio de escucha, traducción y lectura –como trabajo del analizante. Entonces conviene señalar que esta investigación, pese a realizarse con el psicoanálisis como marco teórico, no deja de ser una producción a nivel científico. En este contexto, su metodología mantiene esta naturaleza que abre grandes diferencias con la técnica analítica.

En el texto *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (1912), Freud considera que la escucha se debe realizar desde una <<atención parejamente flotante>>, es decir, no buscar algo en particular en el relato del paciente. En el estudio de campo de este trabajo, se han planteado temas específicos a escuchar en el personal, a fin de comprobar o negar la hipótesis planteada. Al escoger ciertas partes del relato de los entrevistados, intentando responder a las expectativas de quien escucha, se dejan de lado otros contenidos que podrían abrir vías para que el síntoma hable. Freud dice: “Pero eso, justamente, es ilícito; si en la selección uno sigue sus expectativas, corre el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe [...]” (Freud, 1912, p.112). Este, se podría

decir, es uno de los bordes que hace límite entre la posición del investigador y aquella del analista.

En el mismo texto, Freud propone al médico que no intervenga de manera sugestiva en el relato del paciente en búsqueda de resultados rápidos. La metodología de este trabajo –encuestas y entrevistas semi estructuradas– propone unas vías y no otras al decir del paciente. Esta limitación no da espacio a que el síntoma hable y sea escuchado.

Además, el tiempo para la aplicación de la metodología está limitado por el tiempo del trabajo del personal; este es otro factor que impide la apertura necesaria para que se desarrolle el síntoma. Aunque conviene mencionar que en análisis no hay un tiempo determinado de duración que garantice que el síntoma sea trabajado.

Entonces, la naturaleza de esta investigación, con su objeto de estudio, su hipótesis, su metodología, sus variables y sus indicadores, no pretende ni puede dar espacio a una pregunta por el síntoma. Aún así: ¿Hacen síntoma los trabajadores?, ¿Podría decirse que, para el personal, la decisión de un trabajo con pacientes psicóticos es un síntoma? Casi con toda seguridad, es posible decir que los trabajadores hacen síntoma y que, probablemente para algunos, su elección de trabajo este relacionada con este. Sin embargo, no es objetivo de este trabajo responder a estas preguntas ya que de eso no se podría hablar sino en el *après-coup* del análisis de cada uno de los integrantes del personal a estudiar o, quizás, después de un acercamiento más profundo hacia ellos.

1.1. Inhibición

Sigmund Freud reconoce al síntoma como “positivo”, a saber que es por él que algo de un proceso patológico puede analizarse. Se podría decir que el campo del psicoanálisis es el síntoma, descifrarlo implica que la insatisfacción se vuelva parte de la vida del sujeto. Pero, además, las elaboraciones freudianas permiten reconocer perturbaciones “negativas”, definidas así por ser alteraciones funcionales que impiden el desarrollo de actividades particulares. A esto se conoce como *inhibición*. Estas limitaciones expresan perturbaciones del yo no necesariamente patológicas, mientras que el síntoma da cuenta de una variación de la función que sale fuera de lo “normal” (Freud, 1926, p.83).

Si bien existen ocasiones en las que una inhibición puede ser un síntoma – la parálisis motriz en un caso de histeria es un buen ejemplo–, Freud recomienda reservar el uso de este término a la limitación de las funciones yoicas que han implicado una renuncia.

De acuerdo al *Diccionario de la Real Academia Española*, la definición médica de “inhibir”, del latín “inhibēre”, es “suspender transitoriamente una función o actividad del organismo mediante un estímulo adecuado” (2013). Actualmente, se continúa empleando este término, en psiquiatría, por ejemplo, para referirse a la suspensión de una función psicomotora.

Para dar mayor contexto a este concepto, conviene revisar algo del uso y desarrollo que tuvo en la Obra de Freud.

1.1.1. Usos del término “inhibición” en la Obra de Freud

Uno de los primeros registros de este término en la Obra de Freud está en su texto *Proyecto de una psicología*, de 1895. Aquí plantea que los <<procesos psíquicos primarios>> pueden diferenciar entre representación y percepción solamente después de una inhibición por parte de los <<procesos psíquicos secundarios>>. Estos pueden emprender esta inhibición gracias a la presencia de un yo que posee una reserva de investidura suficiente. Es “[...] la inhibición por el yo la que suministra un criterio para distinguir entre percepción y recuerdo” (Freud, 1895, p.371). Los <<signos de realidad>> pueden llegar al aparato perceptual a razón de que la inhibición da tiempo a que esto suceda.

De manera simultánea, más que como concepto en sí propiamente desarrollado, Freud utilizó este término dentro de la explicación del funcionamiento del aparato psíquico, sobretodo en su relación a la represión. Tal es así que, en la *Carta 46*, del 30 de mayo de 1896, de la correspondencia con Wilhem Fliess, Freud realiza un pequeño esquema de edades en las que, de acuerdo a la estructura –histeria, neurosis obsesiva o paranoia–, a propósito de la traducción o no de la escena sexual primaria, deviene la represión. Esta última produce síntomas diversos según la edad en que despierte un recuerdo sexual de otra época. Es aquí donde Freud habla de la <<inhibición cognitiva>> como el efecto del excedente sexual que ha despertado con el recuerdo. Esta inhibición dota de sentido tanto al recuerdo como a los síntomas. Entonces la inhibición aquí es un proceso de defensa que, junto con el excedente sexual, impiden que el recuerdo sea transcrito a las siguientes instancias del aparato psíquico. Freud concluye que: “[...] se tienen que llenar condiciones *cuantitativas* porque de lo contrario la defensa del proceso de inhibición cognitiva impide la formación de síntoma” (Freud, 1896, p.201).

Más tarde, en la *Carta 52*, del 6 de diciembre de 1896, conocida por contener el esquema de la estructura del aparato psíquico inicialmente propuesto

por Freud, hace algunas articulaciones con el término “inhibición”. Así, trata de ilustrar su hipótesis del funcionamiento psíquico a modo de escrituras sucesivas que se reorganizan, se reescriben, de acuerdo con las circunstancias. Freud propone que las singularidades de las, en ese entonces llamadas, <<psiconeurosis>> son efecto de traducciones inadecuadas y sus consecuencias. Esto genera que entre escrituras tiendan a compensarse de manera cuantitativa, es decir: “Cada reescritura posterior inhibe a la anterior y desvía de ella el proceso excitatorio” (Freud, 1896, pp.220). Aquí la inhibición cumple una función relacionada con la descrita en la *Carta 46*, función inmiscuida en los procesos de transcripción del aparato psíquico.

Para Freud, la escritura de la representación –huella mnémica– de un suceso que estuvo cargado de displacer cuando se produjo, tiene la capacidad de inhibir esa desligazón de displacer; mientras más veces sobrevenga el recuerdo, más inhibido quedará el desprendimiento del afecto. Propone a esta como una <<inhibición normal>> que no en todo momento es suficiente. Cuando resucita el displacer, al ser revivido el recuerdo, hace falta una defensa patológica: la represión.

En su texto *Pulsión y destinos de pulsión* (1915), Freud hace uso del término para hablar de pulsiones de <<meta inhibida>>. Conociendo que la meta de toda pulsión es la satisfacción, añade que, pese a que la meta siempre sea la misma, los caminos que llevan a ella son varios. Cada camino tiene metas más cercanas que se modifican y combinan entre sí. Así, existen procesos que alcanzan cierta satisfacción pulsional hasta ser inhibidos o desviados.

En el mismo año, Freud relaciona la inhibición con los síntomas de una histeria de conversión. Esto se desarrolla en el artículo *La represión* (1915), donde plantea que existen casos en los que la persona no muestra indiferencia hacia sus síntomas –a razón de que no ha logrado que desaparezca el afecto–, sino que provocan algo de vergüenza o angustia. En estos casos, la representación de la pulsión ha sido retirada de la conciencia como síntoma que muestra “[...] una inervación hiperintensa –somática en los casos típicos–, unas veces de naturaleza sensorial y otras de naturaleza motriz, ya sea como excitación o como inhibición” (Freud, 1915, p.150).

Hasta este momento de la teoría, se puede decir que Freud señala a la inhibición como: función del yo en su relación con el mundo exterior, vinculada a la conciencia como punto de partida para la inscripción de representaciones en el

aparato psíquico; como parte del proceso que desliga el placer de la representación; y como manifestación del síntoma histérico.

1.1.2. Inhibición y funciones del yo

En años posteriores, Freud desarrolló un concepto específico sobre la inhibición, en su artículo *Inhibición, síntoma y angustia* de 1926 –este texto fue escrito después del replanteamiento del aparato psíquico, donde los <<vasallajes del yo>> comandan la teoría.

Freud propone dejar que este término se refiera solamente a aquellas limitaciones de las funciones del yo que resultan por perturbaciones del mismo. “Nos decidimos, entonces, por una concepción que ya no deja subsistir grandes enigmas en el concepto de inhibición. Esta última expresa una [...] *limitación funcional del yo* [...]” (Freud, 1926, p.85) que puede darse a razón de una disminución de energía o con el objetivo de evitar la misma.

1.1.2.1. Condiciones psíquicas en la generación de inhibición

Para que haya una renuncia a funciones yoicas específicas, Freud considera que las causas pueden ser varias. Entre ellas está el aumento de la significación sexual en un órgano determinado; es decir, cuando hay una erotización demasiado intensa, la función yoica de ese órgano se desgasta. Ahora bien, ¿por qué se inhiben esas funciones? De acuerdo con Freud, esa hiperintensidad de la erotización hace que el yo entre en un conflicto con las demandas del ello. Demandas que, la mayoría de las veces, han ameritado una represión. A fin de evitar este problema que conllevaría a desarrollar una nueva represión, el yo renuncia a la función relacionada a ese órgano.

Así mismo, para Freud, la inhibición es la respuesta que tiene el yo para evitar un conflicto con el superyó. Esto a razón de que tiene prohibido realizar ciertas actividades que resultarían en éxito. Este autocastigo deviene en que el yo elija renunciar a ellas. Por lo general, esta es la causa común en las inhibiciones que se desarrollan en el ámbito laboral.

Por último, hay veces en que el yo gasta su energía al realizar trabajos psíquicos molestos, pesados, que necesitan esconder afectos o que son intolerables por su condición de fantasías sexuales continuas. “[...] se empobrece tanto en su energía disponible que se ve obligado a limitar su gasto de manera simultánea en muchos sitios [...]” (Freud, 1926, p.86).

Por otro lado, Freud señala que hay limitaciones que se generan porque su realización conllevaría angustia, es decir, a modo de evitarla.

1.1.2.2. *Algunos tipos de inhibiciones*

Para argumentar la relación estrecha que existe entre inhibición y función del yo, Freud analiza en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), algunos tipos de funciones que pueden ser limitadas.

Por ejemplo, Freud dice que las perturbaciones que sufre <<la función sexual>> se dan a modo de inhibiciones simples. Estas ocurren en cualquier momento del desarrollo del acto que deviene como difícil. Así, Freud habla de las diferentes inhibiciones que hay en el hombre, dependiendo del momento en que sucedan –en la consumación del acto. Entre ellas está la falta de placer durante el orgasmo que viene a ser una protesta contra el hecho de que el acto se ejecutó de todas maneras, a fin de deshacer en la posterioridad eso que no debía ocurrir; ausencia de eyaculación, procedimiento que previene y asegura contra la vivencia sexual; eyaculación precoz que resulta por un redirección de metas; falta de erección restando así la importancia que tiene llevar a cabo el acto; y un displacer psíquico que impide el inicio del acto y permite hablar de una <<inhibición pura>>. En cuanto a la mujer, se puede hablar del <<síntoma defensivo del asco>> que surge, posteriormente, por la representación inscrita de un acto sexual vivenciado de forma pasiva. También reconoce la relación entre función sexual y angustia en casos de histeria, presente también en algunos síntomas obsesivos que vienen a tener carácter de fobias.

Por otro lado, la <<función nutricia>> puede ser inhibida a modo de placer por la comida o aumento en el displacer de comer. Estas formas de inhibición se presentan en la histérica o en estados psicóticos.

También puede verse limitada la función de la locomoción. En las fobias, se relaciona con condiciones que deben ser cumplidas para evitar angustia. En la histeria, puede presentarse a modo de una parálisis general o específica.

Finalmente, Freud hace mención de la <<inhibición en el trabajo>> que es la que interesa para esta investigación. “[...] nos muestra un placer disminuido, torpeza en la ejecución, o manifestaciones reactivas como fatiga (vértigos, vómitos) cuando se es compelido a proseguir el trabajo” (Freud, 1926, p.85). El modo de mostrarse esta inhibición, al igual que las demás, va a

depender de la estructura psíquica de la persona. En la neurosis obsesiva se presenta como distracciones que suponen retrasos en el tiempo y obligan a repetir con frecuencia el trabajo. En el caso de la histeria, se interrumpe, de manera determinante, el trabajo a causa de parálisis de órganos específicos o de toda la locomoción.

Después de este recorrido teórico, es posible decir que en algunas ocasiones, la inhibición trabaja en función de evitar la formación de un síntoma, así como en otras, evita la angustia que pueda devenir.

1.2. Angustia

Según el *Diccionario de la Real Academia Española*, “angustia”, del latín *angustia*, tiene varios significados: “1. Aflicción, congoja, ansiedad. 2. Temor opresivo sin causa precisa. 3. Aprieto, situación apurada. 4. Sofoco, sensación de opresión en la región torácica o abdominal. 5. Dolor o sufrimiento. 6. Nauseas” (2013). En psicoanálisis, en varias partes de su Obra, Freud hace referencia a estas definiciones, ya sea para mostrarlas como concepciones populares, manifestaciones corporales o para delimitar su teoría sobre la angustia. Según el *Diccionario del Psicoanálisis* (2010), dirigido por Roland Chemama y Bernard Vandermersch, la angustia es: “afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar” (Chemama y Vandermersch, 2010, p.36). Algo de esto se intentará exponer en el presente subcapítulo.

A lo largo del desarrollo de la teoría de Freud acerca de la angustia, se puede hablar de dos momentos importantes: El primero corresponde a una distinción entre la <<neurosis de angustia>> y la neurastenia, teniendo la primera características suficientes como para ser considerada independiente de la segunda. De la relación que establece entre esta y la histeria, Freud construye una noción en la que la angustia es resultado de la transmutación de la libido. El segundo momento es fruto del estudio de las fobias – posterior y por análisis al Caso Hans–; Freud replantea su teoría dejando de lado la preocupación económica para centrarse en la relación entre este afecto y las situaciones de peligro a las que responde. Si bien este trabajo se centra en el segundo momento y la transición hacia el mismo –planteado en la *25ª Conferencia. La angustia*, de 1916-1917–, es necesario pasar por los primeros planteamientos de Freud para reconocer la delimitación conceptual final que otorga a este afecto. A continuación se desarrollará cada momento.

Conviene señalar que la teoría de la angustia fue uno de los puntos teóricos más desarrollados por Freud, razón por la cual esta es de una extensión y complejidad

considerables. En este apartado solamente se desarrollarán aquellos aspectos que pueden aportar a comprobar la hipótesis planteada en esta investigación.

1.2.1. Primer momento: Angustia y libido¹ (1869-1917)

En su mayoría, esta concepción gira en torno a una explicación económica de la angustia. Para fines de esta investigación, se han seleccionado solamente los siguientes puntos teóricos: la diferencia que Freud planteó entre neurastenia y neurosis de angustia, la función que da a la angustia dentro de su concepción económica del aparato psíquico, la relación que establece entre neurosis de angustia y angustia infantil y el desarrollo del concepto de angustia real.

1.2.1.1. Neurastenia vs. neurosis de angustia (1895)

Este proceso de teorización surge a partir de la intención de Freud por elaborar un esquema del aparato psíquico que conducía a concepciones económicas² sobre los procesos de la psique. El término de <<neurastenia>> es propuesto por George Miller Beard (1869), para referirse a un debilitamiento nervioso que genera cansancio físico sumado a varios síntomas. Más tarde, Beard plantea la hipótesis de que la neurastenia tiene relación con la sexualidad.

Freud se percató de la amplia gama de síntomas que estaban adjudicados a esta patología, entre los que se incluía a la angustia. Tal es así, que en su texto *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de <<neurosis de angustia>>* (1895 [1894]), plantea que la clínica deja ver cuadros en los que todos los síntomas giran en torno a la angustia y que no necesariamente se tratan de neurastenia. Existen, también, otros en los que la angustia se encuentra relacionada con otros tipos de neurosis. De esta manera, propone como síntomas propios de la neurosis de angustia los siguientes: una irritabilidad incontrolable; un estado de angustia permanente que se fija, de manera compulsiva, a una situación cualesquiera; un ataque de angustia a razón de que este sentimiento no está asociado a ninguna representación, de que se relacionó con una representación ya sea

¹ Freud conceptualiza a la libido como la energía que permite, por su condición cuantitativa en el aparato psíquico, explicar los fenómenos psicosexuales. Esta energía resulta de las transformaciones de la pulsión sexual en cuanto al objeto, la meta y la fuente. Es decir, la libido es siempre sexual (Laplanche y Pontalis, 1979, p. 221).

² La concepción económica del aparato psíquico sostenía que en él hay una distribución cuantificable de energía, que puede disminuir o aumentar explicando así ciertas patologías o fenómenos subjetivos (Laplanche y Pontalis, 1979, p. 101).

de locura o muerte, de que se ve influida por una parestesia o de que se vincula a la perturbación de una función vital; ataques de angustia relacionados con el sistema cardiaco, respiratorio, temblores, hambre, etc.; terror nocturno; vértigo en el sentido de una limitación motora; y fobias ante amenazas comunes (serpientes) o ante la locomoción (agorafobia).

Más tarde, en el mismo texto, Freud esboza una teoría de la angustia. Sostiene que la angustia de esta neurosis no proviene de una <<derivación psíquica>>, es decir, no fue una experiencia de miedo la que dispuso a este estado; a diferencia de las otras neurosis en las que esto sí se da. También, propone que probablemente es el resultado de una excitación somática –de naturaleza sexual– acumulada y concluye que “[...] *el mecanismo de la neurosis de angustia haya de buscarse en ser desviada de lo psíquico la excitación sexual somática y recibir, a causa de ello, un empleo anormal*” (Freud, 1895, p.108). Es aquí donde Freud elabora la diferencia entre ambas patologías: La neurastenia es el resultado de haber sustituido la <<acción adecuada>> –gracias a la cual se reduce la tensión libidinosa que ha surgido de la exteriorización como estímulo de una excitación sexual somática³– por modos menos efectivos. Mientras que, en la neurosis de angustia,

[...] la tensión física crece, alcanza su valor de umbral con el que puede despertar afecto psíquico, pero, por razones cualquiera, el anudamiento psíquico que se le ofrece resulta insuficiente, no puede llegar a la formación de un *afecto sexual* porque faltan para ello las condiciones psíquicas: así, la tensión ‘física’ no ligada psíquicamente se muda en *–angustia*” (Freud, 1894, p. 75).

Es decir, la etiología de esta neurosis, diferente a la de las demás, no estaba, en ese tiempo para Freud, en una patología psíquica y no resultaba del desplazamiento del afecto de una representación reprimida, sino de una transformación. Esto es expresado por él en el *Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?* (sin fecha), de su correspondencia con Wilhem Fliess.

Siempre que una tensión sexual física se genera abundantemente, pero no puede llegar al afecto por procesamiento psíquico (a causa de un desarrollo deficiente de la sexualidad psíquica, a causa de un intento de sofocarla (defensa), a causa de su descomposición o de una enajenación habitual entre la sexualidad física y psíquica), la tensión sexual se muda en *angustia* (Freud, sin fecha, pp.76-77).

³ Es así como Freud describe al proceso sexual masculino en este texto y en el Manuscrito E. que lleva por título *¿Cómo se genera la angustia?* (sin fecha). En el caso de una excitación endógena, este proceso debe llevar como factor indispensable a esta <<acción adecuada>> por ser la responsable de: eliminar la tensión nerviosa (física), cancelar la excitación somática (psíquica) y restablecer la resistencia de la conducción subcortical. En el caso de la excitación exógena, cualquier acción es suficiente para disminuir la tensión libidinal.

1.2.1.2. *La angustia en el aparato psíquico (1900)*

Continuando con el desarrollo de su teoría sobre el funcionamiento económico del aparato psíquico, Freud, en su texto *Interpretación de los sueños* (1900), desarrolla una propuesta respecto al origen de la angustia:

La sofocación de lo lcc se vuelve necesaria, sobre todo, porque el decurso de las representaciones en el interior del lcc, librado a sí mismo, desarrollaría un afecto que en su origen tuvo el carácter del placer, pero desde que se produjo el proceso de la represión lleva el carácter del displacer. La sofocación tiene el fin, pero también el resultado, de prevenir ese desarrollo de displacer. La sofocación se extiende al contenido de representación de lo lcc porque desde ese contenido, podría producirse el desprendimiento del displacer. En la base de lo dicho hay un supuesto muy determinado sobre la naturaleza del desarrollo de afecto. Este es visto como una operación motriz o secretoria, la clave de cuya inervación se sitúa en las representaciones del lcc. En virtud del gobierno que ejerce el Prcc, estas representaciones son por así decir ocluidas, inhibidas en cuanto al envío de los impulsos que desarrollarían afecto. El peligro, si cesa la investidura de parte del Prcc, consiste entonces en que las excitaciones inconscientes desprendan ese afecto, el cual -a consecuencia de la represión ocurrida antes- sólo puede ser sentido como displacer, como angustia (Freud, 1900, p. 573).

Esta elucidación aparece a propósito del análisis de los sueños de angustia. Aquí mismo, Freud sugiere que de este tipo de sueños se puede extraer el material sexual en un análisis ya que, como ya se ha visto, la angustia proviene de fuentes sexuales. De este modo, sin contradecir lo anterior, encuentra la manera de relacionar a la angustia con el funcionamiento psíquico, más allá de lo somático.

Ahora bien, en este punto de la teoría Freud asocia a la angustia de estos sueños con la experiencia de observar el coito entre los padres. A saber, en una época temprana en la que el niño tenía mociones sexuales hacia su padre del sexo opuesto, estas podían manifestarse ya que no se habían sometido todavía a la represión. Con el conflicto generado durante la época del complejo de Edipo⁴, estas mociones toman otro camino. Entonces, cuando un niño observa el intercambio sexual entre los padres, vive una excitación sexual que no alcanza a comprender y que está acompañada de repulsión por tratarse de sus progenitores –todo esto a causa de la represión. Es así como las mociones sexuales se mudan en angustia. Esta es la explicación que Freud da para los sueños de angustia y los terrores nocturnos.

Aquí no se trata de angustia como libido transmutada sino:

⁴ De acuerdo con el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis, el complejo de Edipo es el conjunto de deseos que tiene el niño hacia sus padres. Estos pueden ser de amor hacia el padre de sexo opuesto y de hostilidad hacia el padre del mismo sexo (Laplanche y Pontalis, 1979, p. 64).

[...] es una libido, pero no, en este caso, <<no elaborada>>, sino *despegada* de sus representaciones, en particular por el proceso de la represión; una libido liberada, y que se descarga nuevamente en forma de angustia [...] (Laplanche, 2000, p.61).

1.2.1.3. *La angustia infantil (1916-1917)*

En 1916, Freud plantea una nueva relación entre neurosis de angustia y angustia infantil que permite ampliar su teoría. En la *25ª Conferencia. La angustia*, de los textos conocidos como *Conferencias de introducción al psicoanálisis (1916-1917)*, subraya que la angustia es un afecto –Freud hizo este planteamiento a partir del Caso Hans. Así, elabora una teoría dinámica respecto a los afectos en general:

Un afecto incluye, en primer lugar, determinadas inervaciones motrices o descargas; en segundo lugar, ciertas sensaciones, además, de dos clases: las percepciones de las acciones motrices ocurridas, y las sensaciones directas de placer y displacer que prestan al afecto, como se dice, su tono dominante (Freud, 1916-1917, p.360)

Además, añade que el nudo que permite la relación entre esas inervaciones y sensaciones es la repetición de una vivencia importante. Freud plantea que en el afecto de angustia, esta vivencia es el <<acto de nacimiento>>. Frente a este peligro –el de ser separado de su madre–, se experimenta displacer y sensaciones corporales que constituyen el modelo repetido, a lo largo de toda la vida, como angustia.

En el mismo texto, Freud realiza un análisis a propósito de la angustia que sienten los niños en sus primeros años de vida. Escribe que los casos en que un niño siente angustia frente a personas desconocidas, cosas o situaciones, no están relacionados con la extrañeza de estos, a saber: el niño quiere ver a su objeto de amor –su madre– y, en su lugar, ve otro rostro. Esta decepción, acompañada de la añoranza de su objeto, se manifiestan en angustia. Entonces, al igual que la angustia neurótica, la angustia infantil “[...] se genera a partir de una libido no aplicada y sustituye al objeto de amor, que se echa de menos, por un objeto externo o una situación” (Freud, 1916-1917, p.372).

1.2.1.4. *Angustia ante un peligro real (1916-1917)*

En la conferencia ya mencionada, Freud inicia sus planteamientos con la distinción entre <<angustia neurótica>> y la <<angustia real>>. Define a esta última como “[...] una reacción frente a la percepción de un peligro exterior, es decir, de un daño esperado, previsto” (Freud, 1916-1917, p.358).

Para Freud, el desarrollo de esta reacción va de la mano con el conocimiento que el sujeto tiene sobre el mundo exterior. Así, pone como ejemplo las respuestas diferentes que pueden tener un aborigen y un hombre que vive en ciudad frente a un eclipse solar. Mientras que el segundo tiene conocimiento respecto a ese fenómeno natural, el primero no por lo que su reacción puede ser de angustia. Freud dice que existen ocasiones contrarias a estas en las que ciertos conocimientos pueden hacer que el sujeto se percate del peligro anticipadamente.

Si bien Freud relaciona esta angustia con una reacción de huida, advierte que puede ser paralizante cuando esta se presenta con mucha intensidad.

En este contexto, descompone a la <<situación de peligro>> considerando que hay fases, de las cuales es un <<apronte angustiado>>. Describe a este como un estado en el que se incrementa la atención de los sentidos y se tensiona la motricidad. De este se originan o bien la respuesta de huida y defensa frente a la amenaza, o bien el <<desarrollo de angustia>>. Freud considera que este estado inicial da una ventaja al sujeto para actuar en estas situaciones, y lo distingue del estallido de dicho afecto.

De acuerdo a Jean Laplanche (2000), es necesario reconocer que el término empleado por Freud en alemán es *realangst*. En este, *real* es utilizado como un sustantivo, no como un adjetivo. Es decir, *real* no es un calificativo para la *angst*. Es por esto que propone que la traducción adecuada sería *angustia ante un peligro real*, no *angustia real* que se calificaría en torno a algo verdadero, como si fuera posible hablar de una angustia falsa, no real; tampoco es pertinente la traducción *angustia ante lo real*—que vendría a ser el empleo del sustantivo—, ya que haría referencia a una realidad que la motiva, no a situaciones (Laplanche, 2000, pp.63-64).

Este recorrido no solo permite reconocer la construcción de la primera concepción de la angustia como libido transmutada o desprendida a causa de la represión; sino que también, da cuenta del paso que hace Freud de considerar a la angustia como una molestia manifestada comúnmente en la clínica, a plantear que se trata de un afecto que estructura, central en las neurosis.

1.2.2. Segundo momento: Situaciones de peligro (a partir de 1926)

Esta transición teórica fue planteada por Freud en su texto *Inhibición, síntoma y angustia*, en 1926. Conviene señalar que este escrito, más que

distinguir entre sí a estos tres conceptos, da cuenta de las relaciones que hay entre estos. Así, Freud ya no se interesa por el aspecto económico de la angustia. Jean Laplanche dice: “[...] la segunda va a ser una *teoría más funcional*, puesto que Freud se empeñará mucho más en descubrirle a la angustia cierta función, en encontrarle, digamos incluso, una utilidad” (Laplanche, 2000, p.62).

En este texto, realiza una comparación entre el caso del <<pequeño Hans>> y el caso del <<hombre de los lobos>>⁵, de la que concluye que, pese a las diferentes situaciones en la que se instauró la fobia en cada uno, tienen en común una angustia de castración. Freud dice:

En ambos casos, el motor de la represión es la angustia frente a la castración; los contenidos angustiantes –ser mordido por el caballo y ser devorado por el lobo– son sustitutos desfigurados {dislocados} del contenido <<ser castrado por el padre>> (Freud, 1926 [1925], p. 103).

Es decir, el contenido reprimido fue el <<ser castrado por el padre>>. A partir de este planteamiento, Freud sostiene que en las fobias, la angustia genera represión y no al revés como había propuesto en su concepción anterior. Sin embargo, no invalida aquello dicho sino que hace al yo responsable de la producción de dicho afecto.

Para la concepción anterior era natural considerar a la libido de la moción pulsional reprimida como la fuente de la angustia; de acuerdo con la nueva, en cambio, más bien debía ser el yo el responsable de esa angustia (Freud, 1926, p.151).

Estas teorizaciones fueron argumentos para sostener lo dicho por Freud en el texto de *El yo y el ello*, en 1923: el yo es el lugar de la angustia. Es decir, el yo es el único que puede registrar este afecto. Pese a que en el ello se den procesos que motiven el desarrollo de este, el ello no puede registrarlo. Freud dice: “[...] de hecho, las represiones probablemente más tempranas, así como la mayoría de las posteriores, son motivadas por esa angustia del yo frente a procesos singulares sobrevenidos en el ello” (Freud, 1926, p.130). Esto da fundamento a la distinción entre <<angustia automática>> y <<angustia señal>> que propuso Freud en 1926. A continuación, se aborda: la distinción mencionada y la relación entre el desarrollo de la angustia y la formación sustitutiva, el síntoma. Esto

⁵ Este fue uno de los cinco casos clínicos que Freud publicó, llamado así como referencia a un sueño de infancia del paciente, que fue material esencial en el análisis. Constituye para Freud un caso de neurosis en la adultez que da cuenta de una neurosis infantil anterior (Chemama y Vandermersch, 2010). A esta última, en el texto mencionado, Freud se aproxima por la siguiente vía: “[...] renuncia por angustia de castración al deseo de ser amado por el padre como objeto sexual, pues ha comprendido que una relación así tendría por premisa que él sacrificaría sus genitales [...]” (Freud, 1926 [1925], p.103).

pondrá en contexto al último planteamiento de Freud sobre la angustia y las situaciones de peligro.

1.2.2.1. *Angustia automática y angustia señal (a partir de 1916)*

En el texto *Inhibición, síntoma y angustia* (1926 [1925]), Freud reconsidera la teoría de la angustia motivado por las teorizaciones de Otto Rank acerca del trauma del nacimiento⁶ (1924). Ante esta teoría, entre otras cosas, dice:

Es innegable la presencia de cierto apronte angustiado en el lactante. Pero no alcanza su máxima intensidad inmediatamente tras el nacimiento para decrecer poco a poco, sino que surge más tarde, con el progreso del desarrollo anímico y se mantiene durante cierto período de la infancia. (Freud, 1926, p. 129).

Freud ya había trabajado algo de esto en la *25ª Conferencia. La angustia* (1916-1917) y, en 1926, mantiene aquel valor que da al nacimiento como el momento de la angustia primordial. Sin embargo, niega que este pueda ser el único origen de las angustias posteriores, es decir, relativiza la teoría de Otto Rank al plantear que existen dos fuentes de angustia: la situación traumática y las situaciones de peligro.

La primera fuente es definida en el *Diccionario de Psicoanálisis* (1979) como: “[...] un influjo incontrolable de excitaciones demasiado numerosas e intensas” (Laplanche y Pontalis, 1979, p.28). Esta acumulación, de origen interno o externo, no puede ser tramitada por el yo, situación que le genera una vivencia de desvalidamiento. Esta imposibilidad del yo se da a razón de que en el ello se produce una situación análoga al trauma del nacimiento provocándole al yo una <<angustia automática>>. Este tipo de angustia es involuntaria e inconsciente.

La segunda fuente propuesta por Freud también está relacionada con la situación traumática, aunque desde otra vía. Ante esta amenaza, es decir, ante una situación de peligro, el yo responde dando una <<señal de angustia>>. Esto sucede a razón de: “[...] que en el ello suceda algo que active una de las situaciones de peligro para el yo y lo mueva a dar la señal de angustia a fin de inhibirlo [...]” (Freud, 1926, p.133).

Esta señal de angustia es la reproducción atenuada de una respuesta de angustia anterior, experimentada en una situación traumática. Entonces, la angustia no surge, cada vez, como nueva en el psiquismo sino que es la reproducción de un estado afectivo que sigue a una huella mnémica ya

⁶ Rank proponía que toda situación de angustia es la reproducción de aquella vivida en el trauma del nacimiento (Freud, 1926, p.128).

existente. En este sentido, la señal de angustia hace las veces de <<símbolo mnémico>> que permite enfrentar el peligro (Laplanche y Pontalis, 1979, pp.419-420). Ante una situación semejante de peligro, se reproduce la angustia que, anteriormente, se había generado en otras circunstancias.

En ambos casos, Freud habla de la incapacidad del yo para tramitar grandes cargas de acumulación de excitaciones, sin importar su origen endógeno o exógeno. Se trata de un desvalidamiento psíquico.

De acuerdo al *Diccionario de Psicoanálisis* dirigido por J. Laplanche y J-B. Pontalis, “[...] el afecto, reproducido en forma de señal, debió ser experimentado pasivamente en el pasado en forma de angustia llamada automática, al encontrarse desbordado el sujeto por el aflujo de excitación” (Laplanche y Pontalis, 1979, p.420). Es decir, pese a ser diferenciadas por Freud, estas mantienen una relación en la que la angustia automática fue la reacción original de la cual devino la posibilidad de dar una señal en futuras situaciones (Freud, 1926, p.133).

1.2.2.2. *Angustia y formación⁷ del síntoma (a partir de 1926)*

En 1926, en su texto *Inhibición, síntoma y angustia*, Freud establece una relación entre la angustia y la formación del síntoma. Después de hacer un análisis comparativo entre la fobia en el caso del <<hombre de los lobos>> y en el caso del <<pequeño Hans>>, Freud plantea que esa señal de angustia emitida por el yo es una respuesta ante una investidura de objeto del ello, que resulta del complejo de Edipo. El yo procura no ceder ante esta investidura ya que, por experiencia previa, conoce que de ser así se encontraría frente a un peligro de castración. Esta reacción permite inhibir ese proceso de investidura del ello que resulta amenazador, al mismo tiempo que se instaura la fobia. De esta manera, es otro el objeto asociado a la angustia de castración y se desfigura su expresión. Así, Freud plantea la siguiente relación entre síntoma y angustia:

La formación sustitutiva tiene dos manifiestas ventajas; la primera, que esquivar un conflicto de ambivalencia, pues el padre es simultáneamente un objeto amado; y la segunda, que permite al yo suspender el desarrollo de angustia (Freud, 1926 p.119).

⁷ En alemán, la palabra *Bildung*, en la teoría de Freud, se refiere tanto al proceso como al resultado. La formación del síntoma termina siendo para Freud lo mismo que la <<formación sustitutiva>> (Laplanche y Pontalis, 1979, pp.168-169).

Freud había señalado en otros escritos que la fobia tiene un carácter proyectivo, a saber que reemplaza un peligro pulsional interior por uno de percepción exterior. Entonces, al ser un animal el objeto de angustia, no hace falta más que evitar su percepción para evadir el peligro. Sin embargo, menciona que: “La exigencia pulsional no es un peligro en sí misma; lo es sólo porque conlleva un auténtico peligro exterior, el de la castración” (Freud, 1926, p.120). En la fobia se trata de la sustitución de un peligro exterior –castración– por otro peligro exterior –animal objeto de fobia. Por lo que esta angustia es una respuesta del yo ante el peligro de la castración. Esto lleva a Freud a concluir que la angustia de las fobias es solo una <<señal-afecto>> y que el contenido inconsciente de la angustia se manifiesta solamente a modo desfigurado.

Sí en las fobias, el factor motivante para la formación del síntoma es la angustia de castración –del yo frente al ello–, en las neurosis obsesivas lo es la angustia del yo ante el superyó. La situación de peligro amenazante es la hostilidad del superyó y la posibilidad de un castigo. Este último no es más que la resonancia del castigo de castración.

Así como el superyó es el padre que devino apersonal, la angustia frente a la castración con que este amenaza se ha transmutado en una angustia social indeterminada o en angustia de la conciencia moral (Freud, 1926, p.122).

En la neurosis obsesiva, el yo puede sustraerse de la angustia realizando con constancia y regularidad las acciones y pensamientos expiatorios que se ha impuesto –que le ha impuesto el superyó. Entonces, Freud dice que son las <<situaciones de peligro>>, señaladas por el desarrollo de angustia, aquellas que intentan ser evitadas con la formación del síntoma, mas no la angustia en sí.

En el mismo texto, Freud menciona que la “representación” de la castración vendría a verse en la separación cotidiana respecto de objetos – así por ejemplo, las heces o el pecho materno. De esta manera, el yo emite una respuesta cuando se enfrenta al peligro de ser abandonado por el superyó. Así, Freud propone que las pérdidas de objeto, repetidas con regularidad, son un medio para que el yo de cuenta de la castración y se mantenga alerta. Es decir, la angustia no solo es <<señal-afecto>> del peligro, sino que también es una reacción frente a la separación o pérdida de objetos. Esto concuerda con la concepción de que el nacimiento es la primera experiencia de angustia en el ser humano y esta, en última instancia, no es más que la separación de la madre. Además, Freud relaciona esta separación

con una <<castración de la madre>>, si se considera al <<hijo=pene>>. Sin embargo, esto no lleva a afirmar la teoría de Otto Rank, en tanto el feto, completamente narcisista, no conoce a la madre como objeto.

Esto lleva a Freud a concluir que la formación sustitutiva –el síntoma– cumple la función de cancelar la situación de peligro, sustrayendo así a la angustia del yo. Entonces plantea que la formación del síntoma tiene dos caras: una mostrada que es el síntoma en sí y otra oculta que modifica al ello retirando el peligro del yo.

Si se obstaculiza la formación del síntoma, el peligro se presenta efectivamente, o sea, se produce aquella situación análoga al nacimiento en que el yo se encuentra desvalido frente a la exigencia pulsional en continuo crecimiento: la primera y la más originaria de las condiciones de angustia (Freud, 1926, p.136)

Por último, Freud dice que la angustia es necesaria para la formación del síntoma ya que es esta la que alerta, desde el yo, para que el desarrollo del peligro pueda ser detenido en el ello. Toda esa energía psíquica que se descargaría como angustia se liga en el síntoma.

1.2.2.3. *Lo peligroso (1926-1936)*

La transición teórica que realiza Freud en su texto *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) da un lugar importante a las <<situaciones de peligro>>⁸, a saber que: “La angustia se generó frente a un estado de *peligro*; en lo sucesivo se la reproducirá cuando un estado semejante vuelva a presentarse” (Freud, 1926, p.127). Estas situaciones, con su angustia correspondiente, se adecúan a cada etapa del desarrollo yoico, a partir del <<apronte angustiado>> que quedó de la vivencia del nacimiento.

La primera situación se da en una etapa de inmadurez del yo, en la que el niño sabe que es la madre quien satisface sus necesidades. El peligro es el <<aumento de tensión de la necesidad>>, ante la cual no puede actuar sin la madre. Tanto en esta como en el nacimiento, hay un aumento en los estímulos que esperan por ser tramitados, es decir, se corre el riesgo de un <<desvalimiento psíquico>> –desamparo, abandono. Esta situación de peligro es superada a razón de que el niño se percata de que la percepción de un objeto exterior pone fin a tal situación. Así, la segunda situación de peligro en la primera infancia es la pérdida del objeto, a saber la ausencia de la madre. Esta angustia continúa durante algún tiempo al igual que la siguiente forma de

⁸ La expresión utilizada en alemán es <<Gefahrsituationen>>, traducida por J. Strachey como <<danger situations>>.

angustia que se da en la fase fálica. El tercer momento se trata también de angustia por separación pero esta vez asociada a los genitales: peligro de castración.

Con el posterior crecimiento del niño, en el que existe cada vez más independencia y el aparato anímico tiene varias instancias, se modifica el peligro. “Al despersonalizarse la instancia parental, de la cual se temía la castración, el peligro se vuelve indeterminado” (Freud, 1926, p. 132). Ahora la situación peligrosa es el castigo y la hostilidad del superyó y la angustia pasa a ser angustia de la conciencia moral.

Freud dice que el desarrollo del yo hace que se desvalorice a una situación de peligro para ser sucedida por otra. Sin embargo, recalca que estas pueden coexistir y generar angustia en épocas en las que esta ya no sea adecuada al momento del desarrollo o tener una acción conjunta entre todas.

Posteriormente, en la 32ª conferencia. *Angustia y vida pulsional* (1932-1936), Freud se cuestiona respecto a ¿qué es <<lo peligroso>> en estas situaciones? A lo que responde: “lo temido, el asunto de la angustia, es en cada caso la emergencia de un factor traumático que no pueda ser tramitado según la norma del principio de placer” (Freud, 1932-1936, p.87). El <<factor traumático>> es la vivencia de un estado de elevada tensión sexual, sentida como displacer, que no puede ser descargado pese a los esfuerzos del <<principio de placer>>⁹. Cabe recalcar que la elevada cantidad de excitación es condición determinante para que haya un factor traumático, es decir, para que se detenga la acción del principio de placer y se de valor a la situación de peligro.

⁹ Principio económico de la vida anímica, que tiene por objetivo principal disminuir las cantidades de excitación, procurando placer y evitando su aumento para no caer en displacer (Laplanche y Pontalis, 1979, p.307).

CAPÍTULO 2

PSICOSIS EN PSICOANÁLISIS

El presente capítulo tiene por objetivo revisar brevemente lo que, desde el psicoanálisis, se puede decir respecto a aquellas manifestaciones particulares a la estructura psicótica. Es así como se pondrá en contexto –teórico– el trabajo de la población estudiada. A continuación se abordará algo del planteamiento de Freud seguido de ciertos desarrollos teóricos posteriores de Lacan.

Esta investigación no tiene por tema central a la psicosis, por lo que, serán desarrollados solamente los puntos teóricos que puedan aportar a esta disertación.

2.1. Antecedentes

Según el *Diccionario de la Real Academia de la lengua Española*, la palabra “psicosis” procede del prefijo “psico” que deriva de la palabra griega “psychē” –alma– y del sufijo “sis”, que denota enfermedad o anomalía. En medicina se define como “Enfermedad mental caracterizada por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia” (2013).

Es psiquiatría, este término fue propuesto por Ernst von Feuchtersleben, médico de Viena, a mediados del siglo XIX, aunque no como opuesto al de “neurosis”. Este hacía referencia a las enfermedades mentales tal como eran concebidas, y clasificadas, por Philippe Pinel –en ese tiempo se conocían como enfermedades vesanias (Laplanche y Pontalis, 1979). Posteriores teorizaciones como las de Kraepelin serían contexto para los planteamientos que Freud haría más tarde; mismas que servirían de referencia para que teóricos posteriores ampliaran la teoría. Los planteamientos de Freud, a partir del <<caso Schreber>>, y la propuesta de Jacques Lacan respecto a la <<forclusión del Nombre-del-padre>>, permitirán dar un panorama general de las teorías explicativas de las manifestaciones de la psicosis que son comunes en pacientes hospitalizados.

2.2. El mecanismo de la paranoia

En un primer momento, se desarrollarán los planteamientos de Freud acerca de la paranoia. Esto permitirá hacer una primera aproximación al delirio, mismo que en psiquiatría es un *síntoma* casi imprescindible para considerar necesaria la hospitalización de un paciente.

En 1911, Freud publica *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, texto al que se suele

referir como <<Caso Schreber>>. Este es el resultado de la lectura y análisis que hace del texto *Memorias de un enfermo nervioso* (1903), escrito por el doctor en derecho Daniel Paul Schreber. Se iniciará este desarrollo teórico con un breve resumen del historial clínico de este caso, para pasar al análisis de Freud.

Daniel Schreber fue el tercero de cinco hijos. Su padre, Daniel Gottlieb Schreber, fue conocido por ser el promotor de un tipo de educación, a través del entrenamiento corporal, que elimine las anomalías físicas y morales (Chemama y Vandermersch, 2010). Esta propuesta pedagógica incluía: castigo, resistencia al dolor, falta de demostraciones afectivas hacia el niño, realización de determinados ejercicios físicos, etc. Gottlieb Schreber escribió varios libros entre los que destaca el *Manual popular de gimnasia de sala médica e higiénica* (1864). En este contexto educativo fue criado Daniel Schreber (Chemama y Vandermersch, 2010).

De acuerdo con el relato que hace Freud en el caso Schreber (1911), este tuvo dos momentos de enfermedad: el primero a los 42 años, en 1884, en el que padeció de un <<ataque de hipocondría grave>> del que sanó tras estar interno durante aproximadamente seis meses, en la clínica dirigida por el Dr. Flechsig. A causa de esto, tanto su esposa como él sentían aprecio por tal doctor. El segundo momento sobrevino, 9 años más tarde, a raíz de ser nombrado presidente de la Corte de Apelaciones en Dresde, a finales de 1893. Acudió nuevamente a la clínica universitaria de Leipzig, a cargo del mismo director de la primera vez, por sufrir de insomnio. Su condición empeoró rápidamente y tuvo que ser trasladado al asilo de Sonnenstein en 1864. En su texto, Freud cita al director del asilo, quien describe los síntomas de Schreber: ideas hipocondriacas, ideas de muerte, ideas persecutorias y alucinaciones sensoriales, auditivas y visuales (Freud, 1911, p.15). Es en este momento y lugar en el que escribe su texto autobiográfico. La construcción delirante que sostenía Schreber, desde su segunda enfermedad, se puede resumir en un extracto que toma Freud del fallo redactado cuando se le dio el alta: “<<Se considera llamado a redimir el mundo y devolverle la bienaventuranza perdida. Pero cree que sólo lo conseguirá luego de ser mudado de hombre en mujer>>” (Freud, 1911, p.17). En tiempos posteriores a este delirio, Schreber hablaba de un complot armado contra él, en el que, tras confirmar su estado de enfermo nervioso, se entregaría su alma a un hombre que abusaría sexualmente de su cuerpo ya mudado en un cuerpo de mujer (Schreber, 1903, p.98). Esto lleva a decir a Freud que:

[...] la mudanza en mujer (emasculación) fue el delirio primario, juzgado al comienzo como un acto de grave daño y de persecución, y que sólo secundariamente entró en relación con el papel de redentor [...] un delirio de persecución sexual se transformó en el paciente, con posterioridad, en el delirio religioso de grandeza. E inicialmente hacía el papel de perseguidor el médico que lo trataba, el profesor Flechsig; más tarde Dios ocupó este lugar (Freud, 1911, pp. 18-19).

En el mismo texto Freud plantea que esta <<mudanza a un cuerpo de mujer>> es el origen de la paranoia del presidente Schreber y factor constante en toda su patología. La primera vez aparece como un deseo en un estado de duermevela antes de ocupar su cargo en Dresde, al fantasear con el placer de la posición femenina al momento del coito. Esta fantasía fue tomada como propia, más tarde la rechaza por ajena –injuria de parte del Dr. Flechsig– y finalmente, la acepta como parte del designio que permitirá que Dios lo fecunde y cree una nueva especie, posterior al fin del mundo (Freud, 1911).

[...] la ocasión de contraer la enfermedad fue la emergencia de una fantasía de deseo femenina (homosexual pasiva), cuyo objeto era la persona del médico. La personalidad de Schreber le contrapuso una intensa resistencia, y la lucha defensiva, que acaso habría podido consumarse igualmente en otras formas, escogió, por razones para nosotros desconocidas, la forma del delirio persecutorio. El aislado devino entonces el perseguidor, y el contenido de la fantasía de deseo pasó a ser el de la persecución.” (Freud, 1911, p. 45)

A partir de esta fantasía de deseo homosexual, Freud propone, en el capítulo III del texto mencionado, una teoría respecto a la paranoia. A saber que, para Freud, hay un momento de homosexualidad en el desarrollo de la libido, que resulta de una etapa temprana llamada <<narcisismo>>. “[...] el individuo empeñado en el desarrollo, y que sintetiza {*zusammenfassen*} en una unidad sus pulsiones sexuales de actividad autoerótica, para ganar un objeto de amor se toma primero a sí mismo, a su cuerpo propio [...]” (Freud, 1911, p.56). Esta es condición necesaria para elegir un objeto ajeno, sin embargo, en un primer momento, este objeto comparte las mismas características genitales. “[...] por tanto, lleva a la heterosexualidad a través de la elección homosexual de objeto” (Freud, 1911, p.56). De aquí provienen las mociones homosexuales que, en la elección de objeto heterosexual, no desaparecen sino que se subliman conformando las relaciones de amistad y afecto social. Entonces, Freud propone que en la paranoia existe una fijación a esta etapa autoerótica, narcisista y homosexual. Esta fijación genera una predisposición a que en caso de que “[...] una marea alta de libido no encuentre otro decurso someta sus pulsiones sociales a la sexualización, y de ese modo deshaga las sublimaciones que había adquirido en su desarrollo” (Freud, 1911, p.57). Conviene señalar que en Schreber, el evento desencadenante fue la frustración ante el deseo de ser padre. Después de la primera enfermedad vivió junto a su esposa por 8 años sin conseguir la concepción.

Freud (1911) también reconoce que en la formación del síntoma de esta patología, se manifiesta una proyección: “Una percepción interna es sofocada, y como sustituto de ella adviene a la conciencia su contenido, luego de experimentar cierta desfiguración, como una percepción de afuera.” (Freud, 1911, p.61). La constitución del tipo de delirio depende de la desfiguración de la percepción sofocada; estos, para Freud,

pueden ser: delirio en la erotomanía, delirio de celos, delirio de persecución y delirio de grandeza.

Además de la fantasía de deseo homosexual, la fijación en la etapa homosexual del desarrollo de la libido y de la proyección, Freud (1911) apela a la <<represión>> en búsqueda de aquello que sea *propio* de la paranoia. Así propone que “[...] el proceso de la represión propiamente dicha consiste en un desasimiento de la libido de personas –y cosas– antes amadas. [...]” (Freud, 1911, p.66). La libido queda libre en la psique hasta que se encuentre un sustituto al cual dirigirse. Esto no ocurre en la paranoia, Freud dice: “[...] la libido liberada se vuelca al yo, se aplica a la magnificación del yo” (Freud, 1911, p.67). Este volcamiento implica una regresión de la libido de la etapa homosexual al narcisismo. El retiro de la investidura libidinal de su mundo exterior vuelve indiferente al sujeto. Para Freud esto representa un conflicto interior, tal es así que “El sepultamiento del mundo es la proyección de esta catástrofe interior [...]” (Freud, 1911, p.65). Es decir que los delirios de Schreber respecto al fin del mundo daban cuenta del derrumbamiento de su construcción del mundo, causado por la retirada de libido.

La proyección en la paranoia es especificada por Freud cuando dice: “No era correcto decir que la sensación interiormente sofocada es proyectada hacia fuera; más bien inteligimos que lo cancelado adentro retorna desde afuera” (Freud, 1911, p.66). De allí su diferencia con la proyección en las neurosis. En este contexto, plantea que el delirio viene a ser un intento de reconstrucción de ese mundo que fue sepultado por el sujeto. Gracias al delirio, la libido retirada del mundo exterior, puede dirigirse nuevamente hacia objetos exteriores y estos vuelvan a tener sentido.

Por otro lado, existe otro factor que Freud considera importante en este caso: el <<complejo paterno>>, como esa dimensión del complejo de Edipo en la que el niño tiene sentimientos ambivalentes hacia el padre. Para Freud, la relación ambigua de Schreber con el Dr. Flechsig –más tarde con Dios– responde a un conflicto de infancia con el padre, como primera figura frustradora de deseos (Freud, 1911, p.52). Entonces, el delirio de Schreber puede ser explicado haciendo una relación entre la fantasía de un deseo homosexual hacia el padre y el complejo paterno. Freud dice:

En el desenlace del delirio de Schreber, la fantasía sexual infantil celebra un triunfo grandioso; la voluptuosidad misma es dictada por el temor de Dios, y Dios mismo (el padre) no deja de exigírsela al enfermo. La más temida amenaza del padre, la castración, ha prestado su material a la fantasía de deseo de la mudanza en mujer, combatida primero y aceptada después. La referencia a una culpa, encubierta por la formación sustitutiva «almicidio», es muy nítida (Freud, 1911, p. 52).

Existe otro rasgo propio de la paranoia mencionado por Freud, que podrá ser desarrollado con los posteriores planteamientos de Lacan. Dice:

La indagación psicoanalítica de la paranoia sería de todo punto imposible si los enfermos no poseyeran la peculiaridad de traslucir, aunque en forma desfigurada, justamente aquello que los otros neuróticos esconden como secreto. Puesto que a los paranoicos no se los puede compeler a que venzan sus resistencias interiores, y dicen sólo lo que quieren decir [...] (Freud, 1911, p. 11).

2.2.1. Conflicto con el mundo exterior

El estudio del conflicto con el mundo exterior, presente en la psicosis, permite dar mayor sustento teórico a la importancia de la construcción del delirio y de las alucinaciones que generalmente lo acompañan.

La reformulación de Freud sobre el aparato psíquico, propuesta en su texto *El yo y el ello* (1923), conllevó a una revisión de su teoría de la psicosis. Tal es así que en 1924, publicó dos textos titulados *Neurosis y psicosis* y *La pérdida de la realidad de la realidad en la neurosis y psicosis*. Se desarrollan a continuación las formulaciones sobre la psicosis que Freud hizo en ambos textos.

En el primero, en un intento por adaptar ciertos procesos psíquicos a su nueva estructuración del aparato psíquico –yo, ello y superyó–, Freud plantea que tanto la neurosis como la psicosis son producto de los conflictos que se argumentan por los <<vasallajes del yo>>. “*La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior*” (Freud, 1924, p.155). Es así como en la neurosis, el superyó, heredero del complejo de Edipo, impone su dominancia por lo que el conflicto queda entre el yo y el ello; mientras que en la psicosis es el ello el que domina y perturba la relación del yo con el mundo exterior. Freud propone a la etiología como punto común entre ambas patologías, a saber que surgen de la frustración por el no cumplimiento de deseos de la infancia que quedan arraigados en la organización psíquica. La patología, neurosis o psicosis, es el resultado “[...] de lo que haga el yo en semejante tensión conflictiva: si permanece fiel a su vasallaje hacia el mundo exterior y procura sujetar al ello, o si es avasallado por el yo y se deja arrancar de la realidad” (Freud, 1924, p.157). En la psicosis se da una ruptura con la realidad ya que el mundo exterior deniega o frustra un deseo y esto resulta insoportable.

Freud plantea, valiéndose del ejemplo de la *amentia* de Meynett, que en la psicosis no solo hay una defensa que desestima [Verwerfung] a una representación insoportable –junto con su afecto–, rechazando también a nuevas percepciones, sino que, además, se resta valor psíquico al mundo interior –entendido como ese componente del yo donde se hallan huellas mnémicas de percepciones anteriores– (Freud, 1911, p.156). Ante esto, el yo responde creando

un nuevo mundo exterior e interior que está comandado por las mociones del ello. Así, “[...] el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior” (Freud, 1924, p.157).

En el texto *La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis* (1924), Freud sostiene que ambas patologías mantienen una relación perturbada con la realidad a consecuencia de los conflictos psíquicos entre las instancias. La diferencia radica en que: “[...] en la neurosis se evita, al modo de una huida, un fragmento de la realidad, mientras que en la psicosis se lo reconstruye” (Freud, 1924, p.195). Es decir que en la neurosis, esa obediencia inicial del yo ante el superyó es seguida por un intento de huida a expensas del vínculo con la realidad; la formación del síntoma viene a ser ese intento de escapar. Mientras que, en la psicosis ese arrancamiento inicial de la realidad es seguido por un intento de reconstrucción interior y exterior, sin limitar el vínculo con el ello, a saber, el delirio. Respecto a esta reconstrucción de la realidad, Freud agrega que se da en las huellas mnémicas, en las representaciones y en los juicios que se habían obtenido de la realidad hasta ese momento, los mismos que causaron que se subrogue (Freud, 1924, p.195); esto obliga al psicótico a procurarse percepciones que estén acordes a la nueva realidad, estas son las alucinaciones. Freud añade que tales alucinaciones son angustiantes ya que “Es probable que en la psicosis el fragmento de la realidad rechazado se vaya imponiendo cada vez más a la vida anímica, tal como en la neurosis lo hacía la moción reprimida [...]” (Freud, 1924, p.196) y por esto en ambos casos se experimenta angustia.

2.3. La forclusión del Nombre-del-padre

Jacques Lacan retoma ciertos aspectos mencionados por Freud, ampliando la teoría y abriendo vías para reconocer otras manifestaciones propias de la estructuración psicótica. Para esto, es necesario volver al planteamiento que hace Lacan en 1957 respecto de un mecanismo “[...] que capta la estructura de la psicosis [...]” (Maleval, 2002, 14): la forclusión del Nombre-del-Padre.

2.3.1. El Nombre-del-Padre

Como lo recuerda Marika Bèrges-Bounes (2014), un niño que nace llega al mundo a ocupar un lugar simbólico que le precede. Por lo general, este niño ha sido hablado por sus padres incluso antes de la concepción. Es así como ocupa el lugar de objeto de deseo de la madre y está determinado por este. En la clase 3

titulada “El Otro y la psicosis”, del 30 de noviembre de 1955, del *Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las Psicosis*, Lacan dice: “[...] como el punto de partida de esta dialéctica es mi alienación en el otro, hay un momento en que puedo estar en posición de ser a mi vez anulado porque el otro no está de acuerdo” (Lacan, 2004, p.62). Esta fusión entre el niño y la madre es un momento de pleno narcisismo, es una situación de completud imaginaria para la madre.

La alienación encuentra su límite cuando la madre introduce al padre en su discurso. La figura paterna tacha la fusión madre/hijo al mostrarse como portador del falo, de eso que la madre desea. Por esta razón, el niño se identifica con el padre –quiere ser como aquel. “[...] el Edipo introduce una nueva estructura a través del papel desempeñado por la identificación edípica” (Mannoni, 1987, p.110).

Más tarde, el niño reconoce que su padre posee y no el falo, entonces lo representa. Para que se de este paso de “portador” a “representante”, es necesario que el niño realice una metáfora –en el pleno sentido de la sustitución de un significante por otro–, es decir, que simbolice al padre. Es momento “[...] de un reconocimiento no del padre real, sino de lo que la religión nos ha enseñado a invocar como el Nombre-del-Padre” (Lacan, 2003, p.538).

El Nombre-del-Padre sustituye al deseo de la madre –una madre que ya no está siempre presente, que se ha vuelto también ausente–, permitiendo al niño hacer una metáfora –paterna– de ese deseo de la madre que está en lo Real¹⁰. De esta manera, el Nombre-del-Padre se instaura como significante puro. Jean-Claude Maleval (2002) dice:

En adelante, este último [el sujeto] ya no se siente librado a la omnipotencia del capricho materno, ya no se ve sometido a la diversidad de significaciones particulares inducidas por el deseo de la madre, y será capaz de orientarse respecto a la significación fálica, que posee una función de normativización del lenguaje. La función fálica hace que el sujeto sea apto para inscribirse en discursos que constituyen un vínculo social. (Maleval, 2002, p.83)¹¹

Ahora bien, para Lacan, el Nombre-del-Padre es el representante simbólico de la ley, a saber que “La función paterna alza un obstáculo frente al goce incluido en la relación madre-niño, traza una tachadura sobre el deseo de la madre y se opone a la instauración de una completud imaginaria en la que ambos quedarían reunidos” (Maleval, 2002, p.84). Entonces, la <<función paterna>>, según Patrick de Neuter (de Naunter, 1992, p.118), viene a ser una <<función de

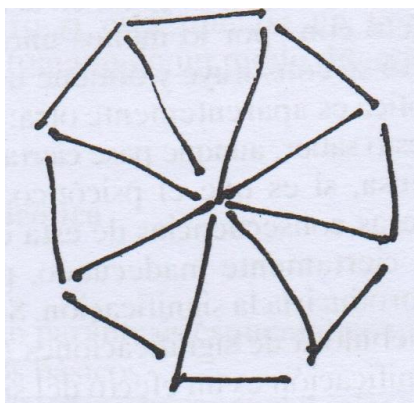
¹⁰ Lo Real, según Lacan, es el registro de eso que no puede ser totalmente simbolizado en la escritura o en la palabra (Chemama y Vandermersch, 2010, p.579).

¹¹ Corchetes colocados para indicar el contexto del planteamiento de Jean-Claude Maleval.

castración simbólica>> que conduce al niño a renunciar a esa identificación con el objeto de deseo de la madre –el falo. El Nombre-del-Padre sostiene a la función paterna, el significante fálico da vías para que el niño simbolice el deseo de la madre frente al deseo del Otro.

La instauración de esta ley , “[...] es decir del significante que en el Otro, en cuanto lugar del significante, es el significante del Otro en cuanto lugar de la ley.” (Lacan, 2003, p.564), ordena y limita el deseo del sujeto, en tanto este saber supuesto al padre organiza todas las significaciones. Al respecto, Contardo Calligaris, en su texto *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*, plantea que tener esta referencia a Otro es el <<punto de capitón>> que enlaza significantes con significaciones. Es decir, el neurótico está referido a un saber, vive en un mundo que se organiza a partir de un punto central desde el que se fija un orden predeterminado de las significaciones (Calligaris, 1991).

Para el neurótico *hay por lo menos uno* que sabe y puede referirse a ese uno para dar valor de verdad a sus palabras, a su saber. Además, dice que: “[...] la metáfora paterna –ese amarre central propio a todos los neuróticos– produce en primer lugar una significación sexual, produce sexualidad” (Calligaris, 1991, p.41). Es decir, ordena la sexuación simbólica del sujeto, ya sea como mujer o como hombre. Calligaris grafica este punto central de la siguiente manera:



Fuente: (Calligaris, 1991, p.16)

2.3.2. La forclusión

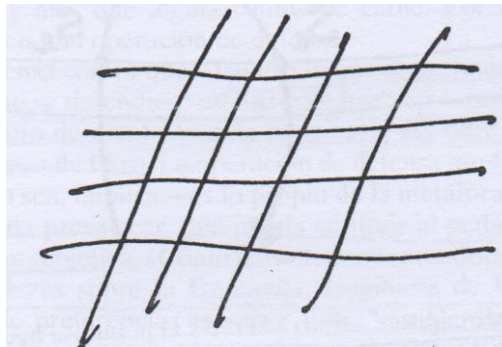
Ahora bien, Lacan toma el término *forclusión* del campo jurídico en el cual “[...] implica un plazo, fuera del cual, hay forclusión, es decir, que ya no se puede apelar” (Landman, 2005, p.487). Además de hacer alusión a la ley, este término se ajusta para describir aquello que ocurre en la psicosis. Lacan dice:

Es en un accidente de este registro [registro simbólico] y de lo que en él se cumple, a saber la forclusión del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el defecto que da a la psicosis

su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis (Lacan, 2003, p.556)¹²

La forclusión recae sobre el significante del Nombre-del-Padre, que puede operar en un cierto tiempo, pero que, después de ese plazo, ya no será posible que este nombre sea operatorio (Landman, 2005, pp.487-488). En la psicosis no se da la sustitución del Nombre-del-Padre por el objeto de deseo de la madre, es decir, el niño no pudo realizar esa metáfora paterna que le hubiera permitido simbolizar el deseo de la madre. Así, quedó atrapado en este último, significado y determinado por este. Es decir, se puede inferir que el sujeto, con devenir psicótico, no pudo disponer del significante fálico que le permita dar cuenta del deseo de la madre de modo que no lo puede dominar.

Calligaris plantea que: “Es importante considerar que lo que está forcluido no son los significantes relativos al padre, al marco edípico, sino que lo que está forcluido es la función organizadora del nombre-del-padre” (Calligaris, 1991, p.48); de modo que, está forcluido ese <<punto de capitón>> que da un orden a la cadena significativa, al mundo y al saber. Calligaris propone el siguiente gráfico:



Fuente: (Calligaris, 1991, p.16)

Cuando el sujeto no ha instaurado el Nombre-del-Padre en el Otro, no tiene un lugar fijo en el Otro. Landman, por su parte, dice que un psicótico está:

[...] privado, excluido, expulsado de un lugar fijo, de un lugar que le sería propio en el gran Otro, es decir, en el sistema significativo, en la cadena significativa de la cual depende, de la cual él es efecto y desde donde autoriza su palabra, desde donde recibe su mensaje y al cual dirige sus preguntas, en particular, la de saber si es hombre o mujer (Landman, 2005, p.458).

Esta imposibilidad de referirse al Otro implica que el sujeto esté obligado a sustentar su saber desde la certeza de su yo (Calligaris, 1991, p.26). Es por esto

¹² Corchetes colocados para ubicar en contexto esta extracción del texto *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, escrito por Jacques Lacan en 1958. El registro simbólico es universal a todo ser hablante, inherente al lenguaje, en el que se determina la manera de hacer, o no, lazo social y la elección de la sexualidad. Para Lacan, el sujeto se determina en el lenguaje, es en el Otro donde articula su verdad (Calligaris, 1991, p.31).

que estos sujetos se encuentran fuera de una colectividad. Es decir, si bien viven dentro de un grupo de personas, se ven impedidos de referirse a otros, de establecer lazos sociales con otros. El diálogo con un psicótico se vuelve problemático por esa falta de referencia, punto en el que, desde la individualidad de cada sujeto, se encuentran los neuróticos. Así por ejemplo, “[...] un delirio paranoico es un problema de comunicaciones” (Calligaris, 1991, p.24). Esto amplía el planteamiento que Freud hace en el Caso Schreber –citado en el capítulo anterior– donde expone que un paranoico dice lo que quiere, cuando quiere.

En este contexto, Lacan, en la clase 1 del Seminario de *Las Psicosis*, el 16 de noviembre de 1955, retoma lo dicho por Freud respecto al delirio –eso que ha sido abolido en el mundo interior retorna desde el mundo exterior–, pero lo modifica diciendo que: “[...] todo lo rehusado en el orden simbólico, en el sentido de la *Verwerfung*, reaparece en lo real” (Lacan, 2004, p.24); es decir, eso que ha sido forcluido en lo simbólico, a saber el Nombre-del-Padre, retorna en lo Real. Esto se desencadena en momentos en los que el sujeto se ve enfrentado a referirse a una instancia paterna, a una instancia de ley. En el Caso Schreber, por ejemplo, este podría ser el cargo de presidente que tuvo que ocupar, así como también la imposibilidad de tener hijos. Calligaris dice: “[...] lo que ocurre es que ese lugar organizador vuelve para él, pero no vuelve en lo Simbólico, porque en ese Simbólico no hay esa función, entonces vuelve en lo Real” (Calligaris, 1991, p.23). Frente a esto, el sujeto se ve obligado a construir una metáfora homóloga a esa metáfora paterna que el neurótico organiza cuando simboliza la función paterna; el psicótico, con esa función forcluida, tiene que armar por sí mismo una significación que no está garantizada en esa filiación simbólica, como si él mismo tuviese que hacer las veces de función y, entonces, organizar, construir y garantizar. “Un delirio es eso: el trabajo de constituir una metáfora paterna, entonces una filiación y su relativa significación, lidiando con una función paterna no simbolizada, pero sí en lo Real.” (Calligaris, 1991, p.24).

De esta manera, se puede decir que eso que *habla al* psicótico –alucinación auditiva– es la función que no ha sido simbolizada, la función paterna que habla con significantes ya existentes en el sujeto (Calligaris, 1991). ¿Quién *habla* esta función? El lugar donde se encontraría esta función de haber sido simbolizada: el gran Otro. Un ejemplo de esto es Schreber y su comunicación con Dios. “[...] el sujeto psicótico tiene que vérselas con el gran Otro, eventualmente con un gran Otro que le habla, que le informa, al cual él se dirige, con el cual

mantiene una relación conflictiva” (Landman, 2005, p.460). Un gran Otro a quien otorga una existencia real –en carne y hueso. Lacan dice:

¿Cuál es esa parte, en el sujeto, que habla? El análisis dice: es el inconsciente. Naturalmente, para que la pregunta tenga sentido, es necesario haber admitido que el inconsciente es algo que habla en el sujeto, más allá del sujeto, e incluso cuando el sujeto no lo sabe, y que dice más de lo que supone. El análisis dice que en la psicosis eso es lo que habla (Lacan, 2004, p.64).

CAPÍTULO 3

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO JULIO ENDARA

La investigación práctica de esta disertación fue llevada a cabo en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Se trabajó con el personal auxiliar de enfermería y con el personal de psicología. Por esto, es menester plantear el contexto institucional de estos empleados. Se abordarán los siguientes puntos: antecedentes, objetivos y modalidades de atención del Hospital. Esto dará paso a la descripción de las funciones y atribuciones de cada área.

3.1. Antecedentes del HPJE

El Hospital Psiquiátrico Julio Endara (HPJE) forma parte de la red de servicios que brinda el Ministerio de Salud Pública. Actualmente, es la única institución de especialidad que ofrece hospitalización a pacientes con trastornos mentales en el país. Es decir, provee una atención gratuita a quien solicite sus servicios. Por tal motivo, la población atendida suele ser de sectores sociales bajos, marginales, rurales y provenientes de otras provincias. Según la terminología psiquiátrica, los trastornos más frecuentes –yendo de mayor a menor– en la institución son: esquizofrenia, epilepsia, depresión y adicciones. Además, acuden personas que, habiendo sido acusadas de delitos o crímenes, son consideradas como inimputables por padecer de algún trastorno psicopatológico grave. Estos son internados de manera obligatoria hasta que se lleven a cabo los procedimientos judiciales que le otorguen, o no, el alta, la libertad. Este hospital se encuentra ubicado en la ciudadela hospitalaria, en Conocoto. La gerencia está a cargo de la Dra. Eliana Escandón desde noviembre de 2013.

En octubre de 2011, tras disposición ministerial, se dio una fusión entre el Hospital Psiquiátrico San Lázaro (HPSL) –el primero en su clase en la ciudad de Quito– y el HPJE. Esto a razón de que el terreno del primero es propiedad del municipio y, dentro de los planes gubernamentales, está destinado a convertirse en la Universidad de las Artes. Para este efecto, tiempo antes del traslado, se inició un trabajo de reinserción familiar con ciertos pacientes crónicos¹³. Sin embargo, esto no fue posible con todos ya que existen varios casos de abandono por parte de las familias. De esta manera, un grupo de

¹³ Denominados así por su condición grave que los mantiene obligados a permanecer dentro de las instalaciones del hospital. Algunos de ellos se mantienen dentro de la misma por abandono familiar. En algunos casos se trata más bien de pacientes geriátricos.

pacientes fue transferido al HPJE. Los pacientes agudos¹⁴ también fueron remitidos a esta institución. Es decir, en las instalaciones del HPJE se incrementó el número de pacientes crónicos y la atención a pacientes agudos y ambulatorios¹⁵. Junto con ellos, se trasladó, por decisión propia, a un grupo de aproximadamente 25 auxiliares de enfermería –al igual que otros funcionarios del ámbito administrativo. Esta fusión del personal obligó a las autoridades a replantear ciertos métodos de trabajo.

Las nuevas reformas gubernamentales trajeron consigo varios cambios dentro de la institución, en su condición de *igual* con los hospitales generales. Entre ellos están: horario completo de trabajo, reducción del tiempo para almorzar, número mínimo de pacientes a atender, reducción del tiempo de duración de la cita médica/psicológica, prohibición para realizar actividades de educación continua dentro de las horas de trabajo, etc. Además, por normas internacionales, se ha establecido que la hospitalización debe durar entre 15 y 20 días, tiempo que se considera suficiente para lograr la eliminación de los síntomas; de esta manera se busca reducir el abandono familiar que cronifica la enfermedad. Ciertas especificidades en estas normas se tratarán más adelante en lo concerniente a las áreas del personal objeto de esta investigación.

Los objetivos que persigue el HPJE son los siguientes: promover y restablecer la salud mental; prevenir la morbilidad y los perjuicios que conlleva el padecimiento de una enfermedad mental; reinsertar a los pacientes al orden familiar, social y laboral; y garantizar atención a quienes la requieran, sin distinción de condición social, económica o legal.

Las modalidades de atención del hospital son tres:

- a. Consulta externa: Esta área recibe todas las demandas planteadas por personas que buscan servicios del hospital. Aquí se realiza el seguimiento de pacientes ambulatorios (que han tenido o no hospitalizaciones). Este consiste en ofrecer consultas psiquiátricas y psicológicas, además del servicio de farmacia.
- b. Clínica psiquiátrica: Dentro de las modificaciones que ha realizado el hospital en los últimos dos años está la separación entre hombres y mujeres que corresponden a esta área. En esta, se procura dar atención a pacientes que han requerido de hospitalización por encontrarse en estados críticos en sus respectivas patologías; existen pacientes agudos, crónicos y legales –aquellos que esperan el proceso legal correspondiente. Todos reciben tratamiento psiquiátrico y psicológico. Además, son atendidos diariamente por el personal

¹⁴ Llamados así por encontrarse en estados de crisis que, tras un tiempo limitado de hospitalización, pueden ser estabilizados y reinsertados a la sociedad.

¹⁵ Aquellos pacientes que asisten solamente a las consultas periódicas, sin internación.

auxiliar de enfermería. Aquí también se realizan terapias recreativas y ocupacionales.

- c. Crónicos hombres: A razón del maltrato que propinaban los pacientes legales a los pacientes crónicos, se tomó la decisión de destinar un área particular a estos últimos. Este servicio es más bien geriátrico, aunque tienen a su alcance todos los servicios que se prestan en el área clínica.

En abril, se iniciará con la modalidad de atención “Hospital de día”, destinada a pacientes con trastornos mentales no orgánicos. Este consistirá en el establecimiento de un contrato terapéutico que se firmará entre la familia y el HPJE, donde se establece que el paciente deberá asistir al hospital desde las 08:00 hasta las 12:00 durante tres meses. En este tiempo recibirá atención psiquiátrica, psicológica y deberá participar de los talleres ocupacionales del área clínica. Con esto se busca generar en el paciente una conciencia de su enfermedad que le permita salir de su estado de crisis sin la necesidad de dejar su ambiente familiar, social y laboral.

3.2. Funciones y atribuciones del personal auxiliar de enfermería

La información que se presenta a continuación fue obtenida a partir de una entrevista con la Jefa de Enfermería del hospital.

La separación entre hombres y mujeres, en el área clínica, se dio por la presión de los trabajadores provenientes del HPSL. Esta se realizó tanto con pacientes como con el personal. Es así como en la Sala de mujeres¹⁶ hay auxiliares de sexo femenino y en la Sala de hombres hay auxiliares de sexo masculino. La atención en el área clínica de hombres crónicos se reparte aleatoriamente a cualquier auxiliar.

A partir de la fusión ya mencionada, el personal auxiliar pasó a tener un contrato colectivo. Este consiste en un nombramiento grupal que brinda ciertos beneficios. El principal de estos es el horario cíclico –este fue exigido por los empleados a través del sindicato, apelando a que se considere el tipo de trabajo que realizan. Este horario implica trabajar de manera alternada: un día en el turno de la mañana, al siguiente en la tarde, un tercer día de velada y dos días libres. Entonces, al mes, un auxiliar de enfermería en el HPJE trabaja aproximadamente 20 días y descansa 10 días.

El horario de la mañana es de 07:30 a 14:00, el de la tarde es de 13:30 a 20:00 y la velada empieza a las 19:30 y termina a las 08:00 del siguiente día. Cada turno es entregado al siguiente grupo de auxiliares en presencia de la Licenciada en enfermería encargada de cada área. En este se comunican las novedades ocurridas durante cada

¹⁶ Antes llamado “Pabellón de mujeres”, al igual que el de los hombres.

periodo (el día o noche). Las enfermeras de cada área son la autoridad directa del personal auxiliar, estas se encuentran en el hospital hasta las 16:00. Después de esa hora hasta las 20:00, los auxiliares deben dirigirse a una enfermera que se encuentra en consulta externa y que tiene a su cargo todas las áreas. Pasada esa hora y hasta el día siguiente, hay solamente un médico de turno encargado de todo el Hospital. Por esta razón, tanto en las veladas como en fines de semana y feriados, los auxiliares deben encargarse de administrar el medicamento a los pacientes –este es trabajo de las enfermeras.

Para cada horario se designan cuatro auxiliares. Cada auxiliar tiene una tarea específica predeterminada. En la mañana y tarde –6 horas de trabajo– las funciones son las siguientes: de tratamiento, que consiste en asistir a la enfermera en intervenciones médicas, servir refrigerios a los pacientes y acompañarlos en caso de interconsultas o salidas médicas; de cuidado a pacientes agudos, por lo general, son dos auxiliares quienes se encargan de esta tarea, cada uno es responsable de un grupo; y de cuidado a pacientes crónicos, a cargo de un auxiliar que es el directo responsable de los mismos. En cuanto al tiempo de la velada –12 horas de trabajo– las funciones se reparten entre cuatro auxiliares de la siguiente manera: dos auxiliares se encargan del baño de los pacientes que se realiza a las 05:00 ya que, obligatoriamente, este turno debe entregar aseados a los pacientes al siguiente grupo de compañeros; un tercer auxiliar está a cargo del cambio de ropa de los pacientes; y el último se encarga de arreglar las camas y estar pendiente de los signos vitales.

Pese a esta organización, conviene señalar que cada auxiliar debe colaborar con el trabajo de sus demás compañeros cuando sea necesario. De igual manera, existen particularidades en cada Sala. Así por ejemplo, en clínica hombres, cada miércoles, el turno de la tarde debe cortar las uñas de las manos de los pacientes, mientras que el turno de la velada debe hacerlo con las uñas de los pies. Por el contrario, en clínica mujeres no hay una planificación específica en este servicio. Cada grupo de auxiliares organiza el tiempo de su trabajo.

La atención a los pacientes crónicos hombres se realiza de manera aleatoria entre todo el equipo auxiliar. A esta área se destina un auxiliar por cada turno. Además de este, existe una enfermera encargada. Ambos deben prestar todos los servicios ya descritos con este grupo.

3.3. Funciones y atribuciones del personal de psicología

Estos datos resultan de la entrevista al Jefe de Psicología del hospital. A raíz del cambio de gerencia que hubo a finales del año pasado, el trabajo en esta área ha tenido

ciertas variaciones. Además, el número del personal se redujo de 5 a 3 psicólogos –por razones de salud y la finalización de un contrato. Actualmente trabajan dos hombres y una mujer.

Los objetivos perseguidos por el área de psicología varían en la atención al paciente y la atención a la familia. Con el primero, se pretende generar conciencia para que el paciente cumpla con el tratamiento farmacológico y se busca que el sujeto logre una mejor adaptación en la sociedad. Se procura acompañar al paciente durante su estancia en el hospital, en casos de una internación de poco tiempo –pacientes agudos. Por otro lado, con la familia la atención es más bien directiva procurando la supresión de prejuicios y brindando información respecto a la enfermedad del paciente. Así, se promueve el cambio de hábitos familiares que puedan estar contribuyendo al desarrollo de la enfermedad.

Cada psicólogo está destinado a atender la población de una determinada área del hospital. Respetando la separación por sexos, es un doctor en psicología quien se encarga de la Sala de hombres, una doctora de la Sala de mujeres y un psicólogo de la consulta externa. Sin embargo, estas designaciones no se mantienen estables. Actualmente, existen dos tipos de horarios para esta área: uno normal, de 08:00 a 16:30 y uno extendido, de 11:00 a 18:00 entre semana y de 08:00 a 12:00 los días sábados. En el horario normal, cada psicólogo debe brindar atención en un área diferente a esa que tiene a su cargo, de 08:00 a 10:00 horas. Esta designación es momentánea, dura cuatro meses para luego pasar a una nueva área. Además, de 10:00 a 13:00, el profesional debe atender en consulta externa. El resto del día permanece en su área. Durante el horario extendido, el psicólogo debe atender en consulta externa.

De esta manera, el trabajo de cada uno de los psicólogos se distribuye por todas las áreas de la institución. A partir de abril, este personal también deberá atender dentro del servicio de Hospital de día.

Conviene señalar que estas variaciones obligan a estos profesionales a permanecer en el área de consulta externa durante un tiempo mayor que el destinado a cada área encargada. Tal es así que ha disminuido su atención a los pacientes crónicos y agudos. Hace aproximadamente un año, se realizaban terapias grupales con ambos grupos de pacientes en cada Sala; actividades que han sido suprimidas de la planificación de trabajo. Es así como la modalidad de atención del área de psicología es solamente individual, de profesional a paciente y de profesional a familia.

De acuerdo con las nuevas normas ministeriales, el tiempo destinado a cada sesión varía entre 40 a 45 minutos –antes se tomaban como mínimo una hora. Esto garantiza que haya un mayor número de pacientes atendidos al día, con un mínimo de 8

consultas diarias. Esto es comprobado por el Ministerio a través del registro que debe realizar cada psicólogo en una matriz predeterminada. En ella debe constar el número de historia clínica del paciente –no su nombre –, el diagnóstico, la circunstancia bajo la que acude a consulta –de manera voluntaria, obligatoria, cita de control, etc.–, entre otros datos.

Cada profesional posee su metodología y técnica para atender. Estas van desde la teoría familiar sistémica hasta técnicas cognitivo conductuales. Es decir, no existe un modelo rígido de atención psicológica dentro de esta institución.

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo *teórico aplicado*, es decir, pretende explicar una realidad concreta mediante los conceptos de la teoría psicoanalítica. Para la obtención de la información teórica necesaria, se procedió a leer los textos detallados en la bibliografía. Se utilizó las técnicas de: subrayado, resúmenes, cuadros sinópticos y fichas mnemotécnicas. Además, se extrajeron las citas textuales que resultaron pertinentes para la argumentación del desarrollo teórico.

El estudio de campo, base para la propuesta, se llevó a cabo dentro del área clínica del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Este se realizó mediante las siguientes técnicas: Observación –desde el psicoanálisis–, encuestas al personal auxiliar de enfermería y entrevistas semi estructuradas al personal de auxiliares de enfermería y psicología. En todo este proceso, se llevó un diario de campo que permitió registrar cada actividad.

La información efecto del estudio, tanto a nivel teórico como en la investigación de campo, fue organizada y analizada de manera cuantitativa y cualitativa de acuerdo a los objetivos planteados y los temas de la tabla de contenidos.

A continuación se explica el proceso que se llevó a cabo con el objetivo de obtener la información que, en su relación con la teoría, pueda dar luces respecto a la hipótesis planteada como pregunta: ¿El trabajo con pacientes psicóticos genera inhibición y angustia?

4.1. Población

La población elegida fue el personal auxiliar de enfermería del área clínica y el personal de psicología del Hospital Psiquiátrico Julio Endara. Esta se divide de la siguiente manera: 23 auxiliares de enfermería en la Sala de hombres, 27 auxiliares de enfermería en la Sala de mujeres, 5 auxiliares en la Sala de pacientes crónicos hombres y 3 psicólogos que integran todo el personal de psicología en el Hospital. Dando un total de 55 auxiliares y 3 psicólogos. Los trabajadores de estas áreas son quienes tienen un contacto directo y prolongado con los pacientes, por lo que podrían aportar a comprobar o negar la hipótesis de este trabajo. Durante esta investigación hubo un aproximado de 18 pacientes hombres, 13 pacientes mujeres y de 20 a 24 pacientes crónicos hombres.

4.2. Herramientas utilizadas

Como punto de partida, se aplicó una encuesta al personal auxiliar, sin contar con aquellos que se encontraban de vacaciones o con permisos médicos. Las últimas interrogaciones de la misma tienen por meta principal guiar a la elección de las personas con quienes se realizaría una entrevista individual, en el caso de los auxiliares. Por otro lado, con el personal de psicología, no se aplicó encuestas dado el número reducido de profesionales en esta área; no se podría hablar de porcentajes.

Las entrevistas individuales tenían por objetivo conocer, con mayor detalle, la situación de cada trabajador dentro de esta institución. Principalmente, se buscaba conocer experiencias de inhibición o angustia en las personas que tienen un contacto directo con pacientes psicóticos. Estas fueron aplicadas a todos los psicólogos y solo al grupo de auxiliares de enfermería que se eligió en base a las encuestas.

En ambas herramientas se incluyeron preguntas que hacen referencia a los indicadores que se plantearon para analizar las variables de esta investigación, a saber inhibición y angustia. Estos resultan de la lectura del texto *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), de Sigmund Freud. En lo referente a la inhibición, estos son: disminución de placer por el trabajo, falla en la ejecución de las funciones, cansancio físico y inasistencia a la institución. Los factores que pretendieron reconocerse en cuanto a la angustia son: miedo, rechazo o evasión al contacto directo con pacientes, no escucha a los mismos, malestar o negación para hablar sobre este tema y la falta de asistencia al trabajo. Estos indicadores son desarrollados en el posterior análisis de la información.

Conviene señalar que la elección de los entrevistados se realizó en base a los comentarios que daban en el transcurso de las encuestas, no solamente por los resultados cuantitativos que se obtuvieron de las mismas.

4.2.1. Encuestas

Es importante decir que, además de ser una herramienta válida para la recolección de información, en la presente disertación las encuestas fueron más bien instrumentos para un primer acercamiento con el personal; esta vía permitió establecer espacios de escucha que posibilitaron las posteriores entrevistas. Como segundo objetivo, estas encuestas pretenden conocer las características comunes en la población estudiada. Esta consta de 27 preguntas –el modelo se encuentra anexo al presente trabajo organizadas de la siguiente manera:

- De la pregunta 1 a la 9.- este primer grupo pretende recabar datos sociodemográficos que puedan aportar con el tema de la investigación.

- De la pregunta 10 a la 16.- este segundo grupo de preguntas busca reconocer características laborales del personal que dieran una aproximación hacia su posición respecto al trabajo.
- De la pregunta 17 a la 22.- el tercer grupo de preguntas apunta a conocer el nivel de satisfacción de los empleados respecto a su relación laboral con el personal de cada área del hospital. Las opciones de respuesta se presentaron en números del 1 al 5, representando los calificativos de: Muy mala, mala, regular, buena y muy buena.
- De la pregunta 23 a la 27.- el último grupo tiene por objetivo obtener indicios del nivel de satisfacción de estos trabajadores en las distintas actividades que deben realizar en su área de trabajo. Se presentaron números del 1 al 5 para calificar de la siguiente manera: Muy bajo, bajo, regular, alto, muy alto.

Para este primer momento de contacto con los auxiliares, por medio de la información pertinente por parte de la Jefatura de enfermería, se realizó un cronograma de aplicación, de acuerdo a su horario de trabajo y tiempo de vacaciones. Esto redujo la población a 51 auxiliares. De esta manera se planteó una lista numerada del personal, a partir de la cual se otorgó un número a cada encuesta, correspondiente a cada trabajador. Así, se pudo conocer la identidad de cada encuestado sin solicitar el nombre, generando así cierto ambiente de confianza. Esta identificación permitió reconocer a aquellos empleados con quienes se realizaría la entrevista individual.

Durante la aplicación de las encuestas se procuró el contacto directo con cada trabajador, en las posiciones de encuestador-encuestado mediado por un diálogo; sin embargo, esto no fue posible en todos los casos, en algunos de ellos cada trabajador respondió a la encuesta, por su cuenta, al mismo tiempo que otros compañeros lo hacían, en algunos casos, y en otros, sin ninguna compañía.

Con el objetivo de ablandar posibles resistencias, las encuestas fueron voluntarias, así como también, a cada empleado se le ofreció la posibilidad de firmar un acuerdo de confidencialidad –adjunto en los anexos– entre encuestadora y encuestado. En este se garantiza que la información aportada será utilizada para fines plenamente académicos, concernientes a esta disertación. Además, se pretendió generar confianza al personal al no solicitar su nombre en la encuesta.

Esta información fue sistematizada de forma cuantitativa, a modo de estadísticas, permitiendo obtener un panorama global sobre las características de la población de auxiliares de enfermería –estos datos pueden ser encontradas en los anexos. Los resultados individuales obtenidos en las últimas 10 preguntas

guiaron a la elección de los futuros entrevistados. Sin embargo, la aplicación directa de la encuesta con algunos auxiliares, dio espacio a que se expresen situaciones que iban más allá de los temas abordados. Esta información también fue considerada al momento de elegir al grupo de entrevistados.

4.2.2. Entrevistas

De 51 auxiliares, se entrevistó a 27 personas por haber manifestado durante sus encuestas cierto malestar concerniente a su trabajo –los detalles de estos resultados serán abordados más adelante. La entrevista fue semi estructurada con el objetivo de abrir un espacio donde cada uno pueda dar rienda suelta a su decir, tras realizar, con sutileza, ciertas preguntas.

Las preguntas a ambas áreas del personal giran en torno a: la motivación y desmotivación de cada uno en el trabajo con pacientes psicóticos; las mayores satisfacciones y dificultades que han encontrado en sus años de trabajo en un hospital psiquiátrico; el caso de algún paciente psicótico que ha quedado grabado en sus memorias; la descripción personal de una persona con una enfermedad mental; su opinión acerca del rol que desempeñan en la institución; y un comentario sobre aquello que podría alivianar su carga laboral. De manera general, este fue el contexto de las entrevistas, sin embargo, en el transcurso de las mismas surgieron temas que ameritaron ser ampliados.

En este periodo del trabajo de campo se sostuvo la misma posición de confidencialidad que en el primero. Con este fin, se procuró realizar cada entrevista en lugares apartados de otros trabajadores y pacientes –aunque no fue posible en todos los casos–, recogiendo la información mediante apuntes.

Además, se realizó dos entrevistas, una con cada jefe de las áreas que conciernen a esta investigación. Ambas pretendían recabar información general sobre las funciones y atribuciones de cada sector del personal estudiado.

Durante todo este proceso, existió la oportunidad de observar el trabajo diario de auxiliares de enfermería y de psicólogos del hospital. Y, ya que el desenvolvimiento de las actividades diarias de los pacientes depende de cada grupo de auxiliares, la observación aportó con datos importantes para el análisis de los resultados que se hará posteriormente.

CAPÍTULO 5

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el presente apartado se expone aquella información obtenida que resulta pertinente para ser relacionada con la teoría de los primeros capítulos. Cabe señalar que no se detalla la totalidad de los resultados de las encuestas, estos se encuentran adjuntos en forma de cuadros estadísticos. De igual manera, los resultados sintetizados de las entrevistas individuales se anexan a esta investigación, en este espacio serán presentados, de manera general, aquellos datos que permitirán un análisis posterior. Se abordarán también temas que sobresalen y que no precisamente se enmarcan en el tema de esta disertación.

5.1. Encuestas al personal auxiliar de enfermería - Características generales de la población

Los resultados de la aplicación de encuestas permitieron obtener características sociodemográficas, laborales y relacionadas a la opinión laboral de cada miembro del personal auxiliar. Además, ciertos datos fueron base para la elección de aquellos trabajadores con quienes se realizaron entrevistas individuales.

Por temas concernientes a la información obtenida, de la que se hablará más adelante, algunos datos serán expuestos en la particularidad de cada sexo. Este fue el resultado general de la aplicación de esta encuesta:

Tabla N.- 1

Número de auxiliares y resultado de la encuesta

Resultado de encuesta	# de auxiliares
Respondió	43
Sin tiempo	1
Interconsulta	3
Se negó	2
Permiso médico	2
TOTAL DE FUNCIONARIOS	51

Elaborado por: autora, 2014

Como se observa, del total del personal auxiliar de enfermería, 43 personas respondieron a la encuesta, 3 se encontraba fuera del hospital acompañando a pacientes en citas médicas, 2 auxiliares mujeres se negaron a responder por recelo al uso que se

iba a dar a esta información, 2 personas de sexo femenino estaban ausentes a causa de permisos médicos y una auxiliar se negó por falta de tiempo dentro de sus ocupaciones.

5.1.1. Características sociodemográficas

Este grupo de preguntas pretende obtener información sobre: la edad promedio del personal, estado civil, su estructura familiar, sus cargas económicas, su nivel de instrucción y su percepción acerca de su situación económica. Por razones que se verán en el análisis de la información, algunos datos se dividirán de acuerdo a cada sexo. A continuación se expondrán, mediante tablas, los resultados generales de cada pregunta siguiendo el orden propuesto en la encuesta.

1. Sexo

Esta pregunta puede determinar la existencia de resistencias para abordar estos temas en ambos sexos.

Tabla N.- 2

Personal auxiliar de enfermería que respondió a la encuesta, según sexo

Sexo	# de auxiliares
Masculino	25
Femenino	18
TOTAL DE ENCUESTADOS	43

Elaborado por: autora, 2014

Como se puede observar, pese a que el número total de trabajadoras de sexo femenino sea mayor al de los hombres, esta encuesta recibió mayor acogida por parte de estos últimos.

2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

Esta pregunta permite conocer la edad promedio de la población elegida.

Tabla N.-3

Promedio de edades del personal auxiliar, según sexo

Sexo	Edad promedio
Masculino	44
Femenino	46,7
EDAD PROMEDIO TOTAL	45,1

Elaborado por: autora, 2014

En general, las mujeres tienen un promedio de edad mayor al de los hombres. Esto puede ser evidenciado a simple observación.

3. *¿Es usted jefe de hogar?*

Con esta información se buscaba conocer la responsabilidad económica que tiene cada miembro del hospital.

Tabla N.- 4

Número de trabajadores jefes de hogar, según sexo

Sexo	# de auxiliares
Masculino	22
Femenino	13
EDAD PROMEDIO TOTAL	43

Elaborado por: autora, 2014

Se puede observar que más de la mitad del personal encuestado tiene su familia a su cargo. Algunos comentaron compartir este rol con su pareja.

5. *Los miembros que conforman su hogar son:*

Esta interrogante pretendía obtener datos concernientes a la estructura familiar del sujeto.

Tabla N.- 5

Número de trabajadores que habitan con distintos miembros familiares, según sexo

Miembro familiar	# de hombres	# de mujeres	TOTAL
Cónyuge	21	10	31
Hijos	17	17	34
Padres	4	3	7
Suegros	1	1	2
Hermanos	2	2	4
Otros	0	3	3

Elaborado por: autora, 2014

El promedio de número de hijos que tiene este personal es de 2 por cada uno. Es decir, cada auxiliar con hijos tiene por lo menos dos cargas económicas bajo su responsabilidad.

6. *¿Cuál es su nivel de instrucción?*

Esta pregunta apunta a conocer el nivel de preparación profesional del personal, para evaluar si es o no suficiente de acuerdo al tipo de trabajo que realiza.

Tabla N.- 6

Número de trabajadores de acuerdo al nivel de instrucción, según sexo

Nivel de instrucción	Hombres	Mujeres	TOTAL
Secundaria	2	2	4
Bachillerato	8	12	20
Superior	15	3	18
Maestría/Posgrado	0	1	1
TOTAL DEL PERSONAL	25	18	43

Elaborado por: autora, 2014

Varios trabajadores consideran que el curso de auxiliar de enfermería es un estudio universitario, a razón de que estos son auspiciados por ciertas universidades. Dichos cursos duran de 6 meses a 2 años y reciben formación de auxiliares generales, sin especificidades para atender a pacientes con trastornos mentales. Solamente un grupo reducido de empleados tiene un título universitario. Varios hombres comentan que estudiaron en la universidad pero no llegaron a culminar una carrera.

5.1.2. Características laborales

En este grupo de preguntas se pretende obtener un panorama general sobre las condiciones de trabajo del personal auxiliar. Principalmente, se busca conocer el número de años que cada auxiliar lleva trabajando con estos pacientes y dentro del hospital. Se continuará con el orden establecido en la encuesta, exponiendo la información que resulta de utilidad en esta investigación.

11. *¿Cuántos años de experiencia tiene en el trabajo con pacientes psiquiátricos?*

Se espera que la respuesta a esta pregunta aporte a conocer algo del nivel de angustia o experiencias de inhibición de los trabajadores.

Tabla N.- 7

Promedio de años de trabajo con pacientes psiquiátricos, según sexo

Sexo	Promedio de años
Masculino	15,7

Femenino	18,6
PROMEDIO TOTAL DE AÑOS	16,9

Elaborado por: autora, 2014

El personal de sexo femenino tiene un promedio de edad más alto que el de los hombres, así como también tiene un mayor promedio de años de experiencia en el trabajo con estos pacientes.

12. *¿Cuántos años trabaja en este hospital?*

Con esta pregunta se puede conocer que área del personal ha trabajado más tiempo dentro de la institución. Además, permite reconocer a aquellos empleados que provengan del Hospital Psiquiátrico San Lázaro.

Tabla N.-8

Promedio de años de trabajo en el HPJE, según sexo

Sexo	Promedio de años en el HPJE
Masculino	10,7
Femenino	13,6
PROMEDIO TOTAL DE AÑOS	11,9

Elaborado por: autora, 2014

La población femenina sigue liderando los años de experiencia, esta vez en el HPJE.

16. *En el transcurso del último mes, ¿ha faltado a su trabajo?*

Esta pregunta tiene por objetivo dar indicios de cierta inhibición laboral en este personal.

Tabla N.- 9

Número de auxiliares que han faltado al trabajo en el último mes, según sexo

Se ha ausentado	Hombres	Mujeres	TOTAL
Sí	0	4	4
No	25	14	39
TOTAL DE TRABAJADORES	25	18	43

Elaborado por: autora, 2014

En su mayoría, las mujeres que se han ausentado dicen haber tenido motivos como calamidades domésticas y permisos médicos.

5.1.3. Opinión laboral

El último grupo de preguntas pretende encontrar, de manera cuantitativa, rasgos que indiquen la existencia de inhibición y/o angustia en el personal auxiliar. Se busca conocer satisfacción a nivel de las relaciones con el personal, con los pacientes y en la realización de sus actividades cotidianas. Se continúa con las preguntas de la encuesta.

17. *Considera usted que la calidad de su relación laboral con las autoridades del hospital es:*

Tabla N.- 10

Calificación a la relación laboral con las autoridades, según sexo

Relación autoridades	# de hombres	# de mujeres	TOTAL
Muy mala	1	1	2
Mala	2	1	3
Regular	6	8	14
Buena	7	4	11
Muy buena	9	4	13
TOTAL DE AUXILIARES	25	18	43

Elaborado por: autora, 2014

Muchos de aquellos que respondían con la máxima puntuación decían hacerlo a razón de no haber tenido contacto con los directivos de la institución ya que no han tenido fallas en su trabajo. Conviene señalar que casi todos los altos cargos del Hospital están ocupados por mujeres: Gerente General, Dirección de Psiquiatría, Dirección de Pedagogía, Dirección de Enfermería y Jefes de Sala (hombres, mujeres y crónicos).

18. *Considera que la calidad de su relación con el personal auxiliar de enfermería de este Hospital es:*

Tabla N.- 11

Calificación a la relación con el personal auxiliar, según sexo

Relación auxiliares	# de hombres	# de mujeres	TOTAL
Muy mala	0	0	0
Mala	0	1	1
Regular	1	4	5

Buena	6	7	13
Muy buena	18	6	24
TOTAL DE AUXILIARES	25	18	43

Elaborado por: autora, 2014

Se puede ver una diferencia considerable, entre hombres y mujeres. El grupo de sexo masculino habla de un trabajo en equipo y la colaboración general de los compañeros. Aquellos auxiliares provenientes del Hospital Psiquiátrico San Lázaro hablan de la dificultad que implicó el cambio, sin embargo, dicen sentirse a gusto actualmente. Mientras que, varias mujeres comentan haber sufrido mucho con el cambio de hospital a causa del personal del HPJE.

20. *Considera que la calidad de su relación profesional con los pacientes es:*

Tabla N.- 12

Calificación a la relación laboral con los pacientes, según sexo

Relación pacientes	# de hombres	# de mujeres	TOTAL
Muy mala	0	0	0
Mala	0	1	1
Regular	0	0	0
Buena	10	3	13
Muy buena	14	14	28
Sin respuesta	1	0	1
TOTAL DE AUXILIARES	25	18	43

Elaborado por: autora, 2014

Los auxiliares manifiestan que después de tantos años de trabajo son “como una familia”. Algunos confesaron que esta relación es posible por la condición medicamentosa de los pacientes.

22 a 26. *Su nivel de satisfacción al realizar actividades relacionadas con: aseo personal, alimentación, administración de medicamentos y seguridad del paciente es:*

Tabla N.- 13

Calificación a las actividades diarias del personal

	Aseo personal	Alimentación	Medicamentos	Seguridad
Muy bajo	0	0	0	0
Bajo	1	0	1	3
Regular	1	2	2	11
Alto	10	7	8	10

Muy alto	29	33	31	18
Sin respuesta	2	1	1	1
TOTAL DE AUXILIARES	43	18	43	43

Elaborado por: autora, 2014

En general, los auxiliares de enfermería manifiestan: “es nuestro trabajo, para eso nos preparamos”. Aclaran que la administración de medicamentos está a cargo de la licenciada en enfermería de cada sala, pero que, cuando no se encuentra, ellos son los responsables y lo hacen sin problema. La única actividad con la que el personal manifiesta cierto conflicto es con la concerniente a la seguridad de los pacientes. Dicen sentirse tensionados al momento de cuidar de ellos en el patio ya que el hospital no cuenta con las debidas seguridades. Estos resultados muestran una notable diferencia con el porcentaje total de las demás actividades.

5.2. Entrevistas al personal auxiliar de enfermería y psicología

A continuación se exponen las respuestas comunes y aquellas particulares, a cada pregunta, que aportan con la presente investigación. La presentación de las preguntas no tiene un orden especial ya que cada entrevista se realizó al ritmo del entrevistado. Se utilizó la expresión “paciente psiquiátrico” en lugar de “paciente psicótico” por ser más cercano a su contexto laboral (médico).

Estas preguntas cumplieron con un objetivo en común: distinguir ciertos rasgos o experiencias que puedan dar cuenta de inhibición o angustia en ambas áreas del personal.

Conviene señalar que hubo dos casos de auxiliares mujeres que se negaron a dialogar sobre estos temas argumentando que no confiaban en el fin que iba a tener la información recabada y, además, que “en 28 años de trabajo nadie ha preguntado esas cosas”.

a. *¿Qué motiva su trabajo con pacientes psiquiátricos?*

La mayoría de los auxiliares manifiestan que su motivación diaria en este trabajo está en ayudar a los pacientes. Esto a razón de las necesidades que tienen en cuanto a su patología –no hacen una clara diferenciación entre los tipos de trastornos mentales o estados patológicos.

Un grupo de auxiliares mujeres que han trabajado en hospitales psiquiátricos por más de 25 años, comentan que una de sus mayores motivaciones es completar los años requeridos para obtener su jubilación.

Entre las respuestas frecuentes está el cariño que reciben por parte de los pacientes como factor motivante, esto sobretodo en auxiliares de sexo femenino. Una de ellas comenta: “Ellos saben cuando ya llego y gritan ¡Mamá! Son mis guaguas”. Hubo también varios casos de auxiliares que tienen por motivación pensar que si en algún momento algún familiar suyo, o ellos mismos, llegará a encontrarse en la situación de estos pacientes, quisiera que reciban un buen trato por parte del personal a su cargo.

Una auxiliar, que ha trabajado en el HPJE desde hace 33 años, comenta que aquello que le motiva es ayudar a gente con enfermedades, ya que su hija padece del síndrome de Parry-Romberg, una enfermedad degenerativa que afecta a la piel, los tejidos y la grasa generalmente de la cara. “Quisiera que mi hija reciba el mismo trato que yo doy a los pacientes”.

En cuanto a los psicólogos, se dieron varias respuestas referentes a su atención a pacientes y familias. Entre ellas están: gusto por su trabajo, observar resultados en el estado de los pacientes, ayudar a quienes lo soliciten, aplicar sus conocimientos en técnicas aprendidas y mantenerse en actividad diaria.

b. ¿Qué desmotiva su trabajo con estos pacientes?

Existen dos respuestas con una alta frecuencia en los auxiliares. En primer lugar, se consideran desmotivados por la falta de atención que reciben de parte de las autoridades. Piensan que su trabajo no es reconocido como difícil por sus jefes. Es por esto que no tienen consideraciones especiales con ellos. Como segundo punto, sus respuestas hablan de la dificultad que encuentran para realizar sus actividades diarias a consecuencia de las instalaciones del hospital; en su opinión estas son inadecuadas para la atención a este tipo de pacientes. En general, hay descontento respecto al cerramiento y seguridad del lugar: comentan que los muros son bajos y que existen sólo dos guardias que cuidan todo el hospital por turnos, uno se mantiene en la entrada principal y otro en la puerta trasera. Se cuenta con la presencia de la Policía Nacional durante ciertos periodos de tiempo pero, a su modo de ver, “no es de gran ayuda” en la tarea de vigilar a los pacientes.

Una tercera respuesta común fue la de negarse a decir algo sobre esta pregunta a razón de que están acostumbrados a su trabajo ya que es su obligación cumplir con él. También, hubo un grupo de auxiliares que manifestó sentirse desmotivado por su sueldo.

En el espacio de esta pregunta se manifestaron ciertos conflictos existentes dentro del personal auxiliar de sexo femenino. En su mayoría, el

problema remite a un grupo de auxiliares que han trabajado por más de 25 años en el HPJE.

Las respuestas por parte de los psicólogos de sexo masculino coinciden en la desmotivación que sienten por las nuevas normas ministeriales que: “se interesan más por la cantidad que por la calidad” de su trabajo. Respecto a esto, hablan de la reducción del tiempo de atención a cada paciente y del mínimo de atención con los que deben cumplir al día. Dicen sentirse presionados por esta “visión del paciente como número”. Consideran que el problema radica en que se pone al hospital al nivel de uno general, donde las consultas deben durar poco tiempo ya que existe la respuesta rápida del tratamiento médico.

Por otro lado, todo el personal de psicología comenta la desmotivación que sienten sentirse desmotivado por la falta de resultados que encuentran en los pacientes. Dicen sentir que en ocasiones “se trabaja en vano”. Relacionan esto con el tipo de patologías y trastornos que se tratan dentro del hospital.

c. *¿Qué satisfacciones ha tenido en su trabajo con pacientes psicóticos?*

Entre las respuestas más comunes de los auxiliares y psicólogos está el ver pacientes recuperados que logran salir de sus crisis, que su trabajo logre mejorías en ellos. Comentan que es satisfactorio el que, tras superar estos estados, reconozcan la atención que recibieron y manifiesten su agradecimiento y cariño hacia el personal. Por otro lado, varios trabajadores consideran que la satisfacción máxima de su trabajo es mantener económicamente a sus familias, “llevar el pan a la casa”, “dar la educación a los hijos”, etc. Dos miembros de esta área, sienten satisfacción cuando establecen una relación de amistad con los pacientes, cuando “se logra conocerles”.

d. *¿Cuáles han sido las mayores dificultades que ha encontrado en su trabajo con pacientes psicóticos?*

La agresividad de los pacientes es la dificultad más común que este grupo de trabajo dice haber encontrado. Muchos auxiliares manifiestan ya estar acostumbrados a esta condición, a razón de considerar a este comportamiento como causado por la patología o trastorno que sufre cada paciente. “He aprendido a conocerlos”, “el paciente psiquiátrico es traicionero, hay que saber cómo cuidarse”, “uno ya sabe cómo reaccionar cuando se ponen así”, son algunos de los comentarios de los auxiliares. Manifiestan que ante esto, el hospital no brinda al personal ningún tipo de protección, ni de capacitación. Varios de ellos manifiestan que este fue, en el inicio de su trabajo con estos pacientes, un factor generador de incomodidad y angustia, eso que provocaba su rechazo a asistir

cada día a trabajar. Sin embargo, todos dicen estar adaptados y saber qué hacer. Por ejemplo, optan por: “seguirles la corriente”, “no darles la espalda”, “engañarles” y “no perder la paciencia”. La mayoría de las auxiliares mujeres dicen haber superado sus miedos por el cariño que han llegado a sentir hacia los pacientes, “son como familia”.

En este espacio de la entrevista se pudo conocer varios testimonios de agresiones físicas que han vivido los trabajadores. Entre estos, está el caso de una auxiliar que perdió dos dientes a causa de una patada propinada por un paciente, hace 9 años. Comenta que días después del problema no quería asistir al trabajo por miedo a los pacientes. Opina que esta experiencia le generó “un trauma” que pudo superar con el pasar del tiempo.

Existen casos de empleados que consideran que una de las mayores dificultades que han tenido ha sido la falta de conocimiento sobre los síntomas, tratamientos, diagnósticos, etc. particularidades de estas enfermedades. Varios de ellos dicen haber superado su miedo, incomodidad, desesperación o angustia cuando han recibido cursos informativos o educativos sobre las particularidades de estas patologías.

Algunas auxiliares de sexo femenino dicen: “más bien con los sanos es el problema”, haciendo referencia al conflicto ya mencionado con el grupo de auxiliares mujeres. Varias trabajadoras provenientes del Hospital Psiquiátrico San Lázaro encuentran dificultades para realizar su trabajo en los problemas que tienen con sus compañeras. “Son hipócritas, groseras, no hacen su trabajo, no son compañeras”, “no se les puede decir nada” referente a su desempeño laboral, comentan. Algunas de estas auxiliares se encuentran tramitando un cambio hacia otra institución, de acuerdo con ellas, por esta razón. Este cambio ya ha sido negado a otras empleadas de su misma área ya que, hace dos años, en el momento de la fusión, se dio a elegir al personal del Hospital San Lázaro el lugar al que querían ser transferidos. La mayoría dice haber elegido integrarse al trabajo del HPJE por tratarse de una atención al mismo tipo de población. “Eso es lo que sabemos hacer, en un hospital general no sabríamos qué hacer”, comenta una auxiliar.

Para un grupo de auxiliares mujeres, antes integrantes del Hospital San Lázaro, la fusión entre hospitales ha representado la mayor dificultad en sus años de trabajo. Una auxiliar dice: “Nos quitaron nuestro hospital”. Existe el comentario general del impacto que sintieron al tener que integrarse a la forma y normas de trabajo que mantenían en el HPJE. “parece que retrocedimos en el tiempo.

Nuestro hospital estaba más avanzado que este”, dice una auxiliar. Tanto hombres como mujeres dan cuenta de su descontento con el estilo de trabajo del HPJE. Por ejemplo, una de las principales diferencias está en el baño a los pacientes. Pese a esto, los hombres manifiestan que supieron integrarse a su nuevo ambiente laboral y actualmente mantienen buenas relaciones con sus compañeros de trabajo. Este no ha sido el caso de las mujeres. Hay quienes comentan que se han acostumbrado a las normas de trabajo pero que, aun así, los problemas en las relaciones personales y laborales con sus compañeras del HPJE afectan su motivación para trabajar.

Un grupo de auxiliares habla de casos en los que el personal “chupa los problemas del paciente”. Cuentan que algunos compañeros auxiliares han recibido tratamiento psiquiátrico por depresiones. Hablan de un caso de intento de suicidio dentro de las instalaciones del hospital, por parte de un auxiliar hace ya algún tiempo. Además, algunos empleados, tanto hombres como mujeres, hablan de compañeras auxiliares que “no tienen reacciones normales”, que se comportan de manera inesperada cuando se trata de trabajar en equipo o de responder ante sugerencias respecto a su desempeño laboral.

Algunas auxiliares mujeres manifiestan que les resulta difícil realizar ciertos procedimientos de rigor con los pacientes. Una de ellas dice: “Me da pena cuando hay que amarrarles. Pienso en mis hijos”. Algunas comentan sentir impotencia al momento del ingreso de pacientes jóvenes, “es como ver a un hijo de uno”, dice una de las auxiliares.

En el área de psicología, las dificultades varían en cada trabajador. La psicóloga considera que la falta de resultados dificulta su trabajo, sobretudo con los pacientes crónicos del área clínica. Actualmente encuentra motivación en las nuevas normas que le obligan a atender pacientes en consulta externa. Por otro lado, uno de los psicólogos opina que su trabajo con el paciente es inútil porque “todo lo conseguido se pierde cuando vuelven a sus casas”, ya que la familia mantiene comportamientos que cronifican la enfermedad.

- e. *De todos los casos que ha observado en sus años de trabajo ¿Existe alguno que haya llamado particularmente su atención?*

Tomando en cuenta la singularidad de cada caso relatado en este espacio de la entrevista, se exponen aquí las características más comunes entre ellos. También se amplía la información de aquellos relatos que, por su aporte a la investigación, merecen ser expuestos.

La mayor parte de los auxiliares comentaron no recordar un caso en especial, dicen estar acostumbrados a ver todo tipo de situaciones dentro del hospital. Otros manifiestan que no podrían hablar de un paciente en especial ya que “todos son iguales”.

De aquellos casos relatados, la mayoría hace referencia a episodios de auto agresiones de los pacientes. La edad de los pacientes –jóvenes– es un factor recurrente en las razones que dan los auxiliares para sentirse impactados por un caso en particular. De manera general, algunos trabajadores mencionan haber sido testigos de agresiones propinadas por los pacientes a sus compañeros de área.

De los casos escogidos por el personal de psicología, uno resulta de interés para esta investigación. La psicóloga habló de una experiencia vivida mientras trabajaba en un centro de salud. Esto ocurrió con un joven de 16 años que pidió con urgencia una consulta a esta profesional. Se trataba de “un caso de incesto con la madre”, la psicóloga comenta que el muchacho inició su vida sexual con su progenitora tras haber sido seducido por la misma. De acuerdo con la doctora, el joven tenía depresión con ideas suicidas a causa de los sentimientos de ambivalencia que estaban dirigidos hacia esa relación, además tenía acumulada una elevada carga sexual; la madre había abandonado el país poco tiempo antes de la cita de este relato. La trabajadora cuenta que, mientras el joven hablaba de la práctica onanista que realizaba constantemente al recordar a su madre, se acercó hacia un diván y empezó a masturbarse. Frente a esto, la doctora no tuvo ninguna reacción y esperó sentada en su escritorio. Comenta que cuando el joven terminó, le extendió sus disculpas diciendo: “perdóneme doctora pero ya no aguantaba”. La doctora manifiesta que este es un recuerdo persistente en su memoria por haber sido una situación frente a la cual no supo reaccionar. Confiesa no haber solicitado ayuda debido a que él se dirigió a ella por la misma razón; además, imaginó que la policía iba a maltratar al joven sí ella lo denunciaba. Al respecto dice: “Yo pensaba en mi hijo”, “¿Por qué cree usted que hizo eso al frente mío?, ¿Será que le recordé a su madre?”.

f. *¿Cómo describiría usted a un paciente con trastornos mentales?*

Esta pregunta pretende conocer el nivel de conocimientos que tiene el personal acerca de la especificidad de un paciente psicótico. Además, busca reconocer rasgos que den cuenta de la posición de los auxiliares frente a estos pacientes.

Dentro del personal auxiliar se tiene, en general, una concepción similar respecto a los pacientes psiquiátricos. Consideran que no son personas normales debido a problemas psicológicos. Opinan que es por esto que “ya no son como nosotros”. La mayoría describe al estado de crisis como un momento en que los pacientes no tienen consciencia, “no se dan cuenta de lo que hacen”, por esta razón se muestran agresivos. Sin embargo, existen trabajadores que piensan que “ellos entienden todo”, insisten en que son capaces de aprender nuevos hábitos. Comentan que su condición de enfermos mentales genera grandes necesidades que deben ser atendidas y que ese es su trabajo. Una auxiliar dice: “Son como bebés que necesitan cariño y cuidado”. Además, existe la opinión de que estas personas tienen una enfermedad que es incomprendida. Varios dicen haber sido testigos de pacientes que “solo necesitaban hablar para salir” de sus crisis.

Por parte de los psicólogos, las respuestas fueron varias. Uno de los psicólogos dice: “Son náufragos de la realidad que se sostienen desesperadamente de cualquier cosa que les conecte con esa vida que ya no tienen”. Comenta que este sostenimiento puede ser dado a través del afecto y del interés que el personal les preste, ya que “necesitan conversar, aunque no se les entienda”. Considera que esta respuesta del personal puede mostrar a los pacientes que “los estímulos de afuera no son vacíos, que sí conectan con algo”.

En cuanto al otro trabajador de esta área, considera que estos pacientes “son personas como usted [refiriéndose a mí] o como yo que sólo se muestran diferentes cuando están en crisis”. Recalca que pese a ese estado, estas personas “se dan cuenta de todo, tienen sentimientos, saben quién les atiende y quién no”. A propósito de esto, comenta tener una teoría como resultado de la experiencia que ha tenido trabajando en el HPJE por 20 años: dice que aquellas personas que propinan algún tipo de agresión al paciente son objeto de sus delirios y agresiones en momentos de crisis. Comenta que en todos sus años de trabajo, nunca ha sido víctima de agresiones.

- g. *Según su opinión ¿Hace falta algo para que su trabajo con estos pacientes sea más llevadero?*

Esta pregunta se realizó con el afán de detectar las necesidades de los trabajadores en base a aquello que se proponga como posibles mejoras.

La respuesta más frecuente a esta pregunta fue la necesidad de recibir cursos o terapias grupales que mejoren sus relaciones interpersonales. Esta es, de acuerdo con los auxiliares, una forma de motivación por parte del hospital, misma que no reciben y que consideran necesaria en otros aspectos. Por ejemplo,

comentan que su trabajo puede verse afectado por una falta de capacitación especializada en pacientes psiquiátricos, ya que el curso de enfermería tiene una formación general. “Nos hace falta conocimientos sobre las medicinas, la manera en que se puede reaccionar frente a conductas agresivas, cómo tratar a un paciente psiquiátrico”, añade un auxiliar. Además, hablan de la necesidad de ser escuchados por las autoridades de la institución, que en este caso son todos los trabajadores profesionales.

Además de una motivación, consideran necesaria una mejora en cuanto a las instalaciones del hospital, tanto en infraestructura como en materiales y tecnología. Comentan que hubo el caso de un paciente que murió porque no tenían el equipo de resucitación.

Unos cuantos empleados manifestaron la importancia de realizar evaluaciones psicológicas, con un posterior tratamiento terapéutico, a los miembros de esta área de trabajo a razón de que “a veces se meten mucho los problemas de los pacientes”. Todo el personal mostró interés ante la propuesta de tener la posibilidad de hablar con un profesional, exclusivamente, dirigido a la atención del personal.

En cuanto al área de psicología, todos coinciden en que es menester realizar actividades diversas a modo de distracción. Cada uno realiza una actividad particular: artes marciales, caminar e ir al gimnasio. Además, uno de ellos opina que hace falta comunicación de casos entre los psicólogos. Igualmente, coinciden en que convendría un reconocimiento al trabajo que realizan, de parte de las autoridades, además de una retroalimentación que promueva avances en su desempeño laboral. La psicóloga opina que es motivante cambiar de área de trabajo, ya que permite romper con la rutina que implica permanecer en una sala.

h. ¿Cuál es, para usted, el rol del auxiliar de enfermería en esta institución?

Con esta pregunta, y la siguiente, se intenta evidenciar rasgos de conformidad o frustración laboral de acuerdo al lugar que cada uno considera tener dentro del hospital.

En general, los trabajadores de esta área piensan que en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara, el auxiliar de enfermería está encargado del cuidado y atención directa al paciente. Refieren sus funciones dentro de: el aseo, la limpieza, la alimentación y la seguridad del paciente. “Nosotros somos los que estamos todo el tiempo con ellos”, comenta un auxiliar.

i. *¿Cuál es, para usted, el rol del psicólogo en esta institución?*

De acuerdo con el jefe de este grupo del personal, el rol del psicólogo varía dependiendo el área donde se encuentre. En el caso de los pacientes crónicos, el psicólogo: condiciona hábitos, hace terapia psicoeducativa, refuerza la orientación en tiempo y espacio y promueve las relaciones sociales; con los pacientes agudos: se encarga de realizar evaluaciones, generar conciencia de la enfermedad y fomentar el apego al tratamiento medicamentoso; en consulta externa realiza un seguimiento al tratamiento del paciente; y, a pacientes legales, evalúa psicológicamente para emitir un informe. La psicóloga del área considera que este rol ha empezado a ser respetado a raíz de la contratación de psiquiatras jóvenes que permiten un trabajo en equipo, dice: “el psicólogo ya no se ve como un simple psicometrista”. Sin embargo, el profesional en psicología más joven de la institución considera que, en la práctica, no son más que “simples auxiliares del psiquiatra”. Esta situación le resulta frustrante por no sentirse posibilitado a realizar su trabajo en función de la necesidad del paciente.

5.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez expuesta la información recabada, se procederá a analizar la misma a partir de la teoría desarrollada en el presente trabajo. Para tal efecto, este apartado está dividido en: inhibición en cada área del personal, angustia en auxiliares y psicólogos y, por último, se tratará ciertos puntos que resaltan temas expresados por el personal. Conviene señalar que si bien se puede ubicar a los fenómenos de inhibición y angustia entre las manifestaciones de los trabajadores, existen otros puntos teóricos que pueden ser abordados dentro del marco de la presente investigación.

Los testimonios de varios auxiliares (ver acápite 5.2. p.54) respecto a compañeros que han sufrido crisis depresivas por las que han tenido que ser hospitalizados y tratados psiquiátricamente, son base para considerar que el ambiente en un hospital psiquiátrico es propicio para la manifestación de conflictos psíquicos en los empleados. Tanto así que pudo ser el lugar de intento de suicidio de uno de ellos. Sin embargo, estas manifestaciones están más relacionadas con síntomas individuales de cada empleado, en relación con la estructura psíquica de cada uno. Para decir algo de estos últimos se necesita de mayor tiempo y de otra posición de trabajo que no fue la adoptada dentro de esta investigación (ver la introducción al capítulo 1, pp.4-5).

5.3.1. Inhibición en el personal auxiliar de enfermería

Tal como se planteó en páginas anteriores (ver acápite 1.1. p.8), una de las condiciones propuestas por Freud para la producción de la inhibición está en la realización de trabajos psíquicos molestos o pesados. Estos demandan demasiada energía psíquica generando que haya una disminución de aquella que está destinada al cumplimiento de otras actividades, inhibiendo así ciertas funciones del yo. Desde este punto, el testimonio de la mayoría de auxiliares de enfermería habla de “lo duro” que es el trabajo con estos pacientes. “Cuando se les escucha, se les ayuda porque tienen historias de vida muy difíciles, pero no se va más allá de eso porque si no se queda uno metido en sus problemas”, señala una auxiliar de 38 años. “Este es un trabajo que desgasta mucho la mente, uno sale de aquí con mucho cansancio pero no del cuerpo, sino de la mente”, dice un trabajador de 45 años. “No es lo mismo que trabajar en un hospital general. Ahí se pone vías, se hace procedimientos y ya, no hay que compartir tanto con el paciente como aquí”, añade un auxiliar de 58 años.

Conviene tomar en cuenta que el trabajo del auxiliar de enfermería dentro de un hospital psiquiátrico, de acuerdo con sus propias opiniones, es el cuidado directo al paciente en la atención de sus necesidades básicas. Poca es la asistencia que dan a la enfermera en actividades médicas. “Estar aquí hace que nos olvidemos de cosas que sí aprendimos pero que no practicamos con estos pacientes”, comenta una auxiliar de 47 años refiriéndose a la dificultad que encontraría en trabajar en un hospital general.

De esta manera, podría decirse que este tipo de trabajo ofrece las condiciones psíquicas para que se produzcan inhibiciones. Ahora bien ¿qué tipo de inhibiciones se pueden observar en estos trabajadores?

En un primer momento se puede decir, gracias al diálogo directo de las entrevistas, que son muy pocos aquellos que manifiestan sentirse complacidos con su trabajo. La mayoría muestra cierta resignación que no deja espacio a encontrar placer en sus actividades diarias. Se trata más bien del cumplimiento de una obligación, de modo, incluso, mecánico. La respuesta negativa a hablar del caso de un paciente en especial, a razón de que “todos son iguales”, da cuenta de esta forma de trabajo. Del mismo modo, el nivel de satisfacción, en la realización de sus tareas cotidianas, pese a que cuantitativamente podría dar la impresión de ser alto, cualitativamente, fue la vía para reconocer esta especie de automatismo propio del trabajo de los auxiliares de enfermería. Por esta razón se realizó entrevistas a miembros del personal que, pese a otorgar las mayores

puntuaciones a esta serie de preguntas, se mostraban faltos de expresiones faciales o verbales que permitan reconocer placer o displacer, gusto o disgusto, hacia su trabajo. Tanto así que, dentro de las entrevistas, hubo varios casos de trabajadores que se negaron a responder preguntas respecto a desmotivaciones asegurando que la motivación estaba en cumplir con su trabajo. Este rasgo, para Freud, habla de una inhibición laboral en situaciones en las que las personas no pueden dejar su trabajo (ver acápite 1.1.2.2. p. 9). Hay que tomar en cuenta que más del 80% de los auxiliares son jefes de hogar (ver Tabla N.- 4, p.45), razón por la cual muchos de ellos dicen estar obligados a continuar con este trabajo.

Tomando en cuenta la propuesta de Freud (ver acápite 1.1.2.1. p.9) de que existen ciertos tipos de inhibiciones que se producen con motivo de evitar la angustia, podría decirse que la *automatización* del trabajo con estos pacientes, lo automático de la rutina, los hábitos, permiten al trabajador evitar el desarrollo de este afecto. Regirse plenamente a la cotidianidad, sin realizar actividades diferentes, es una forma de inhibición. El “ya estamos acostumbrados” es el suelo sobre el cual se asienta la posibilidad de trabajo en esta área.

Un detalle que argumenta esto está en las confesiones de varios auxiliares sobre sus primeros meses en el trabajo. Hablan de un ambiente que resultaba “desesperante, angustiante, no se sabía cómo reaccionar, era bien impresionante”, manifiesta un auxiliar de 48 años, que atiende a pacientes psicóticos desde hace 28 años. Varios testimonios coinciden en que el inicio de su trabajo con estos pacientes generaba “ganas de no venir, de no ver todo lo que pasaba”. Sin embargo, su impacto parece haber estado más relacionado con el trato que se propinaba al paciente en épocas pasadas que a la condición psíquica de estos. El mismo auxiliar dice: “Hace unos 15 años cambió. Antes el trato era espantoso. Antes eran locos nomás, se encerraban y punto”. Como este hay otros comentarios similares. Volveremos sobre este punto más adelante.

Otro factor que permite hablar de inhibición en el trabajo, específicamente en las auxiliares de enfermería, está en la diferencia que hay entre ambos sexos respecto a la inasistencia. Los hombres dicen no haberse ausentado en el último mes, mientras que hay un reducido número de mujeres que responden que sí (ver Tabla N.-9, p.47). Esta condición se liga, además, con la fatiga a nivel físico, de la que habla Freud a propósito de la inhibición laboral en casos en los que el sujeto se ve obligado a continuar su trabajo. La mayor parte del personal femenino comenta padecer o haber padecido de problemas de salud que han incapacitado su trabajo por cierto tiempo. De hecho, no se pudo dialogar con varias auxiliares

de sexo femenino ya que se encontraban con permiso médico –citas o reposo. La mayoría del personal de esta área confiesa “tener que aguantar” estas condiciones de salud con el objetivo de alcanzar la jubilación. A este punto hay que añadir que más de la mitad del personal femenino es jefe de hogar con un aproximado de 2 hijos por cada una. Entonces, su trabajo les resulta económicamente indispensable.

Fue posible conocer el caso de una auxiliar de 53 años, que trabaja en dicha institución hace 15 años aproximadamente. Actualmente está ubicada en el área de consulta externa debido a su condición delicada de salud –las funciones en esta área son más bien de tipo administrativo. A partir de su integración al HPJE, ha sufrido varias fracturas, esguinces, dislocaciones, entre otras lesiones que, hoy en día, *impiden* que se desempeñe laboralmente en el área clínica. De entre los padecimientos principales está la pérdida de la funcionalidad del brazo derecho. “Yo ya no bajo a clínica, antes iba pero este trabajo me ha deteriorado. Yo ya no puedo atender a esos pacientes”, “Si fuera por mí ya me hubiera ido de aquí pero no puedo por la jubilación”, comenta. En este caso se podría hablar de la inhibición específica de un órgano, tal como menciona Freud a propósito de la inhibición laboral en una persona con estructura histérica (ver acápite 1.1.2.2., p.10).

Conviene señalar que, de acuerdo a los auxiliares, el trabajo con pacientes psicóticos amerita no solo esfuerzo psíquico sino también físico, en aquellos casos en que no pueden moverse por sus propios medios o se vuelven agresivos. Es decir, los problemas de salud que aquejan a las auxiliares pueden, también, estar relacionados con esta situación particular a esta población.

Con motivo de la inhibición laboral, Freud plantea que esta puede ser observada en la falla en la ejecución de tareas –por distracción, retrasos, empleo desorganizado del tiempo, etc. (ver acápite 1.1.2.2. p.9). Respecto a este punto puede hacerse referencia al conflicto que dicen mantener dentro del personal femenino. Tanto hombres como mujeres exponen que existe un grupo de auxiliares –mujeres– que no realiza adecuadamente sus actividades –según ellos, es el mismo grupo motivo del conflicto. Un empleado de 37 años dice: “Hay algunas compañeras mujeres a las que no les gusta hacer su trabajo, se quedan conversando y sí hacen, hacen a medias”, “cuando uno les dice algo se enojan. No les gusta que se les diga que no están haciendo bien su trabajo”. De igual manera, varios auxiliares manifiestan que en la Sala de mujeres no se realiza un

trabajo en equipo, no hay una organización en cuanto a tiempos y actividades; en su lugar, cada una se dedica a la tarea que le es asignada cada día.

De cierta forma, la cotidianidad de este hospital psiquiátrico es lineal, no varía en gran medida –esto ligado, también, a la falta de resultados de la que hablan varios empleados. Debido a las medicinas, en su mayoría, los pacientes se mantienen en estados pasivos. Esto, junto con la repartición de tareas que se hace desde la Jefatura de Enfermería, han alivianado el trabajo diario de esta área. Por esta razón, existen momentos en el día en los que, de regirse completamente a dicha asignación, hay trabajadores que se encuentran más ocupados que otros y esto da paso a una desorganización entre tiempo y actividades.

5.3.2. Inhibición en el personal de psicología

La situación de los psicólogos de la institución es similar a la de los auxiliares de enfermería, deben realizar actividades que demandan un elevado esfuerzo psíquico y esto empobrece la energía que estaba destinada a otras actividades. Si bien el trabajo del auxiliar es de contacto directo con los pacientes, son los profesionales del área de psicología quienes *están obligados* a escuchar aquello que pueden decir. Uno de ellos, de 49 años, dice: “Este trabajo provoca fatiga mental”.

La cantidad de pacientes diarios que atienden en el área de consulta externa, de acuerdo con sus comentarios, “nos deja sin energía para trabajar con pacientes en clínica”, sostiene uno de los psicólogos. Es por esto que la atención a pacientes agudos ha reducido considerablemente. De igual manera, ya no se realizan actividades grupales con los pacientes hospitalizados. Es decir, este personal cada vez tiene menos contacto con los pacientes crónicos y agudos.

En este contexto, solamente la psicóloga, de 49 años de edad, dio indicios de una disminución de placer en su trabajo. En efecto, es un placer que no ha sentido en los 15 años que lleva trabajando en esta institución. Confiesa: “yo no quise entrar a trabajar aquí. Me quise salir desde que llegué pero no me quisieron dar el pase a otro lugar. Pero voy a seguir intentando y algún rato me voy a ir de aquí”. Si bien habla de sentirse mejor a partir de las modificaciones en el horario y la atención a pacientes en consulta externa, mantiene una posición de desinterés respecto a trabajar con pacientes crónicas. “No hay nada que hacer con ellas, no se ven resultados”, comenta. Podría decirse que esta limitación a trabajar en el área clínica es justamente lo que le resulta motivante. Gracias a la observación,

se puede agregar que esta profesional permanece dentro de su oficina, sola, por varios períodos de tiempo, cuando está dentro del horario destinado a la atención en la Sala de mujeres. Conviene señalar que la psicóloga trabaja solamente con pacientes “conscientes con las que se puede conversar”, es decir, no atiende a aquellas personas que manifiestan su estructura psicótica más que otras. De cierta manera, esta profesional no realiza su trabajo con personas en las que es evidente la problemática que, justamente, es a la que está destinado el funcionamiento de dicha institución.

Los tres trabajadores del área de psicología comentan que vencen “a la rutina” realizando actividades físicas en sus tiempos libres (ver acápite 5.2. p.57). Consideran que esta es su “terapia” para no “dejarse ganar por la fatiga mental” que produce su trabajo diario. “Así vengo renovado cada lunes para cumplir con mis labores”, comenta el psicólogo de 49 años. Esto, junto con temas que se abordarán en el acápite 5.4., podría explicar por qué los empleados de sexo masculino de esta área no dan mayores indicios de inhibición. Sin embargo, sobre la diferencia entre sexos, en este y otros aspectos, se hablará con mayor profundidad en líneas posteriores.

5.3.3. Angustia en el personal auxiliar de enfermería

Como se vio en páginas anteriores (ver acápite 1.2.2.3. pp.20-21), a partir de 1926, Freud propone una teoría de la angustia como directamente relacionada con situaciones de peligro. Estas últimas varían de acuerdo al desarrollo yoico de cada sujeto. Sin embargo, Freud recalca que no en todos los casos se da una sucesión de estas situaciones, sino que, a veces, pueden coexistir peligros pasados o ejercer un efecto de todos en conjunto. Así por ejemplo, la situación de peligro que correspondería a la etapa del desarrollo del yo de los trabajadores del HPJE es la hostilidad del superyó con una angustia de conciencia moral. De acuerdo con Freud, la instauración del superyó, a raíz del complejo de Edipo, es decir, para Lacan la instauración del Nombre-del-Padre en el Otro –la simbolización del padre– (ver acápite 2.3.1. pp.27-29), hace que el peligro se vuelva indefinido. Ya no es el padre, puede ser cualquiera, entonces se desarrolla una <<angustia social>> (Freud, 1926, p.122).

A este respecto se podría decir que aquello –no todo– que angustia a un neurótico respecto a un sujeto con estructuración psicótica en crisis es precisamente una angustia social, en el sentido de que hace falta un punto de referencia que pueda dar la ilusión de ser común entre ambos –el Otro. Es decir,

el conflicto con el mundo exterior para Freud (ver acápite 2.2.1. p.26) y la imposibilidad de establecer diálogo para Lacan (ver acápite 2.3.2. p.31). En esta vía, la construcción de un delirio –no necesariamente el delirio como tal–, hace un corte en la dinámica de quien es testigo del proceso, de aquellas personas que no consideran a este como un intento de curación.

En la relación entre la teoría expuesta y los testimonios del personal auxiliar de enfermería y de psicología del HPJE, se puede decir que es más o menos este el primer escenario de un trabajador en un hospital psiquiátrico: un encuentro con el desencuentro, un intento de diálogo con quien se ve impedido de dialogar, con quien, al verse imposibilitado de articular significantes a un punto de capitón, se puede servir de su cuerpo –a veces como ajeno– para comunicar algo; es así, aunque no solamente, como podría considerarse a la agresividad de los pacientes. Volveremos sobre el punto de la agresividad más adelante. Ante la construcción delirante, los trabajadores responden en la equivalencia del delirio como mentira, es así como actúan “siguiéndoles la corriente” o “no haciéndoles caso”.

Como se mostró en la exposición de las respuestas de la entrevista (ver acápite 5.2. pp.50-58), la mayor parte de los auxiliares confiesa haber sentido “desesperación, miedo y angustia *al principio*”, dice una auxiliar de 38 años. “Al principio yo les tenía miedo a algunos pero ya con el tiempo me di cuenta de que era parte de su enfermedad ser así”, comenta una auxiliar de 53 años. Tal como se evidencia en las encuestas y entrevistas, todos los auxiliares realizaron el curso que habilita su práctica como tales; sin embargo, ninguno ha sido formado para atender a esta población específica. Su nivel de desconocimiento respecto a los “trastornos mentales”, dicen, influyó en el inicio de su vida laboral. “Con el tiempo uno ya les va conociendo y ya sabe cómo tratarles, ya sabe que no hacen las cosas por malos sino porque no están conscientes”, manifiesta un auxiliar de 51 años de edad. Un auxiliar de 26 años, que lleva trabajando dos años y medio en el HPJE, dice: “Cuando recién entré a trabajar aquí pasaba pensando todo el día en que ya se acabe el turno para salir a mi vida normal”.

Puede decirse que la mayoría de los trabajadores encuentra en la rigurosidad de la rutina –horarios, actividades, prohibiciones, formas específicas para tratarles, etc.– una vía para evitar la angustia, esa de la que hablan en el pasado. A modo, tal vez, de eso que Freud dice respecto a la neurosis obsesiva: “Pero esa angustia está encubierta; el yo se sustrae de ella ejecutando, obediente, los mandamientos, preceptos y acciones expiatorias que le son impuestos”

(Freud, 1926, p.122). ¿Se podría decir que aferrarse a esta cotidianidad permite a estos trabajadores sustraerse de angustia? Esta hipótesis puede ser sostenida en los comentarios de los trabajadores en cuanto a la organización del tiempo. También, en las opiniones acerca de los problemas con ese reducido grupo de auxiliares mujeres que no toleran comentarios acerca de su trabajo. Es decir, dentro de la institución la rutina es menester, así como esas actividades extra que dicen necesitar, para evitar la angustia. Ambas opciones, la de no cambiar y la de distracción fuera del lugar, permiten al trabajador dejar de lado a la estructura a la que deben atender. Ambas alternativas son vías de escape. De allí que la calificación a las preguntas de la encuesta concernientes a sus actividades cotidianas haya sido tan elevada (ver Tabla N.- 13, pp.49-50).

Esto podría explicar la reacción del personal auxiliar del HPJE y del HPSL a raíz de la fusión. Esta última implicó rupturas en su día a día, la rutina tuvo que ser modificada y con esto devino cierta angustia en ambos grupos de auxiliares. Como si la atención a pacientes psicóticos debiera ser obligatoriamente organizada a fin de no dejarse llevar por el efecto de convivir con esta estructura desorganizada –sin punto de capitón–; como si la costumbre fuese capaz de librar al yo de angustia. Freud dice: “Tan pronto como esto último le es impedido, emerge un malestar en extremo penoso, en el que nosotros podemos ver el equivalente de la angustia [...]” (Freud, 1926, p.122).

Tal vez en este punto convenga señalar que en la particularidad de este trabajo, la relación con las autoridades es esencial. ¿Es posible que el trabajo con pacientes que no están atravesados por la ley influya en la relación que los trabajadores hagan con esta? Se dijo que la angustia de estos empleados podría corresponder a esa que Freud llama *social*. Sin embargo, hay que considerar que, pese a que el peligro se ha vuelto indefinido, en última instancia, esta angustia resulta de un conflicto con la castración, por lo tanto, con el padre y la ley. De aquí que la relación con las autoridades sean un problema para estos trabajadores. Ahora bien, de acuerdo a lo planteado por Cortado Calligaris, ¿qué es una crisis psicótica sino un momento de conflicto a causa del enfrentamiento con una instancia paterna? (Calligaris, 1991). La ley es una constante en eso que tanto psicólogos como auxiliares pueden decir respecto a su trabajo; la ley es fundamental y particular en el marco de trabajo de un hospital psiquiátrico. Esto podría ser tema de una futura investigación, en cuanto a la presente, se pueden decir ciertas cosas.

La hostilidad y el castigo del superyó, encarnado en las autoridades del hospital, es la *situación de peligro* constante que viven estos trabajadores. De allí que en encuestas y entrevistas, los comentarios y quejas sobre este tema hayan sido recurrentes. Tanto en la pregunta N.- 17 de la encuesta (Ver acápite 5.1.3. p.48), como en varias interrogantes de la entrevista, los empleados supieron manifestar el malestar que tienen respecto a su relación con las autoridades.

Hablan de hostilidad de las autoridades cuando se refieren a la falta de reconocimiento por la dificultad de su trabajo con estos pacientes, además, de la no consideración de su opinión al momento de tomar decisiones sobre la organización y funcionamiento de la institución. “Ellos no piensan en que nosotros pasamos todo el día con los pacientes, ellos les ven a veces y por ratos entonces no tienen idea de lo que es estar todo el tiempo con ellos, solo ordenan”, comenta una auxiliar de 42 años. “Yo no sé si ellos toman las decisiones leyendo libros o cómo, pero a nosotros nunca nos preguntan nada que somos los que tenemos contacto directo con los pacientes y sabemos lo que necesitan”, dice un auxiliar de 39 años.

En cuanto al castigo, parece ser que el único momento de relación entre empleado-jefe se da cuando alguien es sancionado o reprendido por alguna falta a sus deberes. Tal es así que a la pregunta N.- 16 –¿Cómo calificaría usted a su relación laboral con las autoridades, siendo 1 el más bajo y 5 el más alto?–, la mayoría de auxiliares otorgaron la calificación máxima a razón de no haber tenido contacto con las mismas. Decían: “nunca he tenido problemas con ellos, siempre cumplo con mi trabajo. Entonces póngales 5”, “no he tenido problemas entonces no les he tratado. Un 5”, “como nunca he faltado a mi trabajo, no les he tratado, peor ahora que son nuevos” etc. Dando cuenta de que la relación entre empleados y jefes aparentemente se da a través del castigo.

De vuelta con la angustia en relación a la condición de estructura de los pacientes, los auxiliares coinciden en que es la agresividad de algunos el factor generador de dicho afecto. “Los pacientes agresivos son un riesgo en nuestro trabajo”, manifiesta una auxiliar de 43 años. Este factor puede ser analizado desde la propuesta de Freud acerca del conflicto con el mundo exterior que tiene el psicótico (ver acápite 2.2.1. pp.26-27), viendo a la agresividad como una respuesta frente a ese intento de construcción en los momentos de crisis. En este sentido, esta reacción de los pacientes representa, para los auxiliares de enfermería, eso a lo que Freud llamó una <<*realangst*>> (ver acápite 1.2.1.4 pp.14-15). Se trata de una reacción ante un peligro real que amenaza su

integridad física. Este es el tipo de angustia que puede devenir en casos de empleados que no han experimentado una situación de agresión hacia ellos.

Las respuestas a la pregunta que hace referencia a un caso clínico específico (ver acápite 5.2.2. pp.54-55) permiten conocer que esta condición del paciente psicótico en crisis puede afectar el desempeño laboral de los trabajadores, produciendo inhibiciones. “después de eso que pasó no quería venir, sí me daba miedo, sí me causó un trauma”, confiesa la auxiliar de enfermería que recibió una patada en la cara perdiendo sus dientes. También dice: “cada vez que ya veo a algún paciente medio raro, me acuerdo de eso y me da miedo pero ya se qué hacer”.

En este caso, y en el de todos los auxiliares que han sufrido agresiones físicas de parte de los pacientes, cada vez que se encuentran frente a la amenaza de una situación similar, generan una <<señal de angustia>> que reproduce esa situación y dota a los trabajadores de posibilidades para reaccionar a fin de evitar que se desarrolle la angustia ya experimentada alguna vez (ver acápite 1.2.2.1. pp.17-18).

Además, en estos trabajadores, en algún punto del primer estallido de este afecto, este debió ser vivenciado como <<angustia automática>>, a modo de una reacción inmediata en un momento en el que el sujeto no pudo manejar la carga de excitaciones exógenas. Los auxiliares comentan que en aquellas ocasiones en las que han sufrido golpes de parte de los pacientes, han reaccionado sujetando al paciente con fuerza para impedir que siga agrediéndolos o, en el caso de las mujeres, han solicitado ayuda inmediata de sus compañeras y se han retirado del lugar.

Es importante mencionar que el personal manifiesta sentir desprotección de parte de las autoridades sobre estos asuntos, la misma auxiliar dice: “yo me tuve que pagar mis dientes y venir a trabajar como si nada hubiera pasado. Nadie me pregunto cómo estaba o se ofreció a reponerme el gasto. Aquí uno no se siente respaldado”. Esta condición puede agravar el estado de desvalidamiento del yo de los auxiliares frente a la agresividad de los pacientes, condición marcada por la falta de tramitación que tiene el yo cuando se ve enfrentado a una situación de peligro. Además, en este punto puede también ser considerada la constante queja que realizan los auxiliares respecto a la seguridad del hospital, sobretodo en cuanto al cerramiento. De alguna manera no tienen respaldo físico ni psíquico dentro de la institución.

Muchos de los trabajadores confiesan que es su falta de preparación la que les vuelve propensos a sentir angustia frente a un paciente agresivo. Si bien todos han realizado el curso de auxiliar de enfermería, son pocos los que han continuado su formación académica en la vía de la medicina. Aquellos que así lo han hecho son justamente quienes manifiestan haber “perdido el miedo” desde que tienen mayores conocimientos.

Entonces, de acuerdo a lo propuesto por Freud a propósito de la <<angustia real>> (ver acápite 1.2.1.4. pp.14-15), tanto el factor de conocimiento de la situación, en el caso de los auxiliares que ya han sido agredidos, como el de desconocimiento de la misma, en los trabajadores que no han vivido estas experiencias o que sienten que necesitan más formación, generan angustia en el personal en relación a la agresividad de los pacientes.

Pese a que esta área del personal ha establecido reacciones grupales e individuales frente a estos momentos de agresividad, consideran que el hospital debería mantener una formación continua con ellos. Esta es una de las consideraciones especiales que esperan recibir de parte de las autoridades por ser los empleados con menos preparación profesional y aquellos que más contacto tienen con los pacientes, de acuerdo a sus respuestas a la pregunta por sus necesidades como área y su rol dentro de la institución (ver acápite 5.1.2. p.57-58).

5.3.4. Angustia en el personal de psicología

Por parte del personal de psicología, de acuerdo a las entrevistas, se puede decir que la falta de resultados en su trabajo es un factor que deviene en desesperación. En el caso del personal masculino puede decirse que este factor no es necesariamente generador de angustia. Ambos profesionales consideran que su rol dentro de la institución es el de generar cambios en los pacientes (ver acápite 5.2.1. p.58), posición que, tomando en cuenta la condición de estructura que atienden, es harto probable que provoque en ellos frustración.

Sin embargo, este no es el caso de la psicóloga de la institución. A propósito de este mismo punto dice: “A veces este trabajo es como arar en el mar, sobre todo aquí abajo” refiriéndose al área clínica. También comenta: “Me aterra terminar mis días aquí. Quiero hacer algo más dinámico, con más resultados”. ¿Qué es lo aterrador para esta psicóloga? Quizás se podría aventurar a decir que hay una relación entre esta percepción angustiante y el caso clínico del que habló

en la entrevista, si se considera que comentó recordar esto constantemente (ver acápite 5.1.2. p.55).

Freud (1926) dice que las situaciones de peligro se modifican de acuerdo al desarrollo del yo pero que además estas pueden coexistir y afectar al sujeto. Entonces, presenciar una escena onanista motivada por una relación incestuosa, resistiéndose a dejar entrar la ley en ese momento –no pedir ayuda por miedo al trato que la policía iba a dar al muchacho– ¿vendría a representar en lo real algo del peligro de castración por la ley de prohibición del incesto? Se podría decir que esta profesional presenció en lo real y de manera literal aquella condición que estructura a un sujeto psicótico; experiencia que permanece en su memoria y condiciona su práctica con estos pacientes en particular. Gracias a la observación se puede decir que esta situación traumática puede generar una <<angustia automática>> en la psicóloga, a modo de reacción de huida y rechazo, cada vez que un paciente insiste en llamar su atención –tal como el joven lo hizo aquel día– o cuando los pacientes no guardan distancia corporal –tal como el joven hizo rompiendo los límites de la distancia corporal al masturbarse frente a la doctora. Respecto a encontrarse en una nueva situación de peligro, Freud dice: “[...] fácilmente puede volverse inadecuado al fin que responda con el estado de angustia, reacción frente a un peligro anterior, en vez de emprender la reacción que sería la adecuada ahora” (Freud, 1926, p.127). Tal vez en el momento de presenciar el acto del joven, el estallido de angustia manifestado en una incapacidad para reaccionar resultó adecuado. Sin embargo, ese mismo estado de angustia generado en esas posibles situaciones de peligro, manifestado en huida y rechazo, no es ya correspondiente a las mismas, sino una reproducción de aquel afecto vivido en el pasado. Puede decirse que esta respuesta de no actuar frente al peligro fue una reacción a modo de <<angustia automática>> en el momento de la amenaza.

Se puede inferir que las reacciones actuales de esta profesional responden a una <<señal de angustia>> producida por el yo a fin de evitar la situación de peligro. Es decir, la doctora reproduce, a modo de señal, algo del afecto vivenciado en el momento de aquella experiencia con el joven, con el objetivo de evitar el desarrollo de la angustia ante la amenaza de volver a pasar por la misma situación (ver acápite 1.2.2.1. p.17-18).

En relación a los otros dos trabajadores de esta área se puede decir que no manifiestan rasgos que puedan dar cuenta de angustia. Ambos comentan sentirse a gusto con su trabajo. Sus respuestas a la pregunta sobre una

descripción del paciente psiquiátrico (ver acápite 5.1.2. p.56), permiten reconocer, por un lado, cierta fascinación respecto a esta condición de estructura en el psicólogo de 30 años, y, por otro, una posición de igualdad respecto al paciente, en el psicólogo de 49 años. Ambas posiciones, entre otros aspectos, permiten su desempeño laboral sin que, con él, se desarrolle angustia.

5.3.5. Otros aspectos

Si bien los temas concernientes a esta investigación han sido abordados, existen otros que, por su constancia en las respuestas de los trabajadores, ameritan ser mencionados. Tanto encuestas como entrevistas dan cuenta de una particularidad en el trabajo de las auxiliares de enfermería. Empezando por ser parte de este grupo las únicas tres personas que se negaron a establecer un diálogo respecto a su trabajo. Su actitud, en concordancia con los comentarios de los auxiliares en general, fue de defensa. Además, el conflicto con cierto grupo de mujeres que se menciona constantemente da cuenta de cierta particularidad en esta área.

Gracias a las expresiones utilizadas por las auxiliares para referirse a los pacientes, “mis guaguas”, “son como familia”, “se los considera como propios”, permiten remitir esto a una especie de relación maternal entre trabajadoras y pacientes, con el hospital como su hogar –que debe ser defendido de cualquier extraño. De esta manera la pugna estaría en reconocer quién es *la mamá, la dueña de casa*. La reacción de las auxiliares de ambos hospitales frente a la fusión deja ver cierto sentimiento de propiedad hacia cada institución, “Nos quitaron nuestro hospital”.

Además, hay que considerar las alusiones hechas por las auxiliares a propósito de considerar a los pacientes como su familia, en el constante recuerdo que estos les evocan sobre sus hijos. Es importante señalar que 17 de las 18 mujeres de esta área tienen hijos y viven con ellos (Ver Tabla N.-5, p.45). De aquí que los casos clínicos comentados coincidan en tratarse de pacientes jóvenes. La auxiliar que tiene “pena” de amarrar a los pacientes porque le recuerdan a sus tres hijos, la auxiliar que trabaja con estos pacientes a causa del síndrome de Parry-Romberg que tiene su hija, la psicóloga que pensó en su hijo al presenciar el acto onanista de un paciente y que, además, se ubicó en el lugar de la madre al interpretar la causa del mismo, las auxiliares que sienten motivación para trabajar en esta área por si alguna vez alguien de su familia se encuentra en una situación similar, la auxiliar que considera a los pacientes como bebés que necesitan

atención y cuidado, las auxiliares que dicen haber perdido el miedo a los pacientes porque ya son como familia, la auxiliar que dice sentirse motivada por el cariño que siente cuando los pacientes la llaman “mamá”, etc. Todos estos son ejemplos que sustentan la hipótesis de una equivalencia en la relación auxiliar/paciente con la relación madre/hijo.

En este sentido, los comentarios respecto a las reacciones de agresividad de ciertas auxiliares cuando se dan opiniones sobre su trabajo podría explicarse, después de todo, ¿quién puede decir a una madre cómo tratar a su hijo?

La única auxiliar que no tiene hijos es justamente aquella de la que se habló en el acápite 5.3.1. (p.61) en referencia a una inhibición laboral en un caso de histeria. Este caso es el único que mostró un completo rechazo hacia el trabajo con estos pacientes, como si en esta mujer no hubiera relación maternal a ser reproducida.

La concepción de estos pacientes como sujetos llenos de necesidades que deben ser atendidas –tal como una madre debe atender las necesidades de su hijo cuando pequeño– por aquellas personas encargadas de su cuidado, sustenta este tipo de relación a diario. De aquí que se pueda hablar de más inhibiciones en el caso de las mujeres (ver acápite 5.3.1. p.61), de aquí que para la psicóloga no sea suficiente el ejercicio físico para alivianar la carga psíquica de su trabajo. De esto se desprende también que las auxiliares no busquen prepararse académicamente tanto como los hombres, ya que su rol no dista de aquel que realizan en casa con sus hijos.

Entonces, se trata de una relación madre/hijo con una figura paterna –el psiquiatra como institución, tomando en cuenta que las autoridades que dirigen el hospital son psiquiatras– que interviene desde cierta distancia, con cierta ambigüedad en su ausencia y presencia. Una figura paterna que resulta ser rival, no tanto ese tercero obligatorio. Aquí conviene volver a mencionar que todas las autoridades son de sexo femenino, es así como la pugna por el puesto de *la madre* se extiende, para las auxiliares, más allá del área de su área de trabajo. Rival también en el sentido de que es el psiquiatra quien decide la permanencia o no de los pacientes dentro del hospital, no depende de ellas *quedarse con sus hijos*. De igual manera, es esta figura paterna la que castiga o no su desempeño laboral. Sin embargo, es esta la figura a la que recurren cuando no pueden *controlar* el comportamiento de un paciente, como pidiendo al padre que castigue al paciente/hijo.

La observación permitió distinguir detalles que se ajustan a esta hipótesis. Como se mencionó en las funciones de los auxiliares de enfermería (ver acápite 3.2. p.36), cada grupo organiza sus actividades diarias. En el transcurso del día, se puede observar que los auxiliares de sexo masculino permiten a los pacientes salir de la edificación que les corresponde; estos vigilan por turnos la ubicación y comportamiento de los pacientes dejando que circulen por las áreas verdes del lugar. Las auxiliares, por otro lado, mantienen a las pacientes dentro del área física que les corresponde la mayor parte del tiempo, con la puerta cerrada. Solo se les permite salir para asistir a la terapia ocupacional que se encuentra dentro de la misma edificación. Además de que podría decirse que se trata de cierta comodidad en su trabajo, de alguna manera esto da cuenta de una posición *sobreprotectora* por parte de las auxiliares hacia las pacientes. Se aseguran de tener el control absoluto sobre estas últimas y, cuando lo pierden, recurren al padre, a la ley.

Queda entonces manifiesto en este escrito algo del impacto psíquico que genera el trabajo con pacientes psicóticos. Este trabajo concluye no sin antes advertir que este es solo un inicio de los estudios posteriores que pueden realizarse sobre este tema en búsqueda de indagar –desde la neurosis– en la psicosis y los efectos de su condición estructural en medio de una colectividad.

CONCLUSIONES

A partir del trabajo teórico sobre inhibición y angustia se puede concluir que:

- La inhibición y la angustia son fenómenos que se producen en el yo y le suceden solamente a esta instancia. El abordaje de ambos conceptos permite distinguir la condición estructural inconsciente del síntoma, sustentando así la posición analítica de considerarlo su objeto de trabajo en la práctica analítica.
- La inhibición permite al sujeto sustraerse del desarrollo de angustia. Sin embargo, pueden coexistir ambos fenómenos.
- Las dos teorías de Freud sobre la angustia se diferencian en que la primera trata de una concepción económica de la misma, en base a la teoría de la libido que regía los planteamientos de Freud en esos años. Mientras que, la segunda, surge de la reformulación de Freud sobre el aparato psíquico otorgando al yo un punto central en la teoría.
- No es lo mismo hablar de una angustia señal que del desarrollo de este afecto. El primero no es más que una muestra de aquello que puede sobrevenir si llegase a desencadenarse el segundo.
- La angustia automática es la primera reacción ante una situación de peligro. De esta se puede generar una señal de angustia que advierta al sujeto del posible estallido de la misma cuando se encuentre en situaciones de peligro similares.

En cuanto al rápido abordaje teórico respecto a la psicosis se concluye que:

- El psicoanálisis, desde la suposición de un sujeto en la psicosis, es la única vía mediante la cual se puede pretender un acercamiento teórico hacia la condición enigmática de esta estructura.
- En la construcción del delirio, a raíz de una crisis psicótica, no solamente se halla concernido el sujeto en cuestión, sino también, el ambiente que lo rodea.
- Una posible explicación del impacto psíquico que genera la psicosis en la neurosis es el conflicto con el mundo exterior o el problema de diálogo característico de esta estructura.

Del acercamiento al funcionamiento del Hospital Psiquiátrico Julio Endara se puede decir que:

- Los servicios que brinda, y que está por brindar, el Hospital Psiquiátrico Julio Endara cumplen con la demanda que social y política que se hace a una institución de especialidad en nuestro país.
- Las nuevas vías de trabajo que se implementan en el Hospital estudiado parten

desde la no consideración hacia el tipo de problemática que tratan. Este ha sido ubicado al mismo nivel que las instituciones que atienden a la salud pública en general. Esto ocurre a razón de que no existe dentro del Proyecto de Salud Pública un apartado destinado específicamente a la salud mental, es decir, no hay un respaldo legal que regule el trabajo específico en esta área.

En cuanto a la metodología empleada se concluye que:

- Fue de utilidad para obtener la información suficiente que permitió cumplir con el objetivo principal de este trabajo. Pese a la restricción que existió en cuanto al tiempo de los trabajadores, se sirvieron de estos espacios para comentar acerca de su situación laboral.
- La encuesta puede ser aplicada no solamente como herramienta que permite la obtención de datos específicos, sino también como vía introductoria para fomentar espacios donde se priorice el decir de cada sujeto, abriendo la posibilidad de generar otros espacios de palabra y escucha.
- Como este trabajo evidencia, los datos estadísticos no son suficientes para profundizar en una problemática. Hace falta el complemento de información cualitativa para pretender el estudio de una realidad determinada.
- Las consideraciones respecto al anonimato y la confidencialidad de la información dada por el personal fue de utilidad para esta investigación. En general, los miembros de ambas áreas mostraron ciertas resistencias para dar rienda suelta a su decir, situación que disminuía con el ofrecimiento de un acuerdo legal que respalde la confidencialidad. De aquí que se haya obtenido información variada y amplia para ser analizada.

Del análisis de la información obtenida se comprueba la hipótesis formulada concluyendo que:

- El trabajo con pacientes psicóticos genera inhibición en el personal auxiliar de enfermería y el personal de psicología del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, en tanto este demanda gran esfuerzo psíquico en ciertas actividades que disminuye la energía psíquica para la realización de otras.
- La inhibición laboral se manifiesta en los auxiliares de enfermería en la falta de manifestación facial o verbal respecto al placer que tienen al realizar sus tareas. Además, la rigurosidad de su rutina puede ser considerada una inhibición en el sentido de que libera a estos trabajadores de angustia.
- En el caso de las auxiliares de sexo femenino se evidencian inhibiciones laborales

en tanto presentan afectaciones a nivel físico que *les impiden* ejercer sus funciones o asistir a la institución. Además, en esta área es posible hablar de la desorganización en el cumplimiento de tareas como manifestación de este tipo de inhibición.

- En el personal de psicología, la inhibición se muestra en la reducción de energía psíquica en el trabajo con pacientes hospitalizados. Esta situación resulta de la excesiva demanda de pacientes que tienen en el área de consulta externa.
- Solamente la psicóloga de la institución da cuenta de una falta de placer por su trabajo como rasgo que permite hablar de una inhibición. Para ella, no *hay sentido* en intentar trabajar con pacientes agudos en crisis o con pacientes crónicos, ya que no se ven resultados. Se podría decir que esta profesional busca hallar sentido en medio del *sin sentido*.
- En su inicio, el trabajo con pacientes psicóticos genera angustia en el personal auxiliar de enfermería y en el personal de psicología del Hospital Psiquiátrico Julio Endara en tanto se ven enfrentados al conflicto con el mundo exterior y al diálogo problemático de los mismos, es decir, con su imposibilidad de enlazar sus significantes a un punto de referencia simbólico.
- La cotidianidad del trabajo con estos pacientes produce inhibiciones que permiten mantener al personal exento de una angustia manifiesta. En este sentido, una planificación extrema es esencial en el trabajo con sujetos desorganizados —en tanto han forcluído el significante que ordena la vida anímica de todo ser hablante. Tal es así que un cambio en la misma, como aquel provocado por la fusión entre ambas instituciones psiquiátricas, puede devenir en angustia en el personal.
- Tal como lo indica Freud, el conocimiento previo sobre los momentos de agresividad por parte de los pacientes y el desconocimiento sobre las especificidades de la estructura psicótica, son factores que propician la generación de angustia en los auxiliares de enfermería.
- La agresividad de los pacientes se presenta como el único punto de angustia en el trabajo diario de los auxiliares de enfermería con los mismos, a razón de que representa una situación de peligro que amenaza con provocar un daño físico. De esta manera se puede decir que aquellos empleados que no han experimentado episodios de agresión por parte de los pacientes, ante la posibilidad de que se den situaciones de este tipo, manifiestan una <<angustia real>>, es decir, emiten una reacción inmediata frente a un momento en el que su integridad física está amenazada. Mientras que, aquellos trabajadores que han sido víctimas de agresiones por parte de los pacientes, al haber ya tenido una primera reacción,

una <<angustia automática>>, son capaces de reproducir en mínima medida algo de ese afecto a modo de una <<señal de angustia>> que advierta sobre el peligro ante una situación traumática similar a la original y que permite que puedan reaccionar.

- El personal de sexo masculino de la institución presenta cierto nivel de frustración respecto a la falta de resultados en su trabajo, mas no por esto se trata de angustia.
- La psicóloga del hospital vivió una situación traumática frente al peligro de una aparente transgresión de la ley de prohibición del incesto. Este factor puede decir algo, no todo, de la inhibición y angustia experimentadas por esta profesional. Se podría decir que genera una <<angustia señal>> cada vez que cree estar en situaciones que puedan culminar en algo similar. De esta manera reacciona con rechazo y huida ante la insistencia de atención de pacientes en crisis.

Respecto a otros temas abordados en esta disertación se puede decir que:

- La relación con las autoridades es percibida como problemática por el personal. Esta está condicionada por la orden y el castigo. Es así como se puede considerar que esta condición se presenta como una una situación de peligro para los trabajadores ante la hostilidad del superyó. Su desempeño laboral gira en torno a este factor, por lo que convendría realizar una investigación acerca de la relación con la ley que hace el personal de un hospital psiquiátrico. Esta puede sostenerse en la hipótesis de que hay una relación con las autoridades distinta a otros ambientes de trabajo por tratarse de atender a sujetos que precisamente no se encuentran atravesados por la ley –como es el caso de los psicóticos.
- Las trabajadoras de ambas áreas dan cuenta de una reproducción de la relación madre/hijo con los pacientes, teniendo al psiquiatra como figura paterna. Esta situación condiciona su trabajo dentro de la institución psiquiátrica. Este tema es suficientemente vasto como para ser punto central de una futura investigación.

RECOMENDACIONES

- La información obtenida permite decir que el trabajo con pacientes psicóticos afecta a la condición psíquica de los trabajadores, razón por la cual se recomienda la apertura de un espacio de escucha dedicado al personal de la institución. En esta área, habría la posibilidad de llevar procesos individuales con aquellos empleados que sientan la necesidad de hacerlo. A esta podrían acudir, de manera regular, individual o grupal, para tratar temas que, para ellos, ameriten ser hablados. Es importante mencionar que varios empleados manifestaron su interés por la creación de un lugar donde puedan ser escuchados, en medio de una dinámica institucional que no suele dar valor al decir.
- Varios son los casos de auxiliares que manifestaron la necesidad de ampliar sus conocimientos acerca del trabajo con pacientes psicóticos. Es por esto que se sugiere la organización de cursos de formación continua dirigidos al personal auxiliar de enfermería de la institución. Los mismos que deberán ser impartidos por grupos, fuera de los horarios de trabajo. De esta manera se garantizará su atención y participación activa. A este respecto, un auxiliar que acaba de terminar la licenciatura en enfermería, consciente de la falta de preparación de su área de trabajo, está elaborando un “curso de promotores en salud mental” dirigido a la especialización de los conocimientos de los auxiliares de enfermería en el área de salud mental. Espera llevar esta propuesta a varias instituciones de educación superior con intención de que dentro de algunas se ponga en práctica su proyecto.
- Se recomienda la implementación regular de reuniones grupales e individuales con el personal de cada Sala, fuera del ambiente y horario de trabajo. El objetivo de estas será abordar cualquier tema que parezca de interés en el momento. Estas pueden reducir tensiones tanto en entre el persona como en su relación con las autoridades. Más que destinadas a resolver conflictos, estas reuniones pueden ser efectivas en cuanto sean la manifestación, de parte de la institución, de un reconocimiento de sus trabajadores como sujetos. En torno a esto giran las quejas expuestas. El personal, de la misma manera que los pacientes, y todo ser humano hablante, necesita un espacio para expresar sus interrogantes y malestares.
- Se sugiere la organización de reuniones de trabajo donde participen los integrantes de las diversas áreas de servicios del hospital. En estas se tratarán temas concernientes a los pacientes desde varios enfoques. De esta manera, se dará un reconocimiento al trabajo y opinión de las áreas aquí estudiadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bèrges, M. (2014, febrero). *¿Es posible el psicoanálisis con niños?*. Conferencia presentada en las Jornadas de trabajo sobre la Clínica psicoanalítica con niños, Quito, Ecuador.
- Calligaris, C. *Introducción a una clínica diferencial de la psicosis*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Ediciones.
- Chemama, R. & Vandermersche, B. (2010). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- De Neuter, P. (1992). *Funciones paternas y nacimientos del sujeto*. En *Trayectoria*. 20 años de transferencia de trabajo con la Asociación Lacaniana Internacional. Quito: Rayuela editores.
- Freud, S. (sin fecha). *Manuscrito E. ¿Cómo se genera la angustia?* En *Cartas a Wilhem Fließ*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1895[1894]). *Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia"*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1896). *Carta 98*. En *Cartas a Wilhem Fließ*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1896). *Carta 112*. En *Cartas a Wilhem Fließ*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1900). *Interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1911[1910]). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). *Pulsión y destinos de pulsión*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). *La represión*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1916-1917). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. 25ª Conferencia.

- La angustia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1924). *Neurosis y psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1924). *La pérdida de la realidad en la neurosis y psicosis*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926[1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1932-1936). *Nuevas conferencias de introducción al Psicoanálisis*. 32^a Conferencia. *Angustia y vida pulsional*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1950[1895]). *Proyecto de psicología*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Lacan, J. (2004). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis. 1955-1956*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2003). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. En *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2005). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 24. Lo no sabido que sabe de la una-equivocación se ampara en la morra. 1976-1977*. Recuperado de <http://psikolibro.blogspot.com/search/label/Obras%20Completas%20Lacan>
- Landman, C. (2005). *Primer Encuentro de E.P.L. con Claude Landman sobre el seminario "Las estructuras lacanianas de las psicosis" de Charles Melman*. En *Trayectoria. 20 años de transferencia de trabajo con la Asociación Lacaniana Internacional*. Quito: Rayuela editores.
- Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1979). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor, S.A.
- Laplanche, J. (2000). *La angustia. Problemática I*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Maleval, J-C. (2002). *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Mannoni, M. (1987). *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Real Academia Española. (2013). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <http://www.rae.es/rae.html>

Schreber, G. (1864). *Manual público de gimnasia de sala médica e higiénica*.

Recuperado de <file:///Users/macbookpro/Documents/Tesis/Manual%20popular%20de%20gimnasia%20de%20sala%20me%CC%81dica%20e%CC%81%20higie%CC%81nica%20%20G.%20M.%20Schreber%20-%20Google%20Libros.html>

Schreber, D. P. (1999[1903]). *Memorias de un enfermo nervioso*. Buenos Aires: Libros Perfil S.A.

ANEXOS N.-1

ENCUESTA AL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

La presente encuesta forma parte de una investigación que se realiza con el objetivo de conocer las respuestas emocionales del personal frente al trabajo con pacientes psiquiátricos.

1. Sexo: M F
2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?

3. ¿Es usted jefe de hogar?
 - a. Sí (Pase a pregunta 3)
 - b. No
 - 2.1 ¿Qué parentesco tiene con la persona jefe de hogar con la que usted vive?
 - c. Cónyuge
 - d. Padre/Madre
 - e. Hijo/a
 - f. Nieto/a
 - g. Hermano/a
 - h. Cuñado/a
 - i. Amigo/a
4. ¿Cuál es su estado civil o conyugal?
 - a. Casado/a
 - b. Unido/a
 - c. Separado/a
 - d. Divorciado/a
 - e. Viudo/a
 - f. Soltero/a
5. Los miembros que conforman su hogar son:
 - a. Cónyuge
 - b. Hijos # _____
 - c. Padres # _____
 - d. Suegros # _____
 - e. Hermanos # _____

- f. Otros familiares # _____
 - g. Amistades # _____
6. Actualmente, ¿está realizando estudios relacionados con su área de trabajo?
- a. Si
 - b. No
7. ¿Cuál es su nivel de instrucción?
- a. Ninguno
 - b. Centro de alfabetización
 - c. Primaria
 - d. Educación básica
 - e. Educación secundaria
 - f. Bachillerato
 - g. Superior no universitaria
 - h. Superior universitaria
 - i. Postgrado/maestría
8. ¿Cuál es el nivel o grado más alto al que asiste o asistió?
- _____
- _____
- _____
9. Según sus ingresos, ¿En qué nivel socioeconómico usted se ubica?
- a. Alto
 - b. Medio
 - c. Bajo
10. ¿Dónde obtuvo el certificado que habilita su práctica profesional?
- a. Instituto superior no universitario
 - b. Universidad
11. ¿Cuántos años de experiencia tiene en el trabajo con pacientes psicóticos?
- _____
- _____
- _____
12. ¿Cuántos años trabaja en este Hospital?
- _____
- _____
- _____
13. Su tipo de contrato es:
- a. Nombramiento

- b. Contrato ocasional
- c. Servicios profesionales

14. ¿Cuántas horas trabaja al día?

15. ¿Cuántos turnos tiene a la semana?

16. En el transcurso del último mes, ¿Ha faltado a su trabajo?

- a. Si
- b. No

Siendo 1 el más bajo y 5 el más alto, encierre su respuesta

17. Considera que la calidad de su relación laboral con las autoridades del Hospital es:

1 2 3 4 5

18. Considera que la calidad de su relación con el personal auxiliar de enfermería del Hospital es:

1 2 3 4 5

19. Considera que la calidad de su relación laboral con otros profesionales del Hospital es:

1 2 3 4 5

20. Considera que la calidad de su relación laboral con otras áreas de servicios es:

1 2 3 4 5

21. Considera que la calidad de su relación profesional con los pacientes es:

1 2 3 4 5

22. Considera usted que la calidad de las instalaciones del lugar donde desarrolla sus actividades laborales es:

1 2 3 4 5

23. Su nivel de satisfacción al realizar actividades de aseo y limpieza a los pacientes es:

1 2 3 4 5

24. Su nivel de satisfacción al realizar actividades relacionadas con la alimentación de los pacientes es:

1 2 3 4 5

25. Su nivel de satisfacción al realizar actividades relacionadas con la administración de medicamentos a los pacientes es:

1 2 3 4 5

26. Su nivel de satisfacción al realizar actividades relacionadas con la seguridad de los pacientes es:

1 2 3 4 5

27. De tener la oportunidad, ¿trabajaría usted en otro tipo de empleo?

a. Si

b. No

ANEXO N.-2

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

En el Distrito Metropolitano de Quito a los ___ días del mes de marzo de 2014, comparecen por una parte INGRID VALERIA VALENZUELA FERREIRA, mayor de edad y domiciliada en la ciudad de Quito, portadora de la cédula de ciudadanía N.- 171968825-9, a quien en adelante se le denominará la parte receptora; y por otra parte, _____, mayor de edad y domiciliado/a en la ciudad de Quito, portador/a de la cédula de ciudadanía N.- _____, a quien en adelante se le denominará la parte emisora, libre y voluntariamente han acordado celebrar el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

PRIMERA. ANTECEDENTES.- La parte receptora es egresada de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica, y se encuentra desarrollando su trabajo de Disertación de Pregrado previo a la obtención de Título de Psicología Clínica en el Hospital Psiquiátrico “Julio Endara”.

SEGUNDA.- OBJETO.- El objeto del presente acuerdo es fijar los términos y condiciones bajo los cuales las partes mantendrán la confidencialidad de los datos e información intercambiados entre ellas.

TERCERA.- CONFIDENCIALIDAD.- Las partes acuerdan que cualquier información intercambiada, facilitada o creada entre ellas en el transcurso del presente trabajo de Pregrado, será mantenida en estricta confidencialidad. La parte receptora hará uso de la información recibida exclusivamente para la elaboración del trabajo de campo.

CUARTA.- EXCEPCIONES.- No habrá responsabilidad de confidencialidad en los siguientes casos: a) Cuando la parte receptora defienda oralmente su trabajo de investigación, ante el respectivo tribunal designado por la Pontificia Universidad Católica; b) En el supuesto que el trabajo de investigación sea publicado por esta Institución de Educación Superior, en cuyo caso es de propiedad de su autor; c) Tenga evidencia de que conoce previamente la información recibida; d) Cuando la información recibida sea de dominio público y, e) Cuando la información deje de ser confidencial por ser revelada por el propietario.

QUINTA.- DURACIÓN.- El presente acuerdo durará el tiempo que se necesite para la realización del presente trabajo de campo.

Para constancia, las partes firman el presente acuerdo en dos ejemplares.

PARTE RECEPTORA

C.C.

PARTE EMISORA

C.C.

ANEXO N.-3

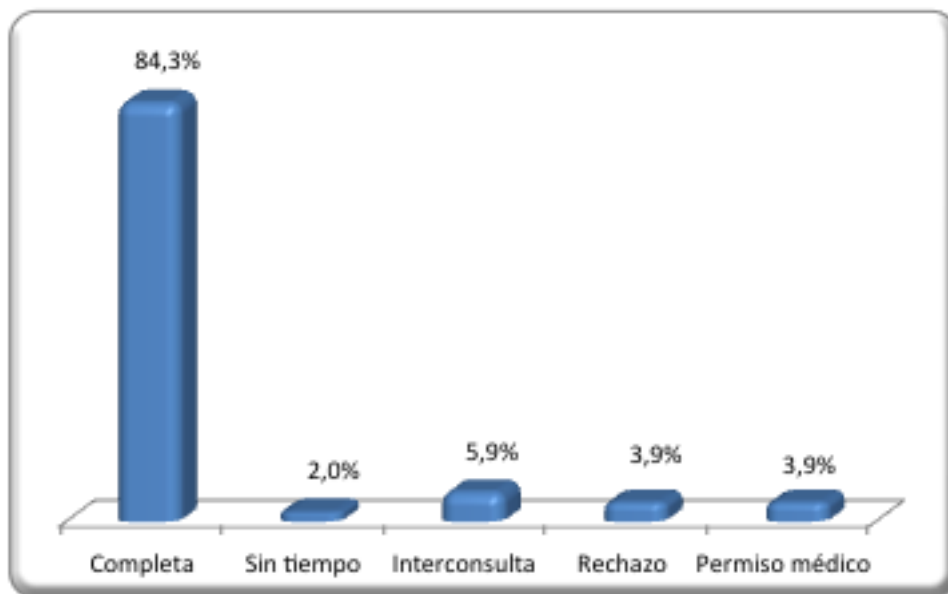
GRÁFICOS ESTADÍSTICOS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA AL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL HPJE

Los datos presentados a continuación son el resultado del análisis cuantitativo de los 47 auxiliares que respondieron a la encuesta.

Datos sociodemográficos

Gráfico 1

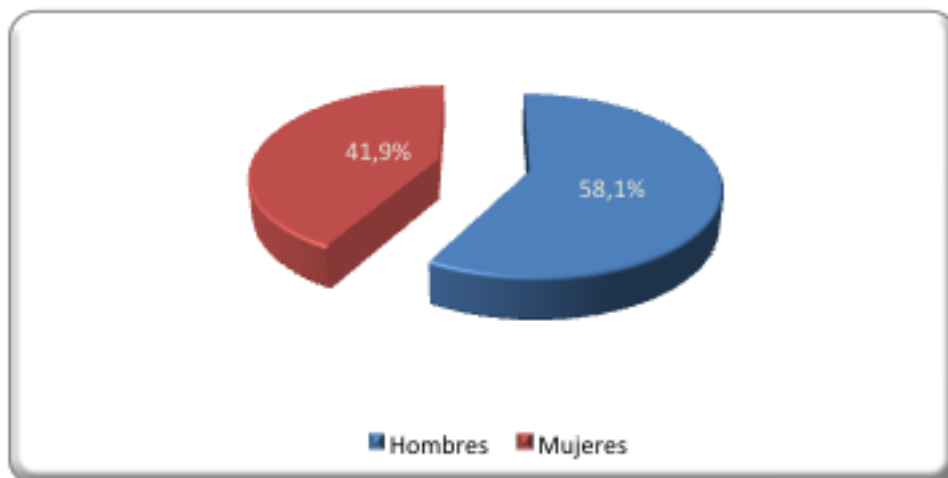
Porcentaje del resultado de la encuesta aplicada al personal auxiliar del HPJE



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 2

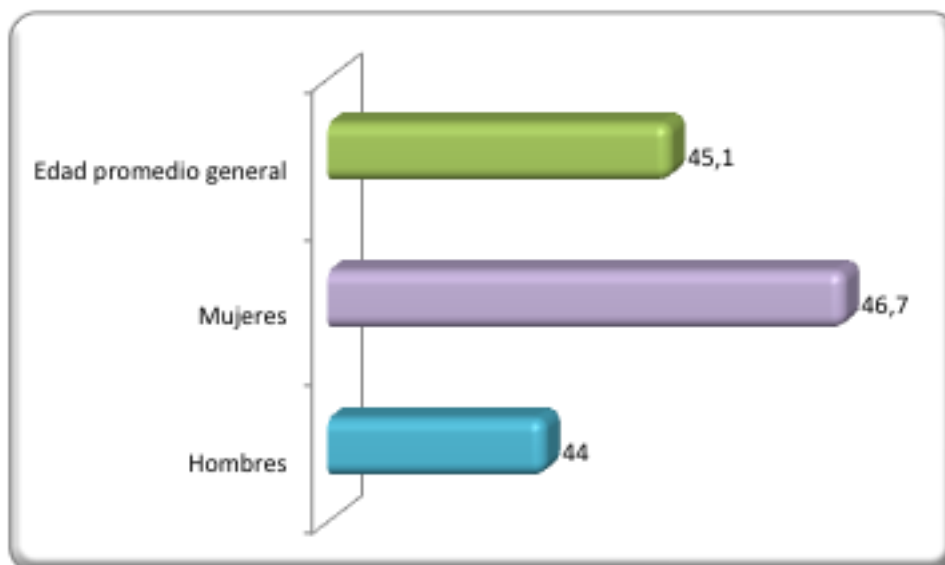
Porcentaje del personal auxiliar de enfermería del HPJE, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 3

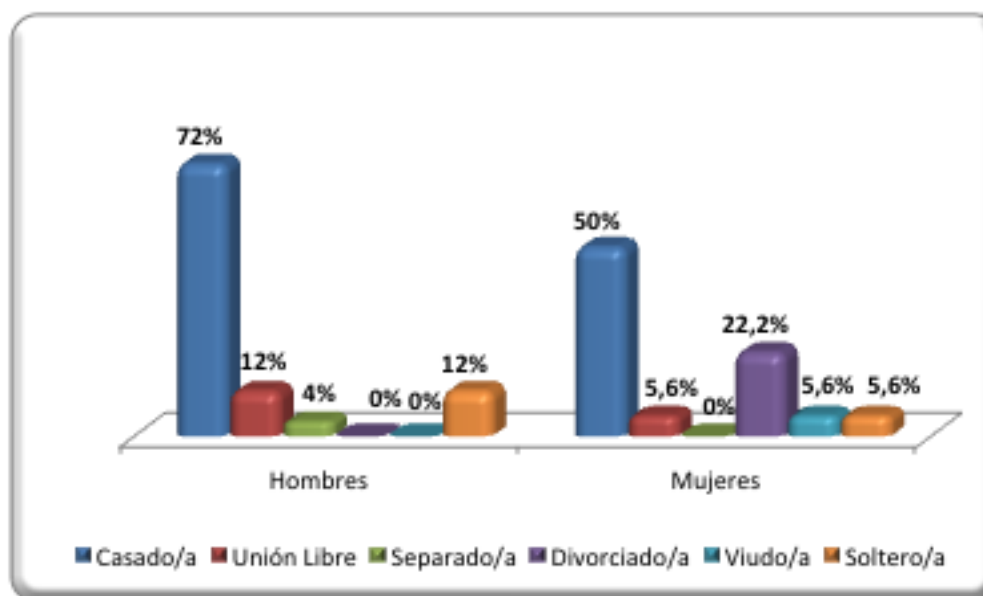
Edad promedio del personal auxiliar de enfermería del HPJE, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 4

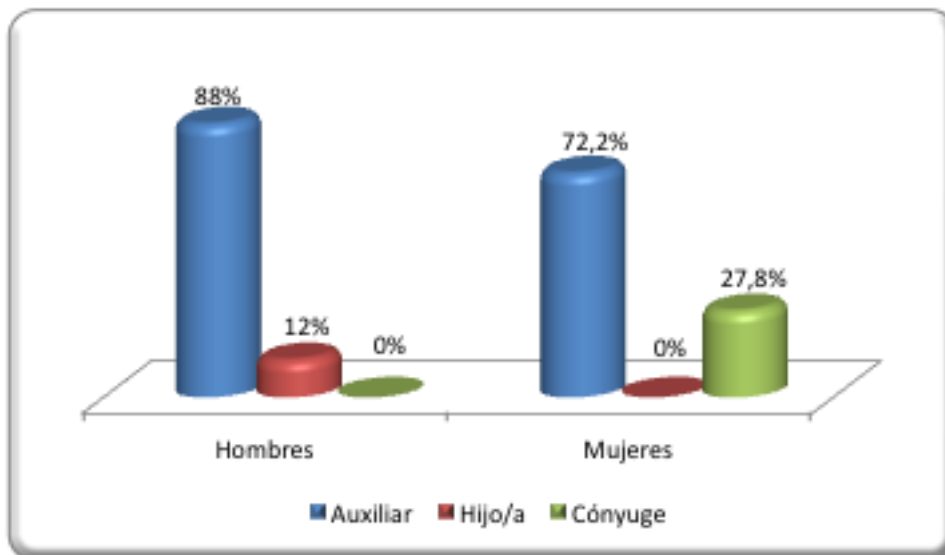
Edad promedio del personal auxiliar de enfermería del HPJE, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 5

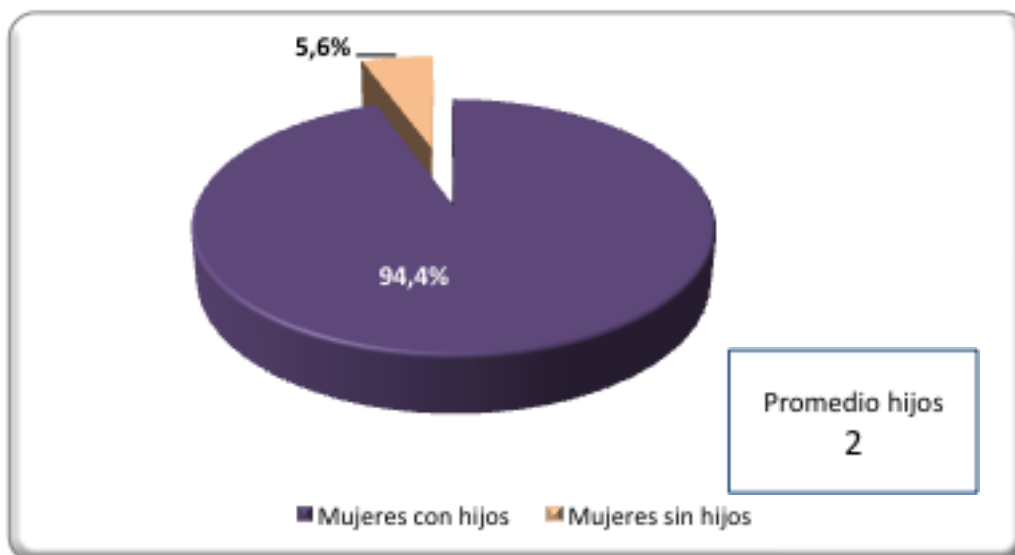
Porcentaje de miembros familiares de los auxiliares de enfermería que son jefes de hogar, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 6

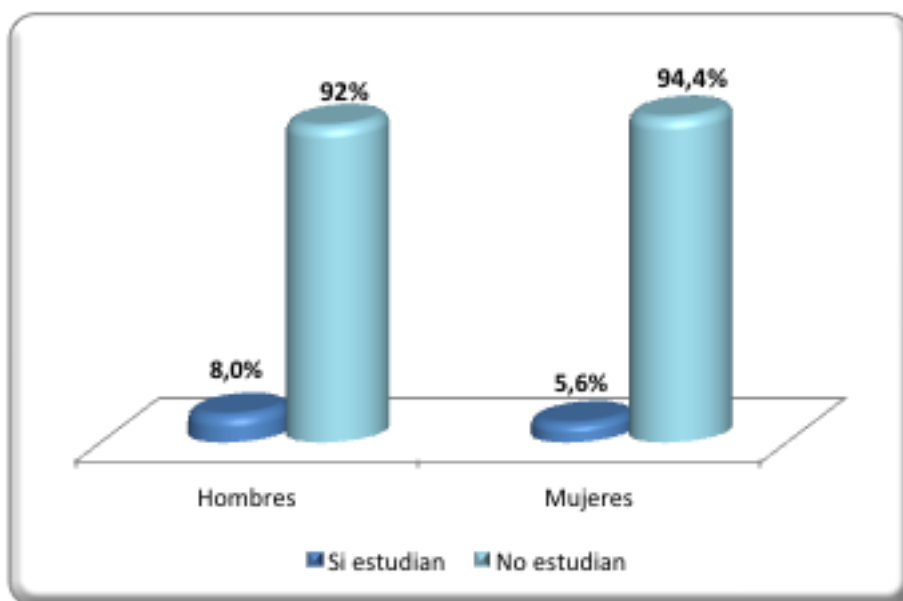
Promedio de auxiliares de sexo femenino que tienen hijos



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 7

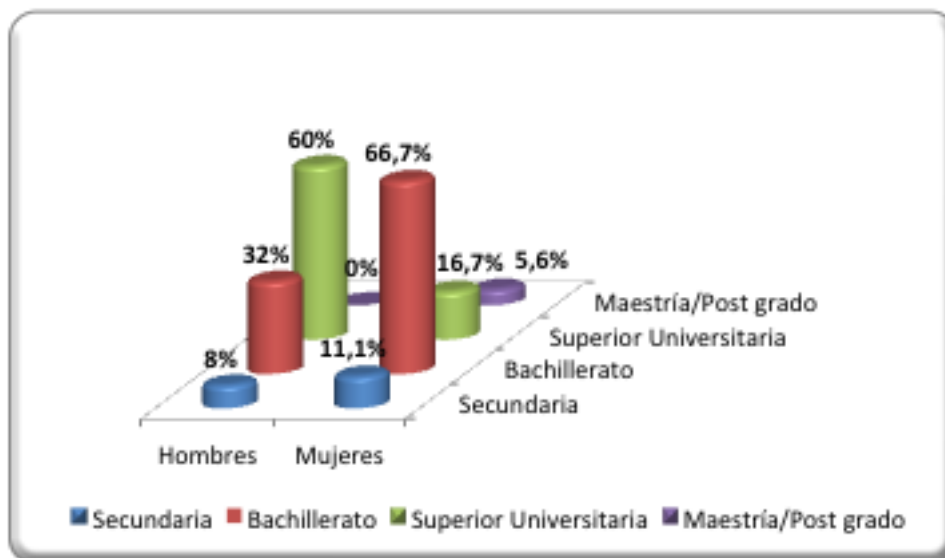
Porcentaje de auxiliares de enfermería que están estudiando actualmente, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 8

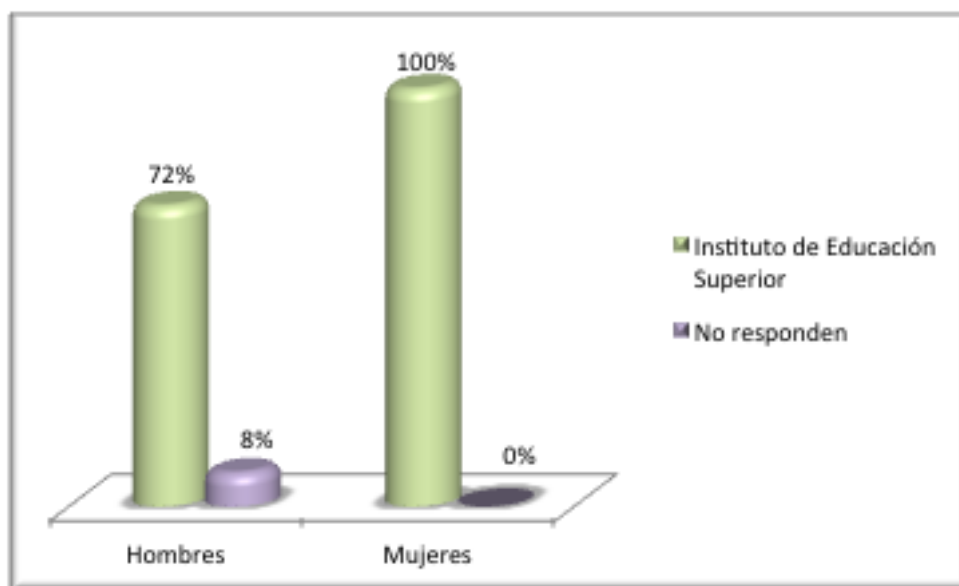
Porcentaje de auxiliares de enfermería según su nivel de instrucción, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 9

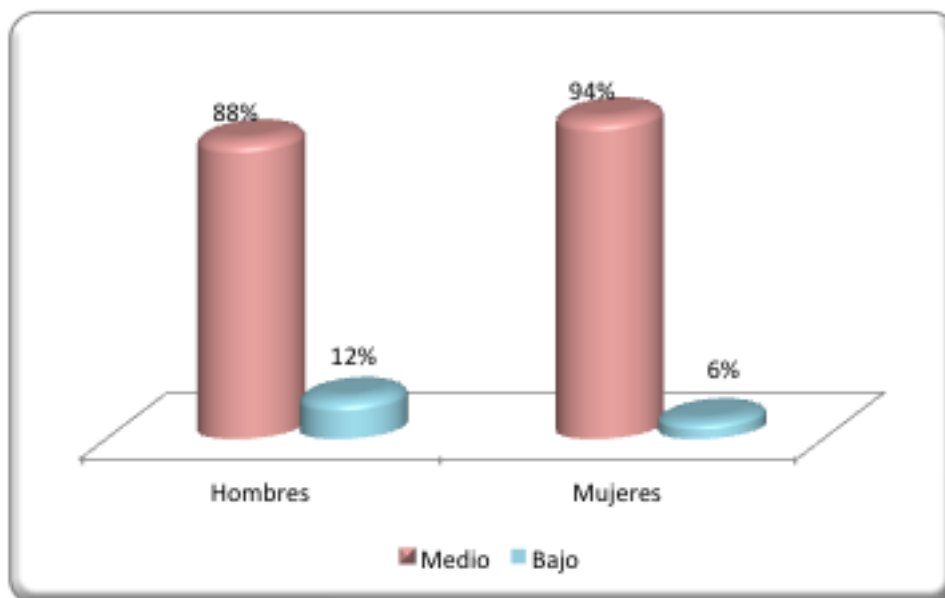
Porcentaje de auxiliares de enfermería que obtuvieron el certificado de auxiliar en una Institución de Educación Superior, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 9

Porcentaje de auxiliares de enfermería de acuerdo al nivel socioeconómico en el que se consideran, según sexo

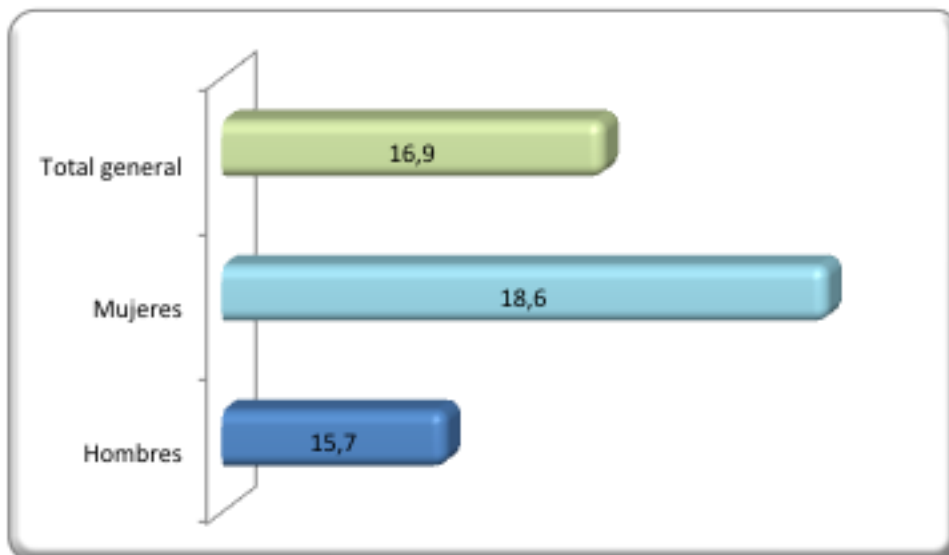


Elaborado por: autora, 2014

Características laborales

Gráfico 10

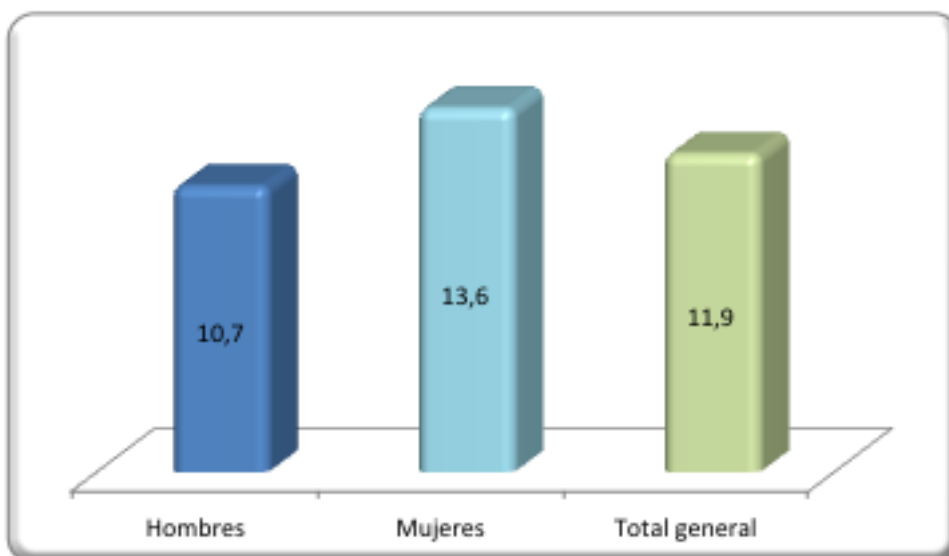
Promedio de años de trabajo con pacientes psiquiátricos, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 11

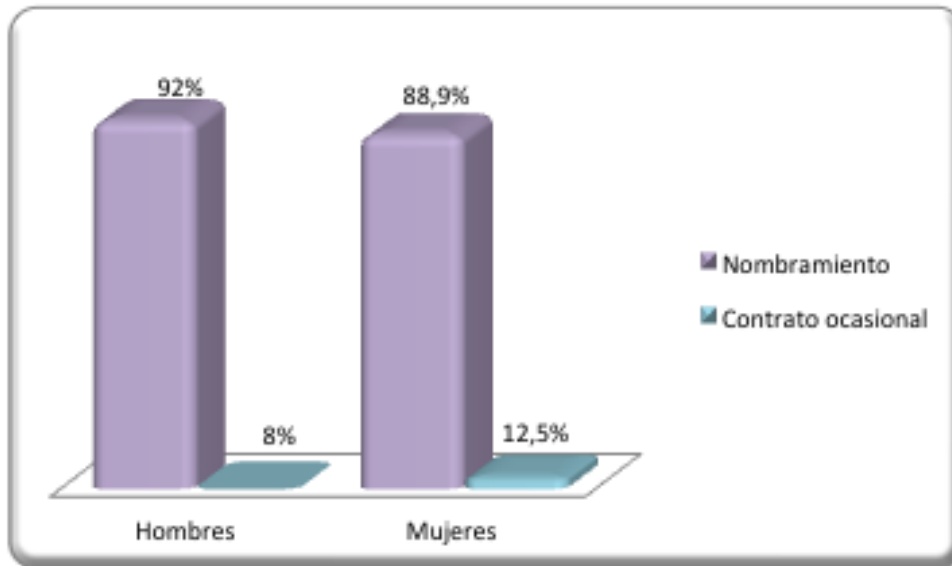
Promedio de años de trabajo en el HPJE, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 12

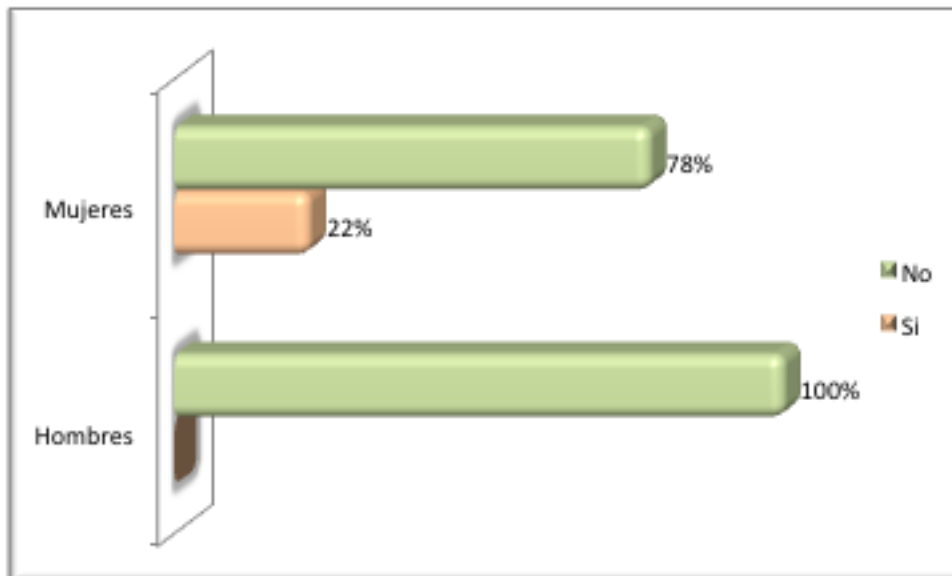
Porcentaje de auxiliares de enfermería de acuerdo a su tipo de contrato, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 13

Porcentaje de auxiliares de enfermería que han faltado al trabajo en el último mes, según sexo

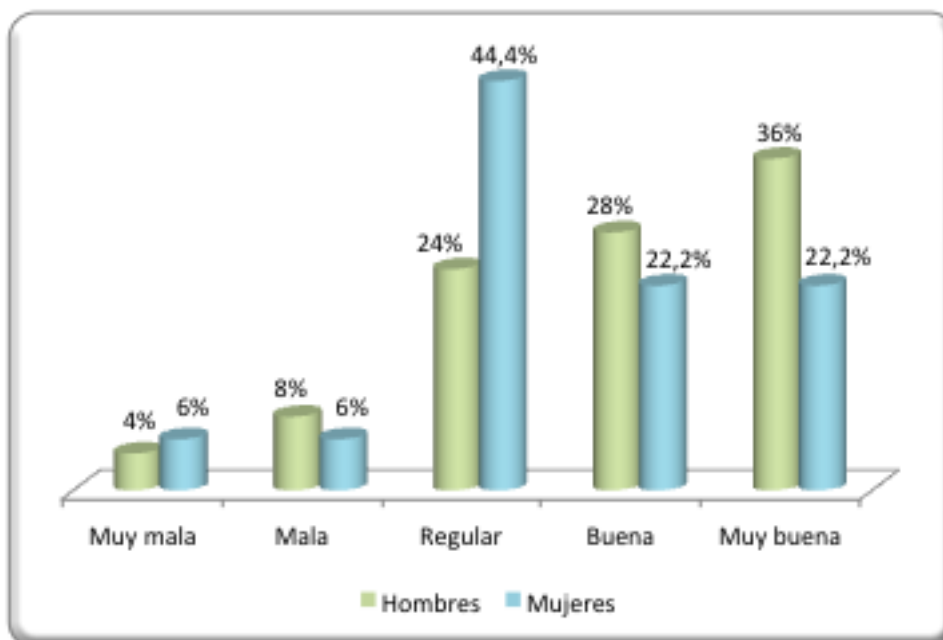


Elaborado por: autora, 2014

Opinión laboral

Gráfico 14

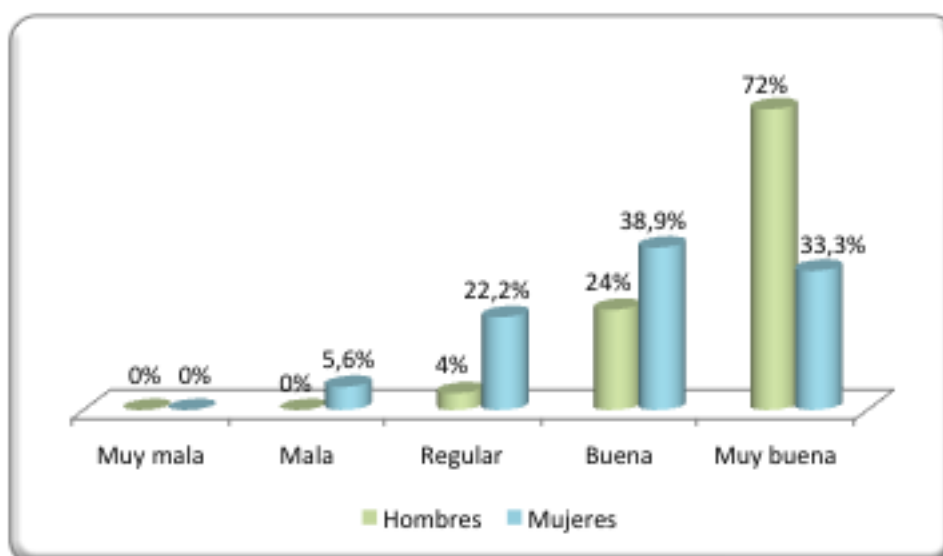
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería a la calidad de la relación laboral con las autoridades, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 15

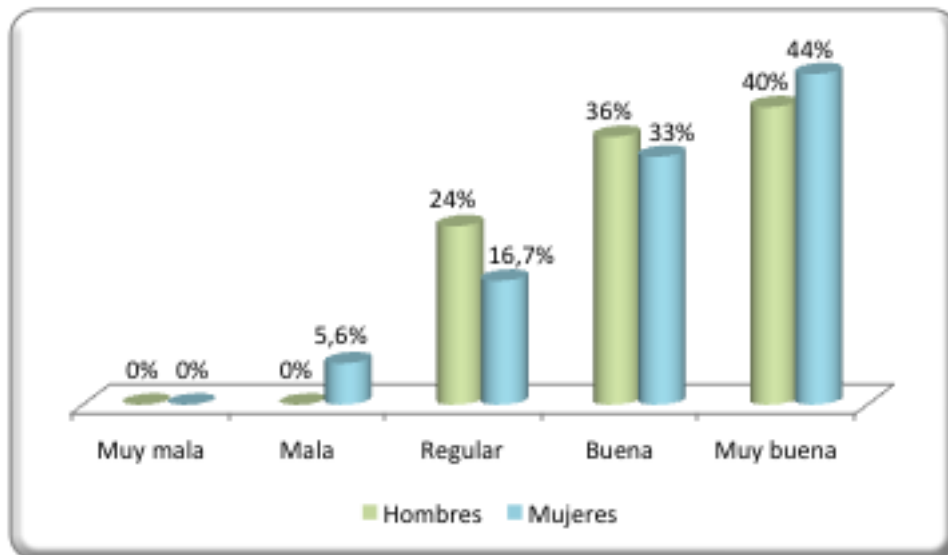
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería a la calidad de la relación con el personal de su área, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 16

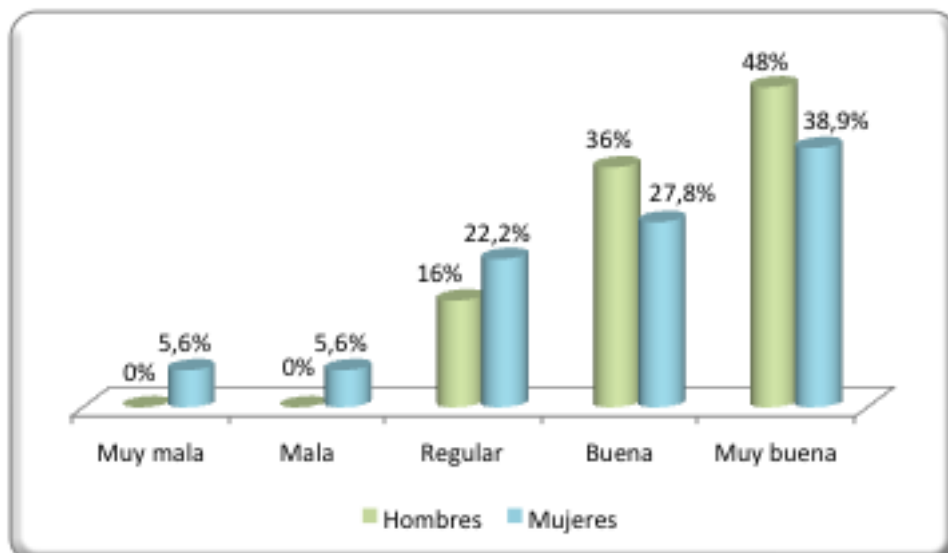
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería a la calidad de la relación laboral con otros profesionales, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 17

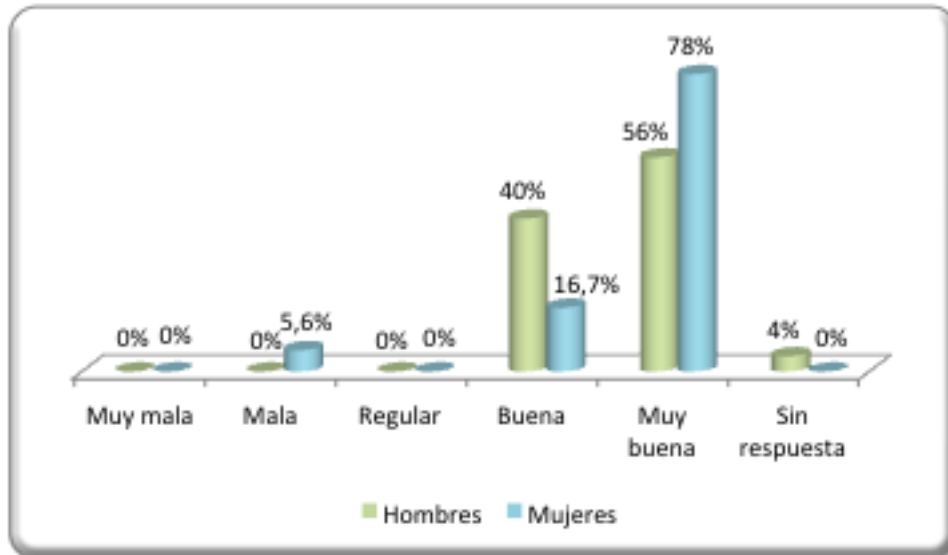
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería a la calidad de la relación laboral con otras áreas de servicios, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 18

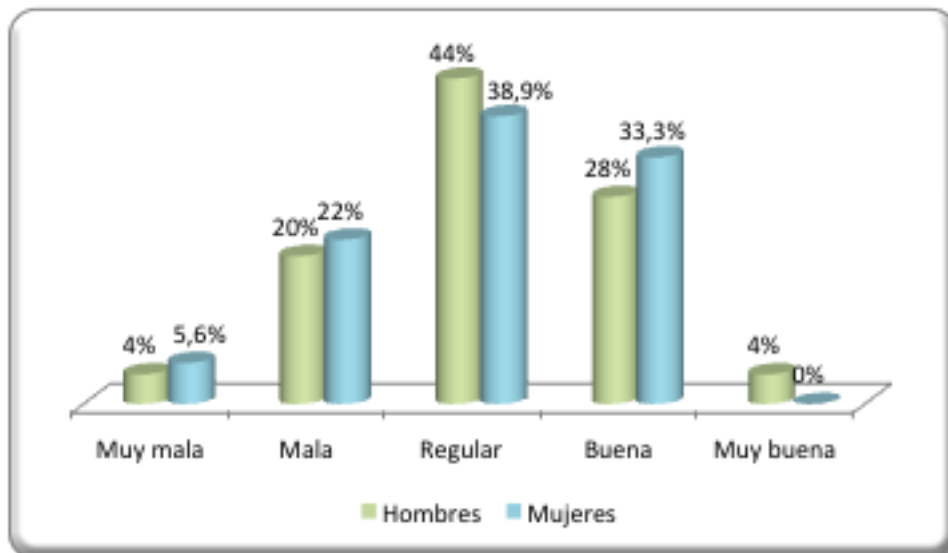
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería a la calidad de la relación laboral con los pacientes, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 19

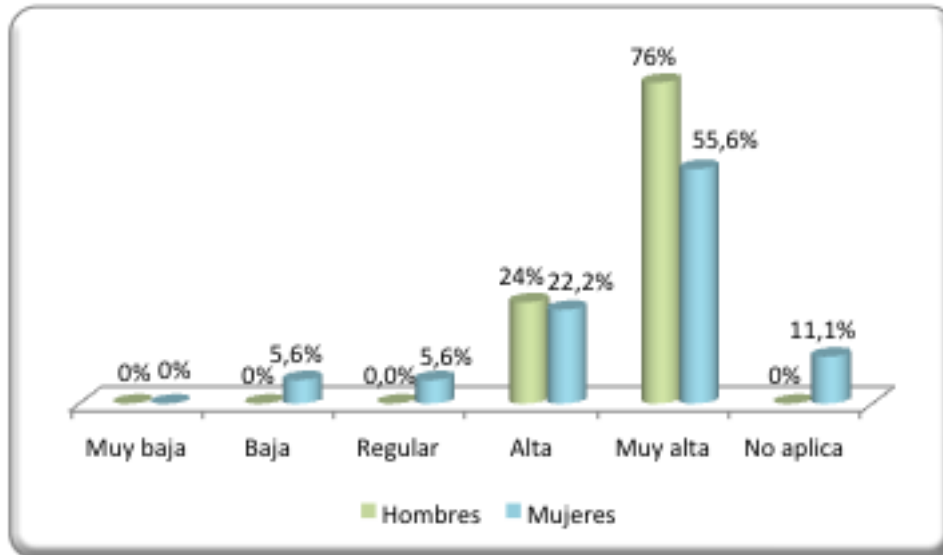
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería a la calidad de las instalaciones para el desarrollo de su trabajo, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 20

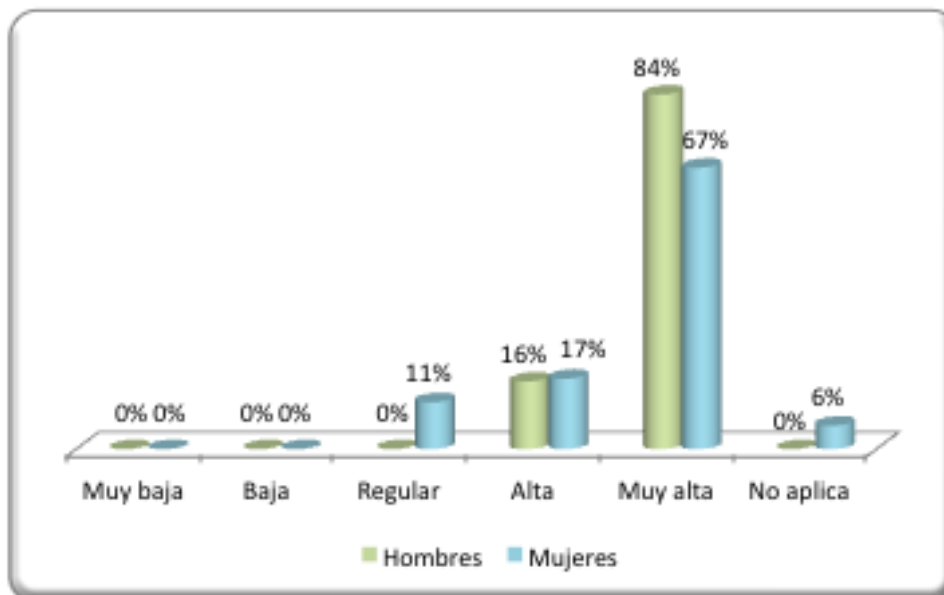
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería al nivel de satisfacción en la realización de actividades de aseo y limpieza, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 21

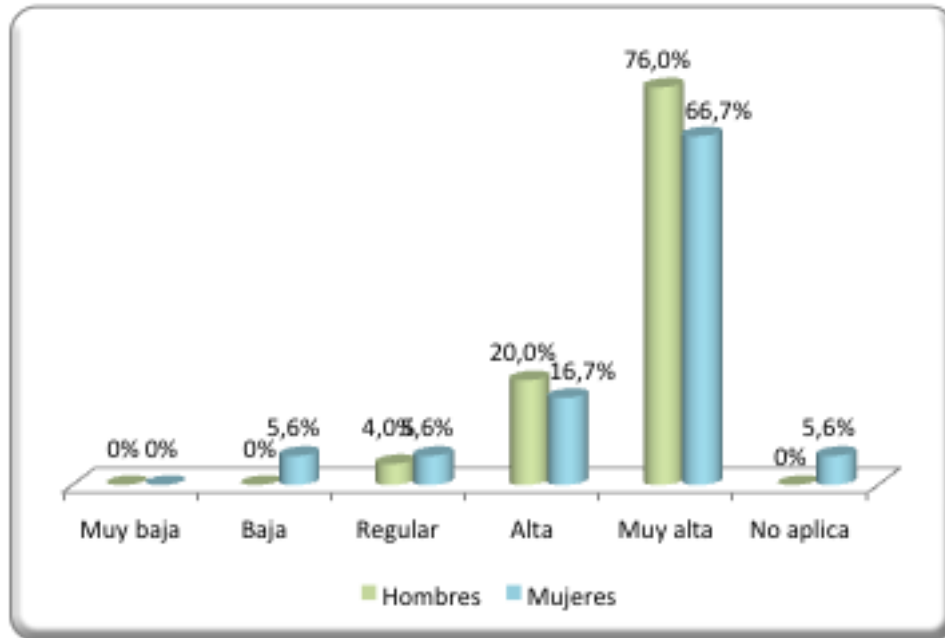
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería al nivel de satisfacción en la realización de actividades alimentarias, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 22

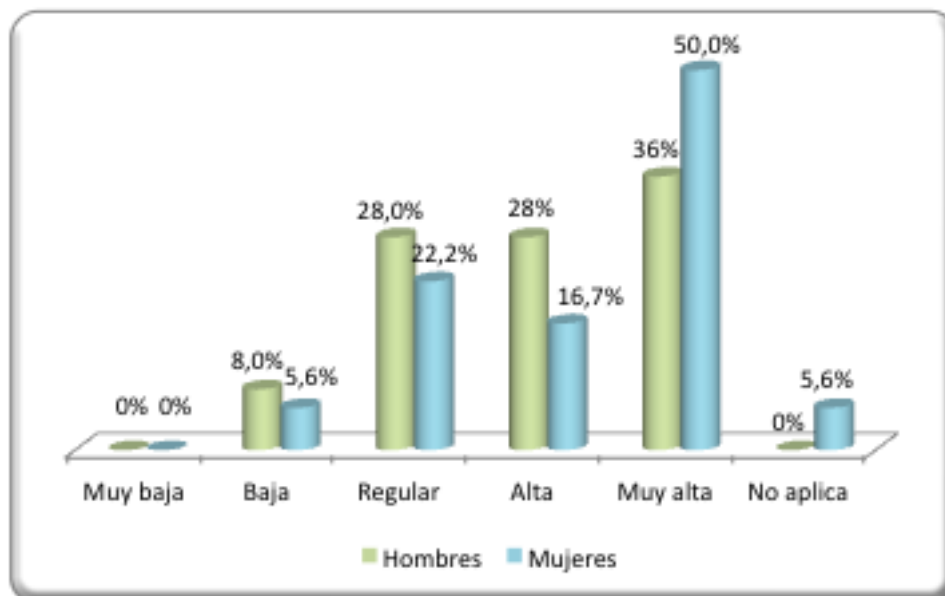
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería al nivel de satisfacción en la administración de medicamentos, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 23

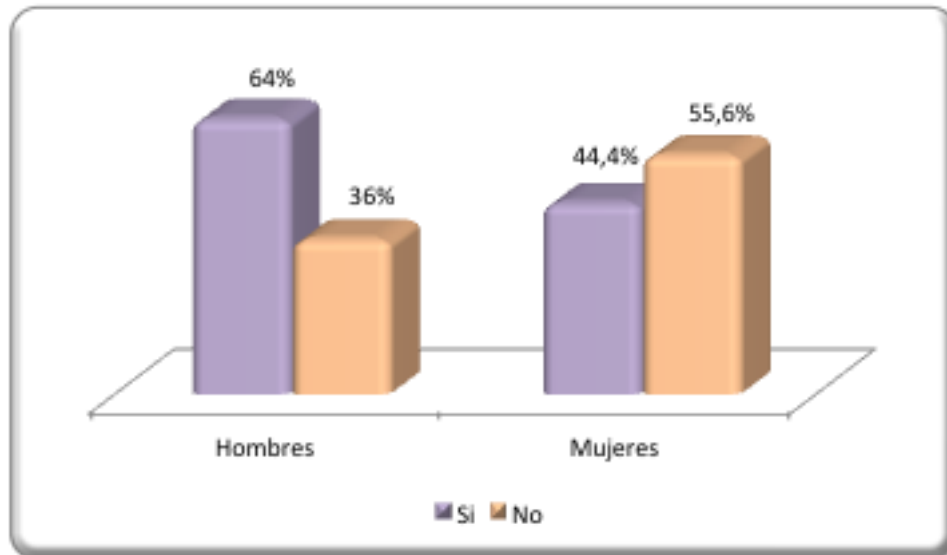
Porcentaje de la calificación de los auxiliares de enfermería al nivel de satisfacción en la realización de actividades relacionadas con la seguridad de los pacientes, según sexo



Elaborado por: autora, 2014

Gráfico 24

Porcentaje de auxiliares de enfermería que trabajarían en otro lugar de tener la oportunidad, según sexo



Elaborado por: autora, 2014