



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 18 – Invierno 2014

EQUIPOS DE SALUD. CONFLICTOS Y PATOLOGIAS ¹

Emilio Irazábal Martín ²

Buenos días. Agradezco en nombre de **Área 3** y en el mío propio la invitación a estas Jornadas, por parte de Apsylien, y en concreto, de Rosa Jaitin.

La Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales, más conocida como **Área 3** (en reconocimiento a las tres áreas de expresión fenoménica del conflicto y de la conducta, planteadas por J. Bleger y E. Pichon-Rivière), tiene más de 20 años de existencia. Está constituida por psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeras y trabajadores sociales, principalmente. La mayoría de los miembros trabajamos en los Servicios Públicos de Salud donde nuestra presencia y aportación es reconocida, sobre todo en el área de trabajo con grupos. Nuestro pensamiento, nuestro sistema de referencia es la Concepción Operativa de Grupo y seguimos las enseñanzas de Enrique Pichon-Rivière, José Bleger y Armando Bauleo. Con este último nos hemos formado muchos de nosotros.

Tenemos una página web www.area3.org.es que contiene todos los números de nuestra Revista, desde su fundación en 1993, así como otras publicaciones especiales. En su conjunto, toda esta documentación dibuja un mapa aproximado de la actualidad del grupo operativo a nivel internacional.

Nuestra Asociación siempre ha sido un grupo de trabajo centrado en el estudio e investigación de temas grupales donde resaltan las múltiples aplicaciones del grupo terapéutico.

Recientemente hemos creado una nueva tarea, la Escuela Area3, donde se forman coordinadores y terapeutas de grupo. Esto, unido al crecimiento numérico de la

¹ Trabajo presentado en Lyon, los días 21-22 de noviembre 2014, en las Jornadas científicas organizadas por Apsylien-rec con el tema: “Liens de travail: Enjeux psychiques contemporains”

² Emilio Irazábal es psicólogo. Madrid

Asociación, nos ha llevado a una serie de cambios internos en nuestra organización, necesarios para afrontar el momento actual y el futuro próximo.

Al trabajar la mayoría de nosotros en los Servicios Públicos, el tema del equipo, pensado como grupo, bien como coordinadores o como integrantes, es uno de los temas que consideramos central en nuestras prácticas profesionales. Ha sido un magnífico campo de aprendizaje y experimentación así como una ayuda fundamental en la construcción de la identidad profesional.

Las reflexiones que vienen a continuación surgen principalmente desde el lugar de miembro de un equipo, desde dentro de la institución. Están mediatizadas por mi propia actividad impulsando proyectos y actividades grupales, tanto con pacientes como con los miembros de los distintos equipos por los que he ido pasando a lo largo de más de tres décadas. Son reflexiones centradas en los procesos de cambios, las resistencias que generan, la importancia de los liderazgos y la cualidad de estos.

También describiré alguna situación concreta que nos puede ayudar a pensar bajo qué condiciones podemos hablar de conflictos menores así como de patologías graves en los equipos de salud.

LA REFORMA SANITARIA EN ESPAÑA. LA IDEALIZACION DEL PROCESO

La creación de una sanidad pública, para todos y de calidad, ha constituido uno de los principales estandartes de la llegada de la democracia en España y de la creación de las instituciones básicas, que se inició hace algo menos de 40 años.

Esta reforma sanitaria tuvo en el trabajo de equipo uno de sus principales instrumentos y aliados. Los jefes de estos equipos no eran jefes, eran coordinadores. Se preocupaban de facilitar el trabajo entre todos los miembros de los equipos, de que los objetivos fuesen bastante compartidos. La cooperación dominaba sobre el individualismo. El trabajo grupal era apoyado con inversión en formación. El poder de estos equipos respecto a las iniciativas y organización del trabajo, era bastante grande. La situación parecía ideal. La transferencia institucional rebosaba positividad.

La experiencia de esa reforma, con los equipos de atención primaria al frente, tenía bastantes ingredientes para ser pensada como una experiencia comunitaria con características de utopía socialista. Los equipos eran los auténticos promotores de la reforma, todo un movimiento instituyente.

Quizás por eso se puede entender la fuerza que están teniendo los movimientos de protesta a la contrarreforma actual. Lo que se llama la Marea Blanca es una especie de defensa de lo que consideramos nuestro y que ha sido construido con nuestras manos.

La concepción operativa de grupo tuvo una importante participación en este proceso de cambio, tanto con la aportación concreta de estos profesionales como en los intentos de conceptualizar lo que estaba pasando.

La noción de encuadre (setting), siguiendo los planteamientos de J.Bleger en su famoso artículo “Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico” resultó ser muy productiva para ese momento.

En el año 1990, en el libro colectivo “La Concepción Operativa de Grupo”, escribí un artículo sobre el trabajo en equipo donde sugería alguna idea sobre cómo se podía entender el trabajo en equipo desde la perspectiva grupal. Decía:

“En un primer momento, un equipo recién constituido, lo único que posee es la parte institucional de ese encuadre, elementos mínimos como son: la composición (número y tipo de profesionales), el jefe o coordinador, tareas y objetivos amplios, y una serie de espacios para el trabajo de ese equipo.

Estos puntos mínimos es el continente más genérico y puede servir como iniciador del proceso del equipo. Sería el primer encuadre (institucional).

Poco a poco, ese equipo irá rellorando, matizando, dando contenido a su tarea: la construcción de un proyecto, que también será el establecimiento del encuadre para llevarlo a cabo. Y este segundo encuadre será menos impuesto y más grupal pues tiene una adecuación a las características de los profesionales que componen el equipo y al tipo de trabajo a realizar (la demanda). El primer encuadre viene dado; el segundo es consecuencia de una discusión colectiva. A veces surgen resistencias a este segundo encuadre, se alargan inexplicablemente la toma de decisiones, el equipo parece querer mantenerse solamente con el primero. Y es que este segundo encuadre, que también es como un segundo contrato, supone un mayor compromiso e implicación por parte del profesional ya que él ha participado en su elaboración y supone, además, un salto cualitativo en la estructuración grupal del equipo.

La relación entre los dos encuadres suele resultar conflictiva: en algunos puntos existirá consonancia pero en otros tensión (por ejemplo, el encuadre institucional marcará los roles y las funciones muy determinados por la profesión, y en el segundo encuadre, esta distribución estará más determinada por la formación del profesional, su experiencia, estilo personal así como por el tipo de concreción que den al proyecto). La institución se organiza y piensa más en términos de individuo (verticalidad), y del poder sobre él. El equipo, introduce o añade una dimensión más horizontal, propicia una dinámica en su seno y se constituye como una especie de contrapoder. Es un contrapoder relativamente frágil ya que un mínimo movimiento de la institución (por ejemplo, cambio de la coordinación) hace variar los procesos del equipo. A veces da la impresión de que, cada cierto tiempo, la institución quisiera recordar a sus miembros, que el poder en la dirección de los procesos sigue estando en ella.

En mi opinión, dos elementos o condiciones de este segundo encuadre resultan “obligatorios”, si queremos hablar, en rigor, de encuadre grupal (dentro de la institución): el rol de coordinación y la existencia de situaciones grupales (reuniones de equipo).

La institución reúne a los profesionales, los distribuye por tareas y los pone a trabajar. El trabajo cotidiano, los elementos informales, el café, comentarios sobre los pacientes..., pone el resto. Es decir, probablemente todos estos aspectos hacen posible la existencia de procesos grupales, paradójicamente promovidos por la misma institución aunque no tiene constancia de su existencia, pues no están organizados como tales. Para la organización y elaboración de esos procesos es

necesaria la existencia de espacios o reuniones que lo posibiliten. Esto parece muy claro y obvio pero en la práctica resulta ser un núcleo fuerte resistencial. A veces se habla de trabajo en equipo cuando no han podido (o querido) los integrantes estar juntos más de una hora seguida. Surgen “poderosas razones de trabajo” para estas ausencias, o deficiencias. En otros casos, los movimientos son inversos: horas y horas de reunión sin que se vislumbre el final ¿Miedo a la confusión? ¿resistencia a la diferenciación?...

El otro elemento clave es el rol de coordinación, la existencia de un rol asimétrico respecto a los otros. Bleger, al hablar del coordinador de grupo operativo (5), plantea ideas muy sugerentes para el tema del equipo. Habla del coordinador como co-pensador, de sus conocimientos, paciencia y destrezas en una situación grupal.

También aquí, al igual que en el punto de las reuniones de equipo, estas condiciones son claras y obvias pero resulta muy difícil llevarlas a la práctica: coordinadores que dimiten, equipos que ni quieren oír hablar del tema, debate permanente sobre si tiene que ser elegido por la institución o por el equipo. Es un rol envuelto en dilemas que a veces resulta difícil que estos dilemas se conviertan en problemas, tanto para el equipo como para la institución. Es más, a veces la designación de tal persona para esa función es justamente “para no tener problemas”.

Es un rol difícil de ejercer por varias razones: es lugar de depositación por ambos lados y además es una especie de “vigilante” de los dos encuadres antes comentados. Contiene aspectos aparentemente contradictorios: es un lugar de autoridad y de una cierta dirección (rol activo), pero también es un lugar de cierta permisividad y observación (rol pasivo).

Es un rol que parece clave para el trabajo en equipo, por lo menos en la actualidad en que los proyectos y las experiencias que se realizan adolecen todavía de una solidez suficiente que permitan su revisión. También es un rol que conlleva “costes afectivos” importantes ya que el coordinador, aunque pertenezca al equipo, mantiene al mismo tiempo una distancia respecto a éste y esta distancia el equipo no la perdona fácilmente”.

Esta manera de observar el trabajo en equipo a través de dos planos la encontramos en los trabajos sobre equipos de nuestro compañero Leonardo Montecchi cuando habla de “equipo sobre el papel “ y “equipo sobre el terreno”. El anterior ponente, Jean Pierre Vidal, también ha mencionado el “equipo sobre el terreno”. A su vez, estos dos niveles guardan relación con los conceptos de instituyente e instituido por parte del Análisis Institucional. Si nos remontamos a décadas atrás, también podemos ver como el psicólogo australiano Elton Mayo, uno de los primeros que investigó sobre este tema, habló del nivel formal y el nivel informal en los equipos de trabajo.

En esta situación de idealización, los conflictos parecían inexistentes. Las tensiones grupales eran débiles, como si prácticamente no existiese resistencia al cambio ni liderazgos de retroceso ¿es posible que los mecanismos de idealización ocultaran las resistencias?

Los equipos estaban constituidos por unos veinte integrantes, más o menos. Con ese número resultaba bastante posible la existencia del “compañero raro”, que se diferenciaba sensiblemente del resto. Empeñados en el proyecto no nos deteníamos

a pensar el significado grupal de esta rareza, su cualidad de portavoz. El raro era acogido afectuosamente en el grupo pero sin atender lo que podía representar a nivel grupal.

LA DESIDEALIZACION Y LA APARICION DE LA ANSIEDAD

En un momento dado, difícil de precisar (¿hace 8- 10 años?), las cosas empezaron a cambiar. El poder político comenzó a variar el proyecto. La cooperación entre unos y otros se fue resquebrajando. Muchos coordinadores abandonaron su rol, retornando a sus tareas clínicas. Otros buscaron hacer “carrera profesional” y pasaron a engrosar el grupo de los asesores. Los que se quedaron se fueron convirtiendo en jefes, directores o gestores.

La utopía socialista se rompió, los trabajadores dejamos de ser aliados y pasamos a ser sospechosos de mala gestión y necesitados de mayor control. Los jefes empezaron a comportarse como sólo interesados en ellos mismos, rehuendo el conflicto o la tensión y los equipos fueron abandonando poco a poco el nivel de trabajo grupal conseguido, produciendo una regresión en las relaciones grupales al debilitarse la cohesión, disminuir la pertenencia y quedarse sin coordinación.

La transferencia institucional ha cambiado de signo. La desidealización ha producido un descreimiento respecto al primer encuadre, el que sentíamos como firme y argumentado. No sabemos a qué atenernos. No sabemos dónde está el poder de decisión, a dónde apuntan las nuevas directrices.

Parece que la Sanidad pública se quiere privatizar. Parece que el modelo cambiaría sensiblemente el primer encuadre. Ante la incertidumbre, aparecen las ansiedades.

Caricaturizando la situación, es como si a Elliot Jaques le hubiesen dado la vuelta: el individuo se tiene que defender de la institución. No hace muchos meses, en una reunión de trabajo, un enfermero expresaba estas ansiedades exigiendo una aclaración: *“si me quieren privatizar, que lo hagan, no se puede trabajar con estos vaivenes, no se puede hacer equipo con esta indeterminación”*.

Puede ser que estas ansiedades provoquen una mayor desimplicación en la relación asistencial. La ansiedad del paciente “rebota” en el profesional, que no está dispuesto a desestructurarse más ya que se encuentra sin encuadre operativo.

LA DIFICIL SITUACION ACTUAL (EN EL AREA DE LA SALUD MENTAL)

En esta situación de crisis tan importante y de futuro más incierto todavía, el profesional sanitario es uno de los trabajadores privilegiados ya que mantiene dos bienes fundamentales: un sueldo digno y suficiente libertad en la tarea. Si quiere puede agruparse. Si no, puede realizar su tarea de manera aislada, sin por ello ver peligrar su contrato.

Lo que no está claro es qué tipo de identidad profesional promueve la institución actualmente. Probablemente sea una identidad más defensiva y empobrecida que en la anterior etapa.

El primer encuadre, antes mencionado, también resulta afectado. Hay un “no saber a qué atenerse”. Es un encuadre que orienta y protege poco ya que los elementos

explícitos se han ido vaciando de contenido. Es poco contenedor de ansiedades psicóticas ya que tiene un exceso de implícitos.

Un ejemplo podría ser lo que ocurre al profesional de orientación psicoanalítica y con una formación psicoterapéutica, individual y/o grupal. Si bien su esquema referencial aparentemente no es excluido, en la práctica cotidiana y de manera silenciosa, es forzado a realizar renunciaciones respecto a sus métodos de trabajo y expuesto a situaciones de confusión sin que la institución sepa hacerse cargo de ellas, o que por lo menos las entienda.

Existe el riesgo de colapso, bloqueo o estrés desmedido en este profesional, que nos recuerda al diagnóstico de burn-out. Quizás el hecho de un significativo número de prejubilaciones o jubilaciones anticipadas en profesionales comprometidos con la tarea clínica, tenga algo que ver con esta situación.

Algunos equipos mantienen algo de lo conseguido. Sus coordinadores continúan protegiendo y facilitando un nivel de trabajo colectivo. Otros equipos bucean en su interior, entre sus recursos y habilidades, también en sus fantasías, a la búsqueda de que aparezca alguien o algo que reagrupe y elimine los obstáculos.

En un alarde de ironía, cuando nos hemos movilizado en las últimas huelgas de la sanidad madrileña “agradecíamos” a los responsables políticos del desastre el haber logrado lo que no se había conseguido en el trabajo diario: la unión y cooperación entre los distintos profesionales.

Observamos gratamente que en algunos equipos aparece un rol nuevo: el coordinador sin cargo, la persona o personas que buscan reconstruir vínculos en torno a la tarea y que no se contentan con los vínculos del café.

Este nuevo rol moviliza y coordina. Y ayuda a poner en marcha proyectos y espacios inexistentes hasta ese momento. Son líderes del cambio.

De alguna manera, se crea una nueva horizontalidad que cuestiona la verticalidad actual basada en la hegemonía de un pensamiento psiquiátrico antipsicológico, anti-comunitario y acomodaticio. Hay combate de poderes.

El equipo, o los esbozos de este, son micro contrapoderes que son muy necesarios para el trabajo en salud mental.

Es una obligación ética la lucha. El combate en la calle y en el equipo es necesario, ya que tenemos serias dudas que la actual psiquiatría hegemónica esté consiguiendo buenos resultados terapéuticos en su gestión y prácticas profesionales.

Muchas gracias