



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 25 – Invierno 2021

OBSTÁCULOS EN EL TRABAJO EN EQUIPO E INSTITUCIONAL CON PACIENTES GRAVES ¹

Antonio Tarí García ²

Esta presentación sobre OBSTÁCULOS EN EL TRABAJO EN EQUIPO E INSTITUCIONAL CON PACIENTES GRAVES la hemos dividido en dos partes, una primera de la que me haré cargo en la que trataré de describir la repercusión emocional que tiene en los profesionales el encuentro con el paciente psicótico, y de cómo dificulta el desempeño profesional y el trabajo en equipo.

A continuación, Federico Suárez tratará los aspectos organizativos necesarios para el trabajo en equipo, los ingredientes mínimos y óptimos que formarían parte de este trabajo, así como expondrá una comprensión básica de algunas dinámicas grupales que se producen en los equipos profesionales y de fenómenos colectivos que los atraviesan.

Trabajar en equipo es todo, menos fácil, lo que presento son unas líneas reflexivas, aunque muy condensadas, para poder comprender algo de esa dificultad. Espero que pueda conectar con experiencias de cada uno en vuestro recorrido institucional.

¹ Trabajo presentado dentro de la Ponencia “Obstáculos en el trabajo en equipo e institucional con pacientes graves”, Antonio Tarí y Federico Suárez. XXV Curso Anual de Esquizofrenia –Curso Especial Virtual 2021- Ayudando a las personas con experiencias psicóticas, 25 y 26 de noviembre de 2021. Organizado por la Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos.

² Antonio Tarí es psiquiatra. Zaragoza

A modo de introducción diré que considero, aunque de un modo muy esquemático la existencia de dos fuentes principales de estrés, ansiedad o tensión en el trabajo institucional:

- Una, que provendría del mero hecho de trabajar conjuntamente con otros
- La segunda surgiría de la propia tarea, del trato con los pacientes psicóticos.

Ambas fuentes están en permanente interinfluencia constante

EL IMPACTO DE LA PSICOSIS

Partiré de una afirmación: la atención a los pacientes psicóticos no se da sin tensión, ansiedad o estrés.

A lo largo de la intervención detallaré el impacto de la psicosis sobre la experiencia personal de los cuidadores, trataré de describir los principales motivos por los que el trato con los pacientes afectados de psicosis genera en los profesionales tensión y ansiedad. Cuando esta tensión y ansiedad sobrepasa determinados límites esto da lugar a comportamientos defensivos- recursos a los que la persona recurre para minimizar su intensidad- que repercuten tanto en la tarea de cuidado (englobo en esta denominación una tarea transversal a todos los roles profesionales), como del trabajo conjunto entre profesionales.

Quiero aclarar desde el inicio, que este trabajo se da siempre dentro de una organización, de una tradición, de una cultura que facilita o dificulta la gestión posible de esta repercusión emocional.

EL CONFLICTO EN LA TAREA DE CUIDAR

Pero para entender mejor como el trato con los pacientes psicóticos se convierte en una fuente de angustia, me gustaría antes hacer algunos comentarios sobre la naturaleza conflictiva de la tarea de cuidado, tarea esta, profundamente ambivalente.

Cuidar implica, aunque sea momentáneamente anteponer las necesidades del otro a las propias. Solo por este motivo sería suficiente para que se instaurara un conflicto de ambivalencia.

La tarea de cuidar nos confronta constantemente con la frustración, el fracaso y la constatación de la distancia entre las aspiraciones y los resultados, dando lugar a una elevación de las ansiedades.

La ambivalencia entre nuestro ideal deseo de curar y la dificultad de alcanzarlo frecuente en nuestro trabajo, nos genera rabia y culpa que a menudo son vividas con vergüenza en una ambivalencia que cuestiona nuestra imagen interior de buenos terapeutas o de terapeutas buenos.

Podemos sentir que los pacientes deben ser curados perfectamente, cuando fracasamos, la visión de nosotros mismos como profesionales viene cuestionada.

Los cuidadores como todos experimentamos hostilidad hacia las personas que nos hacen experimentar el fracaso, precisamente contra aquellas personas que estamos más motivados a ayudar y curar. Es muy difícil soportar este estado emocional que los profesionales viven como antítesis de aquello que deberíamos experimentar. *No solo no alcanzamos a satisfacer nuestras expectativas omnipotentes, sino que como consecuencia de la hostilidad que despierta este fracaso, experimentamos posteriormente una descarga de críticas por parte de nuestro superyo por el hecho de sentir hostilidad hacia quien deberíamos sentir deseos de ayudar.*

Si como consecuencia de ello insistimos en atribuir a los pacientes el fracaso, esta solución determina un nuevo problema. La depositación en el paciente del estereotipo de fracasado y sin esperanza contradice el deseo de transformación y de cambio implícito en la cura.

Pero no solo nos confrontamos con la propia ambivalencia, también con la ambivalencia del paciente. Somos depositarios de exigencias tiránicas, e intensas desilusiones con la hostilidad (manifiesta o latente) consiguiente. Asistimos a demandas voraces con intensos y rápidos acercamientos seguidos de repentinos e inesperados alejamientos o rechazos, lo cual es emocionalmente agotador.

Paso a describir dos CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES AFECTOS DE PSICOSIS que elevan de modo importante la ansiedad en los profesionales:

(a). Nos encontramos con un paciente en el que está desmantelada la propia capacidad de ser responsable de sí mismo. La capacidad de los pacientes psicóticos de preservar la capacidad reflexiva por sí mismos es escasa, en el mejor de los casos inconstante. Un paciente psicótico causa estrés por la carga de responsabilidad que comporta. La intensa relación de dependencia induce a la realización de continuos esfuerzos para salvar al paciente con frecuencia acompañados de un incesante y obstinado rechazo por su parte, lo que finaliza en vivencias de culpa, exasperación, impotencia y cansancio.

(b). La frecuente falta de significado de la conducta psicótica. Este es un problema para los que sufren la psicosis, para los familiares cuidadores y para los cuidadores profesionales. Un paciente psicótico causa estrés por los esfuerzos que deben ser realizados para tratar de

comprenderlo. El angustiante vacío de significado de un paciente esquizofrénico, evoca en nosotros un sentido de inutilidad, un constante desequilibrio, incertidumbre, y gran confusión, que nos autoriza con frecuencia a evitarlo. La mente humana, nuestras mentes, necesitan sentido señala Hinshelwood, son “máquinas de significado”. Necesitamos significado y creamos significados.

Detallaré a continuación OTRAS RAZONES QUE ELEVAN LA ANSIEDAD:

Podemos encontrar frecuentemente el tener que aceptar la falta de cumplimiento en el tratamiento y la errada interpretación de nuestras buenas intenciones.

El personal recibe habitualmente menos respuestas de aprecio y muestras de satisfacción por parte de los pacientes.

Las expectativas que los profesionales vertimos sobre nosotros mismos son a menudo exageradas a causa de fantasías omnipotentes que son irrealizables, de modo que debilitan el sentimiento de confianza en nosotros mismos.

El sistema externo, la institución, propone a los dispositivos de cura una demanda compleja con una multiplicidad de tareas, esto hace que los profesionales sientan una ansiedad confusional al sentirse estirados desde diferentes direcciones. Los profesionales debemos desarrollar una mezcla de varias tareas muchas veces incompatibles entre ellas. Ejemplos: refugiarse de la realidad, reclusión y custodia, curación y recuperación, atención de más pacientes en menos tiempo... Esta incertidumbre es particularmente frecuente cuando la prioridad de la tarea no es adecuadamente discutida.

El no reconocimiento del papel esencial que tiene en el tratamiento de las psicosis la necesaria vecindad entre paciente y cuidadores, emocionalmente costosa e intelectualmente difícil.

MODOS QUE UTILIZAN LOS PROFESIONALES PARA ALIVIAR LA ANSIEDAD

Una vez vista como se produce esta intensificación del conflicto de ambivalencia con el consecuente incremento de las ansiedades, pasaré a detallar las principales conductas defensivas que los profesionales ponen en marcha para mitigar en lo posible la intensidad del conflicto y el incremento de las ansiedades.

EVITACIÓN Y ALEJAMIENTO. Comportamientos que se manifiestan por una distancia emotiva descuidada e irreflexiva, que sustituyen el trabajo sobre las emociones y que puede revestir

diversas formas. Derivación descuidada a otros dispositivos /Atribución de inmodificabilidad /Despersonalización/Mofa y burla/ Desmentalización o de psicologización de la asistencia negándolas emociones tanto del paciente como de los terapeutas / Restricción, parcialización y reducción del contacto asistencial / Ritualización de la asistencia

ACTIVISMO. Consiste en la actitud intervencionista que surge como una imperiosa “necesidad de hacer”, como defensa frente a la ansiedad que provoca la apatía e indecisión del paciente, o como respuesta a la seducción o al aburrimiento que nos genera.

PROYECCIÓN. Tendemos a atribuir al afuera la responsabilidad de la ausencia de progreso, el fracaso o la frustración, y así nos evitamos el sufrimiento que supone la puesta en cuestión y el reconocer en qué medida participamos en lo que sucede. Existen diferentes superficies proyectivas.

DEFENSAS INSTITUCIONALES

Estos sistemas defensivos específicos cuyo objetivo principal es enmascarar, contener y ocultar la ansiedad y protegernos de la locura, son mancomunados y compartidos por el conjunto de profesionales configurándose como defensas colectivas. Todos estos comportamientos defensivos individuales, grupales e institucionales tienden a asumir el aspecto de una realidad externa con la cual sus miembros (pacientes y profesionales/ nuevos y antiguos) tienen que tratar.

Estas formas organizativas dificultan, cuando no impiden o consideran innecesario el trabajo en equipo, las formas reflexivas conjuntas de los profesionales.

BUROCRATIZACIÓN Y ANONIMATO: Se manifiesta en una organización compulsiva con programas muy formalizados y burocráticos. Excesivo interés en los protocolos, registros, que aun siendo necesarios se convierten en ocasiones en instrumento de alienación, de cosificación de la labor profesional.

Los pacientes generalmente son considerados meros destinatarios de intervenciones y ven negado ser reconocidos como objeto de interés y afecto, como personas. En el límite el usuario muchas veces es utilizado exclusivamente como carburante institucional.

ESCISION Y PARANOIDIZACIÓN: Consiste en una atmósfera de grupo, de desconfianza y sospecha en la cual todos se sienten enemigos de todos, todos se sienten perseguidos por la otra parte del grupo que nos quiere atacar, criticar, suplantar, quitarnos nuestro poder, o nuestra función. Esto se puede dar dentro del dispositivo o en relación con otros dispositivos con los que se supone deberíamos colaborar en la tarea asistencial.

Esta atmósfera da lugar en ocasiones a la generación de dos o más subgrupos en la organización que comparten sistemas de creencias. Esta división es un modo de gestionar en particular los conflictos inherentes a la tarea y los sentimientos ambivalentes que proceden del conflicto. En estos casos para cada subgrupo la cura es reducida a un único aspecto de la atención, que excluye al otro. Ejemplos: Altas / asistencia indefinida, eterna; activismo/exceso de reflexión; normativos/ laissez faire; organicistas /psicologistas que a veces se convierten en ideologías no operativas.

DRAMATIZACIÓN: La Organización sustituye sus fines por los de intentar atraer la atención y exhibir el éxito. Consiste en un desvío del objetivo institucional propuesto, nuevas tareas pueden sustituir de modo implícito a las originales, porque tienen la ventaja de dar más certeza y de simplificar los conflictos. Organizaciones donde se prioriza el Marketing, publicidad, la “investigación”, centrarse exclusivamente en una evaluación numérica, nº de altas, reducción del tiempo de estancia...

ALGUNAS CONCLUSIONES

Deberíamos saber más acerca del estrés que el trabajo nos produce, reconocer mejor las estrategias utilizadas dirigidas a pasar por alto el sufrimiento y las consecuencias perjudiciales que sin darnos cuenta tienen en el equipo y en la realización de la tarea asistencial. Sin una reflexión común y compartida sobre las propias vivencias, no es posible sostener el trabajo, ya que reconocer en uno mismo los sentimientos de rabia, cólera, exasperación no es fácil.

Compartir con los colegas los diversos modos con los que cada uno siente y percibe el comportamiento y las palabras del paciente es lo que mejor permite disolver la niebla que a menudo los pacientes esparcen en torno suyo.

La capacidad de arriesgarse a resistir las tentaciones de actuar una respuesta rápida frente a la angustia que nos transmiten los pacientes. Integrado en un equipo, sostenido por la estima y la reflexión de los compañeros será más fácil mentalizar los propios impulsos “salvadores” evitando actuarlos de inmediato.

Tener en cuenta la necesidad de espacios reflexivos como espacios que permiten analizar el malestar intrapersonal que se convierte a menudo en malestar interpersonal y da lugar a los conflictos entre miembros o subgrupos. Los mayores conflictos se dan cuando no se logra contextualizar la ansiedad vinculada a la tarea y proyectamos involuntariamente, como decíamos, sobre los colegas, los pacientes, sobre la institución o sobre nosotros mismos en forma de somatizaciones o enfermedad.

Tratar a los compañeros teniendo en cuenta que muchos comportamientos y actitudes son modos defensivos de aliviar la ansiedad que el trabajo nos produce.

Tener en cuenta la importancia del reconocimiento mutuo como alivio frente al no reconocimiento institucional del papel central de la necesaria y emocionalmente costosa vecindad con la psicosis.

Mentalizarnos como profesionales de la doble dimensión de la tarea asistencial, el cuidado y la cooperación. Incorporar que es tarea del equipo y de cada uno de los profesionales tanto el ocuparse de alcanzar los objetivos asistenciales como del propio estado de salud y bienestar del conjunto de profesionales (ambas son las dos caras de una misma moneda). Reconocer que las gratificaciones adecuadas para poder realimentar sanamente las fuentes de interés necesarias para nuestro trabajo son el intercambio enriquecedor con los pacientes y con los otros miembros del equipo. El placer que uno puede obtener de la labor asistencial consiste en el aprendizaje que realiza, que es precisamente lo que puede sostener dicha labor de un modo continuado en el tiempo y poder gestionar mejor el inevitable conflicto de ambivalencia.

Ir comprendiendo si lo que nos puede estar sucediendo personal y colectivamente, o sea el modo en que afrontamos ese estrés del que hemos hablado nos puede permitir cuestionarnos si comportamientos de los pacientes pueden ser una respuesta de algún modo a ello.