



Asociación para el Estudio de Temas Grupales,
Psicosociales e Institucionales

ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

NÚMERO ESPECIAL (ISSN 1886-6530)

Congreso Internacional "Actualidad del Grupo Operativo"

Madrid, 24 – 26 febrero 2006

SUPERVISION CON LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL (Algunas reflexiones sobre la Supervisión Institucional)¹

Marta De Brasi

La comunicación de hoy se refiere a mi trabajo como supervisora y consultora en diversos servicios públicos de salud mental, materno infantil y tóxico dependencia en algunas regiones de Italia.

Desearía recortar cada una de esas labores que corresponden a diversas posiciones creyendo necesario abrir un debate sobre las especificidades de esas tareas ya que en ellas están comprometidos distintos tipos de vínculos. Situación que sintetizaría con una imagen: la de un "triángulo giratorio" entre el equipo de profesionales -los "casos"- la supervisión.

Este triángulo tiene también su marco dado por la institución en la cual se efectúa y desarrolla el trabajo, así como las políticas en salud mental implementadas por el Estado, propias de cada momento histórico.

Este texto se cierne alrededor de una autorreflexión dirigida a la dinámica del "estar" en la posición de supervisor o consultor.

Las supervisiones y/o consultas abarcan a mi entender un abanico de cuestiones que están directamente relacionadas con las distintas prácticas que se entrecruzan en las Instituciones y las prácticas derivadas de las funciones, motivaciones y esquemas de referencia de los profesionales que trabajan en las mismas.

En síntesis, los equipos de profesionales no se organizan desde afuera como una sumatoria de profesionalidades, sino que van constituyéndose en el proceso de realización de las tareas que les competen, sean ellas terapéuticas o preventivas.

¹ Ponencia escrita para el Congreso, que finalmente no pudo ser presentada por la imposibilidad para viajar de la autora debido a su cargo como diputada en el Congreso Argentino.

Dos cuestiones importantes tenemos que tener en cuenta en la supervisión.

1) Paciente (o Usuario) - Institución.

La primera cuestión es la del contacto que se establece entre la gente que acude y la Institución. Este encuentro nos remitirá al proceso que tendrá lugar desde el pedido de atención hasta el análisis de la demanda de asistencia presente en el mismo pedido.

Es decir, ese primer contacto con el paciente o usuario es para establecer un vínculo que permita escuchar y observar lo que el sujeto y/o su entorno demandan, a fin de poder diseñar un diagnóstico de situación. Ese trabajo de escucha comprende desde los elementos más obvios y manifiestos hasta encontrar las derivaciones latentes que permitan establecer las circunstancias que dieron lugar a los conflictos del paciente.

Tanto el profesional como el paciente entran en un “trabajo psíquico” que los involucran, el cual les permitirá a ambos ir descubriendo los motivos que están en la base de aquellas situaciones conflictivas.

2) Como contraparte o como derivación del vínculo antes descripto, se encuentra la labor, podríamos decir previa o paralela del trabajo con los equipos de atención. Aquí nosotros también decodificamos el pedido que nos hace la Institución y presentamos una propuesta de trabajo o intervención para cada situación específica.

Voy a tomar dos situaciones recientes. La primera es el pedido de supervisión y de consulta de los profesionales que trabajan con la discapacidad en el área materno-infantil.

Propuse dos niveles de intervención:

- a) Un curso de formación que a través de determinadas temáticas (primeras entrevistas, aprendizaje en grupo, grupo familiar, situaciones comunitarias, etc.) se pudieran dilucidar y elaborar en grupos de reflexión, los prejuicios e incomprensiones de los profesionales en torno a esta tarea específica (la discapacidad) y propulsar al mismo tiempo un conocimiento entre ellos.
- b) Otro momento sería el de la supervisión de los casos presentados por esos mismos profesionales. Ellos provenían de diferentes instituciones - Municipios, Centros de Salud Mental, Instituciones privadas-. Algunos trabajaban desde hacía tiempo con discapacitados, otros se incorporaban recientemente a esa área. Es necesario aclarar que se trataba de dishábiles físicos y/o psíquicos -mentales- y también lo que aparece en los últimos años y que hemos llamado "discapacidad social".

La unificación de las estrategias de intervención en el área de la discapacidad estaba dada por los dos momentos articulados de formación - supervisión.

En el momento de la supervisión con el grupo-equipo, me llamó la atención la manera como presentaban "los casos", y las preguntas o comentarios que hacían los otros integrantes del grupo. El supervisor debe tomar en cuenta no solo el relato de lo que se presenta como "caso" sino también la resonancia que ello produce adentro del equipo.

Con reiterada frecuencia relataban situaciones de una gravedad extrema, casos casi sin salida donde aparentemente la conclusión a la que llegaban era que "ellos nada podían hacer para ayudar a cambiar esa situación". Mi intervención para con ellos giró en torno a dos hipótesis.

La primera hipótesis era debida en parte a la imposibilidad que tuvieron de decidir sobre las estrategias a seguir con el paciente. Esto se manifestaba, en la supervisión, en el clima de impotencia y desaliento de la que nos sentíamos invadidos. Resumido en una frase sería: "no es que nosotros seamos incapaces sino que el otro es imposible de tratar", lo cual configura un "baluarte" (W. Baranger) imposible de abordar.

La segunda hipótesis, relacionada con la primera, era que el relato que hacían en la reconstrucción de la historia clínica y sus observaciones y consideraciones posteriores, nos conducía directamente a lo que denominé "un plus de gravedad del caso", es decir la constitución de un halo resultado de una incertidumbre. Esto aparece a menudo cuando los integrantes del equipo de asistencia se impregnan del manifiesto de la situación que se les presenta perdiendo la complejidad de la misma, y apareciendo una "observación petrificada" del caso. También invirtiendo la situación cabe pensar que toda "observación petrificada", no flexible, imposibilita el seguir la sinuosidad de los aspectos de la discapacidad, que otorgan diversas "cualidades de gravedad" al caso.

¿Cómo agrietar los límites de lo que aparece como petrificado y sin salida?

Sugeriría que la cuestión central son los prejuicios y fantasías que el o los equipos tenían alrededor de la problemática a tratar.

¿Qué es o qué significa discapacidad? ¿Cómo se presentan los sujetos que la padecen? ¿Tienen los profesionales del equipo algo propio que consideran una incapacidad?

Los prejuicios relacionados con sus fantasías desviaban la dirección de la búsqueda o la investigación de los límites de las discapacidades, ya que eran fijados a priori por aquellos que los miembros del equipo tratante estipulaban.

Sabemos muy bien que los límites de la discapacidad nunca son precisos porque sobre ellos caen las ideas familiares, el imaginario social, el contexto social, a los cuales se agregan los del sujeto que la padece.

Además tampoco los límites pueden ser definidos a priori dado que aparecen nuevas comparaciones y conexiones con las que el sujeto va aprendiendo en relación a las situaciones vitales por las que atraviesa. Entonces esa "petrificación en la observación" (cosificación del otro) y "plus de gravedad del caso" eran líneas de interpretación elegidas por mí para la supervisión.

Segundo ejemplo. Se trata de una Comunidad para tóxico dependientes. En el momento que esa Institución me efectúa el pedido de supervisión se encontraba en un proceso de transformación de sus estrategias, en cuanto a su reubicación en el contexto social y las nuevas demandas provenientes del mismo. De esta manera la supervisión era sobrecargada por los cambios programáticos de la Institución.

Justamente el pedido de supervisión abarcaba a los diferentes equipos de atención que trabajaban en dicha comunidad.

Eran tres:

- 1) Equipo de diagnóstico: su tarea consistía en atender los nuevos ingresos y evaluaciones periódicas, de consultas de los internados, medicación, etc.
- 2) El equipo de los profesionales que trabajaban junto a los pacientes internados en los distintos momentos, en que estaba organizada la comunidad. Prevalentemente en momentos de trabajo, comidas y ocio.
- 3) Los equipos profesionales encargados de los grupos multifamiliares. O grupos terapéuticos de solo pacientes.

Hice una reunión inicial con los profesionales que intervendrían en la experiencia. Esto me sirvió para hacer un diagnóstico situacional y observar las distintas problemáticas que trajeron y cuál era el punto de urgencia a tratar con ellos, dado que atravesaba todas las tareas de la comunidad.

Lo que observé era una gran confusión en los planteos que la mayoría de los profesionales hacían de las circunstancias en las que estaban ubicados, debido a distintas motivaciones y razones, diferente tiempo de trabajo en ella, distintas formaciones y experiencias en dependencia tóxica, junto a viejos reproches y rencores, entre ellos.

Les propuse trabajar con el siguiente dispositivo:

A partir de este primer momento Conjunto-Asamblar, trabajaría con ellos en

los tres equipos institucionales. A mitad de la experiencia tendríamos otro momento asamblear, lo mismo que al finalizar la misma a manera de evaluación de ambas partes.

La decisión que tomé a partir de esa "primera entrevista" con los profesionales se debió:

- a) a que la "comunidad" quería transformar sus estrategias como planteé más arriba. El consejo directivo cambiaba sus tipos de vinculaciones con lo social.
- b) La participación de los mismos profesionales en los diferentes equipos, así como otros de fuera de la comunidad que hacían su training, hacía imposible clarificar las distintas problemáticas, tareas, etc., que realizarían conmigo y sus tareas y funciones en la comunidad.

Así se los comuniqué y comenzamos a trabajar. (No es mi intención hacer un relato de toda la experiencia con los problemas teóricos que van surgiendo, sino simplemente tomar un elemento del proceso que me sirvió justamente para desarrollar el punto de urgencia).

A dos meses de esta supervisión -que duró ocho meses- los profesionales del equipo de diagnóstico me presentan un caso de un joven que estaba en un plan de recuperación, casi pronto para ser dado de alta. Historia clínica muy detallada, que escuché, tomando en consideración algunos datos actuales y mi pregunta reiterada de qué les sucedía a ellos en la actualidad, con ese paciente. Les señalé la gravedad de la situación del muchacho y que podía hacer un pasaje al acto peligroso para él. Les sugerí que realizaran una reunión familiar para evaluar la contención del mismo dado que el joven estaba en proceso de recuperación y salida de la comunidad, lo cual provoca un aumento de la angustia, al encontrarse con otra "comunidad", en este caso familiar-social que en la actualidad no "conocen" globalmente.

Como veíamos distintos casos según las urgencias de los profesionales, observé que no traían ninguna noticia del joven. Lo que denominaban urgencias no siempre eran tales, sino que servían a veces para ocultar o negar aquello que les angustia.

Mi explicitación con el equipo de diagnóstico era que trabajaríamos los casos que de reunión en reunión se les presentaban como urgentes, pero también aquellos que tomábamos para hacer un seguimiento en la supervisión. Comprobé que había una ausencia de información sobre la situación del joven. Les comuniqué mi preocupación por el mismo y recién ahí me comunican que el joven había hecho un intento de suicidio estando en la comunidad, y que lo había "salvado" otro internado dando la pronta alarma.

Mas allá de la transferencia conmigo (yo tenía que enterarme mágicamente de situaciones que ellos no comunicaban explícitamente) operaba en ellos una contratransferencia con el joven y con las directivas institucionales en el momento actual, que producía un oscurecimiento sobre el seguimiento de los casos y el cómo determinar las urgencias.

Se traducía en la supervisión conmigo en el relato confuso que hacían de muchas situaciones y la pérdida de la distancia óptima en el establecimiento de los distintos settings y sus respectivas tareas.

Resistencias al cambio que los tocaba en lo que podríamos llamar la "ideología de la familiarización" (sería el borrar las diferencias y dejar avanzar la creencia que no es necesario detallar las circunstancias), que observé en los tres equipos, agudizada por las decisiones del consejo directivo-administrativo.

Sus identidades profesionales también se veían contenidas y "aseguradas" por los fantasmas o fantasías de eternidad y de no proceso. Temían al proceso de reestructuración que debían hacer internamente y el duelo resultado de la reacomodación en sus labores y funciones dentro de la institución y como consecuencia a la desidealización ligada a esa misma comunidad, ya que los cambios eran vividos como fallas en la anterior gestión.

Aparecían momentos de indiscriminación entre ellos y los pacientes, y una tendencia a familiarizar los conflictos. "Todos estaban en la misma barca".

Para finalizar: tanto en el primer ejemplo como en el segundo, se nos hace cada vez mas evidente que los equipos de salud son el resultado de largos y penosos procesos de agrupación, en los cuales está en juego la creencia o fantasía sobre la propia salud. La formación y la supervisión son momentos no sólo de "aggiornamiento" sino también de "trabajo psíquico" sobre las angustias, placeres y displaceres que la labor clínica cotidiana provoca en la subjetividad de los profesionales. Sin esta elaboración es imposible que lleguen a realizar sus objetivos, dado que para ello deben producir o construir colectivamente un esquema de referencia y un código que les permita intercambiar opiniones con un mínimo de conflicto y malos entendidos. En ciertas ocasiones, como las que mencioné anteriormente, tanto el encargado de la formación como el supervisor, debe jugar de "traductor de los mensajes" en juego en la dinámica de el/los equipo/s. En un primer momento nuestro trabajo con el equipo consiste en hacer posible o generar un entrecruce de escuchas y una facilitación de la comunicación al interior del grupo como momento previo a nuestra intervención o interpretación. Se trata de facilitar los vínculos y la circulación de la palabra.

En síntesis, la capacidad de establecer un continente e instauración de un holding para los procesos que en su gran mayoría son sintomáticos se

desencadenan en toda formación o supervisión.

Fuera de toda consideración moralista, la responsabilidad, la eficacia y la ética son o deberían ser componentes esenciales en los equipos que tomarán a su cargo a los pacientes, y desde ya en los profesionales que nos hacemos cargo de la formación o supervisión de los mismos.