



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 22 – Invierno 2018

EL EQUIPO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL, ¿realidad o utopía?

Rosa Gómez Esteban *

Índice

- 1.- El Equipo de salud mental, desde la propuesta del Documento de la reforma psiquiátrica en 1985 a la situación actual.
- 2.- Las organizaciones y dinámicas disfuncionales.
- 3.- Las dinámicas del C.S.M. afectan a la salud de los profesionales. El equipo es un factor de protección.
- 4.- “Agrupamiento”/ “Grupo”/ “Equipo”.
- 5.- Coordinación y Tarea, dos organizadores fundamentales en la estructuración del Equipo.
 - 5.1.- La función Coordinación.
 - 5.2.- Experiencias personales en el equipo en los C.S.M. (Getafe, Parla y Alcorcón, Madrid) en relación a la Coordinación.
 - 5.3.- La Tarea.
- 6.- El Equipo en los programas de continuidad de cuidados
- 7.- Del equipo multidisciplinar al equipo interdisciplinar. La transdisciplinariedad.
- 8.- El Equipo, eje central de la organización y de los tratamientos.
- 9.- A vueltas con la función Coordinación. La Supervisión.
- 10.- A modo de conclusiones.

* Rosa Gómez Esteban es psiquiatra, Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo, Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N.). Docente de la Escuela de Área 3. Didacta y Supervisora de F.E.A.P.

1.- El Equipo de salud mental desde la propuesta del Documento de la reforma psiquiátrica en 1985 a la situación actual.

"Antes pensábamos que el equipo era la base fundamental del quehacer en salud mental".

"Ahora la institución te pide obediencia y sometimiento". "No hay respeto a los profesionales".

"Los pacientes también nos faltan al respeto".

A principios del siglo XIX, Esquirol señalaba que el agente terapéutico más eficaz contra las enfermedades mentales era el manicomio, pero añadía que en manos de un médico hábil, es decir, marcaba la importancia de la institución, pero sobre todo, del "saber hacer" del profesional. Muchos años después se descubren los neurolépticos y se produce el cambio a la psiquiatría moderna sentándose las bases de la atención comunitaria al enfermo mental (Huertas que sigue a Bonnafé¹).

Los cambios políticos en nuestro país, durante los años 80, propiciaron el desarrollo de profundas transformaciones tanto en el marco jurídico como en las estructuras sanitarias españolas. En el proceso de transformación fue fundamental la incorporación del marco conceptual de la Salud Pública a la Psiquiatría.

El informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica del año 1985 propuso una red de servicios diversificados de salud mental especializados e incluidos en el sistema de salud general. En este significativo documento, que marcó un rumbo diferente para la historia de la psiquiatría en España, se nombraba a "los Equipos de atención a la Salud Mental" que tendrían una función de apoyo para "los Equipos de base de Atención Primaria".

En esta novedosa propuesta se incorporaban nuevas profesiones y disciplinas, pero también se señalaba que para que este funcionamiento fuera una realidad era imprescindible la coordinación y colaboración entre todos los profesionales. La Ley General de Sanidad (art. 20), un año más tarde, integra la Salud Mental en el Sistema General de Salud. Este nuevo modelo desplaza la atención desde el hospital psiquiátrico/manicomio a la comunidad y propone la integración de la atención psiquiátrica en la atención especializada.

En el modelo de "salud mental comunitaria" y en la eficacia de los programas de "continuidad de cuidados", la buena relación entre el cuidador y quien recibe los cuidados ocupa el lugar central. En estos largos años, la Psiquiatría, ha tratado de ubicarse dentro del campo médico, pero el modelo biomédico ha resultado inadecuado para esta especialidad,

porque ha privilegiado las variables biológicas en detrimento de las psicológicas y sociales. La Psiquiatría al no poder ubicarse en ese campo ha oscilado entre dos posiciones extremas: la neurología o las ciencias de la conducta, la primera, la considera una disfunción cerebral, y la segunda, la excluye del campo médico.

Es preciso que la Psiquiatría se ubique en el lugar que le corresponde dentro del campo médico, pero en una posición diferenciada al resto de las especialidades médicas. Porque, si no encuentra su posición, tampoco podrán posicionarse el resto de las disciplinas que intervienen en el campo de la salud mental, de acuerdo con Inglott². Para encontrar su posición, la Psiquiatría ha de salir del modelo biomédico, que es biológico e individualista, y situarse dentro de la vida cotidiana de los sujetos, es decir, incluyendo al hombre en sus vínculos significativos, y en su pertenencia grupal y social.

La complejidad de la realidad asistencial requiere retornar al “modelo biopsicosocial” que propuso Engel³, y pensar al sujeto como ser social, como también propuso Freud en “Psicología de las masas y análisis del yo”. En este texto dos ideas son fundamentales: la psicología individual es siempre y antes que nada psicología social; y “el otro siempre está integrado en el yo, como auxiliar o adversario”.

La reflexión sobre “los Equipos de salud mental” es una necesidad ineludible, porque hay pocos trabajos de investigación en nuestro país, a pesar de las disfunciones evidenciadas en su funcionamiento y la inhibición de las instituciones sanitarias en relación a las consecuencias que la práctica clínica tiene sobre los profesionales, de acuerdo con Inglott. La realidad de estos equipos ha sido muy diversa, desde el informe ministerial del 85, en los primeros tiempos muchos profesionales se identificaron con estas propuestas y trabajaron con mucha ilusión. Se idealizaba el trabajo en equipo, y se observaban actitudes omnipotentes en relación a los objetivos de la reforma.

Los cambios políticos e institucionales a lo largo de estos años transformaron esta idealización, cada vez era más frecuente que el trabajo en equipo se viviera con decepción e impotencia y que el trabajo institucional produjera ansiedad y angustia en los más comprometidos. En los últimos años la situación se agravó por dos circunstancias importantes: la crisis de 2008, que produjo una disminución significativa en los presupuestos, y los intereses políticos del gobierno en privatizar la sanidad. Estas circunstancias debilitaron mucho la organización de los equipos, de tal modo que la colaboración, cohesión y pertenencia de los profesionales se hizo cada vez más difícil.

La disminución de los recursos y la precariedad de los contratos realizados, hasta de uno o dos meses, generaba cambios continuos en los profesionales. El trabajo en equipo se hacía cada vez más penoso e inviable, la desmotivación y la precariedad laboral no permitían

establecer encuadres coherentes para las complejas tareas que se requieren en el campo de la salud mental.

La fragilidad asistencial ha sido aún mayor en lo que se refiere a los encuadres psicoterapéuticos que precisan de un tiempo mínimo para poderlos realizar. La organización de los grupos terapéuticos fue más difícil todavía porque éstos requieren más tiempo para su puesta en práctica. Por otro lado, algunos C.S.M. no facilitaban estos encuadres, lo dejaban todo a la responsabilidad del profesional, en algunos no se les incluía como asistencias en el ordenador, por lo que no quedaba constancia del trabajo realizado por el profesional. La dificultad era aún mayor en los grupos de psicóticos, el profesional tenía que incluir el mismo a los pacientes para poder acceder a la historia clínica, y dejar constancia de la evolución y de la modificación de los tratamientos farmacológicos.

La precariedad de los contratos ha tenido importantes efectos en la disminución de los tratamientos psicoterapéuticos, y ha potenciado los tratamientos farmacológicos con el correspondiente aumento en el consumo de psicofármacos. La relación continuada con el profesional es un factor fundamental en los resultados de los tratamientos, y por supuesto, este vínculo terapéutico también influye en la eficacia de los fármacos. Optar por contratos precarios en esta especialidad es favorecer el permanente cambio de terapeutas y facilitar la evolución a la cronicidad de los síntomas en salud mental.

El funcionamiento de la organización en las instituciones es muy sensible a la falta de presupuestos económicos y a los cambios políticos. Éstos han tenido graves consecuencias en la atención a los pacientes, ya que el trabajo en equipo requiere mucho esfuerzo de los profesionales y es un proceso a largo plazo. Para que se organice una estructura estable y se constituya un equipo es imprescindible que se realicen contratos estables a los profesionales. Esto no quiere decir que no sea necesario que se facilite la movilidad voluntaria de los mismos para evitar que se estereotipen las organizaciones.

Las nuevas instituciones que se propusieron en el proyecto de la reforma fueron el origen de los Centros de Salud Mental en España, que se planteaban en función de objetivos y tareas, es decir, en función de un “equipo interdisciplinario”. Los equipos que realmente funcionaron en estos años, aunque no fueran interdisciplinarios, no han podido mantenerse porque los cambios políticos, ideológicos y las transformaciones histórico- sociales los desestabilizaron. Aunque se luchó, en los años de la reforma y los posteriores, para organizar las instituciones de salud mental de manera más horizontal, se ha vuelto a la verticalidad y al modelo jerárquico en los últimos años, de acuerdo con Irazábal⁴.

2.- Las organizaciones y dinámicas disfuncionales

"Me sentía muy confusa, había habido muchos cambios, tenemos que hablar del no-equipo".

"Ha habido momentos muy feos, muy paranoides, era ijisálvese quien pueda"!!!.

"Hay mucha envidia, rivalidad y desconfianza de unos hacia otros".

La Institución Sanitaria y la de Salud mental están sobredeterminadas por el contexto histórico, cultural y social. En el trabajo en equipo, lo social tiene una gran influencia, ya que de ésta depende la concepción de la salud/enfermedad mental, la formación de los profesionales, la organización, los métodos, los procedimientos de funcionamiento de los C.S.M. que posibilitarán o no esta metodología de trabajo. Por otro lado, formamos parte de una cultura que da preponderancia al trabajo individual en detrimento del trabajo colectivo, y a una visión de la medicina en la que se da una hipervalorización de lo biológico en paralelo con una desvalorización de los aspectos psicológicos y sociales.

La realidad de estos años nos ha mostrado las grandes dificultades para trabajar en equipo, entre ellas, la falta de apoyo institucional y las resistencias y defensas de los profesionales. En el campo de la salud mental, las resistencias a constituirse como equipos de trabajo han sido aún mayores porque están constituidos por profesionales de distintas disciplinas.

La mayoría de los conflictos se han originado por problemáticas institucionales no resueltas que, por otra parte, han quedado velados porque se han tratado como si fueran motivadas por situaciones personales e interpersonales. Los mecanismos de desplazamiento y depositación han dejado ocultas y reprimidas las verdaderas causas institucionales. Esto es debido a que la institución por su propia inercia, no desea ser cuestionada, por ello no permite pensar en las conductas estereotipadas. Y ello, aunque sea a costa de la burocratización y rigidez en los roles profesionales, y de mecanismos repetitivos de funcionamiento que nunca se llegan a resolver.

La falta de elaboración de las causas institucionales está en el origen de las ansiedades confusionales y paranoides, y de los conflictos y dificultades en las relaciones interpersonales que se observan en las reuniones de algunos C.S.M. Unas situaciones que generan malestar, ansiedad y angustia en los profesionales y que pueden incrementarse en las situaciones de crisis personal o institucional.

El trabajo en equipo⁵ es un concepto central en los orígenes de los C.S.M., pero sobre todo fue un deseo difícil de ponerlo en práctica porque no se implementaron las medidas necesarias. Se pensaba en un “equipo ideal”, que estaba en lo imaginario y en los deseos de los profesionales, pero que no tenía mucho que ver con el “equipo real” que se vivenciaba lleno de conflictos en las relaciones interpersonales.

La organización de los C.S.M. ha sido de gran complejidad por muchas cuestiones, entre ellas, las grandes diferencias entre los numerosos miembros que lo componen (profesiones, roles, sexos, edades, diferentes modos de vinculación, contratos, retribuciones económicas, status social, raza, religión, etc.). También por las diferencias de formación entre los distintos profesionales (psiquiatras, psicólogos, residentes, enfermeras, terapeutas ocupacionales, administrativos, auxiliares, etc). A esta complejidad se añade la multiplicidad de pertenencias teóricas, la diversidad en las formaciones teórico-prácticas y las diferencias en la personalidad de los integrantes, así como las debidas al distinto reconocimiento institucional y social.

La complejidad y diversidad generaba múltiples pactos y alianzas, era frecuente que se organizaran diferentes subgrupos y complejas “dinámicas grupales”. Éstas, como señalaba Lewin, son el resultado de las fuerzas y tensiones que se generan en el grupo, que a su vez se derivan de los deseos y defensas de sus miembros, pero que influyen de manera importante en el comportamiento de cada uno de los sujetos.

Uno de los principales motivos de tensión en los C.S.M., que tiene relación con la escasez de presupuestos en los Planes de Salud Mental, es la “sobrecarga asistencial”. Por otro lado, también se constatan diferencias en la distribución de los pacientes en los propios Centros, en algunos se sobrecarga mucho más a unos profesionales que a otros. En un grupo de investigación de gran interés, que fue coordinado por el Dr. Melendo en la Oficina Regional de Salud Mental sobre “la demanda a los Servicios de Salud Mental”, se realizó un trabajo de mucho interés, y una de las cuestiones que se observaron fueron las diferencias tan significativas en la carga asistencial de los Centros.

Se constató que los profesionales de algunos C.S.M. evaluaban el doble de pacientes a la semana comparado con otros Centros de características similares. Desde 5 pacientes hasta 10 a la semana, como en el C.S.M. de Alcorcón en el que yo trabajaba, pero además se mostró una queja referida a la diferencia significativa entre los profesionales respecto al número de seguimientos de pacientes graves que se realizaban en algunos Centros.

La sobrecarga asistencial es un problema muy importante, en los resultados de la investigación de mi tesis⁶, se constataba que los profesionales que atendían mayor número

de pacientes, tenían mayor estrés laboral y un nivel de ansiedad más alto. Y, asimismo presentaban mayor conflictividad con los pacientes y familiares, y también con el jefe y los compañeros.

El trabajo en equipo, exceptuando algunos C.S.M., no ha sido el funcionamiento habitual, más bien han funcionado como agrupamientos de diferentes personas y disciplinas. La realidad asistencial era una suma de profesionales que no eran capaces de organizarse como equipo, pero hay que tener en cuenta que tampoco se daban las condiciones de posibilidad para que el agrupamiento pasara a ser un grupo de trabajo.

En los C.S.M. se han dado complejas dinámicas grupales, con interacciones e interrelaciones entre los profesionales muy precarias. Unas dinámicas que se han caracterizado por las actitudes defensivas, la incomunicación, los malentendidos y el temor al ataque de los otros. En algunos Centros la incomunicación ha sido persistente con afectos negativos muy intensos, y actitudes estereotipadas de desconfianza e intensa susceptibilidad.

Algunos emergentes de esta conflictividad son los siguientes: "siempre que hay reunión de equipo, hay follón", "parece que todo el mundo tiene claro lo que tiene que hacer, pero hay tareas que no las quiere hacer nadie". La diferencia en estos grupos era un significante fundamental, no se podía gestionar. De manera similar a lo que ocurre a nivel social, la diferencia era muy mal tolerada y generaba conflictos. Estos eran mayores en los Centros donde era difícil utilizar la palabra, ya que entonces la diferencia se enfrentaba con violencia, y ello incrementaba las ansiedades confusionales y paranoides que, por otro lado, siempre surgen en los inicios de todos los procesos grupales.

Sabemos que la vida en los grupos está llena de tensiones y conflictos, y por eso en las crisis, la liberación de la violencia es un acontecimiento inevitable, de acuerdo con Anzieu⁷. Y estos fenómenos se desencadenan por variadas circunstancias, de las que significaré tres:

- si el que dirige toma decisiones, sin consultar ni dar explicaciones,
- si no se escucha al otro, y hay incomunicación entre los miembros,
- y si el grupo al no capaz de actuar, se inhibe y paraliza.

En los Centros en los que la palabra no era el instrumento de intercambio entre los profesionales surgía más fácilmente la agresividad, y se reavivaban las diferencias entre los profesionales. Y al no poderse elaborar se incrementaba y se intensificaban más aún los conflictos interpersonales, intergrupales e institucionales.

Estas dinámicas grupales afectaban más a algunos profesionales, y cuando la intolerancia a la frustración era menor surgía el odio envidioso, lo que generaba una agresividad aún más destructora, de acuerdo con Anzieu. Estas situaciones se vivieron en pocos Centros, pero en éstos los fenómenos de destrucción y agresividad se dieron con cierta regularidad (los pacientes, los familiares o los profesionales podían ser diferentes emergentes de la agresividad del grupo).

Las tensiones grupales se iban incrementando porque no podían descargarse a través de la palabra en las reuniones. Y al no descargarse la tensión, ésta quedaba acumulada hasta que volvía a emerger de manera más intensa en el siguiente desencuentro grupal. Estas dinámicas pulsionales no lograban ni disminuir ni desactivarse, y ello causaba gran malestar a los profesionales que reaccionaban con mecanismos de huida de la situación grupal.

Sin embargo, estos sentimientos y afectos se comentaban fuera de las reuniones: “*este año he estado confusa y parano*”. Cada uno se defiende de las pulsiones destructivas como puede, sabemos que “el goce” de cada uno (lo contrario al “placer”), que también lo podemos denominar “dolor del inconsciente”, cuando resulta insoportable se descarga en actos. Estos actos en el grupo emergían como enfrentamientos y peleas interpersonales, pero el dolor inconsciente también podía manifestarse en patologías psicosomáticas o psíquicas, y en peticiones de tratamiento o bajas de los profesionales por enfermedad.

En estas dinámicas disfuncionales, los mecanismos defensivos (evitación, negación, proyección y depositación de los problemas) se incrementan. Lo que no evita que los emergentes grupales evidencien estos conflictos, en forma de incomunicación, sobreentendidos, malentendidos, enfrentamientos y rivalidades, y con luchas de poder dentro del grupo o entre los diversos “subgrupos” de la institución.

Cuando se boicotean los espacios grupales que pueden aclarar los malentendidos, las problemáticas se cronifican. En la medida en que no se pueda hablar de los conflictos, el deterioro en las relaciones interpersonales e intragrupales es cada vez mayor. Este quebranto de las interrelaciones e interacciones genera a su vez un incremento en las actitudes defensivas de los profesionales, lo que produce un círculo vicioso del que es muy difícil salir. Y si no se produce un límite a esta pulsión de muerte, ya sea por el grupo de profesionales, por el coordinador, o por la institución, cada vez más sus actitudes se burocratizan, se obsesivizan, y rigidifican, o se vuelven más evitativas y fóbicas.

Si no se producen estos límites, las dificultades se incrementan y también las ansiedades confusionales y paranoides, y por tanto, los mecanismos defensivos de negación, disociación, aislamiento y proyección. En el caso de que se recurra a los mecanismos de depositación, ya sea el Jefe de Servicio o el propio grupo y se lean como

problemas personales se ocultará la implicación institucional. Y por eso, en la dinámica grupal emergerán los chivos expiatorios, la enfermedades de algunos miembros del grupo, la dejación de funciones y responsabilidades, las reclamaciones, los cambios de terapeuta, y más raramente algunas actitudes de negligencia con los pacientes.

Cuando la situación grupal resulta insostenible, los conflictos interpersonales producen efectos en el cuerpo y en la práctica clínica, y por ello en algunos Centros los profesionales para poder soportar lo insoportable se aislaron y encerraron en sus despachos. El encierro y el aislamiento ha sido una tónica en estos años en algunos Centros, y nos preguntamos por sus efectos en los pacientes, ya que son personas que desde la infancia han construido un muro defensivo cada vez más alto para defenderse de la familia y del mundo, y poder tener de ese modo al menos una vida como supervivientes.

Los profesionales optaban por una solución similar a la de los pacientes, la del aislamiento. Sabemos que la única elección para muchos pacientes ha sido el encierro en su habitación, única manera de defenderse de la familia y del mundo. Con el uso y la expresión de un lenguaje singular que no es compartido con los demás se reafirman en la ruptura de todo vínculo con los otros, en el rechazo del vínculo social.

Los profesionales ante la impotencia para resolver los conflictos se defienden con el rechazo de los vínculos con los otros, en una respuesta similar a la de los pacientes que se aíslan y retraen rechazando el vínculo social. Estas decisiones pueden ser inconscientes, pero se manifiestan de múltiples maneras, ausentándose de las reuniones, de los espacios comunes, dejando de realizar sesiones clínicas, y utilizando lenguajes que no son compartidos por el resto de los profesionales.

En su aislamiento y encierro en sus despachos muestran su sufrimiento, pero aunque lo comprendamos son decisiones que pueden producir efectos perniciosos en los pacientes. Ya que de acuerdo con Mosteiro⁸: “poco podemos ofrecer a los paciente encerrados y aislados si la respuesta que damos al encierro es nuestro aislamiento y fragmentación”.

En los C.S.M. disfuncionales, otro de los emergentes es la fragmentación y disociación de las tareas, muchas de ellas se abandonan o no se llegan a realizar nunca, por ejemplo, la necesaria coordinación interna, y externa con el resto de las instituciones del territorio (sanitarias, sociales, escolares, etc.). Una descoordinación que produce efectos negativos, sobre todo, en la problemática infantil y adolescente, y en las patologías graves. La descoordinación interna se muestra en la ausencia de sesiones clínicas, se dejan de realizar si se realizaban, y ni siquiera se plantean sesiones clínicas para abordar los numerosos casos complejos que se atienden en el C.S.M.

Esta descoordinación genera, en ocasiones, intervenciones poco coherentes, que se evidencian, sobre todo, con los pacientes más graves atendidos por varios profesionales, por ejemplo, con los diagnosticados como esquizofrénicos y que son atendidos por un

psiquiatra, un psicólogo, una enfermera, una asistente social, y el terapeuta ocupacional. En estos casos es imprescindible la coordinación para realizar un abordaje más integral de los diferentes aspectos biopsicosociales, ya que si no se integran las diferentes intervenciones profesionales, la descoordinación tendrá efectos perjudiciales en los pacientes.

3.- Las dinámicas del C.S.M. afectan a la salud de los profesionales. El equipo institucional como factor de protección.

“Al principio estábamos perdidos...”. “A veces tenemos descargas”.

“Hay mucha gente trabajando enferma”. Y otros de baja por depresión”.

“Estamos atravesados por la institución, tenemos que valorar el desgaste con los pacientes, y cómo nos peleamos con la institución. Tenemos que ser conscientes de lo que podemos para no enfermar”.

La relación entre el profesional y el paciente es muy relevante en la práctica de los profesionales, clínicos o no. En mi tesis doctoral⁹ sobre “las ansiedades del médico” afirmaba que la relación con el enfermo generaba intensa ansiedad al médico, sobre todo ante su sufrimiento. Pero hay otro elemento muy ansiógeno que es la falta de formación para abordar los factores psicológicos y sociales inherentes al proceso de enfermedad y a su tratamiento. Esta variable es muy significativa por el predominio del modelo biológico en la formación de los profesionales, tanto la universitaria como la de postgrado, que no capacita para abordar los factores psicosociales del proceso salud-enfermedad.

El estrés laboral que sufre el profesional por la sobrecarga asistencial, la relación con los pacientes y familiares, la falta de instrumentación en los factores psicológicos y sociales, genera una gran ansiedad. En mi libro sobre la relación médico-paciente¹⁰ se constataba la importancia de la ansiedad del profesional en la práctica clínica. El estrés generaba ansiedad y depresión en los profesionales, en nuestro resultados casi el 18% tenía un nivel alto de ansiedad y más de un 4%, depresión. Estas cifras son similares a las de los estudios nacionales e internacionales, la ansiedad que constatan los autores oscila en un porcentaje que varía entre el 10 y el 20%, y la depresión en mi investigación coincide con las de Linn¹¹.

Pertenecemos a grupos e instituciones que se encargan de atender demandas complejas de pacientes graves, por eso las reflexiones sobre las dinámicas del equipo son imprescindibles. Este cuestionamiento es más necesario aún en España porque no ha tenido tradición de trabajo en equipo, y sobre todo, porque hemos constatado en las investigaciones de diversos autores y en los míos también, que las dinámicas afectivas de

nuestras instituciones son muy problemáticas, y que aunque sean negadas o reprimidas producen importantes efectos en la salud de los profesionales^{12, 13}. Es preciso que los responsables institucionales sean conscientes de estos riesgos, para prevenir estas dinámicas disfuncionales con el objetivo de que afecten lo menor posible a los profesionales y a los pacientes.

El equipo se constituye por la interrelación entre tres elementos, en una triangulación entre Institución/Equipo/Pacientes. Estos tres elementos son interdependientes y en la estructura triangular que conforman, la Institución ocupa el vértice superior. La Institución, como señalábamos, influye y determina la relación con y entre los otros dos vértices, el Equipo y los Pacientes. Por otro lado, las relaciones sociales impregnán la institución, por eso las relaciones son cada vez más frágiles y estas circunstancias influyen también en la relación entre el equipo y los pacientes.

No conocemos la realidad actual de los Centros, en qué porcentaje se trabaja como Equipo, y si éstos son funcionales o disfuncionales y cuáles son los motivos de la disfunción. Tampoco conocemos el nivel de satisfacción o malestar de los profesionales, ni su grado de salud, pero si podemos pensar la función de la institución y su influencia en la constitución y desarrollo de los Equipos.

Sabemos por nuestras investigaciones que si la Institución no facilita el trabajo en equipo en los diferentes dispositivos de la red, y se inhibe frente a las dinámicas disfuncionales actuales se constatan consecuencias adversas sobre la salud de los profesionales. En mi tesis se mostraba que los médicos presentaban sintomatología depresivo-ansiosa, patología somática, dependencia al alcohol, ideación suicida, y mayor número de suicidios en relación a la población general y a profesionales con características similares.

Hemos investigado la patología laboral producida por el estrés, la relación con el paciente, y la falta de formación y apoyo social. Esta patología ha tenido varias denominaciones “Síndrome de Burnout”/ “Mobbing”/“Acoso Institucional”. En España, al Burnout se le ha dado también la denominación de “Síndrome de desgaste profesional”, y se ha reconocido que está desencadenado por dinámicas conflictivas institucionales (entre otras, la deficiente organización, los liderazgos autoritarios, la sobrecarga asistencial, el exceso de responsabilidad, falta de autonomía, y la escasa decisión del médico.^{14, 15, 16}).

El Síndrome de Acoso Institucional y el Mobbing tienen su origen en el maltrato verbal y/o moral que recibe un trabajador por parte del jefe, de los compañeros o de ambos. La clínica descrita en el Burnout y en el Acoso Institucional es parecida, aunque las dudas sobre la autoidentidad en éste último son más intensas. En algunos casos coinciden ambas

problemáticas y entonces es preciso tener en cuenta que el riesgo sobre la salud del profesional será mayor.

En nuestra investigación, los profesionales más afectados por el “Burnout” eran los médicos más implicados e interesados en trabajar como equipo. En los grupos de médicos que he realizado en un Centro de Atención Primaria de Parla, Madrid, sobre la relación médico-paciente se confirmaba la mayor implicación de estos profesionales con la práctica clínica. Recojo algunos de sus relatos:

- "No se te reconoce y eso te quema, algunos estamos tirando la toalla".
- "Queríamos arreglar el mundo y luego te quemas".
- "Puedes resolver cosas, pero la pregunta es: ¿a costa de qué, y hasta cuándo podré hacerlo?".

En la literatura internacional se describe que el síndrome de Burnout aparece con más frecuencia en los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, en general por su mayor implicación. Respecto a sus causas, estoy de acuerdo con aquellos autores que priorizan los factores institucionales¹⁷. Por eso deseo cuestionar tanto el término “Burnout” como el de “Desgaste profesional”, ya que favorece la creencia de que se genera por causas personales. Esta cuestión es importantísima para que el profesional no se haga cargo de esta depositación, y se angustie y deprima más, y para que los responsables institucionales no eludan sus causas reales que son evidentemente institucionales y organizativas, y pongan remedio a las mismas.

Como se hace con el resto de los trabajadores, y hasta que se encuentre una mejor manera de denominarlo en España, me parece más pertinente nombrarlo “Síndrome Depresivo-Ansioso desencadenado por problemas laborales”. Creo que este término alude a los riesgos que el trabajo tiene para los profesionales, y les ayuda a ver que la responsabilidad es de la institución. Esta aclaración de las causas les hará sentirse menos culpables, y este hecho es importante porque la culpa agrava la sintomatología y tiene efectos negativos en la relación con los pacientes.

Trabajé con grupos de profesionales con el objetivo de que mejorara el vínculo con el paciente, para que fuera más terapéutico, y en la idea de que la práctica clínica les afectara lo menos posible en su estado de salud. En estos grupos, los médicos pudieron poner en común sentimientos y afectos negativos muy intensos. El trabajo grupal fue importante porque pudieron hablarlo, y reconocer la importancia de elaborarlo, ya que de otro modo, estos afectos se hubieran transmitido inconscientemente en la relación médico-paciente. Algunos emergentes son:

- *“Yo antes veía a los pacientes como enemigos, ahora estoy más tranquila, me producen menos agresividad, les trato mejor”*,

- *“Me ponía malo ver a una paciente, venía todos los días diciendo que se encontraba mal, al final le diagnosticaron en el hospital de una patología cardiaca. He aprendido en el grupo que tengo que escuchar a los pacientes, incluso aunque me caigan mal”*.

En el proceso grupal pudieron elaborarse algunas relaciones transferenciales hacia los pacientes y la institución, y los afectos y sentimientos negativos disminuyeron. Algunas situaciones, como la agresividad de los pacientes, han de ser abordadas porque exigen tomar decisiones en común. En casos excepcionales, y si es necesario se han de elaborar criterios de exclusión para evitar que se produzcan bajas por enfermedad de los profesionales (“nos agredió un paciente, la institución no tomó ninguna solución, ahora varias bajas por enfermedad”).

Se precisan espacios de reflexión institucional porque promueven procesos grupales que disminuyen los riesgos de cronificación de las instituciones, y por tanto de los profesionales y pacientes. Insistimos en la importancia de no minimizar la influencia de las dinámicas de los equipos en la salud de los profesionales y pacientes. Compartimos la idea de Bleger: “los conflictos no resueltos entre los profesionales se manifiestan en los pacientes, o en tensiones y conflictos en el personal de apoyo”.

Respecto a la respuesta al interrogante: ¿cómo influye el trabajo en Equipo en la salud de los profesionales?, en nuestras investigaciones se concluía que el trabajo en equipo afectaba positivamente y era un factor de protección de la salud para los profesionales. Cuando no se trabaja con esta modalidad aumentan los niveles de ansiedad, la patología somática, y el consumo de ansiolíticos, analgésicos, alcohol y tabaco. Por eso es tan importante crear las condiciones para llevar adelante esa metodología de trabajo en nuestras instituciones.

La variable “Equipo” en mi investigación era muy significativa para aumentar o disminuir la ansiedad de los profesionales. Según los datos de la entrevista semiestructurada que realicé a todos los médicos de los Centros de Salud del Área 10 de la Comunidad de Madrid, el 50% de los profesionales afirmaba trabajar en equipo y esta variable equipo se correlacionaba directamente con la satisfacción laboral e inversamente con la ansiedad de los profesionales.

Se constata que el trabajo en “no-equipo” desencadena sintomatología ansiosa-depresiva en los profesionales, y sin embargo, el trabajo en equipo evita el “estrés laboral crónico”. Este modelo se revela como un factor muy importante para la prevención de la

ansiedad en los profesionales (si trabajan como equipo, sólo la refieren el 25%, mientras que si trabajan en no-equipo sufren ansiedad el 75% de los médicos).

Confirmamos que el equipo es un factor protector frente a las ansiedades, tensiones y malestares derivados de la práctica clínica. Y deducimos que en Salud Mental, el equipo puede ayudarles a soportar la ansiedad que les genera la sobrecarga asistencial y las complejas demandas que llegan al C.S.M. (enfermedad mental grave, agresividad de los pacientes, discapacidad, intentos autolíticos, conflictos interpersonales complejos, etc.).

4.- “Agrupamiento”/ “Grupo”/ “Equipo”

“La figura del coordinador genera desconfianza y ambivalencia”.

“Entre los compañeros a veces nos despellamos, no somos leales con los otros, tenemos que respetarnos”.

“Quejas, quejas, quejas, pero no se va a los espacios de hablar”

Bleger¹⁸ plantea que en los grupos hay dos tipos de sociabilidad, a la primera la denomina “sociabilidad sincrética” y, a la segunda, “sociabilidad por interacción”. La primera se impone como matriz o estructura básica de todo grupo, se mantiene y persiste en el tiempo, y se caracteriza por la indiscernibilidad entre unos y otros, y la falta de individuación. Esta matriz es muy importante porque a través de la inmovilización de los aspectos sincréticos se permite la organización, la movilización, la dinámica y el trabajo sobre los aspectos más integrados del grupo. En los momentos de crisis en el proceso grupal es necesario tener en cuenta que la reaparición de los niveles sincréticos y, por tanto, la emergencia de ansiedades más confusionales y paranoides.

En la sociabilidad por interacción, el grupo es un conjunto de personas que entra en interrelación entre sí; es una sociabilidad sobre ese fondo de indiferenciación o sincretismo, que es el vínculo más poderoso entre los miembros del grupo. Es decir, la interacción se da sobre el trasfondo de la sociabilidad sincrética, por eso en los primeros encuentros grupales se observan reacciones paranoides frente a lo desconocido, de los otros y de uno mismo. En los grupos se teme la regresión a esta sociabilidad sincrética que no está constituida por la interrelación o la interacción porque genera el temor a la pérdida de la individualidad.

Bleger, de acuerdo con Jaques, afirma que las instituciones sirven como defensa frente a las ansiedades psicóticas, y son depositarias de la sociabilidad sincrética, de la parte psicótica. Esto explica la resistencia al cambio y la tendencia a la burocracia, por ello, si no se toman en cuenta estos procesos, la organización se vuelve antiterapéutica. Bleger plantea que no hay que olvidar la ley general de las organizaciones, que plantea que los objetivos

para las que han sido creadas pasan a un segundo plano para priorizar la perpetuación de la propia organización. Y explica que estas paradójicas dinámicas suceden para asegurar la depositación e inmovilización de la sociabilidad sincrética (la parte psicótica del grupo).

El debate actual en torno al equipo se ha centrado entre aquellos autores que consideran al equipo como un conjunto de profesionales (agrupamiento) y los que piensan al equipo como una organización grupal (grupo), reflexión que nos aporta Irazábal¹⁹. Y plantea que el equipo, el equipo técnico, el trabajo en equipo, y el equipo interdisciplinario son los términos que dejan constancia del modelo de organización elegido para trabajar.

Si reflexionamos los niveles en la organización de una institución en función de la complejidad alcanzada, podemos pensar en tres etapas: “Agrupamiento”/“Grupo”/“Equipo”; es decir, un proceso en el que se darían dos pasajes, del Agrupamiento al Grupo, y de éste al Equipo. En el agrupamiento no habría relación personal, se trataría de una “serialidad”, en palabras de Sartre; pero en esta modalidad, a diferencia del autor, pensamos que los profesionales puedan ser sustituidos por otros, pero algo interactúan entre sí. Sartre decía que los sujetos eran intercambiables unos por otros y que no había ninguna interacción, y mostraba como ejemplo la cola de espera de un autobús para mostrar la serialidad.

Algunos C.S.M. permanecen en estos estadios iniciales de agrupamiento de profesionales, con escasísima interacción, poca comunicación, e intervenciones muy fragmentadas y aisladas. De esta manera reproducen en la organización, la lógica de la problemática que tienen que tratar, en este caso, el aislamiento y la fragmentación de la locura.

Otros C.S.M. han podido llegar al segundo estadio, han podido dotarse de una organización grupal, en esta modalidad “Grupo”, los profesionales tienen interacción y comunicación. Se proponen algunos intereses en común, aunque no se planteen una Tarea compartida, ni objetivos y tareas a realizar en función de las capacidades de cada uno. Y menos aún el entrecruzamiento entre las diferentes disciplinas que lo constituyen.

Es un etapa del proceso en el que hay unidad del grupo, que se manifiesta porque los profesionales empiezan a hablar de “nosotros”. Es una unidad en el registro imaginario, y en relación con el denominado “narcisismo grupal”, que de acuerdo con Anzieu es una fase necesaria, pero que posteriormente requiere ser elaborada.

El funcionamiento más logrado es cuando el Grupo, después de un largo proceso, consigue trabajar como un equipo interdisciplinario. Este equipo es el producto de un largo proceso grupal, y esta idea de proceso es central, ya que el equipo sólo puede construirse y

consolidarse al abordar la complejidad de la tarea (explicita e implícita), y al elaborar aquellos obstáculos que va encontrando en su desarrollo.

Decimos que para que un equipo esté centrado en su tarea (en este caso, la atención a la psicopatología de la población que le corresponde) ha tenido que superar los momentos de pre-tarea, de resistencia al cambio; aunque ésta vuelva reaparecer de manera reiterativa, pero más suave en otros momentos del proceso. Es preciso comprender que a través de la repetición podemos develar los obstáculos, y también visualizar el surgimiento de elementos nuevos para la comprensión de los fenómenos.

El equipo, por tanto, se caracteriza porque es capaz de abordar su “Tarea”, y porque puede ir consiguiendo los objetivos propuestos. Pero, para que se de este modelo de organización se requiere una “Coordinación” con muy buena formación personal y teórico-técnica que facilite este proceso. Es decir, el equipo para construirse y funcionar como tal precisa una función de Coordinación que le permita vincularse a la Tarea.

Es decir, el equipo se construye en la interrelación e interdependencia de los profesionales, de sus diversos roles y funciones diferenciadas. Se constituye en su vinculación con los objetivos generales de la Institución Sanitaria, y con un Tarea que es la atención al proceso de salud/enfermedad mental de la población.

El equipo por tanto puede organizarse si va resolviendo los obstáculos que surgen en el proceso, y en la medida en que pueda construirse se constituye como el instrumento privilegiado para intermediar las relaciones entre la institución y los pacientes. En el desarrollo de la Tarea se podrán identificar y lograr los objetivos singulares más importantes para ese equipo en concreto.

Pero volvemos a insistir en que la construcción del equipo podrá realizarse si pueden abordarse los principales factores sociales que generan ansiedad a los profesionales:

- a) la sobrecarga asistencial que genera estrés laboral, tanto por la relación con los pacientes como con los nuevos sistemas de gestión y planificación.
- b) el paradigma biomédico predominante que determina una formación reduccionista de los procesos de salud-enfermedad con carencias graves en la formación psicológica y social. Y sobre todo, con una formación insuficiente en la relación profesional-paciente que dificulta establecer el vínculo terapéutico, que es fundamental para los buenos resultados de los tratamientos.
- c) la falta de recursos y apoyos sociales.

5.- Coordinación y Tarea, dos organizadores fundamentales en la estructuración del Equipo

5.1.- La función Coordinación

“El jefe que quiere hacer de jefe, se le abandona” (Anzieu).

La estructuración de un “Equipo de Salud Mental” precisa de la interrelación de tres elementos, “Grupo, Coordinación y Tarea”, que de acuerdo con Bauleo, constituyen una estructura triangular que conforma toda organización grupal. El “Grupo” “es definido por Pichón como “el conjunto restringido de personas que, ligadas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna que se propone, en forma explícita o implícita, una tarea que constituye su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles”.

Los Centros de Salud Mental están constituidos por diferentes profesionales de variadas disciplinas, con sus diversas formaciones e intereses, deseos, motivaciones, lenguajes, pertenencias, etc. Los C.S.M. tienen mayor complejidad que los sanitarios, ya que además de ser multidisciplinarios y pertenecer a disciplinas diversas (psiquiatría, psicología, enfermería, asistente social, terapeuta ocupacional, etc.), también tienen distintas pertenencias y adscripciones teóricas. Y, a diferencia de otras especialidades médicas, los conocimientos teórico-prácticos de la especialidad suelen ser insuficientes para el cumplimiento de las funciones que han de realizarse en el C.S.M.

Deseo plantear que en las etapas iniciales el principal organizador de los grupos es la “Función Coordinación”. Esta es una cuestión fundamental y ha de ser abordada por las instituciones Sanitarias y las de Salud Mental con el interés que se merece. Ya que podemos afirmar con rotundidad que el proyecto de trabajar en equipo en los C.S.M., con frecuencia no se ha podido llevar adelante porque no se han elegido las personas pertinentes para ello.

La cita de Anzieu hace referencia ello, si el Jefe de Servicio sólo quiere hacer de Jefe, los profesionales le abandonan. Por eso afirmamos que el fallo de la función coordinación, que es uno de los organizadores fundamentales de la estructura grupal, y el primero en los estadios iniciales, no va a permitir la construcción del equipo institucional.

En relación a esta importante función para los grupos nos hacemos tres preguntas:

- ¿La Coordinación es el primer organizador grupal que posibilita la puesta en marcha del grupo y de su proceso de significación?

- ¿ La función Coordinación ha de instituirse y ser reconocida por los profesionales para que el resto de los organizadores grupales puedan organizar el grupo/equipo? (ya que si no hay función coordinación, no habrá grupo, ni tarea, ni mutua representación interna).

- ¿Uno de los motivos de fracaso de la función Coordinación y por tanto del no-equipo es debido a la falta de reconocimiento de los responsables regionales?

Estamos convencidos de que el fallo o la ausencia en la función coordinación es determinante para la no constitución de un equipo, ya que ni siquiera permite el pasaje del agrupamiento a grupo. Si se da esta falla, esta falta constitutiva, se generará un “no equipo”, un agrupamiento de profesionales y disciplinas que sufrirán sus vicisitudes a lo largo del tiempo.

La coordinación es imprescindible para el pasaje del grupo de supuesto básico al grupo de trabajo; o para pasar del grupo de pre-tarea al de tarea, en palabras de Pichón. Pichón. Es decir, cuando no existe esta función, no se dan las condiciones de posibilidad para organizarse como grupo de trabajo o grupo de tarea. Sabemos con Bion que el grupo tiene dos modos de funcionamiento, a los que denomina “grupo de supuesto básico” y “grupo de trabajo”. El primero, en relación a los obstáculos y afectos que se movilizan y que si predominan no puede organizarse como grupo de trabajo. El autor describió tres tipos de supuestos básicos: dependencia / ataque y fuga / emparejamiento.

En el funcionamiento de supuesto básico o de pre-tarea los integrantes quedan atrapados en el registro de lo imaginario. Surgen las transferencias imaginarias, las luchas imaginarias por el poder, las rivalidades, las depositaciones, y los mecanismos de segregación y exclusión. Si se quedan fijados en la dependencia al coordinador, no se hacen cargo de la tarea, y si predomina el de ataque y fuga se observan pulsiones agresivas, que pueden estar dirigidas al terapeuta o entre ellos.

Estos funcionamientos en supuesto básico surgen en los momentos resistenciales de los procesos de los equipos. El problema es que si funcionan de manera permanente, como ocurre en algunos equipos se imposibilita el abordaje la tarea. Insistimos en que si estos funcionamientos no se elaboran se genera sufrimiento en los profesionales. Asimismo se promueve la falta de reconocimiento de las disciplinas peor situadas y una ambivalencia intensa hacia las mejor posicionadas, con los efectos consiguientes perjudiciales en la dinámica.

La función de coordinación es un elemento organizador fundamental y clave para transitar los caminos para llegar a un buen modelo en la organización de la institución. Esta función de coordinación es imprescindible para que se desarrolle un proceso grupal que permita asumir una tarea común, es decir, una tarea compartida por todos los miembros del

equipo. Este liderazgo en las primeras etapas del proceso puede ser asumido por el Jefe de Servicio o por algún miembro capacitado de los profesionales, como se hizo en los C.S.M. de Getafe y Parla.

La función de coordinación requiere de mucho esfuerzo, paciencia, habilidad, y sobre todo, de mucha formación y capacidad de análisis grupal, individual y también personal. Hace unos años se dio un debate, más en Atención Primaria, acerca de si los Coordinadores deberían ser elegidos por la institución o por los profesionales, aunque es un tema de gran interés no podremos analizar en este momento.

En Salud Mental, el nuevo modelo no pudo pensarse como una organización sin jerarquía, se nombraron Jefes de Servicio y no Coordinadores, pero aunque aparentemente la selección se basaba en el currículum y en un examen, la realidad fue que la mayoría de las personas nombradas lo fueron por criterios políticos. Ello tuvo como efecto que algunos de los nombrados no reunieran ni las características personales, ni la formación teórico-técnica para ejercer esa función.

Algunos Jefes de Servicio pudieron realizar la integración imprescindible con el rol de coordinador, lo que les permitió ejercer dicha función y organizar un equipo de trabajo. Suarez²⁰ señala que hay que tener en cuenta que son identidades diferenciadas, el coordinador acompaña y el jefe toma las decisiones, y hay que ser hábil para saber discriminar las diferencias, ya que se trata de poder trabajar y dejar trabajar a los otros para que pueda desarrollarse el trabajo en equipo.

La elección de los Jefes de Servicio no ha de ser motivada por criterios políticos, y es fundamental tener en cuenta la formación teórico-técnica basado en la experiencia (que incluya conocimientos en dinámicas grupales y trabajo en equipo), y también las características de personalidad. Estamos de acuerdo con Mena y Doll²¹, que siguen a Kernberg, y se refieren a los rasgos deseables del “líder”: inteligencia, honestidad, un narcisismo saludable y una actitud paranoide justificada anticipatoria.

Nosotros no hablamos de líder en la concepción operativa, nos referimos a la función de coordinación que precisa de personas capaces de crear un ambiente contenedor en las instituciones, y que con su “saber hacer” podrán facilitar la resolución de los obstáculos del proceso. Unos profesionales que sean capaces de generar funcionamientos democráticos en el equipo, y que faciliten aquellas tomas de decisiones que permitan establecer de manera compartida los objetivos y las diversas tareas del equipo y de cada profesional.

5.2.- Experiencias personales como psiquiatra en el equipo de los C.S.M. (Getafe, Parla y Alcorcón, Madrid) en relación a la Coordinación.

"Estamos en un -no equipo-" (una integrante del C.S.M.)

"Aquí no se piensa" (emergente de una jefe de servicio).

"Divide y vencerás" (estrategia de la misma jefe de servicio).

Tenía dudas de si incluir mi experiencia personal como integrante de un equipo, y de un -no equipo- en un C.S.M., pero finalmente me decidí a hacerlo para mostrar la gran importancia de la función de la Coordinación. Reflexionar sobre estas vivencias permite entender que el equipo nunca se podrá conformar con Jefes de Servicio que no tengan aptitudes personales para organizar un grupo de profesionales. Muestro dos situaciones grupales totalmente opuestas, en la primera se pudo organizar un "buen equipo", y en la segunda, la situación fue inviable, y la falla en la coordinación generó problemas muy graves en el funcionamiento institucional, y en la salud de los profesionales.

El modelo de "buen equipo" se refiere a los años que trabajé en el Centro de Salud Mental de Getafe y Parla, a finales de los 80 hasta casi el 2000, era la época de la reforma, y se estaba muy motivado para trabajar en los Centros de Salud Mental Comunitarios. Los C.S.M. de Getafe y Parla eran pioneros en las metodologías grupales y se cuidaba mucho el trabajo de equipo, fue un buen trabajo aunque por supuesto con los avatares inherentes a estos procesos.

En estos dos C.S.M., el equipo era central en la organización del trabajo, y en la distribución de las distintas tareas. Las intervenciones terapéuticas en las diversas patologías eran básicamente grupales. En ese momento, el modelo de grupo operativo era predominante entre los profesionales del C.S.M. , que a su vez tenían una larga formación y experiencia en psicoterapia grupal.

En el C.S.M. de Parla, estuve muchos años, ya tenía una larga trayectoria en grupos institucionales y terapéuticos. Junto con Mariano Hernández trabajé intensamente en la organización grupal del Centro y en la construcción del equipo, que fue la prioridad. Se realizaban diversos encuadres grupales, reuniones del Equipo grande, que a su vez se subdividía en diversos miniequipos en función del territorio. Cada miniequipo se hacía cargo de la evaluación, tratamiento y seguimiento de los pacientes del Centro de Salud correspondiente. El miniequipo estaba compuesto por un psiquiatra, un psicólogo, una enfermera, y la asistente social y secretaria, que eran compartidas. Y realizaba las tareas de evaluación, diagnóstico, e indicación de tratamiento (individuales, de pareja, de grupo y de familia).

Los miembros del miniequipo asumían los tratamientos biológicos y/o psicológicos correspondientes y también derivaban a los programas respectivos de psicoterapia. Se priorizaban y cuidaban mucho las reuniones del equipo grande, con una frecuencia semanal donde se organizaba la asistencia. En esas reuniones se definían las estrategias generales, las reuniones de coordinación con el Hospital, con Atención Primaria, Servicios Sociales, instituciones escolares, etc. Y también se organizaban los encuadres para el desarrollo de los diferentes programas, entre ellos, los de psicoterapia individual y grupal, y la formación y supervisión de los residentes en relación a las diversas modalidades de psicoterapia.

En las reuniones del equipo grande se dedicaba un tiempo a la revisión de los casos problemáticos y a poner en común aquellos tratamientos de varios miembros de la misma familia. En ese diálogo que se compartía se iba estableciendo un pensamiento común, un E.C.R.O. compartido y, poco a poco, en un trabajo de resolución de las contradicciones, de las ambigüedades y de los prejuicios se establecían las líneas generales del trabajo para alcanzar los objetivos propuestos.

En Getafe se pudo trabajar con un buen proyecto porque se trabajó con dos roles reconocidos diferenciados, el de Jefe de Servicio y el de coordinador de programas, y ambas funciones fueron aceptadas por los profesionales que se comprometieron en dicho modelo de trabajo. Con el mismo modelo de grupo operativo se trabajó en Parla con el reconocimiento de ambos roles por el equipo, aunque sólo el de Jefe de Servicio era el reconocido institucionalmente. Por mi formación grupal y en una posición muy activa, me ocupé de cuidar mucho los diferentes encuadres grupales tratando de promover liderazgos “democráticos”, en palabras de Lewin, para las diferentes tareas.

Esta modalidad de funcionamiento conseguía mayor participación en la organización y toma de decisiones, y aunque se generaran momentos de agresividad, los conflictos podían elaborarse mejor gracias a un pensamiento más operativo y de mayor simbolización. El rol de coordinador fue fundamental en los inicios de los procesos, en los momentos de constitución del grupo y del equipo, y posteriormente sobre todo en los momentos de crisis y de resistencia al cambio. Más avanzado el proceso, se daban menores resistencias a la tarea y el funcionamiento grupal era asumido por todos los profesionales que conformaban el equipo.

En el C.S.M. de Alcorcón la situación fue muy diferente, totalmente opuesta, en este Centro hubo un fracaso en la función de Coordinación, sólo se pudo funcionar de manera permanente en “pre-tarea”, con palabras de Pichón, y en el supuesto básico de “ataque y fuga”, en las de Bion. Una falla en la coordinación que no pudo compensarse por el trabajo de los profesionales, ya que además de la difícilísima situación, no estaban formados en

metodologías grupales, y eran pocos los que estaban familiarizados con la teoría psicoanalítica.

La persona nombrada como Jefe de Servicio no estaba capacitada para ejercer esta función, por su estructura personal y modo de vinculación, lo que propició que las ansiedades predominantes en el Centro fueran confusionales y paranoides. Unos síntomas que al no ser analizados ni elaborados se mostraron permanentes en el funcionamiento de la institución. La dinámica grupal correspondía a la “posición esquizoparanoide”, utilizando el término kleiniano, con la emergencia de las ansiedades propias de la misma y que se intensificaban más o menos en función de los momentos del proceso.

La Jefe de Servicio, al no poder ubicarse se terminó posicionando en un lugar persecutorio para el grupo. Al no poder orientarse en las tareas grupales se centraba en los continuos conflictos personales con algún miembro del equipo, a los que hacía víctimas propiciatorias y chivos expiatorios. Por ello, la mayoría de los compañeros decían sentirse desvalorizados y humillados, y algunos referían sentirse acosados laboralmente. Era frecuente que algunos compañeros, mas sometidos a su influencia, vinieran al despacho de los psiquiatras para contar algunas vejaciones sufridas.

Algunos compañeros muy angustiados requirieron tratamiento psicoterapéutico. Al cabo de los años, la situación se alivió porque se produjo la denuncia de uno de los compañeros, en la denuncia afirmaba que la Jefa le realizaba maltrato y acoso laboral. La denuncia fue ocultada al resto de los profesionales, la administración lo resolvió con el traslado del compañero. Aunque no tuvimos conocimiento del hecho, si notamos ciertos efectos, la Jefa puso algún límite a sus bruscas actuaciones, a su impulsividad, y cuando se produjeron las formas fueron más atenuadas.

Ya previamente se había realizado otra denuncia, pero no fue tenidas en cuenta por la Institución regional. Posteriormente, unos años después ante el gran descontento, malestar y sufrimiento, algunos profesionales se volvieron a movilizaron para realizar una denuncia más amplia, pero al llegar el momento de la firma, algunos compañeros no se atrevieron. Esta situación fue muy decepcionante porque los que más se quejaban fueron los que se negaron a firmar.

Estos hechos pueden comprenderse mejor con lo sucedido poco después en otro C.S.M. del Área. La situación fue rocambolesca, los compañeros denunciaron a su Jefe de Servicio a la Organización Regional de Salud Mental (O.R.S.M.), pero no obtuvieron ninguna respuesta a su escrito. Sin embargo, poco después, no se sabe cómo, el Jefe de Servicio tuvo conocimiento de los nombres de todos los profesionales que habían firmado la denuncia.

En nuestro C.S.M. la Jefa de Servicio sólo pudo identificarse con el rol de Jefe y se convirtió en un jefe de personal, con el apoyo de alguna cercana colaboradora. Por eso, aunque la Jefa no salía de su despacho conocía a la perfección los movimientos de todos los profesionales. Esta vigilancia permanente generaba tensiones, desconfianza y problemas entre los profesionales, y en algunos momentos situaciones grupales muy ambivalentes que producían intenso malestar y sufrimiento a la mayoría.

Los Centros que tuvieron estas malas dinámicas tenían un elemento común, tenían Jefes de Servicio con importantes rasgos narcisistas, paranoides y psicopáticos que generaron dinámicas muy disfuncionales, lo que fue motivo de queja continua de los trabajadores. Como habían prevalecido los criterios políticos en vez de los de capacidad y experiencia se habían nombrado personas con rasgos de personalidad totalmente contrarios a los que se precisaba para ejercer la función de Jefe de Servicio/ coordinador. En esta imposibilidad para ejercer su función actuaron como déspotas y tiranos con la queja continua de los profesionales por este maltrato. El problema se agravó porque al no ser sancionados, pero tampoco respaldados por la Institución, se posicionaron de una manera aún más ambigua y contradictoria generando confusiones y malentendidos continuos que dejaban sin lugar a los profesionales.

La carencia de límites, personal e institucional, les permitía ejercer el poder de manera autoritaria y arbitraria sobre el resto de los trabajadores (a excepción de su recortada camarilla, que aunque criticaran en su ausencia, le seguían apoyando para mantener los privilegios). A estas actitudes autoritarias, como la de hablar a gritos a los profesionales e instarlos a que se fueran del C.S.M., cuando recibía la mínima crítica, se unían otro talante de signo contrario. Con aquellos profesionales adscritos a un partido o sindicato, les trataba como unos privilegiados, y de ese modo, éstos lo hacían saber a los demás.

Con estos privilegiados, su modo de funcionamiento era un “laissez-faire”, les dejaba hacer lo que quisieran, así les tenía atados, les hacía cómplices de la situación para que nadie pudiera cuestionarla de los graves acontecimientos que sucedían. En esta complicidad los compañeros de los sindicatos mantenía los beneficios y privilegios (más libertad, menos horario, menos carga laboral, menos reuniones, no ser cuestionado, más días de descanso, etc.).

La mayoría de los profesionales no mostraban su opinión por temor a ser humillados. En las reuniones se observaba el silencio, el ensimismamiento, la inhibición, y la primacía de la actitudes de evitación. Todos llegaban tarde y esperaban a que la reunión terminara lo antes posible, todos sabían que no eran reuniones de trabajo, que era una impostura, un “como si”. En estas reuniones nunca hubo un orden del día, ni un debate serio, tampoco se

decidía, ni acordaba nada, era evidente que sólo se realizaban para cumplir con las normas y poder contabilizarlas en la memoria anual del C.S.M.

Algunos compañeros mostraban en la intimidad su intenso malestar, su humillación, los comentarios vejatorios, su llanto, su inquietud y angustia. Sin embargo otros reaccionaban con apatía y rechazo de los vínculos con los otros, y se refugiaban en el aislamiento. Todos se quejaban de las permanentes actitudes autoritarias y persecutorias de la Jefa de Servicio. La falla en la coordinación y los rasgos de personalidad de estos Jefes de Servicio sólo pueden generar profesionales evitativos, sometidos o rebeldes al “mal jefe”, pero más allá de esta aparente actitud lo que queda es el sufrimiento psíquico de cada uno.

Los efectos de este modo de funcionamiento que denominamos en modo coloquial “sálvese quien pueda” es que profesionales se refugiaron y encerraron en sus despachos evitando las reuniones y encuentros, ya fueran clínicas o de organización. En estos comportamientos de los profesionales se repiten las mismas conductas de evitación, exclusión y aislamiento que los pacientes han realizado en su grupo familiar, de acuerdo con Bleger. Los profesionales actúan de manera similar a los pacientes, frente a estas pulsiones institucionales que les pueden destruir, y que son la puesta en escena de la pulsión de muerte, se encierran y aíslan, y ponen en marcha sus mecanismos defensivos frente a lo insoportable de la situación institucional.

Las actitudes oscilaron entre el liderazgo “autoritario” y el “laissez faire”, que nombrara Lewin, pero aunque en apariencia resultaran contradictorios, realmente fueron actitudes complementarias que generaron importante confusión y agresividad en los profesionales. Era curioso que cuando las situaciones en la dinámica institucional eran de mayor agresividad, ésta era actuada por los pacientes, lo que a su vez incrementaba el temor y la angustia de los profesionales.

En una ocasión sucedió un problema muy grave con un paciente suyo diagnosticado de antisocial, se le iba avisando de los problemas que ocasionaba aprovechando los días que ella se iba a otro Centro. Se le informaba de los insultos y amenazas que realizaba, en una ocasión con una gran barra de hierro, pero ella lo banalizaba y ridiculizaba a los profesionales que se lo transmitían, con el desvalorizador comentario de que cómo podía tenerse miedo después de tantos años trabajando. Hasta que llegó un día en que pegó a varios profesionales, y uno de ellos tuvo que estar dos años de baja. Los profesionales pudieron ponerse de acuerdo en la petición de un vigilante de seguridad, a lo que ella se oponía, y finalmente se pudo conseguir ante el asombro de la misma.

Nuestra experiencia y la de otros compañeros ha mostrado la evidencia de que si se contratan personas autoritarias como Jefes de Servicio se generarán dinámicas grupales

disfuncionales en las que primarán las intensas pulsiones de destrucción y muerte. Es una lucha de todos contra todos, frente a la que los profesionales se defenderán con estrategias de encierro y aislamiento.

Este tipo de Jefes de Servicio generan dinámicas muy desestabilizadoras, se erigen como líderes de la resistencia a la tarea y al cambio, y su permanente falta de escucha produce malentendidos y sobreentendidos continuos. Las actitudes son similares en todos los Centros, se reiteran una y otra vez, una de ellas es la respuesta permanente de evitación o negación de las problemáticas que surgen (“no quiero problemas”), otra, la denominación de sucesivos “chivos expiatorios” y otra la actitud de ordeno y mando ante las opiniones de los otros que busca inhibir el pensamiento de los profesionales (“aquí no se piensa”).

La estrategia que utilizan es muy peligrosa para los profesionales, se trata del “divide y vencerás”. No escuchan al grupo, pero sí promueven que se les haga confidencias, que luego manipulan para que al final hablen mal los unos de los otros y sembrar la desconfianza entre todos. Supongo que los profesionales que entran en ese juego es porque utilizan maniobras de seducción y manipulación muy sutiles para evitar que el seducido sea consciente de las mismas.

Estos jefes con los malentendidos y sobreentendidos que generan estimulan las peleas entre las diferentes disciplinas (psicólogos contra psiquiatras, asistentes sociales contra enfermeras, auxiliares de clínica contra administrativos). También consciente o inconscientemente alimentan las contradicciones, las indefiniciones de algunas funciones, y los sin sentidos que suceden en todas las instituciones. Estos jefes con estas maniobras consiguen confundir a los trabajadores y desplazar el conflicto hacia la periferia, logrando de esa manera que nunca se les cuestione. De un modo o de otro consiguen alcanzar su objetivo, que es ejercer el poder arbitrariamente.

Como las ansiedades paranoides son predominantes y permanentes, a los profesionales sólo les queda aislarse y encerrarse en los despachos. Por eso, en algunos Centros la comunicación entre los profesionales se realiza por correo, para dejar constancia en los escritos de lo que realmente se ha dicho o hecho, y de ese modo evitar las interpretaciones paranoides o las complicidades.

Estos Jefes actúan claramente para que la organización sea fuertemente jerárquica, para así posibilitar que la toma de decisiones sea de una sola persona, es decir, de ellos. Y en ese modo de hacer, los demás aprenden a replegarse en un funcionamiento defensivo frente a la peligrosa situación. Los demás profesionales aprenden a defenderse con la negación, la evitación, la inhibición, el rechazo, el encierro y el aislamiento, más aún cuando perciben

que haga lo que haga el Jefe no van a ser apoyados por la Institución que debería protegerles, en este caso la O.R.S.M.

Un emergente de los C.S.M. disfuncionales son los excesivos cambios de terapeuta, y son la moneda de cambio entre el Jefe y los profesionales que reciben las reclamaciones (enfermería, auxiliares y administrativos). El Jefe ante el temor a que las reclamaciones lleguen a la O.R.S.M. siempre trata de minimizarlos, pero los profesionales pueden fomentarlos como una forma de venganza. El problema es que cuanto peor se sentían estas profesionales, más activamente las promovían, pero con un efecto que no pudieron valorar, ya que las reclamaciones afectaban básicamente a los psiquiatras.

Las reclamaciones dirigidas a la Institución son muy raras o inexistentes, ésta tiene defensas muy sofisticadas y consigue desplazar lo que es colectivo a una problemática individual, consigue transformarlo y responsabilizar al profesional. Busca la responsabilidad individual y deposita lo que es institucional en el profesional, consiguiendo de ese modo, no ser cuestionada ni asumir aquello que debería ser de su competencia.

Sabemos por nuestra investigación y la de muchos autores, que las quejas de los pacientes en su mayoría son causadas por la sobrecarga asistencial, la falta de recursos terapéuticos y la psicopatología de la institución y de los propios pacientes, es decir, que son resultado del mal funcionamiento institucional. Por ello, es fundamental que los profesionales que reciban las quejas, las estudien y si es el caso las reorienten a su causa real, que es el mal funcionamiento institucional. Sólo de este modo las instituciones se harán conscientes y responsables y podrán plantearse algunos cambios para disminuir las quejas de profesionales y pacientes. Esto no quiere decir que, en algunos casos, la responsabilidad sí corresponda al quehacer del profesional.

Lo paradójico y curioso es que a pesar de las penosas circunstancias y de los elementos en contra también se puede decir que ha habido un buen trabajo en estos Centros. Nos referimos al trabajo realizado por el gran esfuerzo y voluntarismo de los profesionales, que con gran resiliencia han logrado, pese al amargo contexto, mantener los objetivos en su quehacer clínico o social.

He referido dos experiencias que están en las antípodas, en los C.S.M. de Getafe y Parla que pude trabajar en un buen equipo, y en el C.S.M. de Alcorcón que fue la experiencia del “antiequipo”, del “sálvese quien pueda”, pero que de alguna manera también me permitió reinventarme a mi misma. Conseguí, poco a poco, organizar la psicoterapia de la mayoría de mis pacientes graves, les incluí en grupos terapéuticos semanales (esquizofrenia, melancolía/bipolares y trastornos de personalidad), lo que me permitió hacer un seguimiento muy cuidadoso de los mismos.

Con dudas decidí referir mi experiencia en estos C.S.M. para subrayar la gran importancia de la Coordinación y los efectos tan graves que su falla produce en los profesionales. He tratado de mostrar que es un rol fundamental del que depende la formación del equipo, ya que él ha de poner en marcha el proceso y los instrumentos que lo posibilitan. Uno de éstos es el “Encuadre”, que es un instrumento fundamental para que el equipo pueda desarrollar su Tarea. El coordinador, sobre todo en los inicios, ha de ser el portavoz y garante del mismo.

El buen coordinador ha de sostener y apoyar los encuadres de los espacios grupales. Con este término nos referimos a las coordenadas temporales y de espacio, que dan la respuesta a las siguientes preguntas: dónde, cómo, cuando y durante cuánto tiempo se va a reunir el grupo para que pueda construirse como “Equipo de la Institución”.

En estos encuadres grupales es preciso investigar los obstáculos teóricos y afectivos que dificultan la tarea, unos nudos que se generan en la vinculación de los tres elementos que decíamos conforman la estructura grupal: Grupo-Coordinación-Tarea. Estas tensiones intragrupales e intergrupales de la institución decíamos que deben analizarse y elaborarse para que no se incrementen. Si las tensiones grupales no se van liberando quedan estancadas y producen disfunciones en la institución y un gran malestar en los profesionales.

Es preciso tomar conciencia de los mecanismos de negación, evitación, disociación, aislamiento y proyección que realiza el grupo de profesionales, ya que de otro modo se puede causar iatrogenia. Se ha de trabajar para evitar que los C.S.M. reproduzcan y pongan en escena los mismos dramas que han llevado a los pacientes a solicitar ayuda a los profesionales de salud mental.

Y si no se reflexiona sobre estas cuestiones, y se le da la importancia que se merece, con el nombramiento muy cuidadoso de las personas que vayan a acceder a la jefatura de los C.S.M, el Centro sólo aportara a los pacientes la misma “medicina” que les ha enfermado, es decir, la exclusión, el aislamiento y el encierro.

No se les puede dar la misma medicina, porque como nos relatan en los grupos terapéuticos, lo que les ha enfermado a los pacientes y familiares en la patología esquizofrénica, ha sido la desconfianza, el odio y la envidia. Están enfermos porque no se les ha permitido hablar, ni dialogar, ni comunicarse, tampoco amar ni odiar, ya que ello significaba la muerte como sujetos²².

Los pacientes necesitan hablar de lo que les afecta en sus relaciones, pero también lo precisan los profesionales. Por ello, se debe priorizar en la organización del C.S.M. la

cooperación y participación, la comunicación para que las palabras fluyan, y no se pudran los sentimientos con resentimientos, odios y rencores. Se precisan palabras que den sentido a los malentendidos y conflictos, porque si hay falta de diálogo, los sentimientos quedan reprimidos, bloqueados, y rechazados, con sus variados efectos sobre la salud de los profesionales y, por tanto, sobre la de los pacientes.

Formar parte de un equipo significa hacerse responsable de sus diferentes objetivos, estrategias y procesos, y asumir algunos liderazgos respecto a los distintos aspectos de la tarea. La función y responsabilidad de cada profesional es diferente, por ello es importante definir las responsabilidades de cada profesional en las diversas tareas. Pero hay que tener en cuenta que la mayor responsabilidad corresponde al Jefe de Servicio porque también es mayor su capacidad de decisión.

Aunque el funcionamiento de los equipos más funcionales depende de todo el equipo, hemos subrayado que el Coordinador es el principal responsable de la organización de la estructura grupal, ya que puede generar o inhibir discursos y procesos que faciliten o saboteen el trabajo. Como hemos mostrado pueden facilitar el trabajo de equipo o por el contrario producir el “antiequipo” (promoviendo luchas de poder y enfrentamientos que boicoteen la tarea).

5.3.- La Tarea

El equipo requiere de un largo proceso para hacerse cargo de su Tarea, en este camino se internaliza un esquema conceptual referencial y operativo grupal (“E.C.R.O grupal”), organizado a partir del esquema referencial de cada miembro del equipo. El equipo presupone compartir una Tarea común, que en nuestro caso sería la atención a la salud y enfermedad mental de nuestra población en un territorio determinado.

La tarea es en un concepto clave en la teoría operativa, la tarea organiza el grupo, y éste no puede constituirse, si no lo hace alrededor de una tarea. Pichon-Rivière y Bauleo, en una afirmación radical, plantean: “no hay grupo sin tarea” y “en el grupo operativo el líder es la tarea”. La tarea, para Quiroga, es el primer organizador grupal y, el segundo, la “mutua representación interna”.

La Tarea a su vez, puede ser manifiesta y latente, la “Tarea manifiesta” es la atención integral y la continuidad de cuidados de nuestra población, y la “Tarea latente”, que con frecuencia contradice a la Tarea manifiesta, tiene relación con lo no pensado, lo no explicitado, lo no consciente que precisa ser develado por el coordinador del grupo.

La Tarea se constituye por aquellas tareas que se van abriendo y desarrollando a lo largo del proceso grupal. Podríamos pensar también en dos Tareas, la de la institución, y la del equipo. La “Tarea institucional”, que es la dada por la institución y es definida por las políticas sanitarias y de salud mental, y la segunda, que denominaríamos “Tarea del equipo”, que se refiere a la que es asumida y compartida por todos los profesionales, y que se podrá ir cuestionando y transformando a lo largo del proceso.

La “Tarea institucional” ha estado muy influida por las concepciones teóricas dominantes, pero aunque la psiquiatría biológica ha impregnado los conceptos de salud y enfermedad mental, los diagnósticos y tratamientos, también han sido muchos los profesionales que han tratado de incorporar los factores psicológicos y sociales en su quehacer. Y al mismo tiempo han aprendido a comprender la complejidad del ser humano y de sus problemáticas.

Podemos hablar de la “Tarea del equipo” cuando los profesionales la hacen propia a lo largo del proceso, la intercambian y comparten, y evitan que se rigidifique y burocratice. Para lograr que la Tarea sea común es preciso ser realista y tener en cuenta las limitaciones de la institución, de los recursos y de los propios profesionales. Desde esta posición se está en mejores condiciones para luchar a largo plazo y se puede prevenir el Síndrome de Burnout que tanto afecta a trabajadores y pacientes.

Las tareas en el C.S.M se pueden diferenciar en tres: la “tarea asistencial”, la “docente”, y la de “investigación”, que a su vez están interrelacionadas entre sí y son interdependientes. La tarea clínica aunque sea la prioritaria, no es sin las otras, ya que precisa de un buen programa de formación y de proyectos de investigación que ayuden a profundizar la praxis que realizamos.

La tarea docente, tanto en la formación continuada como en la de los futuros especialistas, precisa de directrices generales y de amplios conocimientos, que incluyan los de salud mental comunitaria. La organización de cursos teórico-prácticos que se orienten a facilitar la mejor práctica clínica de los profesionales es imprescindible para conseguir una mejor calidad en la atención de los servicios de salud mental. Es preciso priorizar los contenidos en técnicas de entrevista, psicopatología, actualización en psicofármacos, salud mental comunitaria, formación básica en psicoterapia individual, de pareja, familia y grupal, y conocimientos básicos de gestión.

Insistimos en el interés de las técnicas grupales para el aprendizaje, ya sean grupos tipo Balint, Grupo Operativo²³, o Psicodrama. Con estas metodologías grupales se facilita la elaboración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del proceso de salud-enfermedad mental. De este modo pueden paliarse las carencias por no haberse incluido

estos aspectos en la etapa universitaria y en la de postgrado, que son fundamentales en la atención a los pacientes.

La tarea investigadora del equipo es la gran “ausente”, ya que son muy pocos los centros que en la actualidad realizan proyectos de investigación cercanos a la práctica clínica. Paradójicamente y de manera incomprensible es habitual que no se investiguen las demandas más frecuentes en los servicios, las patologías que generan mayor número de consultas, la relación con el género y la importancia del duelo en la demanda a los servicios. Y asimismo, las nuevas modalidades de demanda, la patología de los que se reiteran en los cambios de terapeuta, los abordajes a las adicciones, la patología dual y trastornos de personalidad, las técnicas psicoterapéuticas más eficaces, los problemas laborales, la personalidad y los tipos de intervención más eficaces en los pacientes con bajas laborales reiteradas, etc., etc.

Actualmente es difícil plantear líneas de investigación desde un Distrito, Área, o entre un conjunto de dispositivos, y menos aún pensar en proponer proyectos a nivel Autonómico o Nacional. Es absolutamente necesario desarrollar líneas de investigación aplicada, pragmática y coordinada en estos niveles, de acuerdo con Tizón²⁴, ya que estas investigaciones nos permitirán comprender mejor la complejidad de nuestra tarea y pensar en las intervenciones terapéuticas más eficaces.

Precisamos, cambiar nuestro pensamiento para comprender la realidad asistencial, y reflexionar sobre lo que hay de común en las demandas que se reciben, y en las respuestas más pertinentes que se pueden ofrecer. Hemos de aunar esfuerzos para conocer y abordar la complejidad de las patologías que nos llegan, y discernir cuáles son las mejores intervenciones para estas problemáticas.

6.- El Equipo en los programas de continuidad de cuidados

“Es importante que nos preguntemos, ¿qué queremos y esperamos de los pacientes?

“Los pacientes producen compasión, pero también temor y desconfianza, por eso se les sobreprotege o se les vigila”.

En estos años y en muchos C.S.M., los equipos de salud mental comunitaria no han tenido nada de equipos, ni de salud mental, ni de comunitarios. Un factor importante ha sido responsabilidad de la propia Institución Sanitaria que no ha asumido realmente la tarea de la salud mental comunitaria. Y ello ha tenido como efecto que tampoco haya podido ser asumida por la “pequeña institución” que es el Servicio de Salud Mental.

La falta de objetivos institucionales no ha permitido la coordinación interinstitucional, y esta descoordinación ha hecho imposible la necesaria cooperación y colaboración entre los diversos dispositivos de la red implicada en la atención a la salud mental. La distribución de funciones entre los profesionales ha estado más motivada por cuestiones ideológicas y políticas que por las necesidades de los propios pacientes (Ibáñez et al²⁵).

La necesaria coordinación entre los diferentes profesionales, dispositivos, y organizaciones a lo largo del tiempo, y la relevancia del equipo vuelve a reiterarse cuando se ponen en marcha los programas de continuidad de cuidados en los Centros. Los objetivos más importantes en estos programas son: compartir una filosofía de continuidad de cuidados, una formación pertinente para abordar la relación profesional-paciente y el trabajo en equipo.

En el desarrollo de estos programas la falta de formación de algunos profesionales se ha evidenciado como un obstáculo importante, con la paradoja de que tienen que cuidar a los pacientes más graves. Si no se toma conciencia de esta falta de instrumentos y no se realiza la formación pertinente surgen peleas y enfrentamientos entre los profesionales debido a las ansiedades y angustias que generan estos pacientes. También puede manifestarse con actitudes superyoicas hacia los clínicos, intensa exigencia, inhibición y accesos de irritabilidad o agresividad si las dificultades no se resuelven.

En estos programas, además de la necesaria formación e instrumentación, y como para todo trabajo en equipo, se requiere hacer consciente las actitudes, sentimientos y actuaciones que lo impiden, ya que de otro modo estos afectos repercuten negativamente en su relación con los pacientes. Se ha de cuidar y apoyar especialmente las relaciones entre los responsables de continuidad de cuidados de cada paciente y sus clínicos, en general, los psiquiatras. Se han de establecer reuniones conjuntas en las que se puedan tratar las diferentes problemáticas y abordar las prioridades y urgencias.

El buen funcionamiento del programa de continuidad de cuidados a su vez pone en evidencia otras carencias en el C.S.M., por ejemplo, la organización de las urgencias, ya que si éste no está bien organizado se sobrecargarán los responsables clínicos. Es responsabilidad del Jefe de Servicio y del equipo grande tratar de resolver estas carencias y apoyar la relación entre los coordinadores de cuidados y los clínicos. Ya que si no es de este modo, se producen efectos perjudiciales en la atención de los pacientes.

Estas relaciones han de analizarse como una problemática institucional, ya que si se interpreta como una problemática personal o interpersonal se favorece el resentimiento y el malestar entre los profesionales. El Coordinador de cuidados es una figura central, es el

responsable del conjunto de las intervenciones del paciente; la relación con el clínico ha de ser de mutuo respeto y reconocimiento, porque sólo con un buen vínculo entre ellos se podrá llevar adelante los buenos cuidados del paciente.

Se ha de trabajar en “corresponsabilidad”, en una responsabilidad compartida, cada uno reconociendo lo que sabe y desconoce. El Coordinador del Programa es el principal responsable del mismo, aunque precisa al inicio del proceso del necesario apoyo e implicación del Jefe de Servicio. En los períodos iniciales ambos han de organizar conjuntamente el encuadre para las reuniones de todos los coordinadores de cuidados y, por otro lado, las reuniones conjuntas con los clínicos. El objetivo de las mismas es hablar de los pacientes, las familias, su situación laboral y económica, las intervenciones realizadas y otras a concretar, la derivación a otros dispositivos, es decir, todos aquellos aspectos significativos para una mejor evolución de los pacientes.

El diálogo es una tarea difícil, es conveniente que el Coordinador del Programa tenga formación en teorías y técnicas grupales para facilitar la articulación de las diferencias entre los distintos profesionales. De este modo podrá facilitar la elaboración de las dificultades surgidas en relación a la tarea, y mejorar la comunicación para que se pueda discriminar también las funciones y límites de cada profesional. Estos imprescindibles intercambios entre los responsables de cuidados y los clínicos ayudan a disminuir los malentendidos, inherentes a toda comunicación humana, y evitan los posibles perjuicios para el paciente que tan sensible es a la incomunicación con los otros.

Este equipo es un miniequipo dentro de la institución, con una tarea importante que es la continuidad de cuidados de los pacientes más graves de ese C.S.M. En este caso la estructura triangular grupal sería: “Grupo de profesionales del programa/ Coordinador del programa y Continuidad de Cuidados (Tarea)”. La relación del Coordinador del Programa con el Jefe de Servicio es muy importante, ha de ser de respeto mutuo y que permita una clara diferenciación de las tareas de cada uno. Es preciso una buena vinculación porque sólo la labor común permite llevar adelante un proyecto que es de gran complejidad.

El programa de continuidad de cuidados ha de incluir al menos tres o cuatro reuniones al año con los dispositivos de rehabilitación. Estos encuentros han realizarse en el C.S.M. para facilitar y permitir la mejor colaboración de los clínicos, ya que a su vez son los responsables de atender la consulta diaria del Centro. Estas cuestiones han de ser muy cuidadas por el Jefe del Servicio y el equipo de cuidados, ya que de otro modo la descoordinación entre los dispositivos causa intenso malestar y sobrecarga a los profesionales que se hacen cargo de la demanda asistencial diaria.

Se trata de tener en cuenta las diferencias de la carga asistencial, ya que con frecuencia no está bien distribuida. Es necesario que se tomen las decisiones pertinentes desde los C.S.M., como ejes de la asistencia, en la idea de generar el menor estrés laboral posible a aquellos profesionales que tienen más pacientes graves a su cargo.

Las reuniones de los implicados en el Programa, con encuadres periódicos y evaluaciones anuales, posibilitan la integración de los recursos, de profesionales y de las intervenciones para lograr la disminución de la fragmentación de los pacientes, y facilitar su integración en la comunidad y, cuando se pueda, su inserción laboral.

Las diferentes pertenencias administrativas, institucionales, disciplinas y profesiones que concurren en estos programas exige que los responsables de salud mental promuevan el buen funcionamiento de estas complejas reuniones. La O.R.S.M. ha de plantear los objetivos y clarificar la institución responsable de la coordinación interinstitucional de ese distrito o de esa Área para disminuir las ambigüedades y confusiones que se han producido a lo largo de estos años.

La organización global del C.S.M. exige la buena coordinación de todos los grupos de la institución. El Jefe de Servicio en su función de coordinador ha de apoyar para que cada grupo se plantea los objetivos y las tareas específicas del mismo, preocupándose siempre de la implicación de todos los profesionales.

En este programa, como en el resto, se han de facilitar los procesos de cooperación, colaboración, comunicación y aprendizaje, ya que se trata de que en la elaboración compartida se pueda ir creando una teoría y una práctica de continuidad de cuidados. Pero, de acuerdo con Guinea Roca²⁶, que sigue a Rotelli, hay una cuestión inicial central: “antes de rehabilitar a los pacientes es preciso rehabilitar a los dispositivos y a las ideas que les orientan”. Y añade que “la subjetividad del profesional está en juego en el tratamiento con los pacientes graves, y este hecho necesita que se le de un lugar en la Teoría de la Rehabilitación”.

7- Del Equipo multidisciplinar al Equipo interdisciplinar. La transdisciplinariedad

“Hay que reinventarse, al principio es como un tsunami, me parecía que no valía nada lo anterior, ahora he interiorizado los cambios”.

“No quiero coordinador, pero es necesario para que haya un funcionamiento de equipo, si no todo es muy loco”

El equipo para abordar su tarea precisa de un “encuadre” claro, que ofrezca las condiciones de posibilidad del proceso. Y, decíamos que ha de incluir determinadas

variables: tiempo, espacio, duración y profesionales encargados de la intervención. Estas constantes, a su vez, permitirán los movimientos y la dinámica del proceso grupal.

El encuadre ha de ser claramente explicitado en las primeras reuniones grupales, pero ha de ser asumido por los profesionales para la organización efectiva y eficiente de las tareas clínicas. Los encuadres son imprescindibles para enmarcar todas las tareas, ya sean las de evaluación, diagnóstico, tratamiento, psicoterapia, sesiones clínicas, investigaciones, docencia, etc. Y asimismo las que se refieren a los diferentes programas: continuidad de cuidados, patologías específicas, clínica del litio y depot, programa de psicoterapia de grupo, protocolos de atención, organización de las citaciones, de las historias clínicas, informes, etc.

Los encuadres de las reuniones del equipo general son fundamentales porque influyen en la organización de los otros, por ejemplo los encuadres interinstitucionales que han de establecerse para las reuniones de coordinación con los distintos dispositivos (Atención Primaria, Unidad de Agudos, Unidad de Rehabilitación, C.A.D. y Servicios Sociales).

Se observan dos tipos de encuadres en la organización de los equipos, de acuerdo con Irazábal²⁷, uno más institucional y administrativo, que se refiere a los contratos, disciplinas, status, sueldos, y otro más grupal y asumido por los profesionales, que va a ser producto de la discusión colectiva.

La puesta en práctica de las reuniones no es sencilla, se dan resistencias, los profesionales no están acostumbrados a trabajar grupalmente ni a compartir sus conocimientos y limitaciones. En estas etapas iniciales, la función fundamental del Jefe de Servicio ha de ser la garantía para que estos encuadres se respeten y se mantengan por todos los integrantes. Es decir, el encuadre es el instrumento que da las condiciones de posibilidad para los pasajes del agrupamiento al grupo, y para que éste pueda realizar el pasaje al equipo.

El Jefe de Servicio en su función de coordinador ha de mantener los encuadres y apoyar al grupo con el objetivo de que se vincule a su tarea y, sobre todo, volvemos a insistir ha de cuidar y articular las diferencias porque son la fuente de las mayores tensiones en los grupos. En los C.S.M. por la diversidad existente entre los profesionales, las numerosas tareas, las formaciones diferentes, unido a la complejidad de su objeto de trabajo (“la enfermedad mental”, la conducta, la psique...), las tensiones aún son mayores.

Sabemos que en todos los grupos humanos se producen malestares, rivalidades, competencias y envidias, pero estos afectos pueden ser mayores en los trabajadores de las instituciones sanitarias, y más intensas aún en los Centros de Salud Mental debido a la gran

complejidad de su tarea. Por eso insistimos en el interés de realizar análisis personal, ya sea individual o grupal, y más necesario aún en los períodos de crisis institucional o personal.

Los Jefes de Servicio para trabajar de manera pertinente en la institución, precisan ser coordinadores de grupos y cuidar las relaciones intergrupos. Y para ejercer estas difíciles funciones requieren una amplia formación como coordinadores de grupo, que considero es un requisito imprescindible, una condición sine qua non, para ejercer su tarea. Ya que si no poseen esta formación grupal, un esquema referencial teórico-práctico con el que poner en marcha el funcionamiento del equipo, y después mantenerlo, no podrán realizar esta función.

De ahí la gran importancia de los procesos de selección de los Jefes de Servicio, que han de ser muy cuidados, con contratos de duración limitada, para que no se generen perversiones en su funcionamiento que impidan el trabajo en equipo, como hemos observado y vivenciado. Es evidente que los criterios políticos no pueden mantenerse si se quiere que la instituciones de salud y las de salud mental funcionen.

Se precisan personas comprometidas, generosas y capacitadas para ejercer este rol, que sean capaces de construir un equipo y abordar sus problemáticas. Que tengan el objetivo principal de que la institución se convierta en una organización terapéutica para que todos los integrantes del equipo puedan establezcan un vínculo terapéutico con sus pacientes. Estos puestos, que exigen gran compromiso y responsabilidad sólo deberían ser ocupados por aquellos profesionales que conocen el campo de la salud mental y las problemáticas que se generan en las instituciones. Y han de tener las capacidades y la formación para facilitar el encuentro entre las diferentes disciplinas.

La “multidisciplinariedad” de los equipos de salud mental y la complejidad de las tareas a desarrollar precisa que el Jefe de Servicio u otro profesional capacitado del Servicio realice la coordinación (“el coordinador de programas” era una figura que constaba en los papeles de los primeros años de la reforma). Este rol de coordinación es imprescindible para que se produzca la “interdisciplinariedad”.

La diferencia entre multidisciplinariedad e interdisciplinariedad, de acuerdo con Menéndez Osorio²⁸, es que la primera hace referencia a las distintas disciplinas, ciencias o ramas del conocimiento que dan razón del saber sobre lo concreto de un problema. Mientras que la interdisciplinariedad hace referencia al método, al modelo de trabajo y a la aplicación de los conocimientos y de la técnica.

El paso de “grupo multidisciplinar” al “equipo interdisciplinario” se da si los profesionales pueden articular sus conocimientos teóricos con su práctica clínica. Este pasaje

evita que se produzca dejación de funciones, dilución de responsabilidades, y la caída en el vacío y la perversión de las funciones. Ya que la indefinición de tareas, objetivos y encuadres condena a la ansiedad, a la angustia y a la incertidumbre a los profesionales con sus consecuencias en pacientes y familiares.

Si se abandonan los objetivos de un equipo interdisciplinario, es más probable que los profesionales se centren en los aspectos más biológicos de la enfermedad, ya que es más cómodo y menos cuestionador el tratamiento con psicofármacos. Pero, las consecuencias son conocidas, efectos perjudiciales en los pacientes, aumento de la cronicidad, y aumento en los costes económicos de nuestro sistema de salud.

Si las instituciones sanitarias no fomentan y priorizan el trabajo en equipo se beneficia a la industria farmacéutica en detrimento de los tratamientos psicoterapéuticos, que desde hace muchos años se sabe que son mucho más eficaces en la mayoría de las demandas a los C.S.M. Esto no quiere decir que no conozcamos la gran utilidad de los psicofármacos si se indican de manera pertinente.

Se trata de promover el encuentro entre las diferentes disciplinas, ampliar la mirada, y también manteniendo la importancia de lo intrapsíquico, tratar de ir más allá de lo individual para llegar a lo colectivo, que también forma parte de nuestra subjetividad. Se trata de favorecer la puesta en común de los esquemas conceptuales referenciales de cada uno para lograr uno común que sea operativo para la resolución de la tarea. Este E.C.R.O., que es operativo y compartido por el equipo, es lo que va a permitir una mejor articulación de la diversidad, ya sea de las tareas, de los profesionales y de las disciplinas en la búsqueda de una estrategia común para ofrecer una atención integral a los pacientes.

Y en este punto nos preguntamos: ¿cuál es el objetivo fundamental en los C.S.M.?, organizar un buen equipo. Y, ¿que es un buen equipo?, y a esta pregunta Tari²⁹ responde que es aquel que funciona como un equipo operativo. Aquel en el que se da una buena pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y una telé predominantemente positiva entre sus miembros. Y añade que las posibilidades de trabajo en equipo son mayores, si el poder institucional de quien lo lidera es mayor, ya que de ese modo se incrementa la capacidad de cambio y de transformación institucional.

¿Por qué es importante el trabajo en equipo?, porque posibilita una mejor práctica clínica, disminuye la petición de pruebas, análisis y medicación, y permite realizar indicaciones más adecuadas al tener en cuenta aspectos más amplios de la realidad asistencial y de la relación terapéutica. El trabajo en equipo procura grandes beneficios a la práctica asistencial, ya que los fenómenos de "dilución de responsabilidades" y "complicidad en el anonimato" se dan en menor intensidad, de acuerdo con Balint³⁰.

La construcción de un equipo interdisciplinario requiere que los profesionales compartan la clínica que hacen con los pacientes, parejas, familias y grupos. En los C.S.M. es importante potenciar el intercambio de experiencias e intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Este intercambio ha sido inviable en muchos Centros porque no se daban las condiciones de cooperación y colaboración entre los profesionales. Por eso deben intentarse resolver los obstáculos afectivos que lo impiden y plantear encuadres lo menos exigentes posibles y en los que predomine el respeto por el otro. Sólo de ese modo, cada uno podrá mostrar su conocimiento, pero también manifestar sus límites en el saber y hacer de su profesión.

En nuestro país no ha habido suficientes conocimientos para articular propuestas que facilitaran el pasaje de una multidisciplinariedad constitutiva a una interdisciplinariedad de carácter instituyente, de acuerdo con Leal y Escudero Nafs³¹. Y, por otro lado, otra tarea pendiente, como plantea Inglott³², es que “la mera interdisciplinariedad es insuficiente para investigar al hombre en su complejidad, y por eso propone la necesidad de un eje transdisciplinar que no se limite a articular disciplinas sino que las reorganice en un nuevo nivel epistemológico”.

Y volvemos a señalar los riesgos de la aspiración de la Psiquiatría a tener una plena homologación en el marco del saber médico, ya que esta circunstancia ha confundido mucho a los equipos de salud mental, de acuerdo con este autor. Considera que se han revisar las relaciones interdisciplinares para que cada especialista encuentre su verdadero lugar en el equipo.

Por otro lado, insistimos en que para este proceso de cambio se requiere la pertinente formación, un modelo biopsicosocial y de salud mental comunitaria, y también una pertinente formación psicoanalítica y grupal. Esta formación debería ser un requisito imprescindible para la acreditación de las Unidades docentes y de los proyectos formativos de pregrado y postgrado^{33, 34}.

8.- El Equipo del C.S.M., eje central de la organización y de los tratamientos³⁵

“Un equipo sólo puede constituirse como tal y desarrollarse, si tiene un coordinador/director que asume las funciones de organizar un conjunto de profesionales con vista a alcanzar los objetivos institucionales y los del equipo”³⁶.

El equipo es el instrumento básico en Salud Mental, espacio privilegiado intermedio entre el ámbito psicosocial, que corresponde al sujeto, y el institucional, de acuerdo con

Vallejo³⁷. En los inicios hablábamos de un agrupamiento de profesionales que se van conformando como grupo durante un proceso más o menos largo, hasta que lleguen a construirse como equipo.

Los equipos interdisciplinarios son el instrumento teórico-práctico imprescindible para el trabajo en salud mental comunitaria. Se aplican metodologías grupales para ayudar a disminuir las resistencias al cambio de los profesionales, y de ese modo disminuir o evitar las confrontaciones dilemáticas entre las diferentes especialidades o dentro de la misma profesión. El trabajo en grupo operativo es una metodología de gran interés porque ayuda a elaborar los obstáculos teóricos y afectivos que surgen a lo largo del proceso grupal.

Las elaboraciones van permitiendo las diversas integraciones en la medida en que logran disminuir las resistencias de los integrantes, que se manifiestan en confrontaciones y peleas por las distintas pertenencias teóricas, o por la organización en “subgrupos” dentro del grupo grande, ya sea por identificaciones afectivas o intereses. La disminución de resistencias y la progresiva elaboración permite la interrelación entre las diferentes disciplinas y superar la inercia a funcionar en organizaciones con comportamientos estancos y fragmentados.

Sin una diferenciación explícita de roles y funciones no es posible ofrecer una calidad en la asistencia a la población, ya que la indefinición potencia dinámicas institucionales disfuncionales, confusión de roles y dilución de competencias y responsabilidades. Asimismo favorece el predominio de las hipótesis biologicistas, y el incremento de las ansiedades confusionales y persecutorias en los profesionales, lo que además dificulta el proceso terapéutico de los pacientes. Por el contrario, en un modelo de salud mental comunitaria, el eje de la asistencia siempre es un equipo comprometido con una clara definición de tareas, objetivos y funciones.

Es necesario poner límites al abuso en el uso de medicación que se realiza en algunas problemáticas y psicopatologías, sobre todo, en niños y adolescentes, que cada vez son más medicados, como en el caso del trastorno por déficit de atención. También se hipermedican numerosos casos de depresión leves y moderadas, algunos trastornos de personalidad, etc. Sabemos que en muchas de estas problemáticas se ha evidenciado que el tratamiento privilegiado es la psicoterapia.

Los objetivos de los equipos requieren formación, coordinación, y encuadres definidos, tanto para las tareas de organización como para las terapéuticas, ya que sólo de esta manera, el equipo podrá adquirir mayor consistencia y fortaleza para enfrentar las diferentes vicisitudes. Entre ellas, la tendencia al biologismo, al hospitalocentrismo, la burocracia, las rivalidades y competencias entre los profesionales, y aquellas actitudes

defensivas y paralizantes de algunos profesionales que sólo pueden reivindicar lo que no es su función.

Las políticas asistenciales son las que deciden el destino de los presupuestos, por eso es muy importante que estos sean suficientes para llevar adelante el proyecto. Por otro lado, las instituciones regionales y nacionales de salud mental tienen que definir las líneas y estrategias generales en los planes de salud mental. Estamos preocupados porque aunque en lo manifiesto se hable de salud mental comunitaria, la realidad asistencial de los últimos años se ha potenciado lo hospitalario, que de nuevo se ha convertido en el eje y centro de la red asistencial, y en detrimento de lo comunitario, cuyo eje es el C.S.M.

Los cambios en las instituciones de Salud Mental sólo pueden darse si se apoya el desarrollo de equipos interdisciplinarios que permitan a los profesionales participar en la toma de decisiones y en el desarrollo de un proyecto en común con otros, en unos encuadres grupales que posibiliten compartir objetivos y tareas. En este punto, seguimos a Irazábal cuando señala que los equipos han de pasar del “encuadre institucional” al encuadre surgido del trabajo del grupo, es decir internalizarlo y darse un “encuadre de equipo”.

Precisamos modelos de funcionamiento que faciliten la participación de todos los profesionales, ya que si la cooperación es mayor, la resistencia al cambio es menor. Las metodologías grupales disminuyen las actitudes defensivas para elaborar las resistencias al cambio que son inherentes al funcionamiento de las organizaciones. Los equipos sólo podrán ser agentes terapéuticos si se sustentan en modelos teóricos potentes, entre ellos, los modelos biopsicosociales, y las teorías grupales psicoanalíticas que dan cuenta del hombre como sujeto del inconsciente, del grupo familiar y del ámbito comunitario y social.

De acuerdo con Scotti³⁸, cuando no se trabaja en equipo es más difícil pensar en la elaboración de los aspectos emocionales que depara el contacto con el enfermo. Por eso, el trabajo grupal en equipo disminuye los riesgos al ofrecer las condiciones para tener en cuenta la totalidad del organismo y el ser persona del paciente.

El trabajo en equipo se ha evidenciado como el mejor instrumento para elaborar los problemas internos de organización de nuestras instituciones y al mismo tiempo articular la relación del C.S.M. con el resto de los dispositivos de salud mental. Los nuevos modelos de salud mental precisan equipos interdisciplinarios capaces de coordinarse con los servicios sanitarios y sociales. Hemos tenido la suerte de tener experiencias en algunos C.S.M. para aprehender que el equipo es el mejor instrumento para potenciar las relaciones interinstitucionales.

La descoordinación interinstitucional promueve la disociación y fragmentación de los pacientes más graves, abocándoles a un mayor marginación y exclusión. Sólo el abordaje interdisciplinar permite atender las complejas necesidades y problemáticas de nuestros pacientes, y observar las nuevas demandas que surgen en la sociedad actual. Y asimismo posicionarse de una manera más seria para abordar mejor los programas de tratamiento psicoterapéutico.

La “corresponsabilidad” de todos los profesionales es la posibilidad para que el grupo realice el pasaje y pueda constituirse como equipo. El proceso de cambio sólo es posible si se tiene una implicación para analizar los problemas en profundidad y un compromiso ético de los profesionales con los pacientes. La comunicación, coordinación, cooperación y adecuada transferencia de información es la base del trabajo en equipo, lo que facilita la resolución de los conflictos y la evaluación anual de los objetivos, métodos y procedimientos, de acuerdo con West³⁹.

El equipo, por tanto, es el instrumento imprescindible para un desarrollo eficaz de la política de continuidad de cuidados en nuestro país, y el instrumento adecuado para la organización y coordinación de los profesionales y recursos asistenciales, ya que posibilita la relación de los profesionales entre sí, con la institución/es y con los pacientes. Pero para que se constituyan, volvemos a insistir en que las instituciones se han de responsabilizar en poner los medios para que se aborden los obstáculos que interfieren este modelo de trabajo

Es preciso que se potencien los mecanismos que facilitan la constitución y desarrollo de los equipos interdisciplinarios, ya que si las instituciones autonómicas se inhiben, serán cómplices y responsables de la afectación de la salud de los profesionales y del mayor riesgo de cronicidad en los pacientes con el consiguiente aumento en el gasto de psicofármacos.

Es preciso una reflexión a largo plazo sobre estas cuestiones porque, como he tratado de mostrar, trabajar en equipo es muy difícil y sin las condiciones de posibilidad es imposible. Por ello son tan habituales las actitudes de evitación y precaución frente a los grupos e instituciones, aunque se sepa también que los grupos son totalmente necesarios a lo largo de la vida del sujeto.

El trabajo en equipo requiere tres dimensiones: “cuidar, cuidarse y ser cuidado”, de acuerdo con Leal⁴⁰. Y para terminar este apartado, parafraseo a Guinea, “el trabajo en equipos interdisciplinarios precisa de unos profesionales que se comprometan con una práctica reflexiva y abierta a comprender los errores y mejorar los programas y las intervenciones. Un equipo que se preocupe de las necesidades de los pacientes pero, sobre todo, de generar ese deseo de cambio que le permita al paciente ser el protagonista de su historia y de su tratamiento para que pueda hacer un vínculo social con los otros. Ya que

quizás de ese modo, el paciente pueda aceptar su responsabilidad y el deseo de entendérselas con este mundo, tan contradictorio y falto de sentido, en el que vivimos”.

9.- A vueltas con la función Coordinación. La Supervisión.

“Estaba desesperanzada con la profesión, desde que trabajamos en equipo me siento aliviada”.

“Hay que escuchar qué quiere el paciente, ver a la persona y no tanto a la enfermedad. Yo también necesitaba que alguien me escuchase”.

En el emergente de esta profesional se apunta que es preciso la buena comunicación entre los profesionales y con los pacientes. El equipo se construye en la integración, cooperación, pertenencia y pertinencia, y la función terapéutica de la institución como un conjunto sólo será posible si existe una buena interrelación entre todos los grupos que componen el equipo institucional.

Pero, como hemos señalado reiteradamente, esta función terapéutica de la institución sólo es posible con Jefes de Servicio/Coordinadores que hayan sido capaces de apoyar y promover encuadres eficaces para el mejor tratamiento de los pacientes. Unos profesionales lo suficientemente capacitados para poder y saber posicionarse en la periferia del grupo y lograr la distancia operativa pertinente para facilitar el buen vínculo del grupo con la tarea terapéutica.

Los equipos de salud mental funcionarán como agentes terapéuticos si logran conformar una estructura grupal que sea capaz de contener las ansiedades de los pacientes y de los profesionales. Una estructura grupal que contenga los movimientos emocionales y que les proteja de las intensas pulsiones destructivas que surgen en las dinámicas grupales. Se trata de una matriz grupal, en palabras de Foulkes, que permite contener y después reflexionar y elaborar las intensas emociones que se producen en las relaciones diarias con los pacientes, los compañeros y la institución.

Tenemos que trabajar para que nuestras instituciones sean más humanas, y puedan realizar una buena acogida de los pacientes. Para que realmente sean terapéuticas hemos de privilegiar las teorías y metodologías grupales que permiten elaborar los obstáculos afectivos y teóricos que se producen en las interrelaciones entre los miembros de la institución. Sólo los Jefes de Servicio que combinén su rol con el de coordinación podrán funcionar como “copensores”, en palabras de Bleger⁴¹. De esta manera podrán apoyar el pasaje de grupo de supuesto básico a “grupo de trabajo”, en palabras de Bion,⁴² y sostener al grupo para que funcione como un “grupo de tarea”, en las de Pichon-Rivière.

Estos autores piensan al grupo como un “todo”, como “una estructura que está más allá de la suma de sus partes”, y de ellos hemos aprendido que la función coordinación es imprescindible para la construcción de la estructura, de la matriz del equipo. El líder del grupo ha de ser la tarea en grupo operativo, pero el Coordinador en los inicios de los procesos grupales, sobre todo, ha de ejercer un liderazgo funcional y “democrático”. Ha de buscar la colaboración, participación, implicación y el compromiso de todos los miembros del grupo. Y, desde su posición periférica, promover los liderazgos rotatorios necesarios para llevar adelante las tareas que se tienen que afrontar como equipo.

El Jefe de Servicio/Coordinador ha de transmitir la información institucional, y decíamos que ha de asumir la responsabilidad de convocar las reuniones del equipo, y también las de los subequipos cuando no puedan ser convocadas por su responsable. Su función es dirigir, y luego acompañar a los profesionales durante el desarrollo de estos procesos. Ha de potenciar la comunicación para que todos puedan hablar y sentirse escuchados y, de este modo, puedan implicarse en los objetivos en función de cada momento del proceso.

En los momentos de cambio y resistencia al mismo, su implicación y colaboración es más necesaria, del mismo modo que en los períodos de evaluación de la tarea anual grupal. El coordinador en una posición más o menos activa, en función del proceso, ha de estimular el análisis y la solución de los problemas, los acuerdos en la toma de decisiones, y para ello precisa mostrar un claro apoyo a las diferencias y diversidades que se dan en el equipo.

Subrayamos de nuevo que en su difícil labor, ha de articular su rol como jefe y como coordinador, ya que sólo de ese modo podrá ayudar a los miembros del equipo a atravesar las diferentes etapas del proceso grupal. Desde las dinámicas iniciales de dependencia, con la emergencia de sentimientos ambivalentes en todos los protagonistas, a la paulatina elaboración de los obstáculos y malentendidos que se derivan de las divergencias acerca del proyecto y de las metas a alcanzar.

Es importante que sea capaz de transmitir su “saber hacer con los otros y la tarea”, y con sus actitudes de constancia y flexibilidad conseguir que disminuyan las conductas defensivas, para lograr incrementar la motivación de los profesionales, y facilitar la interrelación e intercambio de ideas. Su actitud de confianza y respeto hacia los otros posibilita la producción de vínculos más saludables entre los profesionales, lo que evita o disminuye de manera importante los síndromes depresivos-ansiosos que se observan en los profesionales de algunos equipos, y sobre todo, con datos alarmantes en los disfuncionales.

Dicho en pocas palabras, los equipos funcionan como agentes terapéuticos si hay un fuerte compromiso con los pacientes, tanto de los profesionales como del coordinador y se implican en compartir una tarea que tenga en cuenta:

- . el qué (los objetivos),
- . el cómo (el método)
- . y el cuándo (las prioridades).

Es muy interesante cuando el Jefes de Servicio no consigue los logros que desea y promueve la búsqueda de un supervisor externo a la institución, un profesional que debe estar siempre adiestrado en las problemáticas de los grupos e instituciones. La supervisión es una función externa al equipo en la que el supervisor actúa como observador de las dinámicas grupales incluida la coordinación.

En la supervisión se utilizan metodologías grupales, como los Grupos Balint, los Grupos Operativos y el Psicodrama, que son de gran utilidad al posibilitar la reflexión de las intensas emociones que se producen en la práctica clínica. Los grupos de supervisión también ayudan a prevenir los efectos institucionales sobre la salud de todos los implicados.

En estos últimos años se están dando iniciativas para contratar supervisores externos en algunos Servicios de Salud Mental que me parecen de mucho interés, sobre todo, si son realizadas por especialistas con formación psicoanalítica y grupal. A través de la supervisión, con la escucha activa, las preguntas, señalamientos, y en algún caso interpretaciones, los profesionales pueden tomar conciencia de las dificultades y resistencias al cambio del proceso.

La Supervisión es un gran instrumento en aquellas instituciones con dificultades en el desarrollo de sus objetivos y tareas, y muy útil también en aquellos Centros más reacios al trabajo grupal e interdisciplinar. En las entrevistas iniciales, el equipo de supervisión ha de investigar la demanda del grupo y explorar las expectativas y necesidades, así como los objetivos propios y compartidos.

No hay que centrarse en las diferencias epistemológicas, ya que los distintos campos disciplinarios han de converger alrededor de la tarea práctica, y se han de utilizar los conceptos de cada disciplina en una dimensión transdisciplinar, de acuerdo con Montecchi⁴³. Quien utiliza el término de “recombinación” para señalar el proceso de vinculación de las distintas experiencias y teorías para construir un E.C.R.O. compartido y concreto para ese equipo. Propone que la intervención genere una fisura que tenga el objetivo de que la institución no se burocratice.

La supervisión favorece el diálogo, la comunicación y la responsabilidad compartida, y disminuye la angustia y los afectos “negativos”, busca acotar los momentos de pre-tarea, que son resistenciales, para poder centrarse en la tarea y atender de manera pertinente a la población que se atiende.

La supervisión limita también los movimientos más regresivos del grupo y de los integrantes, sobre todo, de aquellos que se acaban de incorporar al mismo. Las dinámicas transferenciales siempre han de tener en cuenta la tarea, porque esto ayuda a que las transferencias y proyecciones masivas de los profesionales se aminoren, porque hay que tener en cuenta que la regresión de los pacientes graves también afecta a los profesionales.

En estos grupos se muestran las actitudes individualistas, narcisistas, obsesivas, paranoides, también afectos muy diversos, como la angustia, los sentimientos de amor/odio, la tristeza, la rabia, la envidia, la rivalidad, y la competencia. Unos afectos y sentimientos que si no son elaborados paralizan la tarea, por eso uno de los objetivos más importantes de la supervisión es trabajar estos obstáculos afectivos que impiden realizar la tarea.

En estos espacios se promueve la explicitación, significación, y elaboración de todas aquellas actitudes, sentimientos, afectos y mecanismos defensivos que pueden ser tan intensos que bloquen al individuo y al grupo. Se trabaja para superar los malentendidos y sobreentendidos que llevan a la incomunicación, a la rigidez de los profesionales, y a la evitación de la relación con los otros, como exemplifiqué en uno de los C.S.M. en los que trabajé.

En nuestro país, la demanda de supervisión ha sido excepcional por la resistencia de los propios grupos, de los Jefes de Servicio o de los gestores, y más aún si esta actividad presuponía un coste económico. De nuevo, la posición del Jefe de Servicio es importante, ya que si no apoya la puesta en práctica de estas supervisiones no es imaginable que se pongan en marcha. En otros C.S.M. los profesionales podrían estar interesados en la supervisión, pero no se solicita porque el Jefe de Servicio lo viviría de manera persecutoria, como un cuestionamiento y pérdida de poder frente al grupo.

Las supervisiones son un espacio privilegiado para abordar los conflictos con la institución, con el equipo y los pacientes. Son espacios donde se facilita que se muestren las dificultades, las quejas, los sentimientos de frustración, la angustia, el sufrimiento, y la depresión que surge cuando se sienten desbordados por los conflictos en la dinámica institucional. Si se facilita la dinámica de resolverlos, estos conflictos pueden ser saludables, y muy patógenos cuando la dinámica de la institución sólo promueve la represión y el rechazo de los mismos.

La supervisión, a través del señalamiento y la interpretación de las dificultades, siempre en relación a la tarea, permite enfrentar las resistencias al cambio que genera todo proceso grupal. En palabras de Bion posibilita abandonar el funcionamiento de supuesto básico para pasar a ser un grupo de trabajo, o siguiendo a Pichón, realizar el pasaje de grupo en pre-tarea a transformarse en un grupo de tarea. El proceso de supervisión si realiza con un encuadre continuado permite construir una red de relaciones y comunicaciones, tanto intelectuales como afectivas, que permite la elaboración de un esquema referencial que permite operar a sus integrantes.

Los encuadres de supervisión permiten el pasaje del grupo, desde el registro de lo imaginario a lo simbólico, y de ese modo, disminuir las relaciones imaginarias, narcisísticas y autísticas que no posibilitan el proyecto. Permiten acceder al intercambio de ideas, debates, resolución de problemas, toma de decisiones, y proyectos que a su vez estimulan los procesos de simbolización en el desarrollo de la Tarea.

La demanda de supervisión de los profesionales que trabajan en Centros con dinámicas disfuncionales también depende de los responsables de salud mental regionales y de su interés en estas prácticas. En las Oficinas Regionales de Salud Mental es preciso que se produzca un cambio, que no dependa sólo de las voluntades individuales. Es preciso que disminuyan sus resistencias y descubran la gran riqueza que tienen estas actividades para los profesionales.

En un espacio de supervisión éstos relataban: “para no quemarse, hay que buscarse más actividades en equipo y no resquebrajarnos ante las demandas institucionales”. Por eso los responsables de los Planes de Salud Mental han de escuchar a sus propios profesionales, porque si no lo hacen éstos no podrán organizar bien los tratamientos psicoterapéuticos que tan necesarios son para los pacientes que solicitan su ayuda en los C.S.M.

10.- A modo de conclusiones

“Tenemos que lograr un equipo que sepa lo que quiere, para no aceptar todo lo que la institución quiere de nosotros”.

- Las Oficinas Regionales de Salud Mental han de coordinar las actuaciones en Salud Mental con los responsables de Atención Primaria y Servicios Sociales, y concretar los procedimientos de actuación en salud mental para todos los dispositivos de la red sociosanitaria. Ya que sólo la imprescindible coordinación de dispositivos, disciplinas, profesionales, tareas y objetivos hará posible la atención integral de los mal denominados “enfermos mentales”.

- La organización de los Servicios de Salud Mental precisa de "Equipos Interdisciplinarios" que asuman las tareas complejas de los procesos de la salud y de la enfermedad mental, desde una concepción que aborde las variables biológicas, psicológicas y sociales implícitos en estos procesos.

- El trabajo en equipo es un compromiso ético con nuestros pacientes, pero exige de la administración sanitaria una regulación de las funciones y responsabilidades de todos sus profesionales; y también la definición de las prestaciones, programas e intervenciones prioritarias a desarrollar en los Servicios de Salud Mental.

- El funcionamiento en equipo tiene gran interés por su capacidad para contener los movimientos pulsionales de sus miembros en los inicios. Posteriormente logra constituirse como un espacio de significación y simbolización que ayuda a reestructurar los momentos de crisis y desestructuración que se producen en el proceso grupal.

- La coordinación es un elemento central y el primer organizador de la estructura grupal. Su función es lograr la vinculación de los otros dos elementos de la estructura, el grupo y tarea, es decir, su objetivo es que el grupo realice su tarea. Para ejercer la misma requiere muy buena formación y, sobre todo, calidad humana para saber tratar a pacientes, familiares y profesionales.

- El equipo, de acuerdo con Bleger, ha de funcionar con una delimitación de tareas, funciones, roles; ya que sólo de esta manera el podrá funcionar como un grupo operativo. Nosotros podemos decir que la función del coordinador es facilitar el pasaje del agrupamiento a grupo y de éste al equipo, es decir, acompañarles y de alguna manera orientarles para que puedan transformarse en un equipo organizado alrededor de su tarea. Ha de ayudar a la buena ubicación de cada disciplina, para que de ese modo se puedan clarificar las tareas de cada profesional.

- La supervisión es de gran ayuda en estos procesos. En nuestra experiencia como supervisores podemos plantear que son espacios de reflexión acerca de la dinámica institucional, del funcionamiento del grupo, y de las problemáticas e intervenciones con los pacientes. Estos espacios ayudan a resolver las contradicciones, dilemas, ambigüedades y, en general, aquellos obstáculos que dificultan el proceso.

- El supervisor ha observar también el vínculo entre el coordinador y el equipo, y a través de señalar las dificultades, resistencias y obstáculos se podrá analizar o resolver las diferentes problemáticas en relación a la institución, al coordinador, al equipo, y a los pacientes y familiares. En los espacios de supervisión han de incluirse todos los miembros de

la institución, y generar un clima de confianza para que todos puedan tomar la palabra y hablar de los malestares en la institución.

- Han de establecerse períodos anuales de evaluación de las diferentes tareas, con el objetivo de tomar conciencia de la repetición de ciertos modos de relación que boicotean la misma. La evaluación posibilita tomar conciencia de los estereotipos, estudiar la dinámica de la institución y revisar las “repeticiones” que se producen en el modo de funcionamiento del equipo, para así lograr una mejor atención a los pacientes.

- Las políticas de Formación Continuada, de Pregrado y Postgrado han de estar orientadas para capacitar a los profesionales en la diversidad de las tareas del equipo de salud mental (clínicas, terapéuticas, rehabilitadoras, grupales, comunitarias, de gestión, etc.). Las metodologías grupales son imprescindibles tanto para la clínica como para la investigación, y en ésta el objetivo es delimitar las líneas prioritarias que mejoren nuestra práctica clínica.

Y en el momento de cierre vuelvo a plantearme la pregunta: ¿por qué trabajar en equipo? Porque sólo el trabajo en equipo permite abordar los mecanismos disfuncionales, la fragmentación y descoordinación existente, y ayuda a integrar las diferencias que tanto conflicto generan en la vida de los equipos. El equipo mejora el funcionamiento y la organización de las instituciones, lo que incrementa la satisfacción de los profesionales al disminuir la ansiedad que produce la práctica clínica. Y, por tanto, mejora la salud física y mental de los profesionales y el malestar y sufrimiento de los pacientes y familiares.

Parafraseo unas palabras de Saramago⁴⁴ que recuerdan la dificultad de trabajar en equipo, pero también la importancia de tener un proyecto en común: "Sólo hablamos palabras imprescindibles. No nos comunicamos. Nuestro hablar es monocorde, elemental. Esto es un peligro. Al no usar las palabras se pierden los sentimientos.... Sin futuro, el presente no existe para nada, es como si no existiese..." .

Estas palabras, que muestran los riesgos de la incomunicación y la falta de futuro, llevan mi pensamiento de nuevo hacia nuestros pacientes graves y al proyecto que podemos ofrecerles, ya que ellos carecen de él. Y por eso me reitero en que sólo a partir del deseo de trabajar en equipo es como podremos ofrecer un futuro digno a nuestros pacientes. Se trata de que podamos transmitir este deseo a nuestros compañeros en los diversos encuentros, y que en el camino pueda fortalecerse y compartirse hasta lograr que sea un deseo común, y entonces podremos decir que el trabajo en equipo se ha hecho realidad.

Citas bibliográficas

- ¹ Huertas, R., "Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría", Rev. A.E.N, 1991, 37: 73-79 frecuente.
- ² Inglott, R., "La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental", Rev. A.E.N, 1999, 70: 209-223.
- ³ Engel, G. L., "The need for a new medical model: a challenge for biomedicina", Science, 1977, 196:129-136.
- ⁴ Irazábal, E., "Equipos, conflictos y patologías", Rev. Área 3, 2014, nº 18.
- ⁵ Gómez Esteban, R., "El equipo de salud mental" en Leal, J., Escudero Nafs, La continuidad de cuidados y el trabajo de red en salud mental, Madrid, Ed AEN, 2006.
- ⁶ Gómez Esteban, R., Las ansiedades del médico en la relación médico-paciente [Tesis Doctoral], Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, 2000.
- ⁷ Anzieu, D.; Martin, J-Y., La dinámica de los grupos pequeños, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004.
- ⁸ Mosteiro López, C., "Entre el encierro de los pacientes y el de los profesionales, las prácticas y los equipos: el trabajo vivo en acto", Rev. Área 3, 2018, extra nº 3.
- ⁹ Gómez Esteban, R., Tesis doctoral sobre "las ansiedades del médico en la relación médico – paciente", Universidad Autónoma de Madrid, 2000.
- ¹⁰ Gómez Esteban, R., El médico como persona en la relación médico-paciente, Ed. Fundamentos, Madrid, 2002.
- ¹¹ Mingote Adán, J.C., "Síndrome Burnout, síndrome de desgaste profesional", Monografías de Psiquiatría, 1999, 5: 1-44.
- ¹² Gómez Esteban, R., "La relación médico – paciente, efectos sobre la salud del médico", Psiquis, 2003, nº 2, (24): 4-16.
- ¹³ Gómez Esteban, R., "El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo", Rev. AEN, 2004, nº 90: 41-57.
- ¹⁴ González de rivera, J. L., El acoso laboral, Ades Ediciones, Madrid, 2003.
- ¹⁵ Florez Lozano, J. A., Manual de prevención y autoayuda del burnout del médico, Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina, Almirall Prodesfarma, 2002.
- ¹⁶ V.V.A.A., "Quemados por el trabajo", Rev. OMC, 2002, nº 86.
- ¹⁷ Olmedo Montes, M. et al, "El síndrome de Burnout: variables laborales, personales y psicopatológicas asociadas", Psiquis, 2001, 22:117-129.
- ¹⁸ Bleger, j., "El grupo como institución y el grupo en las instituciones",
- ¹⁹ Irazábal Martín, E., Apuntes para una psicología social de los equipos de salud mental, en Bauleo, A.; Duro, J. C.; Vignale, R., Concepción Operativa de Grupo, Ed. A.E.N, Madrid, 1990.
- ²⁰ Suarez, F., "Apuntes para una reflexión sobre la gestión de recursos y coordinación de equipos", 2001, Rev. Área 3, nº 8.
- ²¹ Mena Pérez A., Doll Gallardo, A., La tarea y los liderazgos en los equipos asistenciales, en Castro Oller, M., Gómez Esteban, R., De la Hoz Martínez, A., La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental, AEN, 2018.
- ²² Gómez Esteban, R., Psicoterapia de grupo psicoanalítica en la esquizofrenia, algunas fases del proceso grupal, en Gómez Esteban, R. y Rivas Padilla, E., La práctica analítica en las

Instituciones de Salud Mental, la Psicosis y el malestar en la época actual, Madrid, Ed. A.E.N., 2006.

²³ Gómez Esteban, R., "Acerca de la formación de los residentes en Psiquiatría y su proceso de aprendizaje", Monográfico: Formación en Salud Mental, Rev. A.E.N. 1993: 7-13.

²⁴ Tizón. J. L., "Investigación y docencia en salud mental", Rev. AEN, 2001, 77: 69-99.

²⁵ Ibañez, M. L., *et al.*, "El reto del trabajo interdisciplinar", Rev. A.E.N., 2001, 79: 91-101.

²⁶ Guinea Roca, R., "Rehabilitación psicosocial", Rev. A.E.N., 1998, 65: 151-167

²⁷ Irazábal, E., "Equipos, conflictos y patologías", Rev. Área 3, 2014, nº 18.

²⁸ Menendez Osorio, F., "Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental", Rev. A.E.N, 1998, 65:145-159.

²⁹ Tarí, A., "Esbozos de reflexión sobre la evaluación de los equipos", Rev. Área 3, 2001, nº 8.

³⁰ Balint, M., El médico, el paciente y la enfermedad, Buenos Aires, Ed. Libros Básicos, 1961.

³¹ Leal. J., Escudero Nafs, La continuidad de cuidados y el trabajo de red en salud mental, Madrid, Ed AEN, 2006.

³² Inglott, R., *ibidem*.

³³ Gómez Esteban, R., "Formación en Psicoterapia de Grupo Psicoanalítica, Rev. Siso Saude, 2017, 60-61:113-141.

³⁴ Olabarría, B., La Psicología clínica como especialidad sanitaria de la Psicología, en Espino, A. y Olabarría, B., La formación de los profesionales de la salud mental en España", Madrid, Ed. A.E.N, 2003.

³⁵ Arroyo Guillamón, R., "Equipados para la travesía grupal, aplicaciones del grupo al trabajo en salud mental", en Castro Oller, M., Gómez Esteban, R., De la Hoz Martínez, A., La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental, AEN, 2018.

³⁶ Tarí, A., "Esbozos de reflexión sobre la evaluación de los equipos", Rev. Área 3, 2001, nº 8.

³⁷ Vallejo, F., "Grupo, Equipo e Institución en los contextos actuales de los servicios sanitarios" en Castro Oller, M., Gómez Esteban, R., De la Hoz Martínez, A., La Psicoterapia de Grupo en los Servicios de Salud Mental, AEN, 2018.

³⁸ Scotti, F., "La relación asistencial", Quadern Caps, 1991, 15: 24-31.

³⁹ West, M.A., El trabajo eficaz en equipo, Barcelona, Ed. Paidós, 2003.

⁴⁰ Leal Rubio, J., Equipos comunitarios: ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión?, en V.V.A.A., Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario, Barcelona, Diputación de Barcelona, 1993.

⁴¹ Bleger, J., Grupos operativos en la enseñanza, en Bleger, J., Temas de Psicología, Buenos Aires, Ed. Nueva Visión, 1980.

⁴² Bion, W.R., Experiencias en grupos, Buenos Aires, Ed. Paidós, 1972.

⁴³ Montecchi, I., "El equipo de trabajo y el trabajo del equipo", Rev. Área 3, Cuadernos de temas grupales e institucionales, nº 16, 2012

⁴⁴ Saramago, J., *Ensayo sobre la ceguera*, Madrid, Alfaguara, 2003.