



## ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 27 – Invierno 2023

### (Des)encuentros con la institución

José Camilo Vázquez Caubet<sup>1</sup>

*Texto basado en la intervención del autor en el Ateneo de Área 3, en mayo de 2023.*

#### 1. PENSAR LA INSTITUCIÓN

Todo comenzó cuando compartí con mis compañeras de Área 3 mi interés por aprender más sobre las instituciones. Ésta, nuestra institución, me recordó cual era mi lugar en ella y me sugirió que me pusiera manos a la obra. El resultado son estas líneas.

Pero la tarea se resiste. Hay mucho que leer y se hace difícil resumir, sintetizar.

Una primera impresión sería la de que el pensamiento en torno a la institución no vive actualmente su mejor momento. Este campo tuvo su auge en torno a los sucesos de mayo de 1968, un momento de gran interés social por entender e impugnar la institución.

Actualmente, excepción hecha ante asociaciones como Área 3, no parece que abunden los trabajos o la reflexión en torno al hecho institucional.

David Graeber afirmaba en “La utopía de las normas” que los estudios sobre la burocracia tuvieron su auge entre los años 70 y 80 del siglo XX, pero poco después entraron en declive. Opinaba que la burocracia se había hecho tan omnipresente durante ese periodo que ya no éramos capaces de pensarnos sin ella formando parte de nuestras vidas.

---

<sup>1</sup>Psiquiatra y psicoterapeuta en la Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE) del Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) de la Comunidad de Madrid. Socio de Área 3.

Quizás, de forma similar, la presencia de tantas instituciones y el impacto innegable que tienen sobre nuestras vidas hagan que nos cueste pensarlas, de tan adentro que las llevamos metidas. Pero no se trata esta de una cuestión resuelta. Otra hipótesis sería que el pensamiento institucional se lo haya apropiado el “management” propio del mundo de la empresa, o tal vez haya quedado tras las lindes del “coaching” organizacional. Un posible trasvase del pensamiento hacia un nuevo campo.

Unas pinceladas históricas.

La efervescencia de mayo del 68 vino abonada por un pensamiento previo.

Durkheim, padre de la sociología, había abordado con un punto de vista objetivista, más material, lo que se denomina el hecho institucional. Para Durkheim la institución es un hecho social que se fundamenta en actos jurídicos precisos y concretos: una normativa.

Cornelius Castoriadis representa la corriente fenomenológica al decir que la institución es ante todo una idea. Una idea de cómo tiene que ser el mundo, cómo deben ser las relaciones sociales, de tal manera que esta idea dirigirá los esfuerzos destinados a constituir la realidad material. Según esta corriente de pensamiento la institución se fundamenta en un imaginario que da lugar a la realidad material, inspirada por dicha idea.

A partir de los años 70 aparecen los estudios pioneros acerca del análisis y la intervención institucional.

Renè Lourau define la institución como la forma que adopta la reproducción y producción de relaciones sociales en un momento determinado. Lo entiende como un aparataje de la sociedad para producir sus propias relaciones. Además, la define como algo que emerge a partir de la dialéctica entre un movimiento instituido y un movimiento instituyente.

Lo instituido sería lo que está dado, previsto y normado.

Lo instituyente sería la posibilidad del cambio, el movimiento y el reajuste.

Lapassade propone el dispositivo del *analizador* como una forma de que los miembros de una institución puedan pensar cómo se están relacionando y lleguen a reapropiarse de una cuota del poder que entregamos al incorporarnos a una institución.

Toda esta reflexión sobre lo institucional nos toca de lleno a las disciplinas de la salud mental, abonando y conduciendo a lo que sería la Reforma psiquiátrica de los años 70 y 80.

Tosquelles piensa que la institución puede ser benéfica, estructurante para la subjetividad si le al individuo se le permite, en este nuevo entorno, relacionarse de una cierta manera consigo mismo y sus capacidades.

Pero también Basaglia y parte de los antipsiquiatras advierten de la capacidad alienante de la institución, la cual a menudo se muestra antiterapéutica.

En esta línea ya había observado Bleger que la institución tiende a mimetizarse con el objeto de su tarea. Son estas tres observaciones basadas en la práctica, en torno a las cuales van orbitando algunos desarrollos teóricos.

En la Clínica Tavistock habían comenzado a estudiar, durante los años 60 y 70, ciertas dinámicas preocupantes que tenían lugar en el ejército y en el incipiente National Health Service (NHS).

La institución sería una organización humana que se funda para acometer una tarea, con una vocación de permanecer en el tiempo. Los hombres pasan pero la institución permanece. Acomete, además, una función de un cierto valor social. Normalmente pensamos en las instituciones públicas, pero no son las únicas, si se da por bueno que las empresas serían también instituciones con otros fines. Las instituciones públicas, sin embargo, van a asumir la tarea de reproducir las relaciones sociales, contribuyendo a la reproducción de la propia sociedad.

La institución -nos dice Lourau- emana del Estado y tiende a reproducirlo, pero también tiene aspectos muy valiosos. Foladori afirma que la institución organiza el trabajo, proveer una tarea y pone a nuestra disposición un rol. A pesar de su extendida mala fama el trabajo tiene una potencialidad estructurante, que encuentra su imagen especular en el efecto devastador del desempleo en tanto que ausencia de un rol significativo en una sociedad. El trabajo nos permite insertarnos ya que la institución nos provee de roles que podemos ocupar.

El trabajo está preconfigurado en la institución o, como diría Castoriadis, el trabajo está institucionalizado. Hoy podemos añadir que esto se concreta en la forma del empleo.

Lo que no resulta tan evidente es que, en la medida en que el trabajo es un medio para modificar la realidad cuya consecución implica que cambiemos nosotros también un poco, puede afirmarse que el trabajo nos cambiará a nosotros más de lo que nosotros llegaremos a cambiar el trabajo.

Se trata este de un descubrimiento quizá inquietante cuando uno ya ha puesto muchas energías durante mucho tiempo en un mismo empeño, y se pregunta si verdaderamente desea continuar.

## **2. ENCUENTROS**

La institución que yo conozco, este servicio regional de salud, es una de las instituciones que se dedica a los cuidados. Se dedica a la tarea en principio imposible de sanar, curar, restaurar.

Algo que tardé en comprender en todo su alcance: todos mis pacientes desde hace años pertenecen a la misma institución. Aunque llegan de forma individual y no deja de ser una mirada muy acotada la mía, dispongo en mi consulta de algo así como el ojo de una cerradura a través del cual, con las herramientas adecuadas y afinando la mirada, tal vez he podido ir ámbito tras ámbito pensando esta institución.

Esta institución es una de las grandes empresas de España en tanto que organización humana. El SERMAS cuenta con una plantilla de más de 80,000 trabajadores tan solo en Madrid. El Corte Inglés cuenta con 57,000 trabajadores distribuidos por toda España.

Entre ese conjunto inmenso de profesionales encontramos a un gran número de lo que antaño fueron profesiones liberales (médicos, odontólogos), otros tantos que heredan un rol casi monástico al ocuparse de los cuidados que se proporcionaban desde la institución religiosa (enfer-

meras), y nuevas profesiones que van surgiendo y se van aglutinando al albur de la institución (técnicos de rayos, de laboratorio, celadores, fisioterapeutas, etc.)

Todas estas profesiones se juntan, cada una con su trayectoria histórica, su cultura y su forma de ver el mundo. Es un lugar de encuentro de diferentes tribus. Y cada una con sus propios mecanismos de defensa. Una red enormemente compleja.

Unas palabras acerca de la tarea de cuidar.

A mi modo de ver cuidar a menudo es una tarea muy humana, por lo que tiene de compasión y puesta en el lugar del otro, y también algo inhumana. La exigencia de hacerlo de forma continua, toda la vida, de forma inagotable, incondicional (nos produzca lo que nos produzca la persona que tenemos delante) nos enfrenta a un imposible, como si nos dispusiéramos nosotros solos a barrer la playa.

Es una labor reparadora que suscita también impulsos de venganza y de destrucción.

La tarea en sí nos angustia, pero no es la tarea primera la que nos suele traer a los pacientes a la consulta. Me ha llevado mi tiempo entenderlo.

Porque entre todas las profesiones y oficios del mundo el sanitario escogió precisamente esta, una bien peculiar. Hasta cierto punto el profesional sabía a lo que iba. No es esto del cuidar lo que más le aterra. Son otras cosas.

El individuo llega con su grupo interno y normalmente con un mandato familiar más o menos consciente. Un encargo, en palabras de algunos autores. El rol de cuidar, de salvar, de restaurar.

Suele haber un encaje razonable entre el encargo familiar y el encargo o mandato institucional, aunque lleve su tiempo y a veces cueste.

Pero una de las primeras cosas que nos sorprenden es que no trabajamos solos. Hay otros. Existe el compañero, el equipo, con su doble potencialidad. El equipo puede ser una fuente fundamental de sostén, pero también de roces y conflictos.

Uno cuando se incorpora al trabajo tiene por delante dos tareas: la que le han contratado para hacer, pero también la tarea de encajar en el grupo humano. Es esta segunda tarea la que a menudo más nos cuesta.

De alguna manera el compañero amenaza la fantasía de la relación íntima y exclusiva con el paciente, con la enfermedad, la teoría, la tarea primaria en definitiva. Nos plantea el reto de cooperar.

En nuestra institución predominan los agrupamientos profesionales parcelados por jerarquías y categorías, a menudo funcionando como tribus, siempre a caballo entre la cordialidad y la suspicacia. Pero no abundan los equipos, aunque a nivel emblemático así los llamemos.

Más allá de soportarnos no hay tantos equipos capaces de reflexionar acerca de la tarea.

La institución, por su parte, recibe y acoge al profesional como una gota en el mar o como un copo de nieve en la montaña: con un silencio solemne. Le ofrece un lugar y un papel. Le ofrece un encuadre. Más aún, le ofrece pertenencia e identidad.

Por no hablar de que contempla otorgar una cierta carta de propiedad cuando uno consigue la tan ansiada plaza en propiedad. Uno se vuelve propietario, y podríamos preguntarnos si existe un inquilinato que se dedica a peregrinar a lo largo y ancho del sistema.

La institución es discreta en sus normas y encargos. Firmar con ella un contrato de trabajo es cuestión de pocos minutos, puesto que nadie pregunta ni te cuenta nada.

Esta discreción se pierde cuando las normas son transgredidas.

La institución nos permite depositar en ella, hasta cierto punto, nuestras ansiedades más primarias y tiene una inmensa capacidad para la tolerancia. Podría afirmarse que la institución tiene la capacidad de soportar, tolerar e incluso metabolizar prácticamente cualquier tipo de conducta, menos aquella que pone en cuestión la lógica interna que la rige.

Todo esto concurre en una región y un tiempo determinados. Una comunidad ligada por su historia, su cultura y otras muchas instituciones que interactúan, con mayor o menor éxito, en el contexto más amplio de una globalización que tiende a extender una cierta ideología acerca de cómo tienen que ser las relaciones y cómo tiene que ser el trabajo.

Pensadores como Dejours han afirmado que vivimos en el imperio del control y del número. La ideología del trabajo habría ido transitando desde la ética de los oficios, el placer del trabajo bien hecho y el apuntalamiento de la subjetividad a través del reconocimiento de los pares hacia la evaluación individualizada, normada, cuantificada que llaman calidad total. En la medida en que ésta pone en el centro la eficiencia se crea un clima que anima a la subcontratación, a la precarización del empleo y a una actitud general del no hacerse cargo.

Por lo tanto, el paciente que entra a la consulta recapitula todos estos ámbitos una vez llama a nuestra puerta pidiendo ayuda. Si tenemos las herramientas conceptuales adecuadas podremos percatarnos de todo esto y ayudar a pensar esta situación que trae el consultante. Podremos realizar un diagnóstico situacional y no tanto individual, que es con lo que nos manejamos habitualmente debido a nuestra formación.

### **3. DESENCUENTROS**

El arquetipo del desencuentro laboral del sanitario se concreta en el profesional quemado: el desgaste profesional. La relación con la profesión escogida se desvirtúa hasta volverse insatisfactoria e incluso insoportable.

Hay mucho debate conceptual al respecto. Nosotros entendemos el desgaste profesional como una forma de adaptación paulatina e inadvertida, un cambio emocional que se va produciendo con la finalidad de defender al sujeto frente a unas condiciones laborales crónicas adversas.

Es algo de lo que uno no suele darse mucha cuenta. Las personas no suelen consultar por este motivo, sino por lo que denominamos incidentes críticos: una agresión, un conflicto con un compañero, un expediente disciplinario, una enfermedad física que de pronto revela todo lo que subyace en la relación con el trabajo. Este motivo de consulta tangencial es el que nos permite comenzar a pensar.

Siempre que se habla o se busca información acerca del Desgaste profesional o Burnout aparecen las mismas tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y pérdida del sentimiento de eficacia o realización profesional. Tal y como se suele plantear el constructo da la impresión de que simplemente rellenando una escala autoaplicada se va a poder detectar y diagnosticar de Síndrome de Desgaste Profesional. Los datos de prevalencia, de hecho, podemos afirmar que están sobreestimados. No se evalúa habitualmente de una forma fina por medio de la entrevista clínica.

Cuando uno tiene tiempo para evaluarlo y pensarlo se da rápida cuenta de que las tres dimensiones descritas se presentan como una secuencia. Primero el profesional se va agotando emocionalmente. Luego se ve incapaz de ofrecer un trato atento y personalizado, con lo que empieza a tratar a los demás como objetos. Y al percibir esta despersonalización empieza a pensar que su trabajo no tiene mucho sentido, comienza a dudar de su propia profesionalidad y crece el sentimiento de ineficacia.

En esta secuencia de tres pasos nos podemos pasar muchos años, como quien recorre un largo camino. A veces avanzando a pasitos. Otras veces dando un gran salto adelante. En ocasiones volviendo sobre nuestros pasos, algunas etapas atrás.

El trabajo seminal de Isabel Menzies Lyth “Los sistemas sociales de defensa en un servicio de enfermeras” tomaba el concepto de Sistema Social de Defensa de Elliot Jacques para analizar qué estaba ocurriendo en un gran hospital público que, teniendo la labor de formar enfermeras que contribuyeran a los cuidados dentro del incipiente National Health Service (NHS) británico, lo que estaba sufriendo era un porcentaje muy elevado de deserciones dentro del personal en formación.

Si bien no he visto que se identifique y describa este paralelismo, lo cierto es que me daba la impresión de que lo que describe a nivel colectivo Menzies Lyth es el mismo proceso que, como una secuencia que se sufre a nivel individual llamamos Desgaste Profesional o Síndrome de *Burnout*. Las enfermeras se enfrentaban a una tarea primaria generadora de una importante angustia, especialmente si los medios son precarios y están mal organizados. Ante esta angustia y el consiguiente agotamiento emocional van apareciendo mecanismos de defensa individuales que, por imitación y reificación, se van convirtiendo en un modo de proceder, una cultura, un Sistema Social de Defensa. Estas actitudes defensivas van arraigando en la institución, pasando a formar parte de la misma *de facto*, de manera informal. Pero incluso se pueden acabar normando y regulando a pesar de su origen esencialmente defensivo frente a la angustia primaria que convoca la tarea.

Por lo tanto tendríamos así expuesta una de las dinámicas capaz de convertir en habitual el trato despersonalizado en los servicios asistenciales. Esto lleva a una angustia secundaria. Es posible que aplicando estas defensas colectivas suframos menos, trabajando de manera disociada, frag-

mentando la tarea en acciones cada vez más pequeñas y breves, refiriéndonos a los enfermos por el número de su cama, ocultando nuestra identificación para evitar que nos conozcan... Pero todo esto nos roba lo que hacía gratificante el trabajo: la relación de cuidado en la que sentíamos que éramos algo para alguien. De ahí la deserción de las enfermeras que abandonaban su proceso formativo, como señalaba Isabel Menzies, precisamente las más motivadas, las más calificadas y las que tenían más capacidad para acometer cambios favorables en la institución.

Redundando en la cuestión del Desgaste Profesional Horacio Foladori no cree que exista el Desgaste Profesional de un único profesional, es decir, el fenómeno individual del Síndrome de Burnout. Para él no hay profesionales quemados sino individuos consultantes, portavoces de un equipo quemado. Desde su punto de vista el equipo se quema como resultado de una confrontación de normativas. Un choque entre el modo de proceder que surge espontáneamente en un grupo que se organiza para acometer una tarea, que negocia unos roles, que los va reajustando y que genera de forma natural su propia normativa. Esta normativa grupal chocaría con la normativa de la institución, con sus mandatos y objetivos específicos, y siempre sobrevolando la amenaza del despido. Este sería según Foladori el núcleo del desgaste de los equipos: el grupo institucionalizado puede encontrar en la institución trabas que le impidan adaptarse de forma activa a la tarea, entrando en estereotipia.

A mi juicio Foladori hace aportaciones fundamentales para la comprensión del desgaste de los equipos, pero sin llegar a explorar el fenómeno en toda su extensión. Contribuye de forma importante, a mi juicio, el papel de las relaciones interpersonales. Siendo importante el choque entre grupo e institución, a menudo se produce la confrontación dentro del propio equipo, entre los compañeros.

Cooperar no es sencillo. No está en nuestro ánimo trabajar con desconocidos. Si abandonamos el autismo, la fantasía de la relación íntima con la enfermedad, la teoría o el paciente para salir al encuentro de los demás veremos convocada nuestra propia historia de grupos. Al socaire de nuestro grupo interno podemos tratar con los compañeros, pero ello implica que el trabajo estará abonado al malentendido. A que los roces rápidamente se personalicen. A que surjan rivalidades, favoritismos más o menos disimulados. Situaciones y afectos que van generando un latente que condiciona mucho el trabajo del equipo.

A menudo los fallos organizativos o los liderazgos ineficientes derivan en conflictos enquistados, cismas, ostracismos, acosos... El equipo a menudo trata de evitar la descomposición buscando un chivo expiatorio.

Personalmente no he dedicado mucho tiempo a reflexionar acerca del papel de los jefes, pero creo que este aspecto merece atención. Su labor es esencialmente ingrata y solitaria. Fundamentalmente consistiría en ejercer la intermediación entre el mandato del equipo y el mandato institucional. Esto implicaría hacer de filtro, metabolizando sin que se note mucho todas las demandas de la institución, de tal forma que al equipo le lleguen tan solo las menos impertinentes. Se trataría de contribuir a mantener este equilibrio casi imposible entre lo que el equipo va pensando y lo que la institución va demandando.

El de jefe es un papel ingrato. No se encuentra suficientemente reconocido ni cuidado. Muchos de los que llegan a estos puestos no lo hacen ni suficientemente formados ni advertidos acerca



de algunos de sus retos. En las instituciones sanitarias estoy convencido de que tenemos mucho trabajo por hacer en beneficio de los jefes y, secundariamente, sus equipos.

La propia institución también se defiende, a veces furiosamente. Tiene los medios para hacerlo aunque cueste verlos. En primer lugar puede hacer uso de la norma, pudiendo a ejercer un control que oscila entre lo obsesivo y lo puntualmente paranoide. Esto se debe a la desconfianza que sistemáticamente le producen los profesionales. Es muy difícil coordinar y liderar a trabajadores tan formados. Hay quien ha bromeado afirmando que liderar un equipo médico (algo extensible a la gran parte de los profesionales sanitarios) es algo así como *pastorear un rebaño de gatos*. Una labor prácticamente imposible.

La institución se defiende de su propia desconfianza y sentimiento de impotencia normando, a veces hasta puntos ridículos, castigando las desviaciones más triviales o absurdas. Todo aquello que se puede medir: los retrasos, las ausencias... Quizás esto contribuya a que la conciliación entre vida personal y trabajo sea un gran generador de sufrimiento en las instituciones sanitarias, sufrimiento fácilmente evitable si no estuviera cumpliendo este propósito defensivo.

Otra forma de defenderse típica de la institución sanitaria es la creación o extinción de unidades y dispositivos de forma arbitraria, según el interés del momento o la voluntad tanto de premiar como de aleccionar a alguien. También lo hace por medio del nombramiento de los altos cargos y los mandos intermedios. Abraza así mismo la evaluación que conoce: la cuantitativa. Una pregunta que vale la pena hacerse es cuántos altos cargos de instituciones sanitarias conocen el oficio, las profesiones sociosanitarias que están coordinando y cuántos, por el contrario, llegan procedentes de tribu completamente diferente como lo es el mundo de la empresa.

También está la negación del otro y sus diferencias. Esto se puede apreciar de manera sangrante en el caso concreto de las enfermeras cuando se da por bueno que una enfermera vale para todo, que tiene que trabajar eficientemente en otra tarea completamente diferente de un día para otro. Cuando la necesaria acogida o formación se fía al autodidactismo y a la buena voluntad de los nuevos compañeros. Cuando la cultura organizativa comunica por la vía de los hechos que el peregrinar entre centros, servicios o unidades ha de ser tomado como una ley natural, sin que en la reubicación apenas intervengan factores como el deseo de la trabajadora, su experiencia acumulada, el saber hacer concreto de tareas muy específicas o las relaciones interpersonales construidas trabajosamente a lo largo de años de trabajo en equipo.

No podemos dejar de identificar como un modo defensivo especialmente perverso la vinculación laboral en precario, con el fin de alimentar posiciones de sumisión en la fuerza de trabajo. O el repudio cuando cambia el ideal del "hijo-trabajador modélico". Esto ha ocurrido en el nivel asistencial de las emergencias extrahospitalarias, abriendo una serie de heridas que llevará su tiempo cerrar. ¿Qué ocurre con los trabajadores de las emergencias cuando cumplen una cierta edad y surgen los achaques físicos?, ¿Qué ocurre con los que poseen otra formación o no dan un cierto perfil de movilidad o disposición para la acción? Hemos presenciado la reubicación drástica al forzar la salida a otro nivel asistencial. Esto supone un desafío identitario en la medida en que se produce una alteración forzosa del sentido de pertenencia, como si de un apresurado acuerdo de custodia parental se tratara.

Ante esto el profesional sanitario comienza a percatarse de esta relación con la institución, esta



ausencia presente o presencia negligente. Cuando se produce el incidente crítico o el conflicto con el paciente la institución a menudo actúa de forma torpe y lenta, si es que actúa. Cuando surge el deseo cambiar la forma de trabajar, el impulso de innovar, lo instituido se opone y se impone. Descubren muchos compañeros que son un número puesto que la institución no tiene memoria, ya que la memoria es un atributo que solo podemos tener las personas. Y hay un dolor profundo en este rechazo vivido ante la actitud de no hacerse cargo del otro. Se produce una quiebra de la reciprocidad que apunta a un gran malentendido: uno esperaba algo diferente en respuesta al acto de cuidar, de entregarse. Pero la institución siente que con entregarte el rol, la silla, todo estaba ya dicho y resuelto.

Esta conjunción de angustias propias ligadas a la tarea primaria y angustia secundaria ligada a los mecanismos de defensa a veces desborda la capacidad de metabolización y sostén de la institución y conduce a desvíos, como ha descrito Kaës. Enumeraremos cuatro:

En primer lugar la inversión del objetivo: conseguir lo contrario de lo que se busca. Ya lo advirtió hace tiempo Ivan Illich: los profesionales sanitarios podemos llegar a convertir a la población en dependiente de los cuidados por un proceso de expropiación de su propia salud. Los ciudadanos pierden la capacidad de cuidar de su propia salud, de tal forma que se sienten con mayor frecuencia enfermos, acuden a urgencias por dolencias menores, etc.

En segundo lugar el incremento patológico: en el proceso de tratar determinados problemas los empeoramos. Por este mismo motivo nos pensamos bien si ingresar a alguien en una unidad de hospitalización de agudos o mandarlo a un grupo específico donde tal vez construya una identidad en torno a una patología concreta.

En tercer lugar Bleger advirtió del mimetismo, como puede ocurrir en tantas unidades de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria donde se replica una lucha por el control -que a menudo es el núcleo del sufrimiento de estas pacientes- al externalizarse la disputa en torno a la comida entre profesionales y pacientes, tomándole el relevo a la familia de origen de la paciente.

Y por último estaría el desnortamiento de la tarea. La institución tiende a perder el foco, desatendiendo la tarea por la cual surgió en un primer momento, sustituyendo una tarea que puede ser más o menos ingrata para prestarse a otras más atractivas: el extractivismo de rentas, el tráfico de influencias o, en su versión más benigna, su propia perpetuación. Según Carlos Sluzki las instituciones, llegado el momento, dedican gran parte de sus energías a asegurar su propia existencia, incluso cuando la tarea original ya ha sido llevada a cabo.

Toda esta angustia lo que produce en última instancia es una abolición del funcionamiento reflexivo, permite que aparezca una violencia no reconocida sino racionalizada bajo pretextos técnicos, resta vitalidad a los equipos y cronifica a los pacientes.

#### **4. REMEDIOS**

El malestar en las instituciones sanitarias ha dejado de ser una anomalía para pasar a ser una característica estructural. Profesional deshumanizado, equipo irreflexivo e institución negligente.

te se revuelven incómodos en su encasillamiento frente a un paciente al que perciben voraz e irreconocible: “los pacientes ya no son como antes”. El hecho es que el tiempo ha pasado pero la angustia no ha permitido a la institución adaptarse a los tiempos. La sociedad ha cambiado pero la institución no tanto.

Afortunadamente existe la voluntad de mejora. No en vano muchos se incorporaron a este sistema imbuidos de un genuino el deseo de ayudar. Urgen y surgen soluciones. No es menos cierto que a estas alturas debemos estar advertidos frente al riesgo de la impostura. De esas iniciativas que no dejan de ser, nuevamente, estrategias defensivas. Mencionaré tan solo dos: el solucionismo y la cultura de la humanización.

El solucionismo me atañe, nos atañe a todos en realidad. Se trata de la idea de que va a haber un profesional específicamente formado que se va a hacer cargo de lo tuyo, te va a ayudar y te lo va a resolver. Además esto tendrá una incidencia individual, actuando al final de una cadena de acontecimientos donde en todo caso solo se beneficiará el último eslabón de la misma. Es la tentación habitual de nuestras muy intervencionistas instituciones sanitarias.

Nuestra propia unidad, la UVOPSE, ha ido creciendo hasta duplicar sus efectivos. En principio parece una buena noticia. Pero también surge la duda de si esta institución inmensa pretende convertirnos en esa parte de ella misma que hace la escucha. En lugar de escuchar tal vez subcontrata con nosotros esa escucha. Un lugar de la institución que además vendría a ser algo así como el bazo, un órgano que poca gente sabe dónde está y mucha menos sabe para qué está ahí.

Esto acaba dando lugar a una escucha disociada, muy gratificante como nos dicen los propios pacientes: “por fin alguien me escucha y me entiende”. Escucha cuyos ecos es difícil que remontan aguas arriba, lo cual intentamos a través de laboriosos informes que me queda la esperanza de que alguien lea, tal vez comprenda y quizás aplique. Esta situación nos enfrenta a la posibilidad de acabar enfermando de lo mismo que enferman nuestros pacientes: del celo de curar. De la omnipotencia de pretender que, con más recursos y haciendo lo mismo, nos haríamos de todo el sufrimiento del mundo. Hasta que por cada sanitario hubiera otro sanitario con la función de sostenerlo, en lugar de sostenernos unos a otros.

La cultura de la humanización, planteada en beneficio de los usuarios pero con pretensión de incluir también a los profesionales, aparece como un movimiento instituyente de regreso a los orígenes. Una reivindicación de los valores tradicionales del cuidado atento y personalizado. Así por lo menos es como se plantea. Pero del análisis de su discurso y las iniciativas concretas de humanización parece deducirse la premisa de que el trato humanizado en los centros sanitarios no ha llegado a surgir, que está todavía por entrenar, cultivar y desarrollar. Más bien ocurre a mi juicio que esa habilidad se encuentra ya presente en la inmensa mayoría de los profesionales, pero permanece con frecuencia opacada y abolida por mecanismos y estrategias defensivas que juegan un papel fundamental en la reducción del sufrimiento ligado a la tarea. Por tanto no se puede ofrecer ni mucho menos exigir un trato más humano mientras las defensas individuales y colectivas estén actuando a pleno rendimiento. Porque si exigimos que las abandonen estaremos colocando en un dilema imposible a los sanitarios, en una gran situación de gran exigencia emocional y notoria precariedad: que sacrifiquen su propia salud o la de sus pacientes. Que elijan entre una de esas dos opciones.

La propia cultura de la humanización puede estar cumpliendo su propia función defensiva. Para quienes la promueven, seguramente con las mejores intenciones, es posible que esta empresa acabe convertida en un desvío más gratificante que la tarea primaria. A veces llega a suponer una fuente de prestigio y un modo de vida. Al mismo tiempo pero a diferente nivel, no es descabellado pensar que para algunos de los responsables organizativos de la institución estas loas e iniciativas humanizadoras alivien, les hagan más tolerable, la culpa de estar participando en el funcionamiento de un sistema sanitario sobrecalentado, desnortado y a menudo yátrógeno.

Los verdaderos remedios, aquellos que no se demuestran pseudorremedios, serían tres: la coordinación eficiente, que fomenta la aparición del trabajo reflexivo y la operatividad en torno a la tarea. La formación como capacidad de aprender y actualizarse de forma más o menos sincrónica con los cambios sociales. Finalmente la supervisión, como dispositivo orientado a analizar aquellas derivas que pueden pasar inadvertidas a los miembros de los equipos.

El reto que compartimos ahora es el pensar juntos acerca de cómo implementar en el día a día estos tres remedios: coordinación, formación y supervisión, sin dejarnos desalentar por los obstáculos que sin duda encontraremos.

---

## Bibliografía

- Castoriadis, C. (1983) La institución imaginaria de la sociedad, Tusquets, Barcelona
- Lapassade, G. (1977) Grupos, organizaciones e instituciones, Granica, Barcelona
- Lourau, R. (1975) El análisis institucional, Amorrortu, Buenos Aires.
- Foladori, H. (2006) Trabajo con equipos de salud. A propósito del Burn out. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales.
- Dejours, C. (2009). El desgaste mental en el trabajo. Ed. Modus Laborandi, Madrid.
- Kaës, R (2004). Complejidad de los espacios institucionales y trayectos de los objetos psíquicos. Psicoanálisis ApdeBA, 26 (3); 655-699.
- Jaquez, E. y Menzies, I. (1974) Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Ed. Paidós, Madrid.
- Vázquez, JC. (2021) Motivos para no cambiar. Disponible en: <https://anabasint.blogspot.com/2021/08/motivos-para-no-cambiar.html>
- Hinshelwood, RD y Skogstad, W. (2020) Thinking about institutions. Jessica Kingsley Publishers, Londres.
- Foladori, H. (2020) Encargos institucionales a los estudiantes de psicología que inician su vida laboral y profesional. Revista Castalia, 34, 89-101.
- Foladori, H (2018). ¿De qué sufrimos los psicoanalistas? Revista Intercambio Psicoanalítico, 6, 21-37.
- Serván, I. (2022) Integrando las amenazas contextuales al funcionamiento reflexivo del terapeuta. Comunicación en las XXI Jornadas ANPIR, Murcia.
- Bleger, J. (1971). El grupo como institución y el grupo en las instituciones, Temas de Psicología, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Illich, I. (1981). Profesiones inhabilitantes. Ed. Blume, Madrid.
- Leal, J. (1994) La importancia de los recursos humanos en los servicios del bienestar. Revista del CIFA, 15.
- Vázquez, JC. (2020) El bienestar profesional en tiempos de la Humanización. Boletín de la AMSM. Disponible en: <https://amsm.es/2020/03/31/el-bienestar-profesional-en-tiempos-de-la-humanizacion-boletin-n46-primavera-2020/>
- Repullo, JR. (2019) Iatrogenia sistémica: en busca de una integración armónica, modesta y prudente de nuestras intervenciones clínicas. [Internet] Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, 2019; 34(2), 72-80. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/RevistaRAMC/article/view/359017>
- Cerda, R. Y Foladori, H. (2020). Vicisitudes de los desencuentros grupo-institución y sus efectos en los equipos de atención. Disponible en: <https://horaciofoladori.cl/articulos/>