



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº28 – Invierno 2024

Lo que se come se cría

Ana Ruz Sánchez¹

Pienso en empezar a escribir y la primera palabra que me viene a la mente es la de “necesidad”, en este caso la necesidad de organizar toda una serie de vivencias en relación con mi actividad profesional en el hospital de día de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y articularlas con una teoría de la que estoy aprendiendo, la Concepción Operativa de Grupo (COG).

Habrà que tener en cuenta que estas reflexiones parten de Ana, mujer occidental de 32 años, vecina de Granada, inserta en un determinado grupo familiar y social, dedicada a la profesión de psiquiatra en la institución pública, seguidora de una ideología política determinada y regida por un sistema de valores éticos y morales particular. Creo que es importante señalar la obviedad de que soy diferente al lector de este artículo, ya que la gestión de cómo abordamos las diferencias entre personas va a cobrar especial importancia a lo largo de la lectura.

Trabajo en un hospital de día de TCA, un curioso lugar donde la expresión del malestar emocional que da cuenta de graves conflictos inconscientes se expresa de la forma más superficial, rozando incluso lo ridículo. Donde la queja por lo verde que están los plátanos

¹ Psiquiatra. Granada (España)

que les servimos o la “rebelión del aceite”, tal como la llamaron las propias pacientes, encierran profundas reivindicaciones existenciales reprimidas.

Dentro del equipo nos hemos referido al hospital de día como “útero”, “incubadora”, o como “laboratorio de relaciones sociales” ya que es un lugar privilegiado donde podemos aprender a estar juntos a través de la convivencia terapéutica. Pero lo que le da el apellido de “terapéutica” tiene que ver con la metodología, la técnica y el sentido con el que se promuevan estas interacciones.

Me gustaría reflexionar sobre estos procesos técnicos a través de los cuales nos articulamos una serie de profesionales dando lugar, en el mejor de los casos, a la constitución de un equipo terapéutico que tiene como propósito atender a la patología alimentaria. Hablaré de los elementos claves en la configuración de todo equipo como son: TAREA, ENCUADRE Y COORDINACIÓN.

Diego Vico habla de que “todo equipo se acaba pareciendo a la patología a la cual atiende” y cita a Bauleo “cuando queramos saber cómo piensa un equipo sobre una determinada patología, basta con observar los encuadres que dispone para abordarla”. Partiendo de estas reflexiones, me gustaría pensar en cómo afecta la especificidad del TCA en la forma en la que nos organizamos y en cómo afecta la propia subjetividad de los miembros del equipo en la mirada que tenemos del trastorno. ¿Cómo articulamos todo esto para convertir el contacto con un otro en algo terapéutico?

A lo largo de la exposición, iré trayendo tanto frases literales como viñetas de lo vivido porque creo que facilitan la comprensión.

DESDE LA TEORÍA DE LOS ÁMBITOS

Convivimos, nos relacionamos, interactuamos. Muy pronto Pichon da cuenta de la importancia que adquiere el mundo externo en la configuración intrapsíquica del sujeto cuando postula el concepto de vínculo como aquella relación particular con un objeto, de la que resulta una conducta más o menos fija, constituyendo una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la externa con el objeto. El objeto central de las investigaciones en psicología social será el campo psicológico, lugar donde se establecen las interacciones entre el individuo y el medio.

El tener en cuenta lo social con el mundo interno del sujeto, le lleva a entender la conducta como un vínculo humano, que constituye siempre una relación interpersonal. Este planteamiento le

permite el pensar la conducta como el resultante de la interacción de tres ámbitos en el sujeto: el psicosocial (que parte del individuo estudiado en todos sus vínculos desde el vínculo primario), el sociodinámico (que analiza el grupo como una unidad) y el institucional (que abarca la relación de los grupos entre sí y entre las instituciones que los rigen). Más tarde Bleger añadirá el campo comunitario, donde se incluiría lo colectivo-social. De esta manera, la conducta siempre se va a entender como el emergente que se da en un determinado campo y que busca generar una modificación tanto del campo como del sujeto mismo.

Mi objetivo con este artículo, no es pensar en los procesos necesarios para la configuración de un equipo de trabajo, sino en las particularidades que encuentro en el mío, equipo integrado en su mayor parte por mujeres, inserto en la institución pública y destinado al abordaje concreto de la patología alimentaria.

La teoría de los ámbitos de Pichon me parece la herramienta más potente para poder pensar en cómo el rechazo a la alimentación acaba cristalizando un malestar latente y predominantemente femenino donde no caben las palabras, pero que atraviesa desde el conflicto intrapsíquico relacionado con una falla en el narcisismo, a los problemas relacionales en el seno familiar condensados en el rol materno, pasando por los imperativos sociales ensañados particularmente con la mujer.

DANDO RESPUESTA INSTITUCIONAL A UNA NECESIDAD

Toda propuesta de creación de un equipo de trabajo en una institución surge como forma de dar cabida a una demanda social. La institución como principal depositaria de ansiedades debido a lo imperativo y exigente de estos requerimientos que muchas veces buscan explicaciones, soluciones, conclusiones, etc., instituye una serie de elementos que serán las piezas claves del equipo terapéutico: dictamina cuál será la tarea, cuáles serán los miembros que conformarán el equipo, dónde se ubicarán y quién será el coordinador: da las piezas claves del primer encuadre como más adelante veremos.

En este punto me gustaría traeros una foto de la situación institucional que tiene como contexto la apertura del hospital de día de TCA en Granada. Yo terminé la residencia de psiquiatría aquí en mayo de 2021. En ese momento eran de conocimiento general del servicio las directrices desde Sevilla para la puesta en marcha de varios programas en salud mental: el plan de prevención del suicidio y el ETIC, que atiende a población con trastorno mental grave desvinculado de cualquier red comunitaria. De forma simultánea e impulsados por el repunte de casos de TCA tras la pandemia COVID, los movimientos asociativos de familiares y pacientes con TCA iban alzando la voz y consiguiendo la apertura de recursos

asistenciales amparados por la gerencia hospitalaria. La unidad de TCA se abrió en granada en julio del 2020, cambiando de coordinador tras una cierta andadura en abril de 2021.

El interés mediático despertado en torno al auge de los trastornos de alimentación movido por las asociaciones, la prensa y en última instancia por la directiva hospitalaria, hizo que el actual jefe de servicio, adscrito al partido político que en ese momento estaba en el poder en Andalucía, abanderase su candidatura a través de la mejora y puesta a punto del programa de TCA en Granada, pionero en Andalucía, contando con una partida presupuestaria independiente de la que se empleaba para el resto de salud mental. No por no ser una necesidad real, sino por el recelo natural que me suscitaba el interés político subyacente, donde lo prioritario parecen ser los votos y la buena prensa en detrimento de la buena praxis, me embargó una sensación de enfado e injusticia social: se priorizan a unos enfermos frente a otros, se priorizan los votos. Los que tienen más medios para hacerse oír son los que se llevan la mejor parte del pastel. Os podéis imaginar a **nivel institucional** lo que se estaba cocinando: envidia y enfado despertadas en otros profesionales que nos consideraban “los finlandeses de la salud mental”, exigencias institucionales por los recursos invertidos, como el tener que lidiar con las demandas mediáticas voraces que insistían en grabar, entrevistar y publicitar la unidad y a sus integrantes, la necesidad de responder con números que conformasen a los de arriba y justificasen la confianza depositada en el proyecto, etc.

A mayor combatividad social a través de los movimientos asociativos, más en la palestra se situaba al hospital de día de TCA, facilitando por un lado la dotación de medios, pero por otro torpedeando la visión terapéutica que perseguíamos intentando “bajar a lo terrenal” una patología asentada en conflictos narcisistas. “Lo tienen todo y todavía se quejan”, crítica de algunos compañeros que igual podía ir dirigido hacia las pacientes o hacia nosotros.

Teniendo en cuenta esta situación social e institucional en la que estábamos insertos y sabiendo que no podemos pensar la conducta de un individuo (paciente, miembro del equipo...) sin contemplar la relación con el proceso del grupo, ni entender lo que sucede en un grupo (p. ej. en un equipo) mirando sólo su dinámica interna sin contemplar el contexto institucional en el que está incluido, os traigo una viñeta clínica:

VIÑETA CLÍNICA

Estamos reunidos en el espacio asambleario como cada semana todos los miembros del equipo y las pacientes. Son varias las asambleas en las que semanalmente se va señalando por parte de los miembros del equipo la no asistencia de algunas pacientes al hospital de día, pese a haberse comprometido voluntariamente a asistir. Un día una paciente contesta “me incomoda que se siga comentando esto, yo sí que vengo y no me puedo hacer responsable de las que no vienen”, “es que me siento violenta, como si me exigierais más de lo que estoy haciendo”. Esta queja a mi parecer arrojó luz pues se pudo pensar en la exigencia como un elemento que nos atravesaba a todos: desde el nivel institucional que ha invertido tanto en el proyecto, pasando por el coordinador y su preocupación por mantener a flote la unidad con la consideración de unidad de referencia, continuando por las familias de los pacientes, los profesionales que atendemos y ellas mismas. En esta situación, un individuo desde su verticalidad conectó con lo horizontal del grupo, lo latente y pudo hacerlo explícito, así se convirtió en portavoz del contenido latente.

En este caldo que se iba cocinando, fui contratada al día siguiente de terminar la residencia en el hospital de día de TCA, dispositivo de tercer nivel, de carácter uniprovincial y el primero creado en Andalucía para atender en específico a esta patología. Sin formación previa en trastornos de alimentación ni en psicoterapia más allá de la recibida en la residencia, iba intentando ubicarme. Llegué a un dispositivo que llevaba casi un año de rodaje, pero que habría sufrido el cambio de jefe recientemente, así como otras incorporaciones de miembros del equipo. Recuerdo llegar a la reunión de la mañana y ver muchas caras nuevas, prácticamente todas ellas mujeres, que por el momento no tenían nombre para mí más allá de la etiqueta que la institución les había puesto en la frente.

En esa primera reunión de la mañana empieza mi andadura como miembro de un equipo en proceso de creación, que a día de hoy sigo transitando.

Felipe Vallejo refiere que el término “equipo” puede ser entendido como un agrupamiento de profesionales, en torno a una serie de criterios técnicos y cuyas metas y actividades vienen definidas por un mandato institucional, desde la verticalidad de la institución (lo instituido).

Pichon se refiere al equipo a través de la definición que aporta de grupo operativo como “conjunto de personas con un objetivo común, al que intentan abordar operando como equipo. La estructura del equipo sólo se logra mientras se opera; gran parte del trabajo del

grupo operativo consiste, sucintamente expresado, en el adiestramiento para operar como equipo”. Federico Suárez destaca la idea de **proceso** cuando se refiere a que un equipo de trabajo, como todo grupo, nunca es, en el sentido de algo ya terminado, sino que, en el mejor de los casos, está siendo, se va construyendo, desarrollando.

¿Cómo se puede favorecer el espacio de creación de un equipo o de un espacio para pensar y cuidarse desde la institución?, ¿qué es lo que hace a un equipo?, ¿qué elementos son necesarios para que este proceso pueda darse? Los elementos claves los encontramos en la tarea, el encuadre y la coordinación.

TAREA

La **tarea explícita**, pensada como el objetivo común que nos convoca como grupo, en torno al cual nos organizaremos y a la que trataremos de abordar de una forma creativa está dictada desde la institución: el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. “La tarea consiste en el abordaje del objeto de conocimiento. La tarea sería el proceso por el cual los integrantes de un grupo recorren un camino, superando el aislamiento individualista, cuestionando las certezas, pudiendo integrar los aportes de los otros, difícil camino que cuestiona el narcisismo de cada uno”.

Tal y como enfatiza Pichon a través del materialismo dialéctico, el ser humano es un ser producido y al mismo tiempo productor del medio. En la medida en la que producimos conocimiento y vamos modificando el medio, esta alteración nos va modificando a nosotros, manteniendo un proceso transformador dialéctico permanente. Este cambio sobre nosotros mismos va a implicar que también entre nosotros nos relacionemos de forma diferente, lo que vamos a considerar como objetivo secundario o **tarea latente**.

Esto abre muchos interrogantes, ¿Cómo iremos lidiando con estas modificaciones que en cada uno de nosotros va a ir produciendo la práctica?, ¿cuánto de abiertos estaremos a ir dejando entrar nueva información que reestructure la ya aprendida?, ¿cómo influirá esto al trabajo en equipo sobre la tarea?

VIÑETA CLÍNICA

El hospital de TCA pivota en torno al comedor terapéutico, espacio, depositario del mayor monto de angustia de estas pacientes, pues es donde se ponen sobre la mesa las dificultades que las han traído aquí. El número de plazas de comedor está limitado a 12, por tanto, tenemos que pensar en la selección de pacientes que más se pueden beneficiar de él. ¿priorizamos la gravedad psicopatológica o priorizamos la motivación y el buen pronóstico? Esta pregunta hacía tambalearse los cimientos del equipo. “Un hospital de día está creado para atender a población grave” pensábamos algunos, ¿cómo íbamos a negarle el recurso más intensivo a aquellas que peor estaban? En el equipo había opiniones muy diversas, por un lado, a través de la práctica veíamos el efecto terapéutico de que las plazas de comedor se ocuparan por pacientes motivadas o con un menor tiempo de evolución, que era más capaces de seguir con las normas del comedor. Por otro lado, en las pacientes más graves negarles el comedor terapéutico a menudo suponía negarles la única comida que realizarían en el día. Visto en retrospectiva parecían estar en juego muchas cuestiones, ¿qué entendíamos cada uno por hospital de día?, ¿cómo nos posicionamos cada uno de nosotros con respecto a la patología grave?, ¿cómo lidiábamos con los límites que la realidad nos impone? Surgían las primeras diferencias, los diferentes posicionamientos, las primeras tensiones. Las decisiones se fueron tomando y fueron produciendo un efecto en el afuera: el comedor se blindó a aquellas pacientes que pudiesen sacarle el máximo partido y también nos modificamos nosotros al poder ir elaborando las ansiedades que fueron surgiendo: al enfrentarnos a nuestros propios límites, al adecuar las expectativas que teníamos sobre nosotros mismos, al pensar la patología de un modo menos paternalista, al ir dándonos cuenta de nuestras diferencias, etc.

De esta manera la modificación de la realidad iba suponiendo un cambio en el equipo. El equipo iba aprendiendo a través de su práctica. Inicialmente la pregunta sobre cuál era la tarea del equipo se respondía a través del mandato institucional, algo necesario que sirvió al equipo para arrancar. Poco a poco, la tarea iba emergiendo del encaje entre el mandato institucional y el encuentro entre los propios profesionales, con los usuarios, con sus familias, con el contexto comunitario... en definitiva, con el terreno en el que se desarrolla esa labor de equipo.

Rosa Gómez, reflexionando en torno a los niveles de organización de una institución en función de la complejidad alcanzada, señala tres etapas: la de “**agrupamiento**”, la de “**grupo**” y la de “**equipo**”. Etapas que se irían transitando a medida que enfrentamos la tarea común. Este proceso se iniciaría en una primera fase donde se habla de “serialidad” en la que los profesionales pueden ser intercambiables porque no hay entre ellos prácticamente ninguna

interacción. Una segunda etapa u “organización grupal” donde los profesionales empiezan a hablar de un nosotros, tienen interacción y comunicación, se proponen intereses comunes, aunque no se plantean una tarea compartida ni objetivos y tareas a realizar en función de las capacidades de cada uno. La tercera etapa o de “equipo” se alcanzaría cuando el grupo, tras un largo proceso, consigue trabajar como un equipo interdisciplinario, consolidándose al abordar la complejidad de las tareas (explícita e implícita) y al elaborar aquellos obstáculos que va encontrando en su desarrollo.

Progresivamente me fui encontrando más cómoda, aunque detectaba cuestiones en mí que para nada me eran desconocidas, pero sí, de las que me sorprendió su intensidad. Me refiero a la inseguridad con respecto a mi rol de psiquiatra, la exigencia a la que me sometía, la atención que prestaba a las expectativas que mis compañeros tuviesen puestas sobre mí, la necesidad de compensar con abnegación la gratitud por haber sido contratada, el sentirme contra la espada y la pared cuando las pacientes a través de preguntas o comentarios desdibujaban el precario empaque que me mantenía en el rol de terapeuta, así como un largo etcétera. ¿Tendrían estas sensaciones solo que ver conmigo?, ¿qué parte correspondía a la patología que atendíamos?, ¿qué parte tendría que ver con el momento institucional por el que atravesaba el equipo que estaba siendo juzgado y exigido desde el afuera y en proceso de construcción desde el adentro?

Mi identidad como mujer y como psiquiatra se iba construyendo de forma paralela al acompañamiento de estas mujeres (niñas a ojos de sus familias), atravesadas por profundos conflictos identitarios y con características con las que no resultaba difícil identificarse: exigencia y perfeccionismo en todas sus metas, altas necesidades de dependencia, necesidad de reconocimiento y afecto como principal motor en sus relaciones, comparación y rivalidades entre ellas, altos niveles de insatisfacción, etc. Una subjetividad femenina muy condicionada por una profunda vulnerabilidad narcisista empezada a gestar en la adolescencia, frente a la cual y sea cual sea su causa, la adolescente mujer siempre va a poder recurrir al recurso del perfeccionismo corporal a través de la búsqueda y mantenimiento de la delgadez como **defensa narcisista universal** de compensación ofrecida por los valores de la cultura actual.

La obsesividad que se genera en torno al síntoma como por ejemplo el control férreo del peso, tendría connotaciones defensivas, pues serviría para concretar de manera universal en el nivel manifiesto estas angustias latentes. “Parece que mis problemas desapareciesen si llego a los 35 kg, al menos una parte de mi vida la tendría resuelta”.

En el mantenimiento del trastorno anoréxico a lo largo de los años tendrá especial relevancia tanto la cultura idealizada para la identidad femenina a través de un cuerpo delgado con aspecto adolescente, como la autovaloración que sostiene el balance intrapsíquico de la

mujer que se ha probado capaz de alcanzar y mantener un estado físico al que la mayoría de las mujeres solo aspiran.

Todos empezamos a trabajar en el dispositivo sin tener formación en trastornos de alimentación, por tanto, **obstáculos** encontrábamos para dar y regalar. Estableciendo un gran número de espacios grupales donde nos pudiésemos sentir cómodos para hablar de lo que sabíamos sin sentirnos los más listos, pero también de lo que desconocíamos sin sentirnos los más tontos, están siendo claves en su elaboración.

Aquellos obstáculos epistemológicos o relacionados con la falta de instrumentación técnica, los abordamos estableciendo como objetivo común la formación en el equipo a través de sesiones clínicas y bibliográficas semanales. Los obstáculos epistemofílicos, relacionados con la dificultad para asumir ciertas situaciones o para conectar con las emociones que ciertos hechos pudieran despertar, son los que más interesantes me parecen, pero también los más difíciles de abordar.

Señalaría como uno de los principales obstáculos que he ido detectando en este proceso hasta el “nosotros” el pensarnos como diferentes. Día a día iban surgiendo situaciones que ponían a prueba el grado de tolerancia que cada uno teníamos a las diferencias que manteníamos con el de enfrente. Cada uno lidiaba como podía con esto: haciendo alianzas por ciertos intereses, presentando actitudes sumisas por tal de huir de la confrontación, mostrando desinterés por el tema, optando por el silencio quedando relegado por el grupo al rol de chivo expiatorio, etc.

VIÑETA CLÍNICA

Recibimos la derivación de una paciente que por sus peculiaridades psicopatológicas presenta una apariencia física muy diferente a la del grueso de las pacientes del hospital de día, ya que donde el resto de las integrantes presentan una situación de desnutrición, ella sufre de importante obesidad. Al explicar su facultativa referente el cuadro clínico en la reunión multidisciplinar de la mañana expresa muy angustiada sus dudas y su preocupación ante cómo encajaría la paciente estas diferencias. Son varias las posturas que surgen por parte del equipo. Unos somos partidarios de explicitar ante la paciente estas preocupaciones que le atenazan, informándole de la diferencia con la que se va a encontrar y pudiendo expresar sus propias dudas frente a qué modalidad de tratamiento se podría ajustar mejor a ella (HD frente a CE). Otros ven esta revelación por parte del profesional como un factor estigmatizante más, algo que consideran completamente contraproducente e inapropiado. Otros permanecen callados.

Las diferencias entre nosotros hablaban de los diferentes esquemas de referencia que nos constituían.

En palabras de Diego Vico, el esquema de referencia, al incorporar una dimensión personal, se pone a prueba en cualquier ocasión. Las propias palabras de la teoría, su terminología, ha de ser reinterpretada en relación con los objetos internos de cada uno, pudiendo así suponer un obstáculo sobreañadido para la elaboración. Y así era: lo que para uno era evidente, para otros podía ser una aberración o lo que para uno podía significar una señal de respeto, otro lo podía vivenciar como un insulto.

El dispositivo está muy bien instrumentado para enfrentar situaciones clínicas de desnutrición extrema, pues contamos con un extenso arsenal de herramientas terapéuticas destinadas a este fin, incluyendo un riguroso programa de hospitalización para la renutrición por fases. Sin embargo, no creo que lo estemos tanto para acompañar a pacientes en situación de sobrepeso u obesidad como consecuencia del trastorno alimentario, algo señalado por algunas pacientes “aquí estamos las gordas y las flacas, a mí me da vergüenza entrar con hambre al comedor a la hora de comer cuando soy la más gorda de todas”, “¿yo para qué voy a ingresar si no estoy delgada?” De forma similar a lo que pasó en la última viñeta clínica que os he traído, han sido varias las situaciones que en las que alguna miembro del equipo ha experimentado miedo, culpa, angustia o inseguridad al fantasearse instigando sentimientos gordofóbicos en las pacientes.

No se puede obviar que somos un equipo compuesto en su mayoría por mujeres. Mujeres con su propia subjetividad y sumidas en sus propias contradicciones atendiendo a mujeres sometidas salvajemente a unos ideales tiránicos asociados con el género. No es casualidad que en torno al 85% de cuadros de anorexia se den en mujeres.

“Menos mal que estáis vosotros atendiendo a esas pacientes, yo no las soporto”, “¿cómo puedes pasar todo el día con ese tipo de pacientes?” también son comentarios escuchados a compañeras que creo que tienen que ver con complejas cuestiones que nos vertebran como sociedad. Por traer algunas de ellas, comentaría que, en primer lugar, el sufrimiento en la mujer molesta. Formamos parte de una sociedad capitalista donde los hombres han sido los que han creado la ciencia, a partir de los cuales se han descrito los criterios de las distintas enfermedades y, por tanto, los que han establecido los límites entre la normalidad y la patología. El malestar en la mujer, muchas veces expresión de desigualdades de poder asociadas al género en este orden social ha sido recibido como una amenaza a la hegemonía de este orden patriarcal.

La petición de cambio de rol en la mujer en los últimos años ha sido acogida mediante una respuesta ambigua. Es el hombre, pese a las muchas formas de dependencia con respecto a

la mujer, el considerado como sujeto independiente mientras que para la mujer cualquier acceso a la vida social se convierte en fruto de conquista. La sociedad, parece acoger el cambio de rol al que la mujer tiende, aunque después la pone en la imposibilidad de ejercerlo. La mujer se encuentra como objeto de expectativas diversas, contradictorias: por un lado, se le pide ser competitiva y exitosa en el mundo laboral; por el otro, ser seductora en el rol de pareja y comprensiva y cuidadora en el de progenitor primario.

La patología alimentaria se hace portavoz de una realidad que incomoda, un clima sociocultural que pone en su punto de mira el cuerpo en lugar de la persona, el control en lugar de la expresión de sí y el parecer en lugar del ser. Jaspers habla del “espíritu del tiempo” refiriéndose a cómo el comportamiento sintomático refleja la dimensión cultural del momento. El ayuno hoy en día respondería como adecuación a un ideal estético, que lleva consigo la expresión de un malestar mal elaborado respecto al propio tiempo que refleja una sociedad donde la estética se ha convertido en el fundamento de la ética.

¿Con esa multiplicidad de mundos internos interpeándose ante cualquier situación cómo íbamos a poder alcanzar conclusiones?, ¿cómo lograr la operatividad?

Sabemos desde la teoría de la información, que lo que permite que el receptor comprenda el mensaje emitido por el transmisor, a través de operaciones de codificación y decodificación, es una semejanza en los esquemas referenciales. En la generación de estos códigos o este ECRO compartido, cobra especial relevancia el encuadre.

ENCUADRE

El **primer encuadre** de un equipo de trabajo lo proporciona la institución. Encuadre entendido como conjunto de reglas o constantes en cuanto a tiempo, espacio y reparto de funciones que resultan necesarias para poder visualizar el proceso. Este ha de estar muy claro, no admite ambigüedad. El primer encuadre o encuadre institucional viene dado, aporta los elementos más genéricos necesarios para iniciar el proceso en el equipo: la composición (número y tipo de profesionales), el jefe o coordinador, las tareas y objetivos amplios y una serie de espacios para el trabajo de ese equipo.

El **segundo encuadre** surge como consecuencia de la discusión colectiva, ya que se va desarrollando a medida que el equipo va rellenando, matizando y dando contenido a su tarea. En algunos puntos ambos encuadres coexistirán, pero en otros generarán tensión. Como vemos, el encuadre institucional apunta a la verticalidad, organizándose y pensando en términos de individuos, mientras que el equipo lo hará en términos de horizontalidad, propiciando una dinámica en su seno y constituyendo así una especie de contrapoder. A

veces da la impresión de que la institución quisiera recordar a sus miembros, que el poder de la dirección de los procesos sigue estando en ella, por ejemplo, a través de los cambios indiscriminados que produce entre los miembros del equipo.

Como representante de este segundo encuadre que el equipo va creando, señalo a “**San Protocolo**”, libro de cabecera y fiel compañero en esta andadura. Se trata del conjunto pormenorizado de actuaciones que llevamos a cabo en la unidad, las reglas y normas a través de las cuales organizamos nuestra tarea. Revisado y modificado anualmente, cuya longitud y meticulosidad es directamente proporcional a las angustias que trata de soslayar. El encuadre, condensado en el protocolo operativo nos protege, nos da seguridad, nos organiza. Muchas veces, paralizados frente a la angustia de enfrentarnos a lo desconocido (ataque y pérdida) recurrimos al protocolo, pudiendo incurrir en la trampa de priorizarlo frente al sentido común. Y es que, si bien el protocolo organiza, también tiende a simplificar la realidad y a homogeneizar, negando la singularidad de cada situación. Negando la realidad, intentando reducir a la mínima expresión nuestra angustia evitando elaborarla no estaríamos corriendo el riesgo de reproducir aquellos mecanismos enloquecedores de que las llevan o nos llevan a enfermar. ¿Necesitamos aferrarnos al protocolo como ellas a sus gramos?

Es curioso como el protocolo se ha podido ir interiorizando en cada miembro del equipo, estando cada vez menos la necesidad de recurrir al él cuando surge cualquier cuestión. Quizás es que cada vez se dé más cabida a las contradicciones, a la duda, a la expresión de las diferencias, etc. ¿Será esto ir superando obstáculos?, ¿nos estaremos acercando con esto a la tarea implícita?

Así como el protocolo se hace el depositario de las partes más indiferenciadas de la personalidad tanto de pacientes como de profesionales, permitiendo que se puedan desarrollar las partes más creativas y sanas, la **asignación de roles** también contribuye a esto. Los roles en el equipo terapéutico están claros, son por todos conocidos y son adjudicados por la institución en este primer encuadre. A medida en que voy pasando de la agrupación al sentido de pertenencia como miembro de un grupo particular, dejo de pensar en que hay una terapeuta ocupacional y dos enfermeras para pasar a pensar en las dos Cristinas y en Marta.

Los pacientes vestirán con los ropajes preasignados por la sociedad y la institución sanitaria: la necesidad, el sufrimiento, el desconocimiento, la dependencia, etc. Del mismo modo, el equipo técnico estará investido de aquello que se nos presupone por el hecho de ser quienes somos y trabajar donde trabajamos: la sabiduría, la seguridad, el saber hacer, la profesionalidad, etc. Hay espacios que se prestan a que esos roles se mantengan sin presentar mayor conflicto como son los grupos de terapia, las consultas individuales, el comedor terapéutico, etc. El espacio asambleario, por el contrario, es un espacio que se

presta a la dilución de roles, que tiende a homogeneizarnos y que invita a pensar juntos en cómo nos va en el proceso de convivir.

“El otro día en la asamblea me sentí como en el grupo de terapia de los martes”, comentó una compañera del equipo. Este comentario hablaba de las dificultades que detecto en este espacio (silencios, disociación clara entre pacientes y profesionales, ambiente persecutorio, etc). No es fácil que las pacientes “nos vean las costuras”, mostrar nuestras propias contradicciones con la tarea, las dudas, las inseguridades. Mostrarnos humanos. Curiosamente esta misma tendencia a la disociación, pero en este caso entre pacientes y familiares es la que estamos observando en el grupo multifamiliar que realizamos por las tardes, cuando juntamos en un mismo espacio a portadoras del diagnóstico y familiares.

¿Cuál es la dificultad para explorar nuevos roles?, ¿Qué es esto que tan férreamente hemos de mantener y aparentar, que nos lleva a enajenarnos al pensar que no necesitamos a los otros para seguir aprendiendo? Esto se podría parecer a lo que Pichón, en palabras más técnicas, califica como miedo a la pérdida y miedo al ataque, principales obstáculos en el proceso de aprendizaje.

Volviendo a las reglas del encuadre, querría señalar su **carácter bivalente**, pues señala al mismo tiempo lo que se puede y lo que no se puede hacer. Al mismo tiempo que marca una posibilidad marca un límite y así como da seguridad y protección, también puede resultar coercitivo. Por eso es por lo que las reglas del encuadre suelen ser aceptadas de manera bivalente, en el sentido de que producen aceptación o rechazo.

Es curiosa la forma en la que estas pacientes se relacionan con el encuadre. Recordando a una conducta adolescente que reta, explora los límites, se revuelve contra ellos o los acepta dócilmente para después incumplirlos de alguna forma sutil y encubierta. Comentarios de compañeros que dan cuenta de esto “estuvo ingresada y tenía que ir con mil ojos porque le daba la mano y me cogía el brazo entero”, “siempre están buscando la grieta por la que colarse y colárnosla”. Para tratar de dar sentido a estas actitudes, me apoyo en la psicología social y en su convicción de que toda conducta manifiesta siempre va a dar cuenta de otra información latente. Así, la rebeldía con el encuadre cobra un significado especial. El comer entendido como acto socializante, generador de pertenencia, de afecto y de identidad familiar. En una familia hay reglas en torno a la alimentación (no se come con la boca abierta, no se suben los pies en la mesa, los domingos se come en casa de la abuela...) estas reglas señalan los límites de lo que es comestible y lo que no, de cuándo y cómo se come, etc. Así, la comida queda investida con connotaciones de educación, control, conformidad, obediencia... En torno al rechazo de la comida pueden moverse cuestiones relacionadas con la lucha por el poder, la rebelión, las ganas de romper con un ejercicio de autoridad tomado como demasiado severo... Rechazar la comida que infantiliza y ejercer una elección propia

sobre las costumbres alimentarias, puede representar el cambio hacia la edad adulta, la liberación y el cese de la influencia parental.

¿Así pues, entendemos estas conductas como un deseo de dominación o como un intento de regulación intersubjetiva? Gran diferencia contratransferencial.

Mi proceso personal con el encuadre me ha llevado a explorar diferentes terrenos, entre ellos el haber de cumplirlo y el hacerlo cumplir, función esta última depositada sobre todo en el rol de la coordinación, de la que más tarde os hablaré. Cuando llegué al equipo recuerdo la incómoda sensación de sentirme una profesora recordando normas a unas niñas pequeñas. También reconozco que me han crecido hijas como champiñones crecen en el campo cuando, a través de fenómenos proyectivos y transferenciales en la convivencia, me han colocado los ropajes maternos que con mayor o menor disgusto he vestido. El conflicto principal en estas pacientes sobre todo se condensa en la **figura materna y en el proceso de individuación**: madres hiperprotectoras, rígidas, abnegadas en sus roles de cuidadoras, con dificultades en sus propios procesos de individuación, cargadas de expectativas, con tendencia a la negación de conflictos... El vínculo terapéutico, sobre todo en los momentos iniciales va a tender a reproducir este tipo de vínculos materno-filiales. El encuadre a través del cual nos reunimos diariamente y discutimos en grupo sobre todas estas cuestiones me ha permitido encontrar en el encuadre a un aliado imprescindible en mi día a día.

COORDINACIÓN

Quizás se trataría del elemento en que más aprietos me ha puesto. Al igual que cuando pienso en la tarea y en el encuadre de un equipo de trabajo comparándolo con el de un grupo operativo veo importantes similitudes que me permiten pensarlo de una forma más o menos paralela, no me pasa lo mismo cuando pienso en la coordinación de un equipo de trabajo, donde las denominaciones de líder o de jefe aparecen aportando otro matiz.

Si pensamos en la figura o rol de coordinador de un grupo operativo, este se encargaría fundamentalmente de acompañar al grupo en la realización de la tarea, lo observa en su desarrollo y a través de sus intervenciones (señalamientos e interpretaciones), lo ayuda a pensar en las dificultades con las que se va encontrando en el proceso. Los roles de coordinador, observador e integrantes están claros y por tanto la distancia entre ellos.

El coordinador o el jefe de un equipo de trabajo, está designado a nivel institucional desde este primer encuadre. Los roles proporcionados por la institución, a diferencia de los roles que encontramos en un grupo operativo, subrayarían sus diferencias, reconociendo

asimetrías con respecto al poder institucional que detentan y estableciendo fronteras claras en el ejercicio de dichos roles.

La **distancia** que encuentra el coordinador de un equipo institucional con el grupo de trabajo es una cuestión bastante más compleja, ya que al mismo tiempo que es miembro del equipo, también es el representante de la institución. Dos lugares y a la vez ninguno, un lugar de mucha soledad. Una doble posición que le convierte en lugar de depositaciones por ambos lados: tratará de hacer cuidar las normas de “arriba” mientras que deberá de cuidar y proteger al equipo en su funcionamiento. Estas características, según Federico Suárez, aportan un carácter especial de tensión al rol, pues el estar “en medio” puede conllevar acusaciones por parte de todos de no defenderles en sus intereses. Federico añade que la función interpretante que pueda ser necesaria en ciertos momentos para el desarrollo de un equipo frente a su tarea deberá llevarse a cabo por alguien ajeno al equipo, que pueda mantener con los integrantes y su tarea esa distancia necesaria.

Si el trabajo en equipo requiere de las tres dimensiones: Cuidar, cuidarse y ser cuidado, el coordinador será el garante del cuidado del equipo, siendo el responsable último de preservar los **encuadres** que permitan la comunicación. El rol de coordinador es fundamental en los inicios de los procesos, en los momentos de constitución del grupo y del equipo, y posteriormente en los momentos de crisis y de resistencias al cambio.

VIÑETA CLÍNICA

Hay un ambiente distendido en el comedor terapéutico. Todas participan de la conversación, se oyen chistes, risas, bromas... el coordinador entra en el comedor para saludar y de repente de hace el silencio.

VIÑETA CLÍNICA

Estamos en una asamblea donde una paciente trae la propuesta de implementar una nueva actividad en el hospital de día. Todas, profesionales y pacientes damos nuestra opinión, pero al final, todas miramos al coordinador esperando a que tome la decisión definitiva.

¿Cuánto estará esto influido porque el coordinador es la única figura masculina del equipo?, ¿cuánto tendrá que ver con procesos de transferencia en la situación grupal que recuerden a situaciones paterno-filiales?, ¿cuánto estará relacionado con la dificultad de articular en una misma persona los roles de jefe y de coordinador?

Suárez habla de 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. El jefe donde todas las miradas se dirigen cuando en la reunión de equipo de las mañanas se abre un debate ante una situación problemática o el jefe que establece la norma en cuanto a cómo nos tenemos que organizar las vacaciones entre los miembros del equipo, se pone las vestimentas de coordinador de grupos en el espacio asambleario.

Pensando en esta función de cuidado, el coordinador deberá **adaptarse a las necesidades** y características del grupo que tiene delante, adoptando diferentes formas de liderazgo. Durante el proceso grupal se irán dando diferentes momentos en función de las dificultades que vayan surgiendo al abordar la tarea. Por momentos nos encontraremos frente a un equipo con un funcionamiento “maduro”, “adulto”, con una importante capacidad creativa, de crecimiento en el desempeño profesional y en otros momentos, nos podemos encontrar con ese mismo equipo, pero cuyo funcionamiento parece más “infantilizado”, con dificultades para cooperar, metido en rivalidades... En los momentos de funcionamiento grupal de tipo primario (cuyo modelo sería el grupo familiar), se necesitará a un coordinador que actúe desde un rol más “paternal” que, desde su autoridad, distribuye tareas, organiza, llama a reflexionar... En otros momentos del proceso, cuando el equipo vuela alto, que piensa, que hace, que piensa en lo que hace y desde lo que hace, necesitaría una coordinación que apoye, que deje hacer y no “moleste”. Esto habla de aspectos aparentemente contradictorios: lugar de autoridad y de cierta dirección (rol activo), pero también lugar de cierta permisividad y observación (rol activo).

Algunos autores señalan rasgos deseables del líder como: inteligencia, honestidad, un narcisismo saludable y una actitud paranoide justificada anticipatoria. Desde la COG no hablamos de líder, sí de coordinación que precisa de personas capaces de crear un ambiente contenedor en las instituciones y que son su “saber hacer” poder facilitar la resolución de los obstáculos del proceso. 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.

Yo sería la jefa en funciones en periodos en los que el coordinador se ausenta. Un lugar de reconocimiento, por una parte, pero no exento de dificultades por otra. Señalado el carácter protector que presenta el encuadre, creo que la modificación automática del mismo

secundario al cambio de coordinador ya de por sí es generadora de ansiedades en el equipo. Situarme por momentos en el lugar de integrante y en otros en el de coordinadora en funciones, me dificulta el encontrar esta distancia óptima para poder desempeñar estos dos roles. Además de compañeras en el equipo de trabajo tengo amigas con las que me unen muchas cosas fuera. Además, por mis características personales disfruto de los corrillos durante los cafés, de las conversaciones en el pasillo comentando esto o aquello que ha pasado durante el día, tomando un papel activo en la organización de las comidas navideñas del equipo, etc.

He detectado varias dificultades al compaginar ambos roles: me he sentido desacreditada, incómoda, fuera de lugar, he asumido responsabilidades excesivas poniéndome en situaciones de riesgo... ¿Son síntomas parecidos a los que aparecen cuando en un grupo operativo el observador pasa a coordinar ante la ausencia del coordinador?, ¿cuánto tendrá que ver con el hecho de que como mujer sustituyo el lugar de los vínculos por el del poder?, ¿cuánta parte de la técnica se ve influenciada por los roles de género?

Son cuestiones que dejo abiertas y que nos pueden ayudar a seguir pensando.

Para terminar y rescatando la idea de proceso que aporta Federico, este equipo sigue construyéndose, tratando de pensar juntos y de aprender en base a nuestra experiencia, un proceso similar al compartido con vosotros durante estos tres años, gracias, compañeros.

Bibliografía

- Paolini Ramos, E. (2020). *Psicoterapia de grupo, enfermedad única y anorexia*. Editorial Círculo Rojo
- Vico Cano, D. (2014). "De la teoría a la convivencia terapéutica". *Área 3*, 18, 1-10. <https://www.area3.org.es/descargas/a3-18-delateoriaalaconvivenciaDVico.pdf>
- Vico Cano, D. (2009). "Psicoterapia de grupo para necesitados". *Área 3*, 13, 1-18. <https://www.area3.org.es/descargas/a3-13-Psicoterapia-D.Vico.pdf>
- Vico Cano, D. (2006). "Pero... ¿de qué se trata?". *Área 3*, Especial, 1-8. <https://www.area3.org.es/descargas/dequesetrata-Diego-Vico.pdf>
- Gómez Estéban, R. (2018). "El equipo en el centro de salud mental, ¿realidad o utopía?". *Área 3*, 22, 1-49. <https://www.area3.org.es/descargas/a3-22-equipo-RGomez-FINAL-17-02-2019.pdf>
- Irazábal Martín, E. (Hemeroteca). "Apuntes para una psicología social de los equipos (de salud mental)". *Área 3*, 1-10. <https://www.area3.org.es/descargas/Apuntes-para-una-psicologia-social-Emilio-Irazabal.pdf>
- De Felipe García-Bardón, V. (2015). "El equipo coordinador desde la concepción operativa". *Área 3*, 19, 1-17. <https://www.area3.org.es/descargas/a3-19-equipocoordinador.VdeFelipe.pdf>
- Fischetti, R. (Hemeroteca). Notas sobre "Estructura de una escuela destinada a la formación de psicólogos sociales" de Enrique Pichon-Rivière. *Área 3*, 1-13. <https://www.area3.org.es/descargas/H-a3-Estructura-escuela-RFischetti.pdf>
- Suárez, F. (2021). "Sobre el trabajo en equipo". *Área 3*, 25, 1-10. <https://www.area3.org.es/descargas/a3-25-equipos-FSuarez.pdf>

- Suárez Blázquez, V. (2010). "La tarea. Una revisión sistemática de su evolución como concepto" (1ª parte). *Área* 3, 14, 1-8. <https://www.area3.org.es/descargas/a3.14.Tarea.VSuarez.pdf>
- Vallejo Jiménez, F. (2013). "Teoría de los ámbitos". *Revista de psicoanálisis y psicología social*, 3, 1-11. https://apop.es/revista/rh_2013_3/pdf/8_teoria.pdf
- Dio Bleichmar, E. (2000). "Anorexia/bulimia. Un intento de ordenamiento desde el enfoque Modular-Transformacional". *Aperturas psicoanalíticas*, 004. <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=103>
- Caparrós, N y Sanfeliu, I. (2004). *La anorexia una locura del cuerpo*. Biblioteca nueva.
- Patricio Olivos, A. (1986). "El hospital diurno como organización". *Rev. Psiquiatría*, 3, 233-238. <https://schilesaludmental.cl/web/wp-content/uploads/2022/10/86-N%C2%B0-10-017-El-hospital-diurno-como-organizacio%CC%81n.pdf>
- Pichon-Rivière, E. (1997). *Concepto de E.C.R.O. En "El proceso grupal"* (ed.27). Editorial nueva visión.