



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

EXTRA Nº 3 – verano 2018

Materiales presentados en la II Asamblea Internacional sobre Investigación en torno a la
Concepción Operativa de Grupo, Madrid 26-28 de abril de 2018

EVALUANDO LA POTENCIA DE LO GRUPAL

Una Experiencia de grupo Operativo en Atención Primaria

Clara Aranda¹, Ángeles Mon Carol, Gloria Cano, Beatriz Bullón, Gerardo Grau, Susana
Rodríguez², Felipe Vallejo³

PRESENTACIÓN

Estas reflexiones son realizadas con la motivación de compartirlas en el foro de la *II Asamblea de Investigación en torno a la Concepción Operativa de Grupo*. Celebrada en Madrid en marzo de 2018.

En la experiencia grupal de la que vamos hablar, participan médicos de atención primaria, residentes de medicina de familia, y dos coordinadores psicólogos (coordinador y observadora).

Desde hacía algunos años los médicos de atención primaria de este centro venían solicitando contar con un grupo Balint. Esta demanda expresaba la necesidad de contar con un espacio

¹ Psicóloga Clínica. Observación grupal

² Médicos de Familia. Miembros del grupo

³ Psicólogo Clínico. APOP. Coordinación grupal

de reflexión y puesta en común de las prácticas; espacio que acaba siendo el único lugar donde poder pensar de forma compartida en el ámbito de la institución sanitaria.

A través del trabajo grupal se han ido poniendo de manifiesto las secuelas tangibles de la crisis socioeconómica, la debilidad de respuestas psicosociales ante las demandas y padecimientos de los pacientes y las consiguientes modificaciones y distorsiones tanto en el rol de médico como en el modelo de gestión de la organización sanitaria.

A su vez, ha sido un lugar donde ha podido abordarse en común la manera en que el profesional se sitúa ante el paciente, ante la propia institución y ante la sociedad. Donde ha podido crearse un relato directo, subjetivo y personal del desarrollo del proceso grupal a través de sus propios integrantes, en el que lo vivencial tiene un lugar más allá de lo teórico, permitiéndonos la escucha no apriorística de la experiencia singular y propia de los integrantes.

Desde los contenidos que compartimos en este escrito podemos subrayar, una vez más, la *potencia de lo grupal*

NOTAS A LA METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO

Al plantearnos la posibilidad de llevar estas reflexiones a la II Asamblea, desde la coordinación, propusimos al grupo realizar una elaboración conjunta. A partir de ahí se inicia un trabajo sobre el material transcrito de las observaciones y, tras una elaboración personal de cada integrante, el resultado se puso en común en una reunión donde estuvieron presentes todos los miembros del grupo con invitación expresa a la coordinación. Una de las médicas se encarga de organizar y redactar las diversas aportaciones, que serán revisadas posteriormente por todos los miembros.

Valoramos de forma positiva este proceso de elaboración posterior a la experiencia grupal, en el que la reflexión sobre el proceso del grupo se realiza tanto por el equipo coordinador como por los miembros del mismo. La elaboración de los contenidos de las sesiones es vivida por los miembros del grupo como una forma de continuidad del proceso de reflexión de las sesiones.

En esta presentación conjunta, en la motivación de realizarla y compartir experiencias y análisis, está presente la necesidad de desarrollar espacios por parte de profesionales de la Atención Primaria, de poder parar, pensar y plantear cambios instituyentes en la tarea asistencial.



EL ÁMBITO Y ENCUADRE

El grupo que analizamos se desarrolló a lo largo de un año en el Centro de Salud de Atención Primaria "Pino Montano A" de Sevilla. Su objetivo era responder a la necesidad percibida por los médicos de familia y residentes de un espacio donde trabajar la relación médico-paciente, siguiendo la metodología propuesta por Balint. Sin embargo, como todo producto humano vivo, fue alejándose de su objetivo inicial para transformarse en algo que podría definirse como un Grupo Operativo contextualizado.

- Se planteó un equipo coordinador constituido por un coordinador y una observadora. Durante el periodo analizado, ninguno de ellos mantiene relación con la institución a la que pertenece el equipo. (Es resaltable este hecho de la distancia institucional, ya que podemos analizar en comparación con periodos anteriores y discontinuos, en los que la coordinación de grupo Balint era llevada por quien asumía su vez la coordinación del Centro de Salud Mental, con las interferencias consiguientes de una tarea de coordinación interinstitucional).
- Se realiza lectura de emergentes.

- La tarea del grupo era trabajar sobre la práctica asistencial cotidiana de la relación médico-paciente, contextualizado en un Centro de Salud.
- El proceso grupal se realizó a lo largo de 11 sesiones de marzo de 2016 a marzo de 2017.



Necesidad de espacios grupales en la institución

LAS PERSONAS:

El grupo estaba conformado por dos psicólogos clínicos, en las funciones de coordinación; la participación de médicos residentes de medicina de familia y comunitaria (entre 3 y 6) que, según sus rotaciones, podían asistir o no; y siete médicos de familia con participación variable en función de los horarios y carga de trabajo.

LA TAREA:

Comenzamos con la tarea de reflexionar sobre la relación médico-paciente y analizar en el grupo las emociones que surgían en esta relación a través de casos clínicos. Posteriormente, la tarea comprendió también el análisis de las relaciones del grupo y el contexto social y político de una manera “honrada”, indagando y aprendiendo sobre lo que iba surgiendo. A lo largo de un año vivimos el paso de un Grupo Balint a un Grupo Operativo Contextualizado.

En cada sesión partimos de un caso o de un problema sentido o vivido con gran impacto, dando comienzo a la dinámica.

Se fueron estableciendo múltiples paralelismos entre los profesionales y el Balint y la relación entre médicos y pacientes. Surge la necesidad de ayuda en el grupo y e va

definiendo un posicionamiento concreto ante el maltrato institucional, la falta de recursos y la falta de espacios de reflexión conjunta para pensar en cómo realizar modificaciones, entre el miedo y las resistencias al cambio...

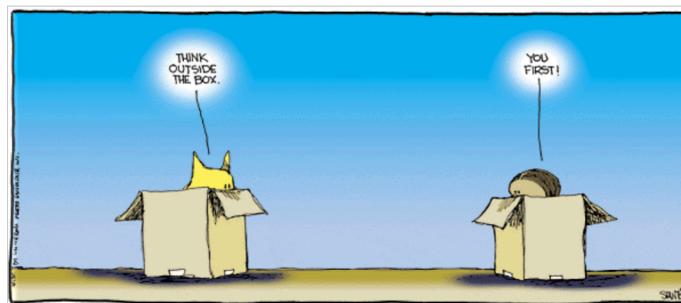
LA TRAYECTORIA

El desarrollo de la dinámica grupal era vivido por el grupo más como una “**maraña**” que como un hilo conductor. Iban apareciendo múltiples **intersecciones** que se desgranaban y se trabajaban a medida que se ponían de manifiesto.

El camino supuso un paso de lo individual a lo grupal y al sistema sanitario y político y a la inversa.

Al inicio de este proyecto nos sentíamos individuos y no fue hasta después de un año que nos constituimos como grupo.

El análisis de este año de trabajo nos llevó a cambiar la perspectiva, a mejorar, compartir y afrontar los problemas de forma distinta. Pasamos de la QUEJA a iniciar acciones de CAMBIO.



Piensa diferente (“*fuera de la caja*”) ¡Pero tú primero!

EL CONTENIDO DE LAS SESIONES: ¿Sobre qué reflexionamos?



<p><i>Periodo de las Sesiones</i></p>	<p><i>Principales ideas emergentes</i></p>
<p>Sesiones iniciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Sentimientos de dualidad y ambivalencia. ¿Valdrá el grupo para algo? *Enfado, angustia, llanto. Mostrarse, desnudarse ante el grupo. *Error/hacer daño. Reconocer los errores, trabajarlos en grupo. Los errores hacen daño a los pacientes y a los profesionales. *Huida ante la incapacidad del manejo del sufrimiento. "Que se cambie de médico"

*La institución como amenaza a la continuidad del grupo. Falta de apoyo y de cuidados a sus profesionales.

*Sensación de que todo sigue igual, de mal en peor.

*Presión de la institución.

*Ausencia de espacios de reflexión “Dejarse llevar por la vorágine”.

*Deterioro / envejecimiento de la población y de los profesionales.

*Profesionales de primera y de segunda. Los sustitutos, los residentes...

*Aspectos narcisistas y egocéntricos ¿Existe posibilidad de ayuda?
En los pacientes... pero también en los profesionales ¿Seremos capaces de ayudar? ¿Seremos capaces de dejarnos ayudar?



*El grupo ayuda a tomar distancia y pensar ¿Utilidad?

*Resistencias en el plano emocional.

- *Introducción de la dimensión política.
- *Pacientes y médicos quejosos pero inmóviles.
- *Incertidumbre clínica y vital y su manejo.
- *Miedo a la culpa y al error; responsabilidad sobre la salud del otro. Poder admitir el error sin ser abandonado. Esta idea está muy presente en las primeras sesiones. Quizá porque los profesionales se sienten escuchados pero también “expuestos”, con la posibilidad de crítica implícita que ello conlleva.
- *Llamada a la acción y al cambio. Desinstalarse de la queja.
- *Necesidad de “pararse a pensar”.
- *Resistencias a la utilidad del Balint ¿Servirá para algo? Reconocimiento del médico como paciente que busca ayuda en el grupo. Asumir la falta, la necesidad de otro que les mire, ayude.
- *Búsqueda de soluciones.
- *Paso de lo individual a lo grupal: pertenencia, identificación, compartir los mismos problemas. Cohesión del grupo (aunque con “puñales” circulando).
- *Aceptación de las limitaciones, rechazo de la omnipotencia y cómo trabajar esto.
- *El grupo como espacio que ayuda a reflexionar que la insumisión personal tiene más fuerza si es grupal. Hablar y pensar en grupo ayuda a identificar alianzas y a no sentirse solo ante el cambio. El grupo da fuerza para trabajar en común y unir respuestas para el cambio.



Sesiones intermedias
Cambios sutiles en el discurso

*La sobrecarga institucional como dificultad para el desarrollo y la continuidad del grupo. La impotencia en esta situación.

*Las despedidas (residentes, etc...). La soledad en la consulta.

*Sigue la dualidad de la necesidad del grupo y el cuestionamiento de su utilidad.

*El miedo a ser juzgados.

*La diversidad dentro del grupo y las diferencias, pero se va consolidando el sentimiento grupal.

*Pacientes difíciles, hay que intentar comprender el rechazo, pararse a pensar e intentar ayudar (Evolución del pensamiento de “cambiarse de médico” de la primera sesión).

*La Atención Primaria como el “cubo de basura” de lo que nadie quiere, de lo incómodo, de lo que no tiene solución, de lo social. Personas que lanzan su angustia personal, familiar y social al médico.

¿Hacemos nosotros lo mismo con el grupo? El grupo como “cubo de basura” frente a un **espacio para mirarnos a nosotros mismos**.

*Escuchadores. Análisis del rol de Atención Primaria.

*Las intersecciones en la atención (lo social, lo familiar, lo personal).
El paso dado en Atención Primaria de la atención biopsicosocial (Alma-Ata) al modelo neoliberal en salud (modelo gerencial).

*Instalados en la queja.

*Comportamientos de exclusión hacia personas de reciente incorporación, no fijas en plantilla (sin ser conscientes de ello).
También acciones de autoexclusión.

*Análisis de la incapacidad en la relación. Pacientes “molestos”.

*El grupo se pone en marcha: redirigir el malestar psíquico a cambios sociales, no tapar la “demanda” con pastillas o con burnout.
Ruptura con lo tradicional de lo “que se espera de nosotros”. **El grupo** se hace eco de sus quejas.

*Trabajar los límites personales para evitar el malestar.

*“Lo clínico es más concreto, lo otro es toda la vida en 5 minutos”
(En referencia al tiempo que tiene una cita de atención primaria).

*La carga que supone la escucha y el reconocer que no todo tiene una solución. Resistencias a cambiar en este sentido en pacientes y profesionales.

***Mostrar honestidad** como clave para poder interactuar con los pacientes y con el grupo.

*Apertura del grupo como espacio para ayudar a otros. Aparecen

palabras como “continuidad”, “entendimiento”. A veces estamos lejos, pero podemos acercarnos.



***La tormenta.
Emociones
circulando.***

*Dificultades para “cuidar” en un contexto que ha desvalorizado los cuidados. Cuidar al cuidador (médico y paciente). **Abandono institucional.**

*Políticas institucionales que acaban medicalizando problemas psicosociales. No hay tiempo ni estructura para trabajarlos. La gente espera: ante la ansiedad, benzodiacepina, ante la tristeza vital, antidepresivo. ¿Ha llegado el momento de rebelarse? Impotencia personal frente a “profesional no deseado”.

*Atención Primaria como “gestor de las carencias”.

*Falta de tiempo y de apoyo institucional para la tarea comunitaria.

*La ética te pone rabioso cuando la institución te pide “pastillas” o “no hacer” y piensas que debes intervenir.

*“Te quedas solo”, sin ningún respaldo institucional. Muchas veces los pacientes tampoco te entienden.

	<p>*Propuestas para la acción. Las trayectorias de profesionales y pacientes se unen bidireccionalmente y se cruzan.</p> <p>*Desprecio de otros profesionales del trabajo de AP. ¿Despreciamos también nosotros el trabajo de nuestros pacientes?</p> <p>*Atención Primaria como depositario masivo.</p> <p>*Sobre lo “no solucionable”: acompañar es hacer algo, aliviar es hacer algo. La estrategia de apoyo es posible.</p> <p>*Vínculo y relación entre médicos y pacientes. ¿Se muere un paciente? ¿Se te muere un paciente? Trabajar su muerte. Relaciones con alto contenido afectivo que se rompen.</p> <p>*Ética y honradez frente a falta de recursos institucionales.</p> <p>*Dicotomía entre “oficio técnico-científico” frente a la filosofía de CUIDAR ¿Hay dicotomía? ¿Necesita una profesión “técnica” un Balint?</p> <p>*”Huir” frente a “hacerse cargo”. “Teatro” frente a “compromiso”. “Culpa del otro” frente a “el otro somos todos”.</p> <p>*El grupo como espacio para PENSAR y AUTODEFINIRSE.</p> <p>*Dar voz en el grupo a los que no hablan. El grupo “como un coro de voces”.</p>
<p>Últimas sesiones</p>	<p>*Mitin en la sala de espera. ¿Aprovechar los espacios públicos para concienciar? ¿O la sala de espera de los pacientes como lugar de expresión de un malestar sin espacio de manifestación ni elaboración en la institución?</p> <p>*Pacientes que “imponen”.</p>

	<p>*El médico como una “marioneta” ante determinados pacientes y ante la institución.</p> <p>*Búsqueda de beneficios en algunas relaciones médico-paciente que generan sentimientos de agresividad, rabia e impotencia. Conformarse con las migajas del sistema o luchar para el cambio.</p> <p>*El médico “instrumentalizado” por los pacientes y por el sistema.</p> <p>*Tolerancia frente a la agresión verbal ¿Agredimos verbalmente también nosotros?</p> <p>*El descontento social depositado en la consulta.</p> <p>*Personas con las que no compartimos afectos ni normas. Personas diversas. A veces cuestionan el sistema, otras veces a nosotros. A veces buscan amor, beneficios. Merecen RESPETO.</p> <p>*De nuevo el sentimiento de SOLEDAD. El Balint como “medicina” para combatir la soledad, como instrumento para manejar el descontento, para trabajar la contraorden al sistema. ¿Tienen nuestros pacientes un Balint?</p> <p>*“TENEMOS QUE DEFENDER ESTO” (El Balint, el espacio grupal y la Sanidad Pública). “Todos tenemos un poder en el sistema” frente a “somos contrasistema”.</p>
	<p>*La pérdida: ¿seguiremos?, ¿nos abandonaréis?</p> <p>*“Fe” frente a “confianza” en la relación. Los nuevos tiempos ¿Pedimos fe a los pacientes?</p> <p>*Confianza y necesidad en la tarea del Balint. ¿Esto es un Balint o una maraña? Reevaluación, de nuevo, de su utilidad, ante la</p>

anticipada despedida.

*De nuevo el error y el miedo a ser juzgados; tanto con los pacientes como en el Balint).

*El error médico y sus consecuencias: que el paciente se vaya, que “te castigue” o que “te castigues tú, hipervigilando”.

*El grupo para trabajar la soledad, el error, la culpa y la incertidumbre. Miedo a exponerse y a ser vulnerable ante el error.

*La culpa vivida como “generadora de angustia”, “como algo externo” o “solo tengo culpa cuando se mezclan los afectos”. Trabajar tanto el “sistema interior” como “el exterior”. Analizar la propia culpa. No colocarla siempre “fuera”.

*Sentimientos de inseguridad en el encuadre, en el grupo y en la consulta.

*¿Qué pasa con los que no vienen? Las AUSENCIAS.

REFLEXIONES A POSTERIORI SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA IDENTIDAD GRUPAL:

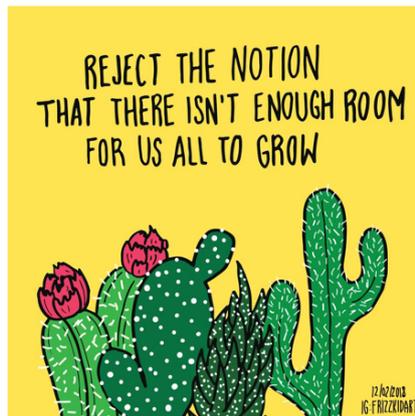
Pensamos que la evolución seguida por el grupo se adapta a lo que plantea Manuel Castells en su libro “La era de la información. El poder de la identidad”.

Identidad legitimadora: introducida por las instituciones dominantes de la sociedad para extender y racionalizar su dominación frente a los actores sociales

Identidad de resistencia: generada por aquellos actores que se encuentran en posiciones/condiciones devaluadas o estigmatizadas por la lógica de la dominación, por lo que construyen trincheras de resistencia y supervivencia basándose en principios diferentes u opuestos a los que impregnan las instituciones de la sociedad.

Identidad proyecto: cuando los actores sociales, basándose en los materiales culturales de que disponen, construyen una nueva identidad que redefine su posición en la sociedad y, al hacerlo, buscan la transformación de toda la estructura social.

Comenzamos como grupo con una identidad legitimadora, elaboramos posteriormente de forma parcial una identidad de resistencia. Como tarea para las próximas sesiones debemos completar nuestra identidad de resistencia para intentar buscar nuestro espacio en una identidad proyecto.



Rechaza la idea de que no hay suficiente espacio para que todas/os/xs crezcamos.

Y en 2018 seguimos en ello; el GRUPO BALINT – GRUPO OPERATIVO nos ayuda y ayuda indirectamente a otros.

CONCLUSIONES FINALES

A la luz del trabajo realizado, no sólo durante las sesiones grupales sino durante el proceso de elaboración-reflexión posterior llevado a cabo por los integrantes del grupo, nos gustaría finalmente retomar una de las cuestiones más planteadas a lo largo de la dinámica grupal. ¿Cuál es la utilidad de un grupo como éste? ¿Para qué se realiza? ¿Cuál es su tarea, su finalidad?

Es interesante señalar que la “tarea” como tal es un elemento básico y primordial que es necesario definir en el encuadre inicial de todo grupo operativo. Sin embargo, como refiere Pichon-Rivière, esta tarea paradójicamente sólo se revela en toda su dimensión, alcance y singularidad tras la finalización del proceso grupal desarrollado por un conjunto específico de personas. De esta manera, quizá sólo ahora podamos abordar este fantasma que persiguió obstinadamente al grupo durante toda su trayectoria, expuesta a lo largo de estas páginas...

Basándonos en esa trayectoria, planteamos que la tarea/función de un grupo de estas características podría resumirse en los siguientes aspectos.

- En primer lugar, la creación de un espacio grupal nos permite mirarnos con los ojos de otro, identificar nuestros puntos ciegos. Aquello que se esconde a una visión exclusivamente unidireccional y reduccionista de uno mismo.
- Por otra parte, el grupo va constituyendo una red (y no tanto una maraña) sentipensante: que permite expresar, identificar y contener las emociones para, posteriormente, poder reflexionar con cierta distancia sobre las mismas y sobre los aspectos que las condicionan.
- Así, el grupo va promoviendo una progresiva transformación que nos lleva desde un sentimiento, una visión individual a una perspectiva grupal, común y propia. Esto ocurre sin que la pertenencia grupal dificulte aceptar las diferencias específicas que se dan entre sus miembros.
- Y esa mirada grupal, compleja, permite a su vez ir creando un discurso que problematiza los dilemas. Que supera la queja pasiva, inmóvil e impotente para

organizar una resistencia que promueve el cambio y la implicación activa en el mismo.

- Lo cual permite generar un pensamiento crítico genuino: crear pensamiento instituyente, portavoz del cambio, de lo nuevo, frente a un pensamiento instituido, representante de la estereotipia o la enfermedad institucional.

Es posible que pensemos que estos aspectos son difíciles de alcanzar, que el sistema (socio-político, sanitario, institucional) es un monstruo que nos engulle y paraliza, que somos débiles y minúsculos ante su inercia rotatoria... Pero quizá nos ayude recordar que los resultados expuestos en este trabajo corresponden al desarrollo de un grupo operativo de una hora de duración con una frecuencia mensual realizado durante un año. Lo cual reafirma la potencia transformadora de lo grupal.

Y que la unión hace la fuerza.

BIBLIOGRAFÍA

Balint. *El médico, el paciente y la enfermedad*. Editorial Libros Básicos. Buenos Aires , 1986

Bauleo, A., *Un Grupo*. En, "Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad". A. Bauleo, A. Montserrat y F. Suarez. Atuel. Buenos Aires, 2004

Bleger, J. (1985): *El grupo como institución y el grupo en las instituciones*. En, "Temas de psicología (entrevista y grupos)" . Ediciones Nueva Visión. Bs. As. 1999

Castells, M. *La era de la información. El Poder de la identidad* Alianza Editorial, 2003

Gómez Esteban, Rosa. *El médico como persona en la relación médico paciente*. Ed. Fundamentos. Madrid. 2002

Pichon-Rivière, E. *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la psicología social*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1986

Vallejo, F. *La teoría de los ámbitos*. Revista Huellas, APOP. nº 3. 2013