

Proceso de construcción de respuestas psicoterapéuticas en contexto institucional y social de incertidumbre

Laura Mantrana Ridruejo
Olalla Santamaría Gómez
Rosario Guerrero Sánchez

En primer lugar, queremos dar las gracias a APOP y a la Organización de las Jornadas por darnos la posibilidad de parar, pensar, analizar, nuestro trabajo como miembros de un equipo centrado en una tarea asistencial, desde un dispositivo sanitario comunitario, del ámbito público.

Queremos compartir nuestra experiencia, reflexiones, y cuestiones que nos planteamos. Somos tres profesionales pertenecientes a un mismo dispositivo sanitario y de distintas categorías, psiquiatra, enfermera y psicóloga clínica, que además de la pertenencia al mismo equipo, nos une el interés y aprendizaje en el trabajo grupal desde el marco teórico del Grupo Operativo.

Trabajamos en un dispositivo de la red asistencial del Servicio Andaluz de Salud, la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) Los Palacios, dispositivo que abarca una población rural, de nivel socioeconómico fundamentalmente medio-bajo, y de alta dispersión geográfica, que comprende la zona del Bajo Guadalquivir. Atendemos una población de aproximadamente 152.000 habitantes. El equipo está compuesto por 6 facultativos (4 psiquiatras y 2 psicólogas clínicas), 2 enfermeras, 1 trabajadora social, 2 auxiliares de clínica, y 1 administrativo. Además del rol de psicóloga clínica, una de nosotras desempeña la función de Coordinadora del dispositivo desde abril de 2012.

Desde el año 1986, el dispositivo estaba situado en otra localidad, Utrera, ocupando las instalaciones de un centro no sanitario, amplio, concesión del ayuntamiento de la localidad. En 2011, a instancias del Ayuntamiento que reclama las dependencias del centro, nos trasladan de forma urgente, no programada, a un piso en Utrera, inmueble que no reunía condiciones para un servicio asistencial. En estas condiciones permanece el dispositivo durante un año hasta que en abril de 2012 se produce el traslado a otra localidad de su zona geográfica y en un espacio sanitario, un Centro de Salud de la localidad de Los Palacios.

Esta situación de dos cambios consecutivos en un período corto de tiempo conllevó a una situación de crisis del equipo profesional- grupo de trabajo –con las consiguientes resistencias del equipo por los sentimientos de lo que habíamos perdido y por los despertados por el miedo al cambio. Y posiblemente también, porque estos cambios de ubicación pusieron de manifiesto debilidades, dificultades, del equipo. Al cambiar nuestro encuadre, nuestro marco, emergieron conflictos latentes. Al mismo tiempo, había una necesidad de adaptación rápida a los cambios y a las pérdidas –el tiempo de la organización no es el que necesita un

equipo en una situación de cambio-, así como una reorganización del funcionamiento y del sistema de agendas (ante la falta de espacio, para poder organizarnos, introducimos una nueva herramienta de trabajo, como un mapa, el planning mensual, que nos ubica cada día en un despacho y nos orienta sobre las actividades del servicio), cambio de sistema informático (de SISMA a DIRAYA) y cambios en la planificación de la actividad. Esta situación de crisis institucional, del equipo y de sus integrantes, fue paralela a la crisis social que incidió en políticas sanitarias que condujeron a medidas restrictivas institucionales (reducción de los contratos del personal no fijo a un 75% -en nuestro servicio se vieron afectadas 6 profesionales sobre 12, con la repercusión en sus contratos y en el servicio en general, aumento de la jornada laboral a 37'5 h /semana..), y es en este momento cuando recibo el encargo de la Dirección de la UGC de Salud Mental de Valme de asumir la coordinación del dispositivo con el apoyo de las compañeras integrantes del equipo, teniendo como finalidad que la tarea asistencial no se resienta, a pesar de estas condiciones referidas.

Los dispositivos asistenciales comunitarios andaluces tienen una alta presión asistencial, en equipos con una ratio mínima de profesionales para atender tal demanda. A estos elementos comunes de las USMC andaluzas, se unen las características propias de nuestro dispositivo en ese momento:

- Infraestructura deficitaria y reducida, en comparación con la que el dispositivo tenía previamente
- Ausencia de espacio físico propio y fijo para las profesionales (despachos compartidos)
- Aumento in crescendo en los últimos años de la demanda asistencial y del número de derivaciones de Atención Primaria
- Mandato institucional, dentro de un contexto político, de seguir atendiendo una parte de la población de Utrera. Hay un movimiento social en la localidad de Utrera, que no está de acuerdo con el cambio y el desplazamiento a Los Palacios, y la presión social lleva a una presión política, que lleva a la institución a dar una respuesta, con la indicación que haya presencia del dispositivo en Utrera. Para cumplir este mandato, un grupo de profesionales rotatorio se empezó a trasladar a las consultas de un Centro de Salud de Utrera, pero decidimos que fuera para asumir la atención de una población que es la más vulnerable y con mayor dificultad de acceder a los servicios, para atender a personas con problemas de salud mental grave.

En ese momento, de cambios y reorganización, situación de inestabilidad, el equipo entra en conflicto con la institución, y pone en ella y fuera de él todo lo malo. El ambiente es de malestar, crispación, irritabilidad, tensiones internas, resistencias a las peticiones de la institución... Vivencias iniciales contrapuestas, posiciones inmovilistas de no hacer nada frente a posiciones omnipotentes.... Al mismo tiempo, la población, de Utrera, se mostraba enfadada por perder el centro en su localidad, y volcaba en nosotras su protesta y enfado... ¿Cómo podíamos dar respuesta desde ese malestar y crispación grupal a la demanda? Con la distancia de los años, vemos que desde esa posición inicial, la escucha de la demanda y nuestra capacidad

de respuesta estaba limitada, y corríamos el riesgo de caer o tal vez lo hicimos, en la estereotipia, en respuestas rígidas y estereotipadas, indiferenciadas, en proyectar nuestros propios problemas en los pacientes. Recordamos ahora situaciones de hostilidad y también episodios de descompensación de pacientes que difícilmente pudieron ser contenidos por el grupo, aumentaron las peticiones del equipo en torno a la seguridad de las profesionales pues el sentimiento de indefensión y vulnerabilidad estaba muy presente...En ese momento, el equipo no se siente contenido dentro por el propio momento del equipo y fuera por las exigencias, y desde ahí, difícilmente puede ser continente de las ansiedades de los pacientes.

Sin embargo, desde el equipo empezaron a surgir iniciativas y propuestas, de grupos de pacientes, programas específicos, visitas domiciliarias por facultativos –actividad hasta ese momento limitada a enfermería y trabajo social-, aumento de la coordinación con el exterior (con atención primaria, con servicios sociales, con los equipos de orientación escolar) Y nos preguntamos, ¿qué ha podido pasar en nuestro equipo que ha permitido la creación de nuevas alternativas? Cuando el equipo va saliendo de los momentos resistenciales, se va reorganizando, y puede ir pensando en dar respuestas más acordes con las necesidades de los pacientes y las posibilidades de los profesionales.

Analizando y reflexionando sobre la situación de crisis y el proceso y recorrido que siguió el equipo, creemos que salimos de una situación inicial crítica, y para ello, se pusieron en juego varias variables:

- 1) La tarea institucional de nuestro equipo de trabajo es atender y dar respuesta al sufrimiento de la población asignada; y es una tarea clara para el equipo ahora y antes. Esto nos recuerda una de las ideas básicas de los grupos operativos: la tarea define al grupo. Y alrededor de la tarea asistencial se fue construyendo el primer espacio grupal que es el del equipo. Esos espacios grupales nos permitían hablar de nuestra situación, de cómo organizarnos, a la vez que funcionaba como nuestro espacio de contención. Se fueron estableciendo espacios grupales diferentes: las reuniones de primera hora de la mañana, reuniones de equipo mensuales, reuniones quincenales para hablar de pacientes con Trastornos Mentales Graves, sesiones clínicas...
- 2) El equipo ha ido avanzando en base al conflicto generado entre lo sabido y conocido (su historia) y lo nuevo. Si el grupo se queda “pegado” a la historia (a lo que teníamos, a lo que éramos), se mantiene estereotipado, y no se adapta a la realidad cambiante, incorporando lo nuevo. Nuestro grupo de trabajo tuvo que adaptarse a una nueva realidad, nueva ubicación, disminución de espacio propio, infraestructura precaria, cambio de sistema informático,...pero a la vez tenía una oportunidad de integrarse en un espacio sanitario (reclamado durante años por la Unidad de Salud Mental Comunitaria y por la Unidad de Gestión Clínica). Aparecieron ansiedades en el grupo, de pérdida de lo que teníamos, y persecutorias frente a lo nuevo, que no se podía aún incorporar, controlar...y que nos llevaron un tiempo a una situación básica de resistencia al cambio.
- 3) Pero este proceso no fue ni es lineal. Avanzamos en una espiral dialéctica. Parece que como grupo enfrentamos los temores de la nueva situación, y surgen soluciones y alternativas a

los obstáculos. Y aparecen nuevas ofertas terapéuticas grupales, nuevos programas...pero se repiten los momentos en los que volvemos a situaciones y temores previos...Como dice Bauleo, *“el proceso grupal es la instancia necesaria para la organización de una situación de equipo”*

Una USMC, primera puerta de entrada a la salud mental, debe cuidar y sostener espacios grupales permanentes dentro de la oferta terapéutica del dispositivo. Espacios que deben ser sostenidos por el equipo de profesionales y por la organización institucional que lo sostiene. El espacio terapéutico grupal cumple una función de continente de las ansiedades de los pacientes, y a la vez debe ser contenido por el equipo. Tras el momento de crisis se abrió un espacio colectivo grupal como alternativas terapéuticas a los pacientes.

El potencial productivo y terapéutico de los grupos es de sobra conocido. Sin embargo, el tiempo en la institución pública está pensado para las actividades individuales (basta como ejemplo que en el sistema de agendas se pueden programar revisiones individuales pero no familiares o sesiones grupales). Lo habitual es que el grupo se realice quitando el tiempo a las agendas organizadas para citas individuales.

Lo mismo ocurre con el espacio. En nuestro dispositivo, el espacio destinado para los grupos terapéuticos es la Sala Maternal del centro de salud, que disponemos a tiempo parcial (sala también destinada a Educación Maternal, Rehabilitación, dispensación de metadona) y que a su vez está acondicionada con una mesa, y ordenador para la actividad de consulta. ¿Cómo hemos salvado esta situación?: La sala se utiliza de consulta cuando no hay programado grupo, y no al revés, para cuidar y priorizar las actividades de los espacios grupales.

Pero para que el grupo funcione hay que asegurar el espacio grupal y el encuadre. No sólo por el equipo coordinador del grupo, sino por todo el equipo: por ejemplo, que no se asignen citas individuales de revisión sin considerar el día y la hora que ese paciente tiene previsto la terapia de grupo –situación muy frecuente y que hablamos en las reuniones de equipo para cuidar la asignación de citas y la cultura de grupo en el dispositivo-.

Nuestros grupos psicoterapéuticos los realizamos en coterapia. La coterapia nos ha resultado muy útil como apoyo en la labor de la coordinación grupal y en el manejo de las transferencias. Pero además una de las ventajas de la coterapia en el Sistema Sanitario Público es que facilita la continuidad del espacio terapéutico, a pesar de las continuas interferencias, tanto de la presión asistencial (urgencias, imprevistos) como de la propia dinámica institucional (reuniones de última hora).

En este período el equipo ha podido crear y mantener varios espacios terapéuticos grupales instituyentes (grupo de personas con diagnóstico de trastornos psicóticos, jóvenes con primeras crisis psicóticas, de apoyo emocional a familiares y cuidadores de pacientes con trastorno mental grave, de adolescentes con diferentes problemáticas, de pacientes con distintos diagnósticos pertenecientes al grupo de la neurosis...), y no limitarse a dar respuesta a la demanda (tarea primaria institucional) para poder dar y ofertar respuestas

terapéuticas. En un espacio instituido, pensamos que el equipo entró en un proceso creativo de construcción de alternativas terapéuticas propias.

Nos encontramos ahora que el grupo como oferta terapéutica ha pasado de ser una actividad realizada únicamente por una profesional del dispositivo, facultativo psicóloga clínica, a ser una actividad que llevan a cabo otras profesionales (psiquiatra, enfermería y auxiliares de enfermería, con la creación de otras modalidades de grupo, no psicoterapéuticos, de relajación, de hábitos saludables para pacientes con trastorno mental grave). Parece que lo grupal nos ha permitido un trabajo desde la interdisciplinariedad, un trabajo más colectivo. Este cambio en el abordaje de la tarea asistencial no ha estado exento de dificultades, desde las propias de cada facultativo (vencer la dificultad de la falta de experiencia en terapia grupal, la inseguridad acerca de la capacidad o no para realizar grupos), a las del equipo (temores que podían despertar lo que podría ocurrir dentro del grupo; la dualidad “paciente mío-paciente del equipo” con las resistencias a derivar a un paciente a un espacio grupal que “no controlo”; resistencias de todo el grupo y profesionales a realizar cosas nuevas); y a las de la organización, había que vencer la dificultad organizativa, de espacio y tiempo, y que lo que parecía una proeza asistencial se convirtiera en una actividad más del dispositivo. Tal vez por nuestro deseo de instaurar lo grupal como una oferta asistencial más, que incorporasen tanto profesionales como pacientes, nos hizo pensar en nuestro primer grupo de trabajo compartido en coterapia, un grupo de pacientes con diagnóstico de psicosis de años de evolución, como un espacio de tratamiento continuo, en el que pudieran permanecer los pacientes de forma continua si así lo deseaban, salir o regresar al mismo cuando considerasen su facultativo y el propio paciente que lo necesitaban (no obstante esta concepción la hemos matizado, ahora los grupos puestos en marcha funcionan con ciclos que permiten la entrada de nuevos miembros y la salida, pero quizás por esa necesidad de incorporar y difundir la oferta grupal lo pensamos así inicialmente).

¿Y toda esta construcción de alternativas y modalidades a qué ha podido deberse?:

- La re-constitución del grupo-trabajo como equipo
- El mantener un equilibrio difícil entre la presión asistencial y el mantenimiento y continuidad de espacios grupales de reunión, del equipo como lugares de contención, de discusión clínica, discusiones internas, análisis sobre la tarea, ...
- El debate siempre abierto y reflexivo sobre los límites de respuesta del equipo
- La introducción de un nuevo elemento, el planning, que fue vivido como un corsé, algo rígido en un inicio, pero nos ha permitido tener una estructura organizativa.
- La elaboración de un proyecto común que se va elaborando entre encuentros y desencuentros del grupo de profesionales, a través del debate dialéctico, mediante un interjuego permanente

No queremos trasladar la imagen de un equipo en armonía personal y laboral, porque no es así. El equipo está en una situación permanente de equilibrio frágil, de discusiones frecuentes y choques de criterios, movimientos grupales, resistencias a introducir nuevos elementos de trabajo, momentos resistenciales

grupales percibidos de diferente forma dependiendo de nuestro rol, por ejemplo desde la coordinación del dispositivo a veces se siente que el equipo se estanca en un punto que parece no avanzar y se alternan con momentos de construcción y creatividad e implicación en tareas comunes, en un continuo proceso dialéctico...avanzamos, retrocedemos, nos atascamos...

Parece que hemos podido construir alternativas y opciones terapéuticas sin quedarnos pegadas a la queja institucional, al malestar y a la proyección en la institución de lo malo. Y nos seguimos preguntando, ¿cómo hemos podido ponernos de acuerdo como equipo? ¿Cómo hemos podido construir a pesar de la vivencia persecutoria de la presión asistencial, del mandato institucional? ¿Hemos podido incorporar que la institución no está fuera de nosotras sino que formamos parte de ella?

Bibliografía

- Bauleo,A., Montserrat,A., Suárez,F. *Psicoanálisis operativo. A propósito de la grupalidad*, Atuel, Buenos Aires, 2004
- Bion,W.R., *Experiencias en grupos*, Paidós, Buenos Aires, 1979
- Bion,W.R., *Aprendiendo de la experiencia*, Paidós, México, 1987
- Blein Cabertero,N.M., Malestar laboral desde la perspectiva de grupo operativo. Área 3, Cuaderno de temas grupales e institucionales, núm. 14, 2010
- Bleger, J. *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996
- Lapassade, G., *Grupos, instituciones*. Gedisa, México, 1985
- Lapassade,G., *Grupos, organizaciones e instituciones*, Gedisa, Barcelona, 1984
- Leal Rubio,J., Aproximación a una lectura institucional del malestar en los servicios de salud mental. En J.Leal (Coord), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, AEN, Madrid, 1997, págs. 33-57
- Lorenzo López, M.D., La atención a los pacientes psicóticos: una mirada desde la concepción operativa de grupo. Área 3, Cuaderno de temas grupales e institucionales, núm.6, 1998
- Pichon-Rivière,E.,*El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, Nueva Visión, Buenos Aires, 1978
- Pichon-Rivière, E., *Teoría del vínculo*. Paidós, Buenos Aires, 1978
- Sánchez del Hoy,P.,Sanz Rodríguez,L.J., Baro Santamaría, C., Gómez García de la Pedrosa,M., Una experiencia de grupos terapéuticos con adolescentes y jóvenes en un centro de salud mental, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2006, vol XXVI, núm. 98, págs. 217-229
- Vallejo Jiménez,F.,Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental. En J.Leal (Coord), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, AEN, Madrid, 1997, págs. 59-89
- Vallejo Jiménez, F., Espacio grupal para pacientes psicóticos en un Centro de Salud Mental. En Apuntes de Psicología, 2006, vol.24, núm. 1-3, págs. 331-343
- Yalom,I.D., *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986