

Sobre el Equipo Terapéutico en Salud Mental.

About the Therapeutic Team in Mental Health.

Ander Retolaza

Psiquiatra. CSM Basauri-Galdakao.

Resumen: Casi ninguno de nosotros trabajamos solos. Lo hacemos en equipos en los que compartimos mucho tiempo y tareas con otras personas. Es un lugar común que las actividades humanas, especialmente las productivas, pero a veces también las creativas y las artísticas, se desarrollan de forma óptima en contextos socializados donde puedan ser compartidas, complementadas y potenciadas a su más alto rendimiento. Conviene que en el ámbito de la Salud Mental, donde el trabajo en equipo es lo habitual, analicemos las características y condiciones propias de este tipo de actividad.

Palabras Clave: Equipo Terapéutico. Salud Mental. Liderazgo. Grupo de Trabajo.

Abstract: Almost none of us work alone. We do it in teams where we share a lot of time and job with other people. It is a commonplace that human activities, especially the productive ones, but sometimes also the creative ones and the artistic ones, develop optimally in socialized contexts when they can be shared, complemented and enhanced to their highest performance. It is appropriate that in the field of Mental Health, where teamwork is the norm, we analyze the characteristics and conditions of this type of activity.

Key Words: Therapeutic Team. Mental Health. Leadership. Workgroup.

Introducción

Casi ninguno de nosotros trabajamos solos. Lo hacemos en equipos en los que compartimos mucho tiempo y actividades con otras personas. Es un lugar común que las actividades humanas, especialmente las productivas, pero a veces también las creativas y las artísticas, se desarrollan de forma más óptima en contextos socializados donde puedan ser compartidas, complementadas y potenciadas a su más alto rendimiento. Conviene que en el ámbito de la Salud Mental, donde el trabajo en equipo es lo habitual, analicemos las características y condiciones propias de este tipo de actividad.

Un grupo humano, por sí mismo, no es aún un grupo de tarea o de trabajo. Existen muchas maneras y propósitos asociados a la reunión de un conjunto de personas. Algunas de ellas pueden dar lugar a comportamientos espontáneos peligrosos o nocivos para el propio grupo o para otras personas. Un grupo puede reunirse para trabajar en un objetivo o tarea común, para celebrar acontecimientos festivos o para agredir a otras personas. Todos los grupos humanos reunidos para la consecución de algún tipo de logro necesitan un mínimo de estructura para poder funcionar y alcanzar el objetivo propuesto. Un equipo de trabajo constituye una forma especial de grupo que tiene unas características determi-

nadas. Pero participa con el resto de los grupos de algunos aspectos comunes que conviene conocer para evitar un mal funcionamiento. La principal característica de un grupo tiene un aspecto negativo: cualquier grupo es susceptible de entrar en formas regresivas que alteren sus objetivos y lo conviertan en otra cosa. Y todo ello sin disgregarse como tal grupo, sin que sus componentes lo abandonen y vuelvan a su existencia individual. La psiquiatría y la psicología social han conseguido teorizar algunas de estas cuestiones que tienen utilidad práctica en el desarrollo de los grupos, incluidos los grupos de trabajo. De una manera especial esto tiene interés para el estudio y desarrollo de los equipos y grupos terapéuticos en el ámbito de la salud mental.

El trabajo en equipo: Aproximaciones teóricas

Los enfoques teóricos sobre la gestión y el trabajo en equipo han sido múltiples. Muchas de las teorías clásicas se caracterizan por la consideración de las personas como agentes laborales desde una perspectiva excesivamente racional. Su idea acerca de la motivación humana se centra en los intereses económicos y una supuesta racionalidad asociada a ellos fundamentalmente. La manera de conseguir más y mejores resultados se basaría en la estructuración lógica y racional del trabajo. Ante las evidentes limitaciones de este tipo de planteamientos, otras corrientes se han venido interesando de forma progresiva por los aspectos y factores psicológicos del trabajador. Estos enfoques comenzaron primero a tener éxito en los Estados Unidos. Así Myers se interesó por la fatiga laboral y sus posibles causas. Las necesidades e intereses de los trabajadores comenzaron a ser entendidas como factores importantes de satisfacción y motivación. Kurt Lewin, que destacó la importancia de la motivación y la frustración en la conducta humana, sentó algunos de los pilares conceptuales de las teorías sobre desarrollo organizacional.

Desde mediados del siglo XX, la empresa es concebida como una organización social y el interés comienza a centrarse en los factores psicológicos que conducen a los individuos a trabajar con mayor motivación cara a un mejor rendimiento. En este contexto Maslow estableció una jerarquía de necesidades que deben ser satisfechas de manera progresiva a lo largo de la vida de un

sujeto. Otro autor, Herzberg, estableció la teoría conocida como de los Dos Factores o Higiene-Motivación, que se centra en los factores que mueven a una persona a realizar mejor su trabajo. Entre ellos están determinados *factores externos* como el salario, la seguridad y las condiciones laborales, junto a otros de naturaleza *interna* como la satisfacción con la tarea, el aprendizaje, el desarrollo profesional, el reconocimiento de logros, etc. Todos ellos constituyen un importante potencial para el incremento de la motivación. Estos autores son algunos de los más relevantes de la escuela conductista que tuvo una gran importancia en los Estados Unidos a partir de los años 60 del pasado siglo. Esta escuela concede gran importancia a la motivación, la cooperación y la planificación.

Las tendencias actuales incorporan elementos de la escuela clásica, que ha tenido desarrollos posteriores más matizados, con aspectos de la escuela conductista y el desarrollo organizacional. Se considera que es necesario un ajuste permanente a la realidad y a las necesidades de cada momento y, a la vez, una planificación estratégica a largo plazo. Se concede gran importancia a la participación y el diálogo para la consecución de los objetivos, los cuales han de estar muy bien definidos y previamente marcados. En las organizaciones sanitarias en particular, el interés por los recursos humanos es muy grande. Las actitudes personales, la dedicación y el interés de los profesionales tienen una influencia decisiva en los resultados de la praxis, tanto en el plano de la salud de los pacientes como en el de la propia satisfacción de los trabajadores. Por otro lado una parte importante de la actividad sanitaria se desarrolla en equipos profesionales y, en consecuencia, el conocimiento y la comprensión de la motivación en el trabajo resultan claves para promover el desarrollo de equipos eficaces. En el ámbito de la Salud Mental todo ello resulta crucial.

La Pirámide de Maslow

Este autor estudió las motivaciones de las personas para progresar a lo largo de la vida. Desde el punto de vista de la psicología social sus propuestas se han utilizado, entre otras cosas, como inspiradoras de los incentivos necesarios para un adecuado desarrollo profesional. Mas-

low concibió este proceso como una escala que se suele representar en forma de pirámide con cinco niveles: los cuatro primeros corresponden a «necesidades de déficit» o de carácter primordial. Al nivel superior lo denominó «autorrealización» o «necesidad de ser».

La idea básica es que sólo se atienden las necesidades superiores cuando se han satisfecho las inferiores. Pero todos aspiramos a satisfacer las necesidades situadas en el vértice de la pirámide. Las fuerzas de crecimiento dan lugar a un movimiento ascendente en la jerarquía, mientras que las fuerzas regresivas empujan las necesidades hacia abajo. Según Maslow tendríamos de:

- *Necesidades básicas.* Son necesidades fisiológicas básicas para mantener la homeostasis y se relacionan con la supervivencia, tales como:

- Necesidad de respirar, beber agua y alimentarse.
- Necesidad de dormir y eliminar los desechos corporales.
- Necesidad de evitar el dolor.
- Necesidad de mantener la temperatura corporal, en un ambiente cálido o con vestimenta.

- *Necesidades de seguridad y protección.* Surgen cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas:

- Seguridad física respecto a la integridad del propio cuerpo y de salud (buen funcionamiento del cuerpo).
- Necesidad de seguridad de recursos (casa, dinero, locomoción, etc.)
- Necesidad de vivienda (protección).

- *Necesidades de afiliación.* Son las relacionadas con nuestra naturaleza social:

- Función de relación (amistad, pareja, colegas o familia).
- Aceptación social.

- *Necesidades de estima y reconocimiento.* Maslow describió dos tipos de necesidades de estima:

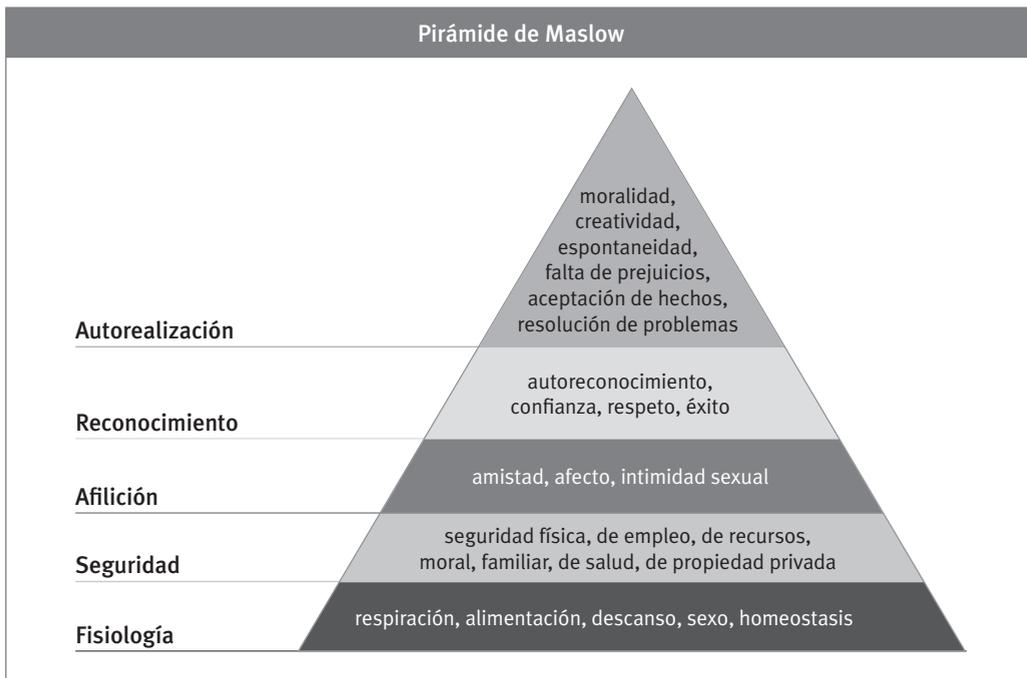
- La estima *alta* concierne a la necesidad del respeto a uno mismo, e incluye sentimientos tales como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.
- La estima *baja* concierne al respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio.

La merma de estas necesidades se refleja en una baja autoestima e ideas de inferioridad. El tener satisfechas estas necesidades apoya el sentido de vida y la valoración como individuo y profesional, que tranquilamente puede avanzar hacia la necesidad de la autorrealización.

La necesidad de autoestima es una necesidad de equilibrio en el ser humano, dado que se constituye en el pilar fundamental para que el individuo se convierta en la persona de éxito que siempre uno quiere ser, o en alguien abocado al fracaso, que no puede lograr nada por sus propios medios.

- *Autorrealización.* Este último nivel es algo diferente y Maslow utilizó varios términos para denominarlo: «motivación de crecimiento», «necesidad de ser» y «autorrealización».

Es la necesidad psicológica más elevada del ser humano, se halla en la cima de la jerarquía, y a través de su satisfacción se encuentra una justificación o un sentido válido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, al menos, hasta cierto punto.



Grupos. Organizaciones. Instituciones

1. Kaës define al grupo como “un conjunto de individuos que interaccionan (con roles, estatutos, etc...) y comparten ciertas normas en la realización de una tarea”.

Algunas ideas de interés a tener en cuenta en este contexto serían las siguientes:

Sociabilidad sincrética: En todo grupo existe una relación no individual, no interaccional (sino más anónima) que constituye la matriz de base del grupo y persiste durante toda la duración del mismo.

Sociabilidad por interacción: Se produce de manera interaccional, basada en las relaciones de las personas entre sí, sobre el fondo de sociabilidad sincrética.

El sincretismo se definiría como un estado de no discriminación que existe en la constitución del individuo y que, a su vez, se observa también en toda organización social. Su naturaleza es preverbal y se transmitiría en los grupos casi sin síntomas manifiestos. La grupalidad sincrética se opone a la grupalidad por interacción. En el

momento de la grupalidad sincrética lo que se da es un fenómeno de simbiosis que aparece visible a través de la angustia confusional en la que lo que está en duda es la existencia de uno mismo como individuo diferenciado.

Por otro lado la pertenencia a un grupo aporta a sus miembros una cierta seguridad que se afianza por el hecho de que experimentan juntos y simultáneamente un mismo proceso de acceso a la identidad.

El individuo es objeto de presiones por parte de los otros componentes del grupo para que adopte opiniones y conductas de acuerdo a las normas del grupo. Ello supone una exigencia de conformismo. Pero el conformismo no tiene siempre un carácter coercitivo. El individuo puede valorar su pertenencia al grupo y aceptar sus normas con el fin de conseguir un objetivo personal, por ejemplo, satisfacer su necesidad de afecto.

Además los grupos generan cierta solidaridad que permite al individuo defenderse de manera más eficaz contra las presiones del exterior. Los individuos pueden utilizar los sistemas de roles y de normas institucionalizados en los equipos para reforzar sus mecanismos de defensa contra

la ansiedad. Esto, en ocasiones, puede llevar a una disfuncionalidad que aleja al grupo de su tarea y lo centra en la satisfacción de las necesidades de sus miembros.

- Ejemplos de grupo de trabajo: Un equipo de Psiquiatría Comunitaria en un Centro de Salud Mental. Un equipo de Atención Primaria. Un Servicio Hospitalario de Psiquiatría.

2. Una Organización está formada por individuos, grupos, locales y servicios. Todos estos componentes se articulan en una interdependencia para la realización de un objetivo común que consiste en producir un bien o un servicio. Se trata de una estructura sistémica, donde la modificación de un elemento conlleva la modificación de todos los demás. Dos formas alternativas de entender las organizaciones son las siguientes:

- Modelo Organización científica del Trabajo: En esencia teoriza que las organizaciones funcionan como una maquinaria cuyos engranajes se ajustan perfectamente los unos a los otros, no teniendo en cuenta los factores emocionales derivados de las relaciones entre sus miembros.
- Modelo Relaciones Humanas: Muestra que las organizaciones generan satisfacciones e insatisfacciones en las personas que participan en ellas.

El trabajo puede ser una fuente de expansión y de realización personal cuando la organización funciona conforme a un ideal, como una especie "*familia feliz*". Aunque esto no siempre es lo ideal.

- Ejemplos de Organizaciones: La Red de Salud Mental de Bizkaia. La OSi Barrualde. El Hospital de Galdakao.

3. Una Institución se define como un conjunto de normas que se aplican en un sistema social y que definen lo que es legítimo y lo que no lo es dentro de ese sistema. El concepto de Institución se ha utilizado con significados muy diversos. Kaës señala que debe ser empleado para referirse a un conjunto de reglas y actividades agrupadas alrededor de valores y funciones sociales. Para este autor toda organización tiende a mantener la misma estructura que el proble-

ma que trata de enfrentar y para la que ha sido creada. Así un hospital termina teniendo, como organización, las mismas características que los enfermos a los que trata (aislamiento, privación sensorial, restricción de comunicaciones...). Las organizaciones psiquiátricas tendrían, pues, las mismas características que la enfermedad mental. Esta afirmación, aunque puede contener algún aspecto real, resulta algo exagerada. Es más preciso afirmar que las organizaciones e instituciones psiquiátricas (y otras) serían depositarias de la sociabilidad sincrética, o de los aspectos psicóticos (o, si se prefiere, entrópicos) que siempre existen en las relaciones de las personas, lo que explicaría la tendencia al desorden, a la burocracia y la resistencia al cambio. Ejemplos de Instituciones: Osakidetza. La Consejería de Sanidad.

El equipo multidisciplinar

El concepto de equipo de trabajo se corresponde con grupos no muy grandes, compuestos por personas que están en contacto directo y colaboran entre sí. El equipo está comprometido en una acción coordinada, que forma parte del trabajo de la organización de la que sus componentes son responsables. Para la buena marcha del equipo se hacen necesarios algunos atributos en sus miembros: compromiso, confianza, sentimiento de pertenencia, comunicación, implicación. El equipo debe tener un objetivo de trabajo y un método para llevarlo a cabo asumido por todos sus componentes.

Algunos elementos que definen a un equipo son los siguientes:

- Grupo pequeño de personas (o, al menos, no muy grande).
- Los miembros tienen objetivos y tareas comunes.
- Roles bien definidos.
- Cada miembro asume la responsabilidad de llevar a cabo una tarea definida.

Un equipo clínico de salud mental suele estar compuesto por psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales. Con frecuencia suele disponer de auxiliares de enfermería y, a veces, de terapeutas ocupacionales. Es muy habitual que también haya auxiliares

administrativos. En total entre un mínimo de 4 y un máximo aproximado en torno a unas 20 personas.

Podemos contemplar el equipo como una suma de personas o como un instrumento de provisión de cuidados en sí mismo. El equipo óptimo se va consolidando a lo largo de un proceso de cohesión que se desarrolla en el tiempo. Para ello los elementos básicos son una comunicación eficaz, respeto entre sus integrantes, capacidad para valorar las aportaciones y el esfuerzo de cada miembro, flexibilidad para complementarse, coordinarse de una manera eficaz y comprometerse con la consecución de la tarea colectiva. Todo ello supone un proceso de maduración individual y grupal que conduce a la consecución de un verdadero equipo de trabajo.

Cuando los miembros de un grupo se constituyen en equipo sus integrantes se comprometen a asumir la presencia y los riesgos de la aparición de conflictos, a unir los frutos de su trabajo y a emprender las acciones necesarias para construir un propósito común y una responsabilidad compartida. Las características de un equipo integrado y consolidado implican un entorno clínico, un estilo de liderazgo y un buen grado de coordinación con otros equipos. Hay que saber que los conflictos aparecen siempre, ya que forman parte del proceso evolutivo de los equipos. Lo importante es encontrar la manera correcta de afrontarlos y asumir que las crisis son necesarias para el crecimiento de los grupos de trabajo.

Desde el punto de vista de la Medicina Basada en la Evidencia la efectividad de los equipos multidisciplinares se ha evaluado poco. Existen escasos estudios y hay déficits metodológicos. La evidencia publicada más sólida proviene de los equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) donde sí ha quedado claramente demostrado que el trabajo en equipo es superior al trabajo individual. Las ventajas mejor establecidas de los equipos multidisciplinares desde el punto de vista de la efectividad han sido las siguientes:

- Se producen relaciones personales de alta calidad entre profesionales, usuarios y cuidadores habituales.
- Las tareas y cuidados están claramente definidas para un grupo específico de usuarios.

- Los servicios prestados son integrales y van más allá del tratamiento exclusivo de los síntomas psiquiátricos. Aspectos como alojamiento, empleo y ocio están entre este tipo de servicios.
- El equipo tiene capacidad para responder de forma flexible a las demandas (frente a la rigidez tradicional).
- Existe claridad acerca de los roles y tareas de los miembros del equipo, sus tareas y responsabilidades.
- Hay un liderazgo visible en el equipo y existen sistemas de coordinación consensuados.
- El estilo de liderazgo tiende a ser colaborador y participativo.
- El equipo está bien coordinado e integrado con otros servicios comunitarios externos (Área Sociosanitaria).
- El equipo recibe regularmente información sobre el cumplimiento de sus objetivos.
- Se evalúa la función individual de cada uno de los miembros del equipo. Existe supervisión y desarrollo profesional.

Liderazgo y Poder

Es necesario comentar algunas cosas sobre el liderazgo. A este respecto se ha comentado que *“los administradores hacen correctas las cosas, mientras que los líderes hacen las cosas correctas”*. El líder es quien consigue que el equipo haga aquello que tiene encomendado hacer y no otra cosa. En los grupos humanos siempre existen fuerzas disgregadoras que tienden a desestructurarlos y los alejan de su cometido cuando éste existe. El liderazgo es la principal fuerza dinámica que estimula, motiva y coordina al equipo o a la organización en el cumplimiento de sus objetivos. Entre la gran cantidad de definiciones sobre el liderazgo, lo esencial es el ejercicio de la autoridad y el mando capaz de influir en el comportamiento de los demás y que se traduce en la satisfacción del grupo por el correcto cumplimiento de la tarea encomendada. Desde esta perspectiva el liderazgo se entiende como un proceso de cambio y transformación.

La función del líder consiste en incentivar y fortalecer las capacidades, destrezas y habilidades

de los componentes del equipo. Esto es, de empoderarlos, haciéndoles sentir confianza en sus propias capacidades para el logro de sinergias en la consecución de metas comunes. Se trata de la capacidad de influir sobre la conducta de otras personas (Weber) de modo persuasivo. Este poder se legitima y consigue de maneras diversas. En las organizaciones sanitarias la legitimidad suele ser de tipo legal o racional, esto es, basada en la creencia en la legalidad de los ordenamientos establecidos y en la de los títulos de quienes ejercen el dominio. Esto la diferencia de la legitimidad tradicional basada en las tradiciones o en la legalidad carismática que se supone que descansa en la sumisión al valor personal de alguien al que se cree dotado de cualidades extraordinarias.

Toda organización precisa de una estructura de poder. Según los medios utilizados pueden definirse distintos tipos de poder, cada uno de los cuales dará lugar a distintos tipos de organizaciones:

- Utilitario o de Recompensa (basado en incentivos, estatus, prestigio,...).
- Coercitivo (basado en el castigo).
- Derivado del cargo (el puesto ocupado en la organización otorga el derecho a marcar direcciones).
- Poder de liderazgo (basado en el asentimiento que se expresa a la persona misma y sus cualidades y no en base al cargo). Cuando una persona alcanza esta forma de poder decimos que es un líder.
- Poder pericial (basado en el saber o dominio de una materia).
- Poder interno o autocontrol. Cuando el conjunto de las personas logran internalizar las pautas, valores y símbolos de la organización a la que pertenecen.

Por otro lado es importante reseñar los dos elementos presentes en toda gestión eficaz: 1) La orientación hacia objetivos concretos y 2) La determinación del grado en el que esos objetivos se han alcanzado. Y también, los dos grandes indicadores del desempeño de una gestión eficaz: 1) *Efectividad*, entendida como el logro de los objetivos de la organización y 2) *Eficiencia*,

entendida como el uso adecuado de recursos humanos, económicos y técnicos para el logro de esos objetivos.

La tarea de una organización y de los equipos de trabajo cuya encomienda es la Salud Mental de la población en un territorio o zona determinados, consiste en mantener en las mejores condiciones posibles el estado de salud mental de la población adscrita a la organización y/o al servicio y en tratar de la mejor manera posible a las personas con problemas de salud mental que acuden a recibir atención. Todo ello ha de hacerse con la mejor administración posible de los recursos disponibles, sin realizar un mal uso de los mismos.

Un elemento importante para el buen funcionamiento de los equipos terapéuticos reside en identificar correctamente los límites del equipo y su tarea. Esto supone identificar la tarea específica del grupo en relación con otros grupos y con el Sistema de Salud Mental. También en identificar la tarea concreta de cada miembro del equipo. Suele ocurrir que algunos aspectos de las tareas grupales pueden ser comunes a varios componentes del equipo terapéutico. El conocimiento de este grado de solapamiento es deseable porque puede contribuir al fortalecimiento del grupo. Pero en ocasiones crea dificultades a algunas personas que, debido a ello, no consiguen definir claramente su tarea específica y se encuentran desubicadas. Es tarea del líder el ayudar a solventar este tipo de situaciones.

Mecanismos y Procesos Psicológicos en los Grupos de Trabajo

Las relaciones entre los miembros de un equipo terapéutico son complejas y pueden movilizar ansiedades que originen comportamientos disfuncionales. Existen en todos nosotros ansiedades primarias persecutorias y depresivas que se pueden activar en situación grupal. Conviene tenerlas controladas y equilibradas en el seno de un equipo terapéutico. Las podemos ejemplificar con la parábola de los erizos tomada del filósofo Schopenhauer. *“Para defenderse del frío invernal, los erizos decidieron juntarse los unos a los otros con el fin de darse calor, pero al acercarse mucho se pincharon y debieron de nuevo alejarse. Sin embargo si se alejaban mucho volvían a*

sentir frío y se dieron cuenta de que debían volver a acercarse. Tras varios intentos encontraron la distancia adecuada en la que se protegían del frío lo suficiente y no llegaban a pincharse”.

Interesa describir dos situaciones que se dan con frecuencia en los grupos dedicados a tareas psicoterapéuticas: *Identificación Proyectiva* e *Identificación Introyectiva*. Se trata de dos mecanismos de defensa, teorizados desde el psicoanálisis, que aparecen en niños muy pequeños y en pacientes graves y que pueden servir también para el análisis de algunas circunstancias que se dan en los grupos y en las relaciones terapéuticas. La *Identificación Proyectiva* consiste en que el paciente reconoce como ajenos aspectos de su persona que ha colocado previamente en otras personas porque le resultaban desagradables o peligrosos. De esta forma puede atacarlos e intentar controlar y dañar al otro. La *Identificación Introyectiva*, a la inversa, consiste en la incorporación de aspectos de otras personas que el paciente reconoce como propios. Del interjuego entre ambas se derivarían algunos de los aspectos más profundos y básicos que se dan en el trabajo de los equipos con sus pacientes.

El proceso de acercamiento y tratamiento con pacientes graves requiere de una serie de interacciones con los mismos que posibilite una reestructuración de su personalidad. En este contexto ciertas situaciones que se pueden crear son susceptibles de movilizar en los componentes del equipo algunas de las ansiedades básicas arriba mencionadas. Una de las funciones más importantes de un equipo terapéutico consiste en recibir como una pantalla las proyecciones de los pacientes, elaborarlas y permitir que éstos las introyecten ya transformadas. Para realizar correctamente esta tarea un profesional concreto o el equipo terapéutico debe actuar de la forma más neutra posible, pero es frecuente que se vea compelido a actuar contratransferencialmente, en una especie de movimiento de respuesta automática a esos núcleos depositados por los pacientes en él. En estas condiciones no consigue su función terapéutica.

Se supone que el equipo terapéutico debe representar para el paciente una especie de “*familia sustituta*” que le permita una experiencia emocional correctora respecto a las experiencias

que puedan tener que ver con su padecimiento. Sin embargo en el propio equipo terapéutico pueden tener lugar dificultades diversas que imposibiliten esta tarea. Algunas de estas dificultades pueden derivarse de circunstancias reales (estrés y sobrecarga de trabajo, rivalidades con otros componentes del equipo,...). Pero otras pueden provenir de las identificaciones proyectivas que los pacientes han depositado en los miembros del equipo. En esta situación el equipo no alcanza a tener la suficiente flexibilidad para adaptarse a la tarea terapéutica y se esclerotiza.

La principal consecuencia de esta esclerosis es una negación defensiva de las dificultades y un intento de aparentar un funcionamiento ideal que, a todas luces, no existe casi nunca. El grupo de trabajo “*suficientemente bueno*” es aquél que conoce sus limitaciones y dificultades y puede trabajar lo mejor posible con los pacientes a pesar de ellas. Cuando aparece la esclerosis se produce una rigidificación de las relaciones grupales, una burocratización en su desempeño y una negación de los problemas. Esta situación se suele amparar en diversos mecanismos defensivos. Algunos de los más típicos son los siguientes:

- El recurso a la tradición. Que puede presentarse de maneras tales como idealizar los orígenes del grupo, recurrir a las razones de las figuras de autoridad, especialmente de aquéllas que estuvieron en el origen del grupo, ampararse en que las cosas siempre se han hecho de una determinada manera, etc... El objetivo último de todas estas maniobras es negarse al cambio y al cuestionamiento que éste supone para el grupo tal y como ha funcionado hasta el presente.
- El igualitarismo a ultranza. Que en lo esencial consiste en negar las diferencias de cualquier tipo (conocimiento, poder, jerarquía, responsabilidad,...) existentes entre los miembros del grupo. Con ello se consiguen ocultar rivalidades y temores asociados a estas diferencias.
- Los rituales de grupo. Con esto se quiere remarcar la tendencia de algunas instituciones y grupos a perseverar en ciertos hábitos colectivos de comportamiento que, marcados por la tradición, han perdido su función original y sólo

sirven como marcas de contexto que impiden cualquier cambio y planteamiento de los problemas reales. Determinadas reuniones de trabajo, trámites burocráticos o hábitos de comportamiento colectivos asumidos por los componentes del equipo pueden servir a este fin.

- El ataque al pensamiento y la inmovilización. Las instituciones asistenciales son especialmente vulnerables a padecer episodios disfuncionales que marcan su historia y las hacen frágiles. En ocasiones los profesionales mantienen relaciones ambivalentes con la institución. Quedan atrapados entre el deseo de satisfacer sus fines personales y la imposibilidad de renunciar al funcionamiento del grupo. En estas condiciones se movilizan afectos negativos como el odio y, sobre todo, la envidia. Los componentes del equipo pueden verse afectados por una auténtica parálisis del pensamiento, ya que los puntos de vista personales, que se salen del discurso común, tienden a ser atacados, ridiculizados y destruidos.
- La exclusión y marginación de alguno de los componentes del equipo. Es lo que se denomina con la figura del “*chivo emisario*”. Normalmente ocurre que la mayor parte de los componentes del equipo atacan y excluyen a quien se manifiesta de manera original y diferente.
- La utilización de los pacientes por parte de los profesionales. Se trata de un resultado último de algunas de las maniobras anteriores. Puede aparecer la tentación de manipular a los pacientes para defender la identidad del grupo por parte de quienes la sienten atacada. Muchas largas discusiones de tipo legal, organizativo o burocrático están amparando esta forma de bloqueo grupal en la que, en lo aparente, se defienden los intereses de los pacientes, pero sin atender a su sufrimiento o pedirles su opinión.

Movimientos afectivos grupales.

Bion y los Supuestos Básicos

Se trata de estructuras emocionales compartidas que dan cuenta del clima afectivo que se produce dentro de un grupo humano en determinadas circunstancias. Este tipo de estructuras, conocidas como Supuestos Básicos, se asemejan a vivencias que aparecen en pacientes graves y se

darían de forma inconsciente en la zona de sociabilidad sincrética del grupo.

1. Supuesto Básico de Dependencia.

El grupo se encuentra, como un niño pequeño, en una total sumisión al líder que, inconscientemente es considerado como todo-poderoso y capaz de dar respuesta acertada a cualquier situación que se plantee. El grupo se encuentra en una situación de total amparo y seguridad mágica, pero sus componentes pueden sentir necesidad de mayor libertad y suelen sentir envidia del poder absoluto que otorgan al líder. Un ejemplo de este tipo de grupo es la Iglesia sumisa ante el poder infinito de Dios y al que éste otorga a sus sacerdotes.

2. Supuesto Básico de Lucha y Fuga.

En este caso el líder toma la forma de un caudillo capaz de conducir al grupo a la victoria en la lucha sin cuartel con otros enemigos que persiguen al grupo y contra los que hay que combatir, o bien, de los que hay que huir. Aquí el ambiente emocional es de peligro, cohesión y sensación de seguridad junto a los compañeros y estimulación guerrera bajo el líder que conduce a la victoria. Un buen ejemplo de este tipo de grupo es el ejército.

3. Supuesto Básico Mesianico o de Apareamiento.

Aquí el grupo proyecta su cohesión y seguridad, no en el presente, sino en el futuro, guiado por un mesías redentor que surgirá de la unión de una pareja idealizada por el grupo. El ambiente emocional que impregna la situación es de esperanza ante las dificultades y está teñido de un clima erótico. La función del grupo es la de propiciar la llegada del redentor. Esta redención puede venir de una persona o de una idea. Se suele poner como ejemplo de este tipo de grupo a la institución monárquica en la que la educación del Príncipe es una de sus tareas fundamentales.

La teoría sostiene que estas estructuras grupales se producen de una manera inconsciente e implícita en todos los grupos humanos y que tienden a aparecer en situaciones de regresión grupal. Lo habitual es que los grupos humanos vayan pasando de uno a otro de los Supuestos Básicos como si se tratara de un caleidoscopio. Si el grupo está dotado de una tarea concreta y

funciona con reglas racionales, estos supuestos tienden a estar como adormecidos en su interior, pero dispuestos a aparecer cuando surjan dificultades.

El equipo Terapéutico

Un equipo terapéutico bien constituido asume y supera todas las circunstancias hasta aquí descritas y, con ello, a pesar de sus imperfecciones consigue incorporar todo el potencial transformador que encierran las relaciones informales y la fuerza de cohesión del grupo. De esta manera se hace posible la realización de tareas que los miembros aislados del equipo no podrían realizar de manera individual. El trabajo en equipo proporciona una oportunidad para el desarrollo personal y profesional debido a que cada miembro del grupo aporta su competencia, a la vez que aumenta sus propios conocimientos y posibilidades. Las discrepancias que aparecen en su seno pueden ser aprovechadas para continuar explorando y profundizando en las diversas cuestiones.

Para alcanzar de una manera adecuada el estado ideal como equipo de trabajo hace falta cumplir algunos requisitos:

- Es importante que cada miembro del equipo profundice en un buen nivel de autoconocimiento.
- Hay que ser capaz de tolerar y soportar, tanto en uno mismo como en los demás, situaciones de ambivalencia e incertidumbre que siempre aparecen.

Cumplidas estas tareas se dan las circunstancias que producen que los componentes del equipo puedan actuar como terapeutas y como figuras de apego. Los trastornos mentales amenazan a fondo la seguridad de los pacientes y los profesionales pueden actuar como figuras temporales de apego, proporcionándoles un continente afectivo semejante a la función materna. A través de la escucha empática ayudan al paciente a desarrollar una mejor “capacidad de pensar” y de tolerar la ansiedad, utilizando su propio proceso mental para contener y digerir las proyecciones de aquél.

Se han observado en niños diferentes actitudes de “apego inseguro” por ejemplo: evitador,

ambivalente, desorganizado que, cuando interactúan con otros factores de vulnerabilidad predisponen a trastornos psiquiátricos. Algunas personas buscan ayudar a los demás debido a que ellas mismas tuvieron en su día un apego inadecuado, que les lleva a la necesidad compulsiva de cuidar a otros. Esto se observa, a veces, en algunos profesionales que corren el riesgo de quemarse en su trabajo. Quienes trabajan en profesiones asistenciales, de forma inevitable, fracasan repetidas veces con algunos o muchos de sus pacientes en exceso dañados o carenciados. Si este fracaso despierta culpa o ansiedad muy grandes, los profesionales, al igual que los niños pequeños, pueden retroceder a formas primitivas de defensa con el fin de mantener una precaria autoestima.

Entre adultos pueden observarse tres formas de apego inadecuado: *renunciador*, *preocupado* e *irresoluto*. Cuando entran en contacto, como pacientes, con servicios de Salud Mental, las personas “renunciadoras” pueden encontrar difícil implicarse en el tratamiento; las personas “preocupadas” pueden sentirse bloqueadas o ambivalentes ante la ayuda que se les ofrece y parecen no aceptarla, mientras que las irresolutas pueden tener dificultades para aceptar los aspectos dolorosos que produce el tratamiento. Por el contrario las personas con “apego seguro” se muestran más abiertas a hablar de sus síntomas y suelen cumplir mejor las prescripciones terapéuticas, incluidas las medicamentosas. En los Servicios Hospitalarios de Psiquiatría se producen algunas situaciones que desencadenan en los pacientes conductas de apego. El paciente, por ejemplo, puede tener un miedo excesivo a abandonar el hospital en el momento del alta y sus síntomas se exacerban cuando se la comunican. La marcha del servicio de alguno de los profesionales con los que se ha vinculado puede, también, desencadenar reacciones adversas de pena o agresividad. Muchos pacientes de estas características provocan conductas de excesiva vinculación en los profesionales. Por otro lado, ante respuestas agresivas de los pacientes, pueden experimentar reacciones contratransferenciales excesivas que les lleven al uso de medidas de contención excesivas o inapropiadas, como lo puede ser, en algunas ocasiones, la sujeción mecánica.

Las instituciones psiquiátricas, en sí mismas, pueden ser figuras de apego para los pacientes carentes de apego seguro en su infancia. En ocasiones el vínculo con profesionales e instituciones puede durar mucho tiempo tras el alta del

paciente. Los profesionales deben proporcionar a los pacientes una base de seguridad suficiente y un continente afectivo que les ayude a modular sus ansiedades. Se trata de “estar con los pacientes” más que de “hacer cosas con los pacientes”.

Contacto

Ander Retolaza • ander.retolazabalsategui@osakidetza.eus

Bibliografía

- Myers DG. (2005): *Psicología Social* (8ª Edición). McGraw-Hill/Interamericana de México.
 - Lewin K. (1988): *La Teoría del Campo en la Ciencia Social*. Ediciones Paidós. Barcelona. Buenos Aires.
 - Maslow A. (1991): *Motivación y Personalidad*. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.
 - Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. (1959): *The Motivation to Work* (2ª Edición). Jhon Wiley. New York.
 - Käes R. (1977). *El aparato psíquico Grupal. Construcciones de Grupo*. Barcelona: Granica.
 - Bleger J. (1967): *Simbiosis y ambigüedad*: Editorial Paidós. Buenos Aires.
 - Stein I. L. y Santos A. B. (1998). *Tratamiento asertivo comunitario de personas con enfermedades mentales graves*. Nueva York y Londres: W. W. Norton.
 - Weber M. (1996): *Economía y Sociedad*. México D.F. Fondo de Cultura Económica.
 - Bion, Wilfred R. (1990). *Experiencia en grupos*. Editorial Paidós. Barcelona.
 - Guimón J. (2002): *Los Profesionales de la Salud Mental: Actividades, Vicisitudes y Formación*. Core Academic. Cantabria.
 - Anseán A (2012): *Liderazgo y Dirección de Equipos en salud Mental en Anseán (Ed.) Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental. Vol II: Dirección de Centros y Servicios de Salud Mental*. Edicomplet. Madrid.
- Recibido: 5/12/2016.
 - Aceptado: 15/12/2016.