

TRABAJO EN EQUIPO, TRABAJO EN RED. UN DESEO ¿POSIBLE?*

M.^a Teresa Pi Ordóñez **; Neus Martorell i Giner*;
Lourdes Delgado Navarro ******

¿Es posible la psicoterapia en los servicios públicos de salud mental? ¿El trabajo en equipo puede ser terapéutico? ¿Se actúa psicoterapéuticamente cuando se trabaja en red? De hecho: ¿Es posible el trabajo en equipo? ¿Y el trabajo en red?

A partir de la aportación anterior podemos pensar que esta modalidad de atención no es fácil, sobre todo cuando los miembros de una red sienten que su postura es la buena y esperan de los demás un complemento a su propia visión, rechazando interpretaciones diferentes e intervenciones fuera del propio marco referencial. Pero, como se ha visto, es posible.

El paso del modelo de atención clásico, basado en la relación dual terapeuta-paciente, hasta el modelo de trabajo en red que presentamos en estas dos comunicaciones, ha presentado y sigue presentando diversos problemas que a continuación intentaré describir desde la teoría de grupos basada en las aportaciones de Bion i Tosquelles.

La historia de los equipos asistenciales es larga. En los servicios públicos de salud mental de nuestro país, se empezó a

*Comunicación Libre presentada en el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEPPNA) que bajo el título "La psicoterapia en nuevos contextos", se desarrolló en Las Palmas de Gran Canaria los días 25 y 26 de octubre de 2003.

**Psicóloga. Jefe de servicio del CSMIJ del IAS de Girona.

***Diplomada en Trabajo Social del CSMIJ del IAS de Girona.

**** Diplomada en Trabajo Social. Atención Primària de servicios Sociales del Ajuntament de Girona.

hablar en los años 70 de la necesidad de crear equipos multiprofesionales, como un paso más en la comprensión y el tratamiento de la enfermedad mental. La relación dual terapeuta-paciente parecía insuficiente cuando además de la psicopatología se pensaba que la inserción social, escolar o laboral –según la edad– del enfermo mental también debía formar parte del tratamiento. Los primeros equipos estuvieron formados por psiquiatras y asistentes sociales, a veces enfermeros/as. A principio de los 80 se empezaron a incluir psicólogos.

Hay quien piensa que anteriormente ya existían equipos en los hospitales, pero el concepto de equipo multiprofesional va más allá de la colaboración entre diferentes profesionales agrupados según el estatus basado en su calificación profesional.

El equipo multiprofesional se definiría como aquella agrupación de profesionales de estatus y formación diferente que trabajan conjuntamente y de forma complementaria para conseguir un objetivo común. Siguiendo a Bion, sería un grupo cuyo funcionamiento se basaría en la tarea, no en las directrices de un líder. El coordinador del grupo debería tener la suficiente habilidad para facilitar la participación de todos en el proyecto, sintiendo que su función es tan importante como cualquier otra para desarrollar el proceso y alcanzar el objetivo. La principal función de aquél sería la de facilitar que cada miembro pueda desarrollar sus capacidades al máximo, poniéndolas al servicio del objetivo. Un exceso de personalismo y afán de protagonismo por parte de un miembro de este equipo, sobre todo si es o se erige en líder, podría conducir, no sólo al fracaso en la consecución del objetivo, sino a que los diferentes miembros, incluyéndole a él, sintieran que su tarea no era reconocida, cayendo en lo que se ha dado en llamar síndrome del quemado (burn-out). Únicamente podría persistir esta dinámica en un equipo cuando dicho líder fuera reconocido por todos como portador del saber y pudiera mantenerse en dicho lugar indefinidamente. De todos modos existiría un equilibrio precario, pues en caso de fracaso, se le erigiría en culpable y el resto no

se plantearían su papel en el mismo, sino que buscarían otro líder que les llevara a un supuesto éxito.

Esta dinámica correspondería a lo que Bion definió como grupo de dependencia: Existe un líder del que el resto esperan las respuestas a los problemas que se le plantean. El grupo se sitúa en una posición infantil, esperando las directrices para llevarlas a cabo. En el inicio suele darse esta dinámica, sobre todo si el resto de miembros del grupo son inexpertos, pero es una fase que debe superarse para que pueda llegar a darse el trabajo en equipo. La dependencia también puede darse con relación a un modelo o conjunto de procedimientos, cuando éstos se siguen de forma pasiva, sin opción a cuestionarlos. Un modelo no debería ser más que un marco de referencia a partir del cual trabajar, pero cuando éste pasa por encima de la experiencia directa y la enmascara para adaptarla a aquél, nos encontramos con una situación que impide el desarrollo del equipo, quedándose en la posición de supuesto básico de dependencia e impidiendo su maduración.

En una segunda fase, que suele aparecer cuando la dependencia se rompe, surge el mecanismo de lucha y fuga. En esta dinámica el grupo concentra su energía en luchar contra un supuesto enemigo. Este puede ser interno o externo, y sería el culpable de todos los problemas por lo que debería eliminarse. El equipo se cohesionaría frente a la —o las— personas a las que se creyera culpables y pondría toda su energía en destruirlas. En las reuniones se huiría de planteamientos de reflexión sobre la propia dinámica. Este supuesto es el que más une a un grupo, incluso a las masas, pero le estanca en una posición de constante defensa y ataque impidiendo su maduración. Cuando el “enemigo” es interno, apareciendo dos tendencias claras, puede suceder que el grupo se divida en dos enfrentados entre sí. En caso de que sea una sola persona puede llegar a expulsarse o ésta decidir su marcha.

Otro momento grupal dominado por el supuesto básico es cuando se produce el emparejamiento: dos miembros del grupo

se erigen en líderes e intentan solucionar los problemas que se plantean. El resto esperan con la esperanza de que de la relación entre los dos surja un “Mesías”, una solución válida para todos. Generalmente las propuestas que surgen no dan respuesta a lo esperado. A partir de aquí se puede entrar en una nueva fase de lucha y fuga o de dependencia, permaneciendo en el supuesto básico. Mientras eso sucede el equipo no evoluciona y no puede erigirse en grupo de trabajo centrado en la tarea.

F. Tosquelles definía a estos grupos como dominados por la pulsión destructiva que situaba como parte de la de muerte: son equipos destinados a no crecer que tienden constantemente a la regresión, cayendo en planteamientos pedagógicos y cuyo objetivo es la acomodación de sus miembros y de los mismos pacientes a las normas. En estos grupos es habitual el uso de castigos y refuerzos automáticos basados en la contra-transferencia, sin elaboración previa. Lo que prima en ellos es la autoridad, el prestigio, el respeto y el saber según las modas culturales del momento. Estos fenómenos aparecen en cualquier grupo y su resolución está relacionada con la actitud que tomen sus coordinadores.

En los equipos multiprofesionales es fácil entrar en estas dinámicas por el hecho de que la formación y las funciones de cada miembro son diferentes y cada uno desea encontrar su espacio. En el inicio suele producirse un efecto de fusión o su contrario dependiendo de las expectativas del líder. Una y otra dinámica llevan al fracaso. En la primera, parece como si todos tuvieran que estar preparados para ejercer cualquier papel, la división de funciones no está clara. Al cabo del tiempo aparece el desánimo y la sensación de que no se reconocen las capacidades específicas de cada uno, sintiéndose unos infravalorados y otros sobrecargados con tareas que no dominan o todo a la vez dependiendo del momento. En la segunda se dividen las tareas de forma rígida: cada uno tiene su papel, en el que se refugia, y no realiza nada que no entre en sus funciones espe-

cíficas. La función ejerce el papel de líder. En esta dinámica puede suceder que deje de realizarse una tarea necesaria para la atención correcta de los pacientes porque la persona que la tiene asignada no se halla presente.

Los equipos pueden oscilar entre uno y otro extremo, pero generalmente y de forma natural avanzan hacia la complementariedad y la colaboración hasta formar un grupo de trabajo centrado en la tarea, si no aparecen elementos distorsionantes que favorezcan los mecanismos de supuesto básico. En este grupo cada uno tiene su función específica y es reconocido por ella, pero en caso de necesidad puede asumir una tarea fuera de ella, siempre y cuando la domine. En las reuniones de equipo se planifican las intervenciones a partir de los objetivos marcados, procurando que sean complementarias y coherentes entre ellas. Dichos objetivos e intervenciones se planifican a partir de las necesidades de cada paciente o grupo de ellos.

Hasta aquí se ha hablado del primer paso que se dio más allá de la relación dual terapeuta-paciente: el trabajo en equipo. Como se ha visto este enfoque no resulta fácil, pero aún se vuelve más complejo cuando vamos más allá e intentamos trabajar en red con equipos diferentes.

A los servicios públicos de salud mental nos llegan demandas que van más allá de lo que se puede ofrecer desde este campo: niños con trastornos de conducta graves procedentes de familias desestructuradas, hijos de padres en tratamiento por trastorno mental o drogodependencias, niños con trastornos psicóticos integrados en escuelas ordinarias... Ante estos casos el trabajo en red se hace imprescindible.

Definiríamos la red como un conjunto de profesionales procedentes de diferentes equipos que se unen de forma temporal para dar respuesta a un problema específico en el que todos están implicados. Ante un niño que presenta un trastorno mental, que convive en un medio familiar precario y que presenta problemas de adaptación en la escuela, puede ser necesario que se forme una red en la que participen los profesionales de

salud mental implicados en el caso, los de servicios sociales de su zona que están atendiendo a la familia, posiblemente el monitor del centro abierto al que asiste al salir de la escuela y evidentemente los profesionales de la escuela implicados: tutor, soporte, etc. Todos deben explicitar los objetivos de su intervención y marcar un objetivo común centrado en el bienestar de la familia. En la creación de esta red surgirá seguramente la misma dinámica descrita anteriormente con relación a los equipos, pero de forma más compleja, pues no hablamos de personas, sino de grupos en relación con otros grupos. Los mecanismos de lucha y fuga pueden tomar protagonismo sobre los de dependencia y emparejamiento.

En un equipo formado por personas dependiendo de un mismo organismo los objetivos comunes pueden estar más claros, pues vienen determinados por la institución de pertenencia. En el trabajo en red es diferente, pues los objetivos de cada institución pueden ser distintos: así la escuela pretende que el alumno no moleste en clase y además aprenda, los servicios sociales buscarán que no vague por la calle creando problemas al vecindario o uniéndose a grupos marginales, el equipo de atención a la infancia y adolescencia en riesgo (EAIA) intentará que la familia cumpla unos objetivos determinados para evitar la retirada de la tutela e ingreso en un centro educativo, el equipo de salud mental intentará trabajar sobre los procesos intrapsíquicos y relacionales que provocan las conductas que preocupan al resto, etc. Los tiempos de cada cual serán diferentes también, unos sentirán la urgencia más que otros. A partir de ahí el pastiche está servido. Lo más fácil y en lo que se suele caer si nos limitamos a lo que se ha venido en llamar “coordinación” es culpar a los otros de ineficacia, pues no hacen nada para que “nosotros” podamos alcanzar nuestro objetivo. Posiblemente ahí está el error, en esperar que los otros realicen la tarea que permita que nosotros lleguemos al resultado esperado. En la comunicación anterior creo que se puede ver claramente este fenómeno resultante del fallo por parte de cada equipo en cumplir las expectativas que los otros tenían

depositadas en ellos. En un primer momento los diferentes equipos se sitúan en una posición dependiente: “Si se trata el problema de salud mental de los padres, éstos serán competentes”. Y por otro lado: “Si le proporcionan una ayuda a la familia y le encuentran trabajo al padre o a la madre, mejorará la depresión y las relaciones se normalizarán”. La solución se deposita en el otro y al no encontrarla lo más fácil es atacar entrando en un proceso de lucha y fuga que no lleva a ningún lado, sino a perseverar en el problema.

Con motivo de los grupos de trabajo creados para la preparación del Primer Congreso Catalán de Salud Mental del Niño y el Adolescente celebrado en Barcelona en noviembre de 2002, el grupo creado en Girona formado por profesionales de todos los servicios de atención a la infancia y adolescencia de la zona definió las condiciones necesarias para que el trabajo en red fuera posible. Estas eran:

A nivel personal:

- Es importante conseguir un plan de igualdad en las condiciones de participación desde el respeto a las diferencias entre los profesionales y las instituciones participantes.
- Se deben conocer bien las funciones y los ámbitos de intervención de cada uno de los participantes y, lógicamente, de las instituciones que representan. Conviene clarificar qué corresponde a cada uno y sus posibilidades y limitaciones. Esto implica un proceso que requiere tiempo, tanto a nivel personal como institucional.
- Hace falta crear un clima de confianza suficiente entre los profesionales, que permita un traspaso de información relevante de forma ágil y fluida. Esto requiere una determinada actitud entre los participantes:
 - Reconocer la mutua competencia. Tener claro que colaborar no es competir ni delegar.
 - Saber y querer ponerse en el lugar del otro, es decir, colocarse en posición de escucha activa.

- Mantener una actitud dialogante.
- Poder superar el choque que suponen las tradiciones y culturas profesionales diferentes.
- Aceptación de las limitaciones de la propia disciplina.
- Voluntad para analizar los procesos de comunicación y así evitar los malentendidos, mensajes incorrectos...
- Saber encontrar la complementariedad entre los profesionales a la hora de abordar una problemática.
- Esforzarse para hallar la confluencia de objetivos y estrategias para trabajar una situación.
- Citando una frase de Maturana: “La colaboración no existe desde la obligación”. Esto significaría que para trabajar en red los profesionales que participen han de creer en ello y han de estar dispuestos y sensibilizados para asumir los postulados anteriores.

A nivel institucional:

Las instituciones han de facilitar que la red funcione proveyendo de:

- Horas para reunirse y espacios para hacerlo.
- Promoviendo:
 - Espacios de relación libre que permita conocerse y favorezca el intercambio, acercando o facilitando herramientas para comprender el lenguaje de cada disciplina y sus posibilidades y limitaciones.
 - Espacios de intervención: En los que se marcarán los objetivos de intervención para cada caso o situación, se realizará el seguimiento y se evaluarán los resultados.
 - Espacios de formación continuada conjunta. Puede ser a través de sesiones de supervisión, de sesiones clínicas, u otras actividades que favorezcan la reflexión conjunta sobre la praxis y paulatinamente los profesionales se vayan capacitando para abordar situaciones ante las cuales anteriormente necesitaban la intervención de otros profesionales más específicos.

Entendemos que el trabajo en red es necesario tanto para afrontar situaciones que por su complejidad no se pueden abordar desde un único dispositivo, como para evitar el *burn out* de los profesionales.

Esta colaboración debería ir más allá de la coordinación y/o intercambio de información. Un trabajo en red tiene sentido cuando intervienen en un mismo caso tres o más servicios y éste no evoluciona tal como se había previsto. Implicaría de entrada la creación de equipos multiprofesionales dependientes de diferentes servicios y departamentos que estuviesen involucrados en el caso con el objetivo de colaborar para dar respuesta a las necesidades planteadas por éste o por la situación. Este equipo se disolvería cuando se hubieran alcanzado los objetivos o llegado al punto de máxima eficiencia teniendo en cuenta las características del caso y las limitaciones de abordaje. La metodología de trabajo podría ser tal como se indica a continuación:

- Encuentro de todos los profesionales que intervienen, o se cree que deberían intervenir, en cada caso concreto.
- Los diferentes profesionales comparten sus diagnósticos situando al sujeto en un contexto más amplio: existe un diagnóstico clínico que debe hacerse por un psicólogo clínico o psiquiatra, pero también se debe tener en cuenta el diagnóstico realizado desde los Servicios Sociales, desde la escuela por parte de los EAPs, de l'EAIA, de la DGAIA en su caso... y del resto de servicios que estén interviniendo tanto con el niño/adolescente como con otros miembros de la familia (CSMA, CAS...), además de la información que transmite la propia familia y el niño o adolescente. Cuando hablamos de diagnóstico, entendemos que éste es dinámico y únicamente permite orientar el trabajo. No debería convertirse nunca en una forma de fijar un sujeto o familia en una categoría nosológica.
- Marcar los objetivos específicos de cada ámbito, cuyo profesional se erigirá en responsable. Los objetivos segu-

ramente serán diferentes, pero es importante tenerlos en cuenta al preparar nuestra estrategia.

- Priorizar el orden de intervención. Los objetivos parciales deben ser asequibles, pues unas expectativas demasiado ambiciosas a menudo conducen al fracaso. Esta priorización es importante, pues no se puede trabajar con unos padres pidiéndoles que apoyen emocionalmente a un hijo con depresión, si ellos mismos están en tratamiento por una patología mental que en el momento actual no les permite llevarlo a cabo. En este caso el objetivo parcial prioritario sería el tratamiento y apoyo emocional de los padres para favorecer que se sientan capaces de dar soporte al hijo.
- Incorporar la voz de los padres y, en la medida de lo posible, hacerles participar como aliados terapéuticos: el equipo o el representante más próximo a la familia, les transmite la preocupación de los profesionales en relación a los hijos. Los padres deben sentirse implicados en el proceso. En este sentido pasarían a formar parte de la red. Es habitual que la familia delegue cuando otros se responsabilizan de sus funciones y pensamos que debe evitarse implicándolos en el proceso. Esta implicación debe realizarse desde la **no culpa**. A veces se deposita en los padres la culpa de los problemas que sufren los hijos, provocando que éstos se sientan cuestionados en su papel y acaben evitando los encuentros con los profesionales como mecanismo de defensa para evitar sentimientos de incapacidad y culpa.
- Realizar un seguimiento del caso con una periodicidad marcada previamente y de acuerdo con cada caso. Recoger qué funciona a pesar de que no se acaben de alcanzar los objetivos marcados previamente. No intentar ir más allá de las posibilidades de la familia en cada momento, pues seguramente nos abocará al fracaso. Los problemas deben situarse en su contexto y no esperar una solución inmediata. A veces hablamos de familias resistentes y a

menudo los que nos resistimos somos los mismos profesionales a cambiar mínimamente nuestro punto de mira.

Y ¿qué lugar ocupa la psicoterapia cuando trabajamos en red? Después de todo lo expuesto, vemos que la psicoterapia en estos casos de difícil abordaje con implicaciones escolares y sociales, ocupa un lugar más entre el resto de intervenciones. Desde la relación dual en que la psicoterapia era la pieza clave del tratamiento hasta las intervenciones en red, en que pasa a ocupar un lugar específico entre otras intervenciones también específicas, se han ido sucediendo experiencias y cambios sociales que nos han llevado al momento actual. ¿Ha perdido importancia? Evidentemente que no y tampoco protagonismo, pero no como intervención única, sino formando parte de un engranaje más complejo.

En estos casos, además de la psicoterapia en el sentido clásico del término, aunque también se dé, debería hablarse de la función terapéutica de la red.