

ACTAS DEL SÉPTIMO CONGRESO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA
ISBN 978-950-34-1863-5 | LA PLATA, DICIEMBRE DE 2019

ESTRATEGIAS DE CUIDADO PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

CARE STRATEGIES FOR HEALTH TEAMS

Sebastián Godoy

sebagodoy409@gmail.com

Valeria Colina

valeriacolina.1979@gmail.com

Facultad de Psicología
Universidad de la República, Uruguay

Introducción

El objetivo de la presente producción consiste en abordar la importancia del Cuidado de los Equipos de Salud en las Instituciones.

Inicialmente se previó que dicho trabajo en el Séptimo Congreso Internacional de Investigación en Psicología fuera en modalidad de “Taller” promoviendo el intercambio con experiencias de los asistentes. Ante la falta de concurrencia al mismo se re-planificó en una modalidad de exposición de investigación bibliográfica articulada con conocimientos de experiencias del colectivo de Residentes de Psicología de la Universidad de la República de Uruguay. Asimismo se dialogó con demás participantes de la mesa. Desde la misma se abordó la problemática desde la perspectiva de nuestra propia inserción en Servicios y Equipos de Salud.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Facultad de
Psicología



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

Contextualización de experiencias de los Residentes de Psicología

El Programa de Residentes y Practicantes de Psicología en el marco del cual se analiza la problemática a conceptualizar constituye un convenio entre la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). Su objetivo es la formación de psicólogos trabajadores en Servicios de Salud.

En este marco el desempeño del Residente cuenta semanalmente con 25 horas de trabajo en un Servicio de Salud y 15 horas de formación académica. Asimismo la duración completa de la residencia es de 3 años (debiendo rotar de servicio al año y medio del proceso).

Dentro de la especialización se implica la planificación, implementación y evaluación de proyectos los cuales deben ser articulados con teoría académica. En este sentido se espera un trabajo con niveles de calidad y actualización requeridos por la sociedad. Igualmente se plantea como meta la producción de conocimientos para mejorar la calidad de vida de la población uruguaya (ASSE, 2009).

Entre lo ideal y lo posible

En primer lugar se propone pensar las distancias entre lo que consideramos un “trabajador de la salud ideal” y un “trabajador de la salud real/posible”. Las mismas conllevan a lo que expresaría Luis Bibbó (2015) como una “angustia ineludible”. La inserción institucional obligaría a todo técnico a vencer el obstáculo de su propio narcisismo, una parte de su trabajo ya no le pertenecería a él sino a la Institución. En ese sentido desde nuestra experiencia como Residentes reflexionamos acerca del proceso de inserción en Instituciones de Salud Pública. En el mismo un profesional

se puede encontrar con equipos y modelos que muchas oportunidades se contraponen en a lo que ha construido en su formación académica en la Universidad y asimismo en su postura ética. Como expresa Bibbó (2015) esto último adquiere una angustia significativa y vivencias de soledad, desamparo y peligro.

En diversos Servicios de Salud observamos que predomina el Modelo Médico Hegemónico con ciertos rasgos como biologismo, individualismo, pragmatismo, y la no consideración de la incidencia e importancia de factores económico-políticos y socioculturales en los procesos de salud-enfermedad (Eduardo Menéndez, 1985). En los mismos se coloca el “saber” en el técnico relegando al usuario en una posición pasiva sin voz ni decisión alguna en su tratamiento terapéutico. En estos casos se cree que el profesional sabe con certeza lo que le ocurre al usuario y por lo tanto cuáles serían las mejores alternativas para su tratamiento indicándole “qué es lo que debe hacer”. Esto nos suele implicar vivencias de frustración ya que desde nuestra postura concebimos a las personas con las que trabajamos como “usuarios sujetos de derechos” en vez de “pacientes”. Como expresa Zulema Suárez (2009) la denominación “paciente” daría a entender que el sujeto asume pacientemente, no enuncia, no cuestiona, no propone. El concebir al sujeto como “usuario” da cuenta de alguien que adquiere el derecho a utilizar bienes y servicios para su salud y promueve la aplicación del mismo para sí y para los demás. Es decir, propone, cuestiona y aporta a su proceso.

Reflexionamos que la contraposición de ambos modelos en una misma Institución de Salud puede conllevar a vivencias de incertidumbre y desorganización en un equipo.

Igualmente suele ocurrir en Instituciones de Salud que los encuadres que nos dictaminan para nuestras intervenciones obstaculizan nuestras modalidades de trabajo. A modo de ejemplo, es posible visualizar consultas psicoterapéuticas con una frecuencia esporádica, o con una duración acotada debido a la alta demanda y escasez de profesionales. Asimismo existen Servicios con dificultades en su

infraestructura que obstaculizan intimidad de los espacios terapéuticos. Estos aspectos pueden generar angustia en un profesional que siente que no está interviniendo según su ideal.

Urgencias Institucionales

Otro aspecto imprescindible que hemos analizado es cómo nos implican en nuestra labor las Urgencias Institucionales. Isidoro Berenstein y Jeanine Puget (1988) expresan que las continuas demandas que los técnicos deben atender en una institución mayoritariamente de carácter urgente los hacen sentir “bomberos” sin capacidad de planificar. Al respecto Carmina Puig (2017) menciona imprescindible el autocuidado y cuidado organizacional de los equipos ya que atraviesan por continuas situaciones vivenciadas como angustiadas y frustrantes. Precisamente su trabajo implican el recurso más valioso para intervenir en pos de mejorar la salud de los usuarios.

Como sugiere Inés Sotelo (2007) desde diversas instituciones, familias y hasta profesionales se reclama que sujetos que presentan un padecimiento retornen pronto a sus estados habituales, incluso los mismos usuarios solicitan volver a su estado anterior sin querer saber acerca de los sentidos de sus sufrimientos. De tal modo la dimensión del tiempo se vuelve fundamental ya que conlleva exigencias de la resolutividad rápida y eficaz. Se hace necesario reflexionar sobre cómo puede implicar a un profesional esta dimensión y su exigencia concomitante.

Julio Cesar Neffa (1988) expresa que las condiciones y medio ambiente de trabajo actúan en simultáneo sobre los trabajadores tanto en colectivo como individualmente y siempre en relación al proceso de trabajo. El resultado de esto es lo que se denominaría la “Carga Global de Trabajo”, la cual posee tres dimensiones: mental, psíquica y física. La “carga mental” según el autor refiere ciertas exigencias en cuanto a percibir información de diversas fuentes, identificarlas, procesarlas y

adoptar decisiones como respuesta ante las mismas. Manuel Parra (2003) al respecto menciona que se implica el hecho de la rapidez de la respuesta a la demanda de trabajo, nivel de atención y concentración exigido. Toda esta labor puede ser vivenciada como requerida de gran alerta y precisión de las decisiones adoptadas, visualizándose con acento en Servicios de Puerta de Emergencia o en el trabajo ambulatorio con casos de ideas de muerte o intentos de autoeliminación.

Respecto a la carga psíquica se refiere a aspectos afectivos y relacionales propios de los requerimientos de los puestos de trabajo en cuestión (Neffa, 1988). Desde nuestra experiencia consideramos pertinente problematizar acerca del sufrimiento a nivel institucional respecto a las propias problemáticas específicas y movilizantes con las cuales nos involucramos y que a su vez se nos presentan como urgencias. A modo de ejemplo cuando se trabaja con temáticas tales como ideas de muerte, intentos de autoeliminación, violencia doméstica, abuso sexual puede resultar sumamente estresante para el profesional saber que lo que está en riesgo es la vida de sujetos asimismo poniéndose en juego nuestra implicación con los casos y emociones concomitantes. En este sentido resulta imprescindible analizar qué condiciones de posibilidad hay para que el profesional se apoye en un equipo continente que le permita la búsqueda de estrategias, incorporación de herramientas e intercambio de emociones y sensaciones. Por otra parte remitiendo a las propuestas de Sotelo (2007) podemos expresar que ante la imposición del “no hay tiempo” de las urgencias proponer “hay todo el tiempo” para escuchar al usuario en su propio discurso, es decir abrir un tiempo para la comprensión. Este discurso se basaría en relación a otros, a nosotros como profesionales y a la trama de su propia vida. Asimismo cada encuentro sería una certidumbre anticipada, sin garantía ni certeza absoluta. En este sentido a partir de nuestro tránsito nos ha resultado interesante analizar el contraste de nuestro trabajo como psicólogos orientados a una teoría psicoanalítica en la cual trabajamos desde la concepción en la cual nos adjudicamos un saber absoluto sobre lo que le ocurre al usuario (conllevando una gran incertidumbre) con respecto a profesionales de otras disciplinas médicas o

modos de trabajar desde la psicología en los cuales siempre les resulta necesario llegar a conclusiones certeras en cada encuentro mediante diagnósticos e implementación de tratamientos.

En base a lo planteado en este apartado remarcamos la importancia que refiere Sotelo (2007) en construir un hilo en común en un equipo que posibilite el intercambio y tramitación de esa urgencia. “construir el espacio institucional como espacio creativo, de invenciones y ficciones donde se consolidan las transferencias de trabajo “(p.26), es decir ir más allá de las propias urgencias.

Sufrimiento Institucional

María Ferreira & Carlos Ferreira (2014) expresan que el malestar en los trabajadores en Instituciones de Salud, pueden conllevar ambientes laborales sumamente estresantes, cuando no cuentan con recursos suficientes para satisfacer demandas que se les presentan. Esto puede causar a nivel individual ansiedad, desmotivación, malos resultados y bajas en el rendimiento. Según Bibbó (2015) podemos tener indicadores de sufrimiento institucional escuchando a los miembros o a partir de conductas institucionales sintomáticas.

Por un lado se puede observar parálisis rutina y repetición. Desde la Residencia se han visualizado servicios en los cuales transcurre el tiempo y no emergen nuevas propuestas de proyectos a implementar pareciendo que siempre se trabaja en los mismos dispositivos y de la misma forma, o en otros casos las nuevas ideas son desestimadas o postergadas.

Por otra parte este último autor menciona como síntoma al “activismo improductivo” en tareas secundarias o burocráticas. Observamos que esto se puede dar en Instituciones en las cuales se planifican múltiples proyectos sin claros objetivos ni

intercambios reflexivos sobre los mismos. En estos casos parecería que se trata de mostrar como imagen a la Institución activa y productiva.

Bibbó también menciona que es posible que el sufrimiento se manifieste por odios explícitos, ataque a las propuestas innovadoras y manifestaciones somáticas en los trabajadores. En las Instituciones en las cuales se involucran los Residentes se han vivenciado casos en los cuales de forma manifiesta o latente hay disputas entre profesionales visualizándose en comentarios destructivos hacia el accionar de otros o incluso respecto a características personales. Hay casos en los cuales que operan “bandos” que separan a los profesionales. Igualmente se han observado Instituciones en las cuales son recurrentes las licencias médicas como somatizaciones de sus trabajadores ante el estrés laboral.

De acuerdo a José Bleger (1966) el sufrimiento se torna patológico cuando la institución no es capaz de reconocerlo, significarlo, simbolizarlo y, por lo tanto, de encontrarle alternativas de tramitación.

Por otra parte Bibbó (2015) expresa que es de advertir en las Instituciones cierta ilusión de coincidencia operando el pacto de negación propuesto por René Kaes (1989) en el cual se vela toda ajenidad, toda diferencia. En ocasiones esto puede ser problemático ya que tal funcionamiento de homogeneidad ofrece resistencia a lo instituyente, a propuestas de cambio de nuevos modelos y de miembros. Igualmente hay oportunidades en las cuales el pacto de negación se debilita dejando en evidencia las heterogeneidades cuando se presentan desorganizaciones al implementar actividades superpuestas o cuando se evidencian metas contradictorias: algunos sectores preocupados mayormente por las repercusiones en el medio, otros por los proceso de salud de los usuarios y otros por los decisores económicos.

Experiencias en procesos terapéuticos de adultos



En diversos casos hemos observado en las Instituciones que operan prácticas de normativización hacia los usuarios, es decir de acuerdo a una supuesta “normalidad” se espera que los sujetos encajen en la misma. Si vamos al real significado de lo “normal” implica una medida estadística: “la norma” que mide lo que es “más frecuente”, nada tiene que ver con el concepto de “lo saludable”. Sin embargo se observan asociaciones de lo “normal” con lo “saludable” y no “anormal” con lo “patológico”. Esto se visualiza en diversos ámbitos tales como salas de internación o centros de rehabilitación en el trabajo con usuarios diagnosticados con trastornos mentales graves y persistentes.

Desde nuestro modelo de intervención es necesario como menciona Sotelo (2007) el pasaje a la urgencia subjetiva, a diferencia de la emergencia psiquiátrica con su presentación estandarizada en manuales basados en estadísticas y probabilidades. Se nos hace imprescindible dar lugar al discurso del usuario, a visibilizar lo que tiene para decir acerca de su urgencia. Es pertinente reflexionar sobre qué nos genera trabajar en equipos que operan con modelos orientados a la categorización diagnóstica, y cómo accionar al respecto. En algunos discursos de profesionales de Servicios de Salud se puede observar falta de comprensión y empatía hacia casos de usuarios diagnosticados con trastornos mentales severos y persistentes que presentan comportamientos considerados “disruptivos” frente a lo institucional o que no se adaptan a una supuesta “normalidad” escuchándose comentarios tales como “se hacen los vivos” o rigidizando normativas en determinados dispositivos que se supone que apuntan a su rehabilitación. Esto sin dudas no colabora en la adherencia del usuario a los tratamientos perjudicando la dimensión psicológica de la accesibilidad. Esta última refiere a condiciones afectivas, cognitivas y vinculares que posibilitan que el sujeto se perciba con capacidad de recibir la ayuda de un Servicio de Salud por considerarse sujeto de derecho (Victor Giorgi, 2005).

En tal sentido consideramos que es fundamental mantener una actitud propositiva en reuniones e intercambios con los profesionales dando a conocer nuestro modelo

de intervención orientado a la escucha subjetiva e igualmente visibilizar la bibliografía en la cual nos apoyamos como profesionales.

Más allá de esto, en diversas instituciones predominan las disciplinas médicas dando poco lugar a los aportes de la psicología la cual en varias ocasiones mantiene funciones simplemente de apoyo a la psiquiatría.

¿Cómo cuestionar desde nuestro lugar aquello instituido en la Institución? ¿Cómo se implican nuestros aportes instituyentes a aquello establecido en la misma?.

Como expresa Sotelo (2007) el trabajo con profesionales implicados de diversos discursos y concepciones constituye un desafío para el abordaje profesional. Es fundamental el intercambio ya que si un técnico se centra únicamente en su saber sobre determinada situación se pierde el sujeto con el que se trabaja.

Comité de Recepción de Niños: Otra modalidad posible de intervención con población infantil

En varios residentes es común la labor con problemáticas que implican a la población infantil como en el trabajo con niños diagnosticados con las mencionadas dificultades de atención e hiperactividad. En este último caso sugiere Gisela Untoiglich (2013) en las Instituciones se suele diagnosticar tomando en cuenta únicamente las conductas observables y no se indagan las causas del malestar, lo cual provoca que la clínica devenga en una burocracia sin intervenciones destinadas a tratar los problemas que implican tales sufrimientos. María Aparecida Affonso Moyses, Cecilia Collares y Gisela Untoiglich (2013) expresan que los niños que fracasan en sus procesos de aprendizaje en la institución escolar son visualizados como “enfermos” y tal patologización conllevaría a buscar causas unívocas, exclusión y un acto de clasificación que atraviesa toda la vida de los sujetos. Desde nuestra formación y experiencia consideramos que el mantener una escucha a lo

que cada niño tiene para expresar nos hace mantener una mirada hacia él mismo como un usuario sujeto de derecho.

Para esto es necesario deconstruir aquello que determina al niño, desarmar el síntoma, entender cuál es el sufrimiento, que es lo que lleva a que tenga determinado comportamiento, teniendo en cuenta su singularidad, su situación familiar, el contexto social en el que está inserto y el momento histórico que le toca vivir. Porque esto hace al encuentro con el otro y desde allí el niño construye su propio recorrido. Beatriz Janin (2011).

A partir de allí, se trabaja desde un dispositivo llamado “comité de recepción”. El mismo inicia con una primer entrevista entre el niño que es acompañado por un referente familiar y un equipo interdisciplinario compuesto por un psiquiatra infantil, un psicólogo y un trabajador social.

Lo relevante de este tipo de abordajes que trabajan con la dupla familiar, está en poder observar aspectos relacionales que hacen al vínculo. Indagando así, el rol que cumple el niño en su entorno familia, donde la madre o quien se encarga de la crianza del menor, también pondrá en acto aspectos que hacen a su propia historia, produciendo así, una estructuración subjetiva en el niño Janin (2011).

Debido a la complejidad de los problemas a abordar en el ámbito sanitario, es que se concibe indispensable una forma de trabajo que esté centrada en la interdisciplina.

Alicia Canetti y Silvia Da Luz (2005) entienden que una de las dificultades vinculada al trabajo interdisciplinario, está dada cuando el profesional no puede mirar una situación mas allá de su disciplina, haciendo de esta manera un recorte de la realidad; el desafío entonces, estaría en poder sobrepasar esa instancia, hacia una mirada plural que surja del diálogo construido entre las diferentes disciplinas, dando así, una respuesta oportuna a la demanda social.

La experiencia en este comité, nos invita a reflexionar acerca de los pedidos actuales, y de nuestra forma de responder, a los padres, a agentes educativos, juzgados y otros especialistas. En los tiempos que corren, en la era de la inmediatez, muchas veces se nos impone una forma rápida de respuesta. Como contrapartida a este reclamo es que implementamos otra manera de poder pensar a las personas, más allá, de que los tiempos institucionales que muchas veces nos apremian; apostamos a que la interdisciplina trascienda el momento concreto de la consulta por 1ª vez, hacia una coordinación continua entre los técnicos. Desde el entendido que la interdisciplina necesita de un trabajo permanente y constante. Nora Elichiry (1987) citada por Alicia Stolkiner (2005) afirma que: ..” una cooperación ocasional no es interdisciplina” , se requiere de una actitud de “cooperación recurrente” (pág. 337).

Por otra parte, creemos que la interdisciplina es un desafío, en tanto, se debe de admitir de alguna manera, que cada disciplina no tiene las herramientas suficientes, por sí sola.

Desde el comité, se piensa al niño en un entramado familiar, por lo cual la importancia de una mirada conjunta con aquellas disciplinas que abordan al individuo desde los diferentes aspectos que lo conforman nos parece primordial.

Dicha modalidad de trabajo no siempre opera en las diversas instituciones. En varios equipos y profesionales se trasladan las urgencias de las escuelas, liceos, familias, etc. a los mismos profesionales quienes en tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos con niños se predomina un enfoque orientado a la puesta de límites y a acallar los síntomas.

Experiencias en proyectos de intervención grupales y comunitarios

Habitualmente en nuestra labor como Residentes hemos participado en la planificación, implementación y evaluación de proyectos de intervención con una Comunidad. Dicha modalidad de trabajo ha favorecido la incorporación de herramientas para el trabajo de equipos.

Como dificultades en los Servicios de Salud se suelen presentar distintas concepciones acerca del rol de coordinador y del usuario en las intervenciones mencionadas.

En actividades comunitarias la modalidad de abordaje en “taller” es una forma habitual de nuestro trabajo en la cual se considera al usuario como sujeto de derecho. María González Cuberes (1988) sugiere que el taller constituye una síntesis del pensar, sentir y hacer; un desarrollo del potencial creativo. En dicha modalidad de trabajo habría poco lugar para el dogmatismo, verbalismo y relaciones paternalistas. Según Agustín Cano (2012) el taller es uno de los principales recursos metodológicos para el trabajo en comunidad que posee sus raíces en la educación popular. En la misma se pueden encontrar un conjunto diverso de prácticas con vocación transformadora.

En tal sentido se pueden presentar discrepancias en el accionar de técnicos coordinadores de dichos dispositivos en considerar al usuario como ser activo capaz de proponer y empoderarse del espacio o como un ser pasivo al cual se deben transmitir conocimientos y directivas. Desde experiencias de compañeros residentes se han presentado situaciones en las cuales se comenzó a trabajar en dispositivos que operaban una modalidad impuesta de la segunda forma mencionada, ante lo cual se llevó a cabo un proceso de transformación del enfoque de la intervención por medio de la escucha a las necesidades de los usuarios en muchos casos distintas a las modalidades de trabajo impuestas a los mismos. Dicho proceso de transformación no siempre resulta del todo accesible cuando se trata de una

intervención con modalidades rígidas y pautadas desde hace varios años, se requiere de impulsar un movimiento instituyente. Desde nuestro tránsito por la Residencia consideramos no obstante que el registro de la sistematización y evaluación cualitativa de las prácticas puede ser un recurso importante para dar cuenta de que modalidades favorecen y cuáles no a los objetivos de las intervenciones propuestas.

Igualmente desde nuestra formación práctica se han visibilizado malestares en Equipos ante fracaso de proyectos. En muchas oportunidades es importante tener en cuenta que se implican dos conceptos propuestos por Cano (2012) el “espontaneismo” y “voluntarismo”. Respecto al primero se destaca la importancia de tener claros los objetivos de las intervenciones pues de lo contrario se produciría “Una suerte de acting donde no está claro por qué se hace lo que se hace” (p.27) sin un potencial transformador. Respecto al “voluntarismo” ocurre cuando al implementar intervenciones no se tienen en cuenta las características de los participantes para una adecuada selección de las técnicas a emplear, conllevando a una ajenidad de los sujetos ante la intervención.

A su vez suele ocurrir ante proyectos replicados en diversas oportunidades que se recurre a los mismos contenidos y metodología que en su principio sin actualizar el abordaje respecto a nuevas necesidades emergentes y características de la población.

Respecto a la evaluación de proyectos se han visto equipos que recurren meramente al llenado de planillas numeradas y estandarizadas en base a la cantidad de participantes que asistieron, recursos humanos y materiales utilizados, siendo la evaluación mayormente cuantitativa. Contrariamente también se encuentran equipos que luego de cada intervención mantienen reuniones para evaluar a través del intercambio sobre los procesos emergieron en la intervención, en el equipo y en cada usuario en particular. En estos últimos casos se tratan a su vez las mismas sensaciones como equipo y su articulación teórica. De acuerdo a

Alfredo Ghiso (2011), en la sistematización y evaluación de las intervenciones se debe evitar la escritura puramente cuantificada, estandarizada, a-crítica y a-histórica de lo trabajado sin reflexionar sobre los procesos sociales emergidos. Este proceso de acuerdo al autor, conllevaría a “cambios radicales en la manera de entender y explicar la práctica, en su apropiación y expresión, en los modos de sentirla y apreciarla, y en las capacidades de actuación...” (p.7) a su vez se desnaturaliza para re-construir críticamente la experiencia. Resultaría entonces un aprendizaje enriquecedor para el equipo.

Problematizando conceptualizaciones en relación al “Equipo de Trabajo”

Es necesario conceptualizar lo que se comprende como “Equipo de trabajo”. De acuerdo a Sandra Romano et al. (2007) se trata de un proceso que busca consolidar aportes específicos, identificar y modificar esquemas de pensamiento y acción rígidos. El profesional perteneciente a un equipo no trabaja según su exclusivo saber ni su aporte se pierde en la grupalidad.

Por su parte Eduardo Viera (2005) marca una distinción entre “trabajo en equipo” y “trabajo de equipo”. En algunas oportunidades se observan pertinentes aportes individuales pero no siempre como efecto de la articulación de diversos saberes y prácticas, esta modalidad constituye un “trabajo en equipo”. Las tareas son generalmente individuales y sin un intercambio entre las mismas, la pertenencia se vivencia hacia la organización en general y hay una fuerte identidad marcada en cada disciplina.

En un “trabajo de equipo” en cambio se manifiesta una fuerte integración, la tarea no es una sumatoria de aportes individuales aislados sino que es sentida como “tarea grupal”, y un fuerte sentimiento de pertenencia al grupo de trabajo.

En los Servicios de Salud desde la Residencia se han visualizado confusiones entre ambas distinciones. Por ejemplo se han implementado talleres de coordinación interdisciplinaria en los cuales cada técnico se encarga de “planificar su parte” sin que dicha planificación se implique de los aportes de las demás disciplinas, así como tampoco en su evaluación posterior.

Igualmente se observan confusiones respecto a la creencia de que una derivación o coordinación respecto a usuarios entre profesionales constituye un “trabajo de equipo”. No lo sería de tal modo si no se producen intercambios respecto a los procesos del usuario en cada abordaje ni se piensa en posibles estrategias de abordaje como equipo.

Se pueden mencionar herramientas para promover un trabajo en equipo eficaz tales como mantener la capacidad de asombro, respeto por las diferencias teórico-técnicas entre los integrantes, toma de decisiones por consenso, aprendizaje de la experiencia, evaluación de los resultados, relativizar la verdad para permitir la operatividad, tolerancia a la crítica constructiva, paciencia ante tiempos y procesos institucionales, capacidad de integración teórico-práctica y necesidad de problematizarnos continuamente (Viera, 2005).

Por otra parte podemos expresar algunas dimensiones en juego que Viera (2005) aborda basándose en la teoría de Enrique Pichón Riviere (1985):

-Suplementariedad: Cuando trabajamos con otros podemos superponer acciones y por lo tanto realizar tareas no productivas e ineficaces . Por lo que hemos vivenciado esto conlleva a frustración en integrantes de un equipo ante la sensación de haber “perdido el tiempo” por la duplicación de tareas y de que su trabajo no es reconocido por el otro.

-Complementariedad: Podemos complementar tareas, habilidades, capacidades, potencializando una tarea común desde la integración de aportes. De acuerdo a Andrer Egg (1983) no hay equipo sin complementariedad ya que no solo contribuye

al logro de los objetivos comunes, sino también al enriquecimiento de cada integrante. El proceso personal se hace más fructífero si se aportan también las modalidades, formas y estilos personales. En experiencias de Residentes se han visualizado intervenciones muy fructíferas implicadas por la complementariedad de distintas personalidades de los profesionales, distintas modalidades técnicas y distintos enfoques teóricos logrando a su vez que cada miembro aprenda sobre el aporte del otro.

-Roles adjudicados y asumidos en el equipo: En todo grupo sería común que adjudiquemos y asumamos roles que nos encargan. Consideramos que en un Servicio de Salud resulta interesante analizar qué ocurre cuando un profesional asume un rol de liderazgo (sin que haya un cargo que lo avale) en cuanto a las reacciones y vivencias de los demás profesionales. Igualmente creemos que suele ocurrir que un profesional asuma un rol de ser quien se encargue de la mayor parte de las tareas del servicio sobrecargándose, o que otro se rigidice en una postura pasiva de ser quien espere que los demás se encarguen de la mayor parte del trabajo sintiendo que su labor no resulta valioso. En tal sentido es necesario estar atentos a estos procesos para evitar la rigidización de roles que puedan causar malestar en los equipos.

-Ansiedades básicas: Miedo a la pérdida y miedo al ataque. Los nuevos aprendizajes y modalidades atacan lo ya legitimado y conquistado corriendo el riesgo a que se pierda. Esto lo podemos pensar en nuestra inserción en Instituciones de Salud. Previamente creemos haber legitimado abundantes conocimientos al transitar una larga y movilizante carrera universitaria, sin embargo solemos vivenciar que lo adquirido corre riesgo a ser perdido ante las nuevas modalidades de trabajo instituidas en los Servicios que nos dictaminan a intervenir en modos contrarios a los conocidos.

Por otra parte podemos mencionar cuestiones vinculadas al poder. De acuerdo a Alicia Stolkiner (2005) todo grupo humano pone en juego la cuestión del mismo. Un

discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder, aceptar su limitación reduce el mismo. En los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión. Suelen ser equipos con coordinaciones flexibles y no con jefaturas asignadas según profesión. Desde nuestra experiencia consideramos que para que un equipo se enriquezca de la complementariedad de disciplinas, corrientes, estilos y trayectorias de sus integrantes es importante mantener una horizontalidad en cuanto a la posición de cada profesional favoreciendo un intercambio continuo.

Respecto al posicionamiento de cada técnico ante discrepancias en un Equipo podemos remitirnos a los aportes de Mercedes Minnicelli (2013) respecto al concepto de “ceremonias mínimas” quién las define como un dispositivo clínico-metodológico para intervención e investigación clínico-social. Según la autora las mismas se pueden provocar en las Instituciones a partir de la escucha de dichos, hechos o acciones que manifiestan un malestar y bloquean la posibilidad de nuevos abordajes. Los mismos se interrogan para analizarlos. Al crear ceremonias mínimas se provoca una interferencia a lo establecido abriendo otras modalidades de abordajes que resulten subjetivantes. Se trata entonces de cuestionar ceremonias naturalizadas, burocratizadas y ritualizadas en las Instituciones que perduran en el tiempo por su reiteración. En consonancia José Luis Rebellato (1997) sugiere distintas modalidades de ética distinguiendo una “ética de la heteronomía” de una “ética de la autonomía”. La primera se basa en el autoritarismo, la sumisión, el acatamiento de la “ley”, sin lugar a la crítica o cuestionamiento; las normas son dadas de una vez y por siempre anulando la capacidad de creatividad de los sujetos. Asimismo todo cuestionamiento sería percibido como amenaza, basándose en la cultura del conformismo. Por otro lado la “ética de la autonomía” promueve las capacidades de creatividad de los sujetos, responde a lo instituyente, a cuestionar lo establecido. Consideramos que esta última postura resulta la más favorable para el desenvolvimiento del profesional en un Equipo de Salud.

Por último, se puede pensar que en determinadas condiciones favorecedoras el Equipo oficia como sostén. De acuerdo a Neffa (2003) los sentimientos de pertenencia e identidad influyen sobre la propiciación a la realización personal en el trabajo. Robert Karasek (1979) por su parte expresa que cuando el apoyo social es alto se amortiguan los efectos de la alta demanda y bajo control vivenciado sobre las tareas.

Análisis de la Implicación

De acuerdo a Gerardo Pacheco (1991) el proceso de intervención-investigación nunca es objetivo y lineal. El mismo involucra la subjetividad del investigador, modalidades de inserción institucional y su visión del mundo. Suelen ser movilizadas las estructuras internas del técnico. Precisamente en el Equipo se presentaría una instancia enriquecedora para el análisis de la implicación constituyendo un aprendizaje colectivo, comunicación y promoción del pensamiento crítico.

En nuestro caso como colectivo de Residentes se ha intercambiado en diversos espacios acerca de la frustración y concomitante angustia generada al observar situaciones donde sentimos que no logramos trabajar en lo que consideramos la mejor forma posible para promover la salud de los usuarios así como las problemáticas de los usuarios con las cuales nos implicamos. En ese sentido contamos con diversos espacios tales como plenarios semanales de 3 horas de duración y espacio de grupo de reflexión de 5 horas al mes.

Desde el lugar en el cual nos insertamos es fundamental tomar en cuenta que en nuestras intervenciones somos sujetos de transformación por lo cual es necesario analizar nuestra implicación constituyendo esto un valioso proceso de aprendizaje.

Conclusiones

En la presente publicación se han abordado cuestiones en relación a la angustia que puede producir a un profesional su inserción en Instituciones. Consideramos que en varias de ellas se opera con modelos por medio de los cuales no se promueve la concepción de usuario como sujeto de derecho produciendo efectos adversos en su proceso de salud. Entre otras dificultades también se implican las problemáticas que resultan movilizantes para el técnico y el encargo respecto a la urgencia de su resolución, el cual proviene de diversas Instituciones y actores más allá del Servicio de Salud. Igualmente se implica la escasez de recursos con los cuales podemos afrontar las demandas.

El Equipo por un lado puede oficiar como obstáculo por diversas cuestiones tales como falta de comunicación interna, escasa iniciativa en propuestas y rigidez en sus modelos de funcionamiento, disputas entre profesionales, activismo improductivo y falta de planificación y evaluación de los proyectos. No obstante es también puede propiciar un sostén de contención si el equipo se apoya en la complementariedad de saberes, experiencias y estilos de los profesionales y si se brinda espacios para la reflexión de las intervenciones, sentimientos e implicación de los profesionales pudiendo constituir una instancia de aprendizaje enriquecedor. Se hacen fundamentales las reuniones para lograr dichos encuentros y para pensar las prácticas de las cuales deseamos como resultado una mejora en la salud de los usuarios. Igualmente el Equipo puede ser un gran apoyo en diversas circunstancias cuando un técnico presenta dificultades en el abordaje de determinada situación, ya que desde la concepción de “trabajo de equipo” los abordajes se producen en base al intercambio de saberes, las tareas son vividas como grupales y se da un fuerte sentido de pertenencia al grupo. En tal sentido es imprescindible mantener una “ética de la autonomía” interrogando aquello con lo cual no estemos de acuerdo y proponiendo movimientos instituyentes que movilicen estructuras instituidas logrando una transformación fructífera para el equipo y para las modalidades de

intervención. Es cierto que no siempre es posible lograr todos los movimientos que deseáramos como profesionales, aspecto con lo cual se debe convivir en nuestro quehacer cotidiano. No obstante es posible aún de dichas circunstancias adversas construir un aprendizaje que resignifique nuestras prácticas profesionales por medio de la producción académica e intercambios con otros profesionales. Consideramos que para el autocuidado personal en el trabajo en una Institución resulta imprescindible el análisis de los sentidos del malestar personal e institucional. A partir de la resignificación del mismo es que se puede promover su potencial transformador.

Referencias

Affonso Moysés, M.A., Collares, C., Untoiglich, G. (2013) La máquina medicalizadora y patologizadora en la infancia. En En G. Untoiglich (Ed.), En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz (pp. 25-43). Buenos Aires: Noveduc.

Ander Egg, E. (1983). El trabajo en equipo. Instituto de Ciencias Aplicadas. Colección Líneas de Acción. Recuperado de: <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/El-trabajo-en-equipo-1983-Ander-Egg-Ezequiel.pdf.pdf>

ASSE (2009). Convenio entre la Administración de los Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.) y la Universidad de la República - Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/Convenio%20ASSE.pdf>

Berenstein, I. & Puget, J. (1988) Psicoanálisis de la pareja matrimonial. Buenos Aires: Paidós.

Bibbó, L. (2015). Expresiones de la angustia en los equipos técnicos: el sufrimiento institucional. Recuperado de:



<https://www.apuruguay.org/sites/default/files/Expresiones-de-la-angustia-en-los-equipos-Luis-Bibbo.pdf>

Bleger, J. (1966) *Psicohigiene y psicología institucional*. Paidós, Buenos Aires.

Canetti, A., Da Luz, S. (2005) *Enseñanza universitaria en el ámbito comunitario*, Montevideo.

Cano, A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(2), 22-52.

Recuperado de:

<http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/RELMECSv02n02a03>

Elichiry, N. (1987). *El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ferreira M. & Ferreira C. (2014) Carga mental e carga psíquica em profissionais de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 1, pp. 47-52

Giorgi, V. (2005). El sistema de salud y la construcción de ciudadanía. Aportes de la Psicología para pensar algunos elementos de la reforma del sistema de salud.

Montevideo: Fin de Siglo.

Ghiso, A. (2011). Sistematización. Un pensar el hacer que se resiste a perder su autonomía. *Decisio*, (18), 3-8. Recuperado de:

http://www.cepalforja.org/sistem/documentos/decisio28_saber1.pdf

González Cuberes, M. (1988). *El taller de los talleres*. Buenos Aires: Estrada

Janin, B (2011) *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Argentina: Noveduc.

Kaes, R. (1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En R. Kaes. y otros La institución y las instituciones, estudios psicoanalíticos (pp. 15-67) Buenos Aires; Paidós.

Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign Administrative Science Quarterly, 24, 285-308.

Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. Desarrollo Económico, 24(96), 593-604.

Minnicelli, M. (2013). Ceremonias mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo. Rosario. Homo Sapiens.

Neffa, J.C. (1988). ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Buenos Aires: Editorial Humanitas.

Neffa, J.C: (2003). El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece. Buenos Aires: Lumen.

Pacheco, G. (1991). Aportes para una teoría de la implicación en Psicología Comunitaria. In Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Guadalajara, México. XXV Congreso Interamericano de Psicología. Comisión de Psicología Comunitaria. San José de Costa Rica.

Parra, M. (2003). Conceptos básicos en salud laboral. Santiago de Chile: oficina Internacional del Trabajo, OIT.

Pichón Riviére, E. (1985). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social Buenos Aires: Nueva Edición.

Puig, C. (2017). Cuidarse para poder cuidar. Atendiendo el malestar de las profesiones sociales. Fronteras (10), 175-184 Recuperado de:

<http://cienciassociales.edu.uy/departamentodetrabajosocial/wp-content/uploads/sites/5/2017/06/cuidarse-cuidar.pdf>

Rebellato, J.L. (1997). Horizontes éticos en la práctica social del educador.

Recuperado de: <http://studylib.es/doc/7467103/horizontes-%C3%A9ticos-en-la-pr%C3%A1ctica-social-del-educador>

Romano, S., Novoa, G., Gopar, A., De Leon, B., Ureta, C. & Frontera, G. (2007). El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. Revista de Psiquiatría del Uruguay 71(2), 135-152. Recuperado de:

http://www.spu.org.uy/revista/dic2007/06_asm.pdf

Sotelo, I. (2007). Clínica de la urgencia. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Comunicación presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología: Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy.

Recuperado de:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf

Suárez, Z. (2009). Ficha temática del Curso de Niveles de Atención en Salud: “Los derechos y el Usuario de los Servicios de Salud”. Recuperado de:

http://psico.edu.uy//sites/default/files/cursos/nas_ficha-usuario.pdf

Untoiglich, G. (2013). Los diagnósticos como coartada en la clínica con niños. En G.Untoiglich (Ed.), En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz (pp. 85-106). Buenos Aires: Noveduc.

Viera, E. (2005). Equipo de Trabajo-Trabajo de Equipo. Actitud psicológica para el trabajo en equipo. Recuperado de:



[https://www.academia.edu/33208760/EQUIPO_DE_TRABAJO_-
TRABAJO_DE_EQUIPO_ACTITUD_PSICOL%C3%93GICA_PARA_EL_TRABAJO_
DE_EQUIPO](https://www.academia.edu/33208760/EQUIPO_DE_TRABAJO_-TRABAJO_DE_EQUIPO_ACTITUD_PSICOL%C3%93GICA_PARA_EL_TRABAJO_DE_EQUIPO)

